

**Actualización del sistema de gestión de calidad ISO 9001 del Centro de Especialidades
Médicas del Cesar**

Efren Dario Aramendiz Martinez

Trabajo de Grado para Optar por el Título de Ingeniero Industrial

Director

Roger Arley Vera Arias

Ingeniero Industrial

Universidad de Pamplona

Facultad de Ingenierías y Arquitectura

Ingeniería Industrial

Pamplona

2019

Capítulo 1 Resumen del proyecto	1
1.1 Resumen.....	1
1.2 Palabras claves	2
Capítulo 2 Planteamiento del problema.....	3
Capítulo 3 Objetivos	5
3.1 Objetivo general.....	5
3.2 Objetivos específicos.	5
Capítulo 4 Metodología	6
4.1 Fase 1: Diagnostico del sistema de gestión de calidad.	6
4.2 Fase 2: Detallar las actividades de los procedimientos críticos.....	6
4.3 Fase 3: Reajuste documental.....	6
Capítulo 5 Resultados	7
5.1 Fase 1: Diagnóstico del sistema de gestión de calidad.	7
5.1.1 Formato de diagnóstico del sistema de gestión actual.	7
5.1.2 Análisis de factores internos y externos.....	10
5.1.3 Análisis de las partes interesadas.	12
5.1.4 Diseño de estrategias.....	13
5.2 Fase 2: Especificar las actividades de los procesos críticos	14
5.2.1 Diagrama de flujo de proceso.	14
5.3 Fase 3: Reajuste documental.....	17
5.3.1 Alcance del sistema de gestión de calidad.....	18

5.3.2 Mapa de procesos.....	19iii
5.3.3 Política de calidad	21
5.3.4 Objetivos de calidad.....	23
5.3.5 Análisis basado en el riesgo.	24
5.4 Caracterización de procesos.....	30
5.5 Selección, evaluación y reevaluación de proveedores.	31
5.5.1 Criterios para selección y evaluación de proveedores	32
5.5.2 Criterios para proveedores de medicamentos e insumos.	35
Capítulo 6 Conclusiones.	39
Capítulo 7 Recomendaciones.....	40
Lista de referencias	41
Anexos	43

TABLA 1 escala de ocurrencia **¡Error! Marcador no definido.**

TABLA 2 escala de severidad..... **¡Error! Marcador no definido.**

TABLA 3 Escala de detección..... **¡Error! Marcador no definido.**

TABLA 4 criterios de selección proveedores de mantenimiento 33

TABLA 5 indicadores reevaluación proveedores de mantenimiento 34

TABLA 6 criterios selección proveedores medicamentos e insumos..... 36

TABLA 7 indicadores para la reevaluación proveedores medicamentos e insumos médicos
..... 37

Lista de figuras

v

FIGURA 1 Diagrama causa – efecto planteamiento del problema.....	4
FIGURA 2 Evaluación Sistema de gestión de calidad capítulo 4.....	8
FIGURA 3 Resultado evaluación del sistema de gestión de calidad.....	9
FIGURA 4 Matriz DOFA	11
FIGURA 5 Matriz de partes interesadas	13
FIGURA 6 Toma de muestra laboratorios	15
FIGURA 7 Dashboard consultas de control.....	16
FIGURA 8 alcance del sistema de gestión de calidad	18
FIGURA 9 política de calidad.....	22
FIGURA 10 formato evaluación del AMEF	29
FIGURA 11 AMEF programación de citas	29
FIGURA 12 plantilla caracterización.....	31
FIGURA 13 selección y evaluación de proveedores	33
FIGURA 14 formato reevaluación de proveedores de mantenimiento.....	35
FIGURA 15 formato selección y evaluación proveedores medicamentos e insumos	36
FIGURA 16 formato reevaluación de proveedores de medicamentos e insumos.	38

Capítulo 1

Resumen del proyecto

1.1 Resumen

El Centro de Especialidades Médicas del Cesar es una institución prestadora de servicios de salud cuyo objetivo es brindar atención humana y segura basada en el conocimiento científico, la alta tecnología, procesos estandarizados y la disponibilidad de Talento Humano competente e idóneo para satisfacer las necesidades en salud de los Pacientes (Afiliados y/o Particulares) contribuyendo así a la calidad de vida de la gente de Valledupar y su área de influencia.

Debido a la constante insatisfacción de los clientes evidenciada en el sector salud, obliga casi de forma urgente la implementación de un sistema de gestión de calidad con el fin de conseguir una satisfacción en los clientes y la mejora en la productividad de la empresa

El diseño del sistema de gestión de calidad bajo la norma ISO 9001 del 2015 para el Centro de Especialidades Médicas del Cesar se enfoca bajo las mejoras de los procesos y en el mejoramiento continuo, y lo podemos dividir en 4 partes importante.

En primer lugar, una etapa de reconocimiento la cual nos ayudara a reconocer y comprender el punto en el que nos encontramos en la organización, permitiendo conocer el funcionamiento del sistema de gestión utilizado actualmente y generando información útil para sustentar el resto de las etapas a seguir ya que este nos determina cuales son los puntos de mayor importancia a atacar en el sistema de gestión.

Culminada la primera etapa continuamos con la etapa de documentación y formulación de actividades. Una vez reconocidas las necesidades a atacar en la primera etapa es necesario documentar aquellas actividades, formatos y demás que me ayuden a poder suplir o atacar las necesidades encontradas y poder ejercer un control sobre ellas.

En la siguiente etapa comienza a funcionar el sistema, en esta implementamos las actividades, los formatos y demás que fueron planificados.

En última instancia y como etapa final se desarrollan indicadores, planes de auditoria y demás herramientas que me ayuden a verificar el efecto de las actividades planificadas y sistemas diseñado sobre la organización en pro de buscar puntos de mejoras y cada vez fortalecer el sistema de gestión de calidad.

1.2 Palabras claves

AMEF, proveedores, sistema de gestión, caracterización, diagrama de flujo.

Capítulo 2

Planteamiento del problema

El termino calidad ha venido siendo muy utilizado por parte de las compañías a nivel mundial y su implementación dentro del sistema de gestión en pro de mejorar sus procesos para así adquirir un reconocimiento dentro de la competencia.

El Centro de Especialidades Médicas del Cesar dentro de su organización en el año 2014 inicio con la creación de su sistema de gestión de calidad el cual se hizo en base a la norma ISO 9001: 2008, por diferentes motivos la persona encargada de dicho sistema no siguió laborando con la institución y al día de hoy el sistema de gestión no ha sufrido ningún cambio ni implementación. Además, durante este tiempo la institución ha tenido una gran rotación del personal, a causa de esto se ha encontrado una desorganización en los procesos por parte de los nuevos colaboradores ya que no cuentan con la información completa de sus actividades, no se tienen identificados los principales riesgos que se pueden encontrar en los procesos antes de las consultas médicas, laboratorios oh cirugías, lo que produce retraso en el sistema.

Para la alta gerencia el contar con un sistema de gestión actualizado es un factor clave para el buen desempeño de sus procesos y satisfacer las necesidades de las personas a la cual se le prestara el servicio.

Debido a la alta necesidad y exigencia que se presenta a diario por los usuarios del sector de salud cada día, convierte en necesidad el contar con un sistema de gestión de calidad actualizado.

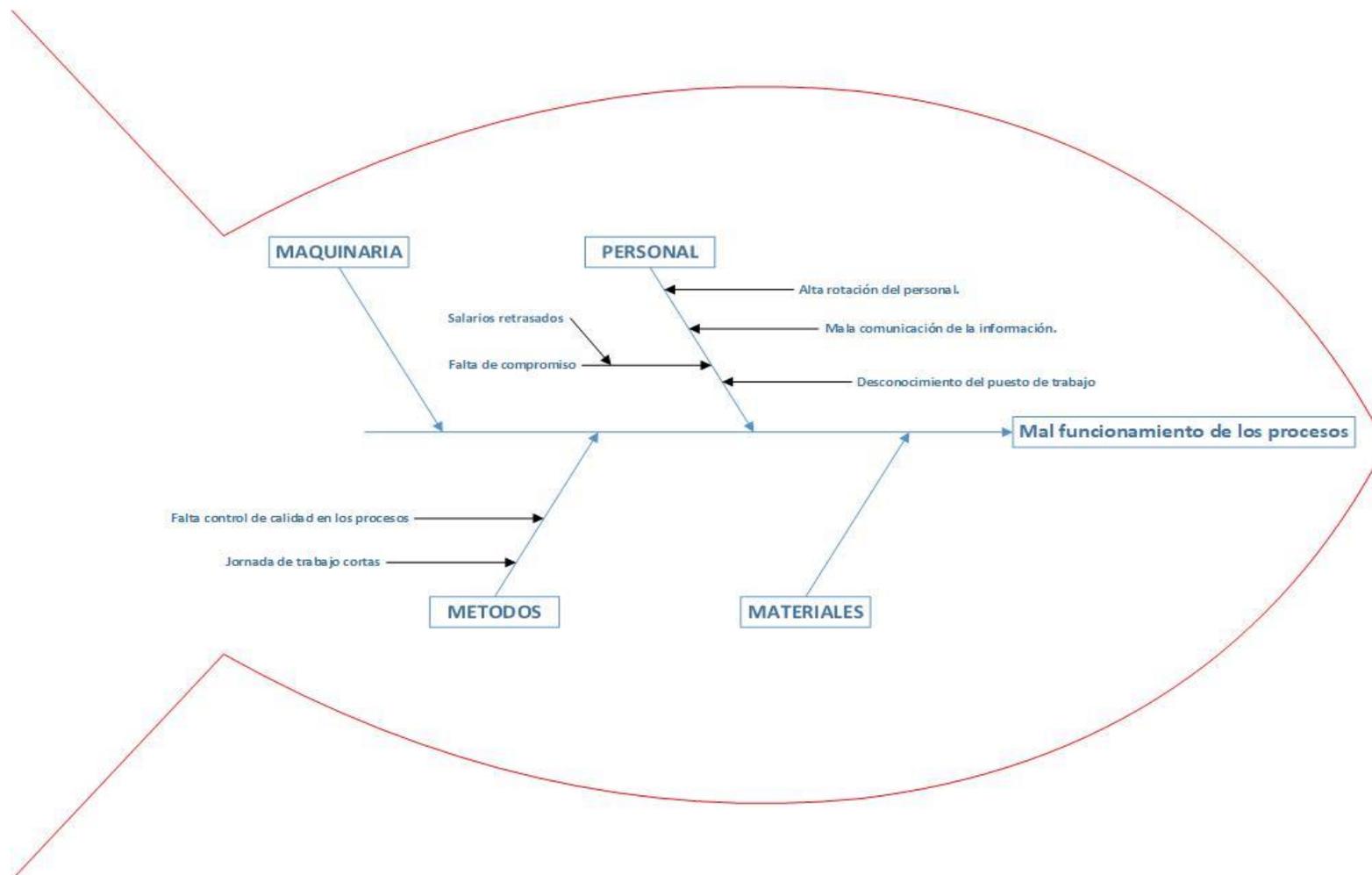


FIGURA 1 Diagrama causa – efecto planteamiento del problema
Fuente: Autor del proyecto

Capítulo 3

Objetivos

3.1 Objetivo general.

Actualizar el sistema de gestión de calidad bajo la norma ISO 9001 del 2015 del Centro de Especialidades Médicas del Cesar

3.2 Objetivos específicos.

- Diagnosticar el sistema de gestión de calidad actual de la empresa el cual nos permita reconocer el punto de partida del sistema de gestión.
- Detallar las actividades realizadas en los procesos con uso del diagrama de flujo de proceso.
- Reajuste documental del sistema de gestión de calidad.

Capítulo 4

Metodología

La metodología de este trabajo se diseñó en función de los objetivos específicos por lo cual se diseñaron tres fases de análisis:

4.1 Fase 1: Diagnostico del sistema de gestión de calidad.

Para llevar a cabo el cumplimiento de esta primera fase se utilizará una herramienta que nos permite conocer el estado inicial del sistema de gestión de calidad utilizado en la organización, acompañado de un análisis organizacional. De igual manera se practicarán encuestas a los colaboradores de las instituciones para conocer de primera mano la situación en la que se encuentra la empresa.

4.2 Fase 2: Detallar las actividades de los procedimientos críticos.

Para esta fase nos apoyaremos en el diagrama de flujo de proceso con el fin de clarificar las actividades a realizar en los procesos críticos de la organización y así poder conservar una documentación de las actividades y evitar contratiempo por falta de conocimientos a la hora de realizar las inducciones al personal.

Para el desarrollo de los diagramas de flujo de proceso se realizarán reuniones con los jefes de área y el representante legal con el fin de obtener la mayor información posible de las actividades que se realizan en cada puesto de trabajo.

4.3 Fase 3: Reajuste documental

Por último, se procederá a realizar una actualización de la documentación encontrada del sistema de gestión de calidad y complementar aquellos puntos faltantes y/o nuevos que se encuentran en la ISO 9001: 2015

Capítulo 5

Resultados

5.1 Fase 1: Diagnóstico del sistema de gestión de calidad.

Un diagnóstico es un análisis que se realiza para determinar la diferencia entre el sistema de gestión natural que actualmente tiene la empresa y un sistema de gestión de calidad apto para la certificación bajo la norma ISO 9001: 2015 (jimenez, 2012)

Para realizar un apropiado diagnóstico del sistema de gestión de calidad que posee el centro de especialidades médicas del cesar se necesitan 3 herramientas principales que nos permitan conocer el estado actual de su SGC y las condiciones en las que se encuentra la empresa en estos momentos las cuales son:

- Formato de diagnóstico del sistema de gestión actual.
- Análisis de factores interno y externo.
- Análisis de las partes interesadas

5.1.1 Formato de diagnóstico del sistema de gestión actual.

Para esta primera herramienta se descargó de internet un formato el cual nos brinde la facilidad de relacionar los numerales requeridos por la norma en su actual versión y poderle dar un numero ponderado con respecto al sistema actual como se logrará apreciar en las figuras 2.

No.	NUMERALES	CRITERIO INICIAL DE CALIFICACION			
		A-V	H	P	N/S
		A	B	C	D
4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN					
4.1 COMPRESION DE LA ORGANIZACIÓN Y SU CONTEXTO		10	5	3	0
1	Se determinan las cuestiones externas e internas que son pertinentes para el propósito y dirección estratégica de la organización.				0
2	Se realiza el seguimiento y la revisión de la información sobre estas cuestiones externas e internas.				0
4.2 COMPRESIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS					
3	Se ha determinado las partes interesadas y los requisitos de estas partes interesadas para el sistema de gestión de Calidad.				0
4	Se realiza el seguimiento y la revisión de la información sobre estas partes interesadas y sus requisitos.				0
4.3 DETERMINACION DEL ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD					
5	El alcance del SGC, se ha determinado según: Procesos operativos, productos y servicios, instalaciones físicas, ubicación geográfica		5		
6	El alcance del SGC se ha determinado teniendo en cuenta los problemas externos e internos, las partes interesadas y sus productos y servicios?			3	
7	Se tiene disponible y documentado el alcance del Sistema de Gestion.		5		
8	Se tiene justificado y/o documentado los requisitos (exclusiones) que no son aplicables para el Sistema de Gestion?	10			
4.4 SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD Y SUS PROCESOS					
9	Se tienen identificados los procesos necesarios para el sistema de gestión de la organización		5		
10	Se tienen establecidos los criterios para la gestión de los procesos teniendo en cuenta las responsabilidades, procedimientos, medidas de control e indicadores de desempeño necesarios que permitan la efectiva operación y control de los mismos.			3	
11	Se mantiene y conserva información documentada que permita apoyar la operación de estos procesos.			3	
SUBTOTAL		10	15	9	0
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		31%			

FIGURA 2 Evaluación Sistema de gestión de calidad capítulo 4

Culminada la evaluación de cada capítulo se obtuvo los resultados mostrados en la figura

3. En los cuales se encontraron los siguientes resultados

- El numeral 4 el cual corresponde al contexto de la organización y tiene como fin reconocer el estado actual en el que se encuentra la empresa, solo tiene un porcentaje de implementación del 31% con respecto a la norma ISO 9001:2015 y cuya acción a realizar es implementar todos los requisitos del numeral.
- El numeral 5 el cual corresponde al liderazgo obtuvo una calificación del 55% y cuya acción a realizar es mejorar este apartado.
- El numeral 6 corresponde a la planificación y solo se obtuvo una calificación del 12% y cuya acción a realizar es implementar este apartado en su totalidad.

- El numeral 7 corresponde al apoyo y se obtuvo una calificación del 55% y cuya acción a realizar es de mejorar las actividades diseñadas hasta el momento.
- El numeral 8 corresponde a operación y se obtuvo una calificación del 65% y cuya acción a realizar es de mejorar las actividades diseñadas hasta el momento.
- El numeral 9 corresponde a la evaluación del desempeño y se obtuvo una calificación del 77% y cuya acción a realizar es de mejorar las actividades diseñadas hasta el momento.
- El numeral 10 corresponde a la mejora y se obtuvo una calificación del 82% y cuya acción a realizar es de mantener las actividades diseñadas hasta el momento.

RESULTADOS DE LA GESTIÓN EN CALIDAD		
NUMERAL DE LA NORMA	% OBTENIDO DE IMPLEMENTACION	ACCIONES POR REALIZAR
4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	31%	IMPLEMENTAR
5. LIDERAZGO	55%	MEJORAR
6. PLANIFICACION	12%	IMPLEMENTAR
7. APOYO	65%	MEJORAR
8. OPERACIÓN	59%	MEJORAR
9. EVALUACION DEL DESEMPEÑO	77%	MEJORAR
10. MEJORA	82%	MANTENER
TOTAL RESULTADO IMPLEMENTACION	54%	
Calificacion global en la Gestion de Calidad	MEDIO	

FIGURA 3 Resultado evaluación del sistema de gestión de calidad

Culminada la evaluación de cada capítulo de los numerales de la norma ISO 9001:2015 se obtuvo para el Centro de Especialidades Médicas del Cesar un resultado total de implementación del 54% clasificando el sistema de gestión de calidad como medio. Cuyos numerales críticos a atacar es el número 4 que corresponde al contexto de la organización y la planificación del sistema de gestión de calidad.

La evaluación de cada capítulo se podrá observar en el anexo (A).

5.1.2 Análisis de factores internos y externos.

Los factores internos y externos de una empresa son aquellos agentes que se encuentran dentro y fuera de una organización, que pueden generar un impacto positivo o negativo en la misma (corvo, s.f.).

Con el análisis de factores interno se busca obtener información sobre los factores más relevantes de la empresa. Sobre lo que los conforma y sus características, para luego analizarlas y definir cuáles son sus fortalezas frente a un conocimiento adecuado del cliente (mateo mejía lopez; santiago suarez mendoza, 2017) y con el externo se busca reconocer aquellos factores que están fuera de la organización y en algunos casos la empresa no puede ejercer ningún control sobre ellos.

5.1.2.1 Matriz DOFA

Para realizar este análisis de factores internos y externos se utilizó la matriz DOFA la cual es una herramienta de diagnóstico y análisis para la generación creativa de posibles estrategias a partir de la identificación de los factores internos y externos de la organización, dada su actual situación y contexto. Se identifican las áreas y actividades que tienen el mayor potencial para un mayor desarrollo y mejora y que permiten minimizar los impactos negativos del contexto.

En la figura 4 se muestran los resultados obtenidos al culminar la matriz DOFA.

		FACTORES INTERNOS	
		FORTALEZAS	DEBILIDADES
ANALISIS FACTORES INTERNOS Y EXTERNOS		<ul style="list-style-type: none"> • Infraestructura. • talento humano capacitado. • Equipo de la mas alta calidad. • Organizacion en todos los niveles de la empresa. • Herramientas de trabajo. • Compromiso Gerencial. 	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos económicos • Procesos que no se encuentran habilitados • falta de contratos
FACTORES EXTERNOS	AMENAZAS	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento de los pacientes una vez culminado su procedimiento en las instalaciones • crear programa para la fidelizacion de los pacientes • capacitar al talento humano para el cumplimiento de la normatividad requerida • descuentos o formas depago para las organizaciones o personas que realicen un pago oportuno o anticipado 	<ul style="list-style-type: none"> • Estrategia de compra con los proveedores • Ejecucion efectiva de los proyectos planificados • Establecer mecanismo de seguimiento y mejora de la normatividad de los procesos
	OPORTUNIDADES	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento al talento humano para brindar un buen servicio • Implementar un sistema de informacion accesible desde la red, que permita el control de las actividades y facil obtencion de informacion 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantizar el correcto funcionamiento de los equipos biomédicos y el buen estado de la infraestructura

FIGURA 4 *Matriz DOFA*
Fuente: Autor del proyecto

Al analizar la matriz DOFA del Centro de Especialidades Médicas del Cesar se puede concluir que:

- La organización cuenta con recursos físicos y humanos óptimos para brindar un servicio de calidad a sus usuarios.

- Al ser una empresa nueva en el sector y debido a la alta competencia existente no cuenta con ingresos suficientes para solventar de manera eficiente los compromisos establecidos y apoyo a los sistemas de gestión.
- Una gran oportunidad que tiene la organización es la gran cantidad de quejas de los usuarios que se presentan de forma diaria a las empresas de la competencia y con su enfoque diferente poder captar esa demanda de usuarios generando un impacto positivo en ellos.

5.1.3 Análisis de las partes interesadas.

Una parte interesada es cualquier organización, grupo o individuo que pueda afectar o ser afectado por las actividades de una empresa u organización de referencia. Así cada organización dispone de sus partes interesadas, también denominadas grupos de interés, públicos de interés, corresponsables u otros (AEC, s.f.)

Para el análisis de estas partes interesadas se diseñó una matriz figura 5 la cual nos permita relacionar tanto sus expectativas como necesidades referentes al centro de especialidades médicas del cesar y complementar con los planes de acción pertinentes para el abordaje de estas.

PARTES INTERESADAS	REQUISITOS		DESCRIPCION	PLAN DE ACCION	PERIODICIDAD DE SEGUIMIENTO	RESPONSABLE
	N	E				
CLIENTE	X		Personal medico Competitivo	lista de Requerimientos sobre las hojas de vida	Semestral	jefe de talento humano
	X		Que sean atendido en el tiempo esperado	Análisis de cola para admision y siau	semestral cuando el sistema lo requiera	jefe de calidad
		X	Instalaciones confortables	Plan de mantenimiento	anual	coordinador de mantenimiento
	X		Que cuenten con los equipos e insumos para procedimientos quirurgicos	programacion de procedimientos	mensual	Instrumentadora / enfermera jefe
		X	Trato agradable por parte de los colaboradores	Encuesta de satisfaccion	semestral	lider de siau
	X		Farmacos en buenas condiciones	Lista de chequeo de medicamentos	semestral	lider de farmacia
	X		Diagnosticos de sus enfermedades	Seguimiento de los pacientes	semestral	coordinador medico / enfermera jefe
		X	indicadores de citas programadas a especialistas	control sobre los indicadores	mensual	lider de calidad
		X	indicadores de citas según la norma	control sobre los indicadores	mensual	lider de calidad
		X	Optimas condiciones del medio de transporte asistencial	lista de chequeo preoperacional	bimensual	operador de las ambulancias
PROVEEDORES	X		Disponibilidad de farmacos	sistema de control de inventarios	semestral	lider de farmacia
	X		Pago oportuno	Contrato definido / control sobre las facturas	anual	Gerencia / contabilidad
		X	Contratos a tiempos prolongados	Sistema de evaluacion de proveedores	semestral	Gerencia / contabilidad
	X		pedidos con lapsos de entregas comodios	sistema de control inventarios	semestral	lider de farmacia
	X		pedidos de forma clara	formatos de pedidos y capacitacion sobre ellos	trimestral	lider de farmacia
COLABORADORES		X	Recomendación con otras empresas	Acuerdos de descuentos con proveedores	anual	Gerencia / jefe de compras
	X		Remuneracion adecuada	contratos	anual	Gerencia
	X		Herramientas de trabajo idoneo	Formato de solicitud / Ficha de entrega	semestral	lider de talento humano / jefe de compras
		X	Ambiente laboral estable	programacion de actividades de ocio	semestral	jefe de talento humano / lider SG- SST
		X	apoyo para el crecimiento personal	planes de capacitacion	anual	jefe de talento humano
	X		Puestos de trabajo seguro	implementacion de SG-SST	anual	lider de SG-SST
ENTES GUBERNAMENTALES		X	Estabilidad laboral	grupo interdisciplinario de desempeño	anual	grupo interdisciplinario
	X		Equipos en buenas condiciones	Plan de mantenimiento	anual	coordinador de mantenimiento
		X	Informacion a la mano	sistematizacion de la informacion	trimestral	grupo interdisciplinario
	X		Cumplir con los lineamientos establecidos para el proceso cumplir con los requerimientos de farmacovigilancia/farmacoterapia/tecnicovigilancia y reactivo vigilancia	estandarizacion de los procesos	trimestral	jefe de calidad
		X	Conocimiento de los lineamientos por parte de los colaboradores	organización y sistematización de la información de los programas	trimestral	lider de farmacia y lider de tecnovigilancia
			capacitacion	semestral	gerencia	

NOMENCLATURA	
N	Necesidades
E	Expectativas

FIGURA 5 Matriz de partes interesadas
Fuente: Autor del proyecto

5.1.4 Diseño de estrategias

Al culminar la primera fase del diagnóstico del sistema de gestión de calidad ISO 9001:2015 del Centro de Especialidades Médicas del Cesar se obtuvo la información necesaria para reconocer el estado en el que se encuentra la organización, esto con el fin de realizar una actualización eficiente y diseñar estrategias que nos permita cumplir satisfactoriamente las expectativas y necesidades de las partes interesadas y aprovechar las oportunidades encontradas en la matriz DOFA.

A continuación, se presentan las estrategias más importantes diseñadas para el Centro de Especialidades Médicas del Cesar.

- Diseño de programas de capacitación eficiente que nos permita aumentar la eficiencia del talento humano y poder darle cumplimiento a la normatividad legal.
- Control sobre el plan de auditoría del mejoramiento de la calidad PAMEC.
- Estandarización de los procesos de la organización.
- Organización y sistematización de la información accesible desde la red.
- Diseño de mecanismos de seguimiento de los procesos.
- Establecer un sistema de evaluación de proveedores.

5.2 Fase 2: Especificar las actividades de los procesos críticos

5.2.1 Diagrama de flujo de proceso.

El diagrama de flujo (flujograma) es una herramienta utilizada para representar la secuencia e interacción de las actividades del proceso a través de símbolos gráficos. Los símbolos proporcionan una mejor visualización del funcionamiento del proceso, ayudando en su entendimiento y haciendo la descripción del proceso más visual e intuitivo (martins, 2018)

En la gestión de procesos, la herramienta tiene como objetivo garantizar la calidad y aumentar la productividad de los trabajadores. Esto sucede pues la documentación del flujo de las actividades hace posible realizar mejoras y aclara mejor el propio flujo de trabajo.

En la figura 6 se muestra el diagrama de flujo de proceso correspondiente a la toma de muestra del área de laboratorios.

Los diagramas de procesos de los procesos críticos se adjuntan en el anexo (B)

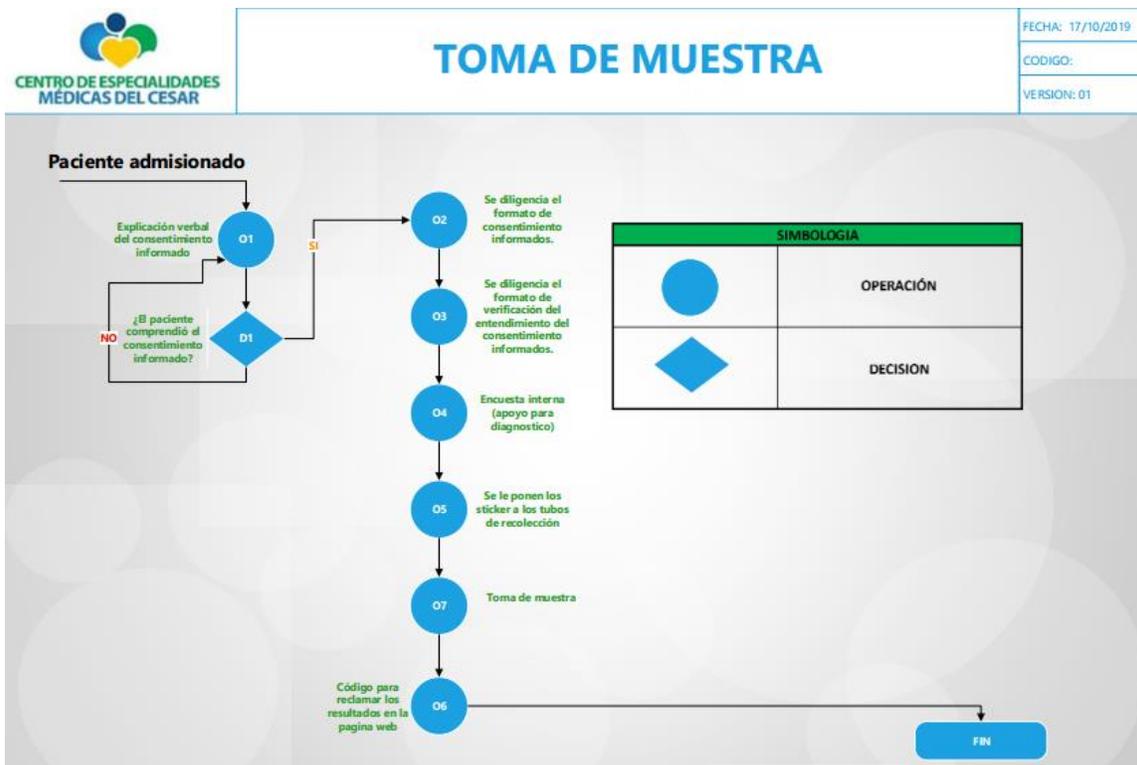


FIGURA 6 *Toma de muestra laboratorios*
Fuente: Autor del proyecto

A partir de los diagramas de procesos realizados en el Centro de Especialidades del cesar, se diseñó un mecanismo el cual brinde información eficiente y eficaz en forma real, del funcionamiento de los procesos de la institución. Todo esto con el fin de poder identificar posibles falencias o retraso presentados en procesos críticos de la institución.

El mecanismo que se diseñó como propuesta fue un tablero de control de proceso (DASHBOARD), según (ABELLAN, 2020) Un dashboard o cuadro de mando es una herramienta de business intelligence que representa, de manera visual, los KPI's o métricas que afectan en el logro de los objetivos de tu estrategia de Marketing digital.

Con los dashboard podemos analizar los datos y detectar los posibles problemas, así como encontrar las acciones que podemos llevar a cabo para solucionarlos.

Este tablero de control se diseñó en la herramienta ofimática de Excel, la base de datos que lo alimentara se tomara desde el área involucrada por los colaboradores de la institución y se carga al tablero mediante POWER QUERY. Proporcionando a través de la conectividad red que maneja la institución una información en tiempo real del estado del proceso, la propuesta de diseño del tablero de control se muestra en la figura 7.

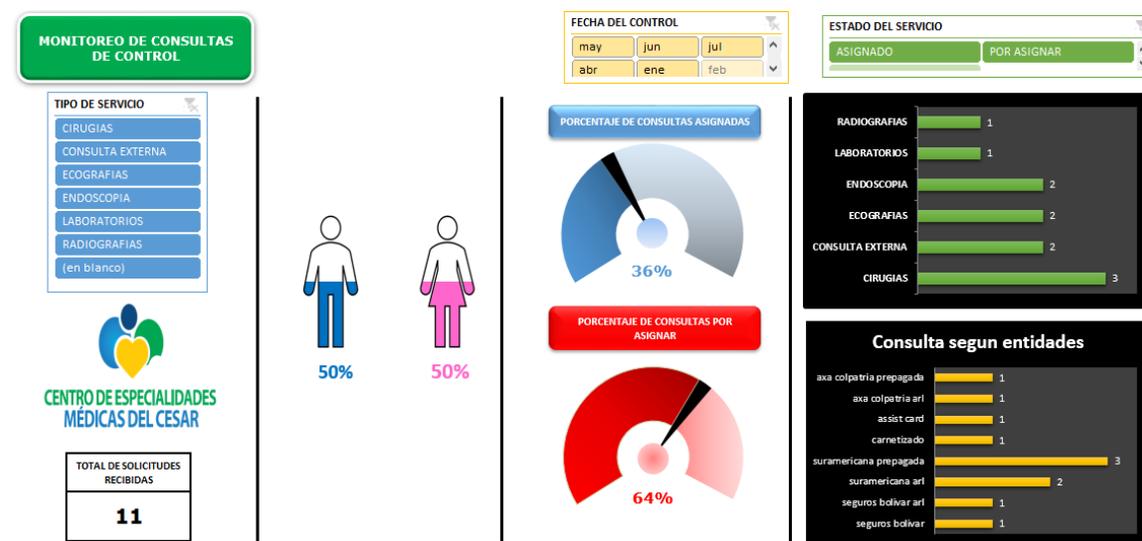


FIGURA 7 *Dashboard consultas de control*
Fuente: Autor del proyecto

En el anexo (F) se muestran algunos tableros de control diseñados para el Centro de Especialidades Médicas del Cesar

5.3 Fase 3: Reajuste documental

Los cambios que presenta la ISO 9001 2015 en relación con la ISO 9001 2008 pueden ser clasificados de mayor a menor importancia según de que se trate. Dentro de estos cambios se pueden destacar:

- A través de la realización de un Análisis de Riesgos y Oportunidades, la norma ISO 9001 2015 muestra un enfoque preventivo, esto hace desaparecer a las antiguas acciones preventivas.
- Mayor desarrollo del enfoque de los procedimientos.
- Se añade una nueva condición “Contexto de la organización”, en que se les pide a las empresas que especifiquen los problemas interiores y exteriores que tengan mayor importancia para su objetivo y la dirección estratégica y que puedan perjudicar a su capacidad para lograr los máximos resultados de su Sistema de Gestión de la Calidad.
- Debemos añadir el concepto de partes interesadas. En la norma ISO 9001 2015 se concreta este concepto como las empresas o personas que pueden verse dañadas, dañar, o reciben a sí mismo a ser dañados por alguna determinación o acción de su organización, como podrían ser los proveedores, los destinatarios finales, etc. La ISO 9001 2008 solo estaba orientada al cliente.
- Se ve incrementada la orientación a la planificación. Una planificación estratégica es una condición tácita que las empresas deben realizar.

- Determinar lo comprendido en la totalidad de las normas que tengan algún vínculo con los Sistemas de Gestión (EEE, 2016).

5.3.1 Alcance del sistema de gestión de calidad

El alcance es una parte vital del manual de calidad, ya que define el punto del Sistema de Gestión de la Calidad que se extiende dentro de todas las operaciones de la compañía, y además detalla cualquier exclusión de los requisitos de la norma ISO 9001 versión 2015 y justifica a los mismos (nueva iso 9001:2015, 2015).

El alcance del sistema de gestión de calidad para el centro de especialidades del cesar el cual se muestra en la figura 8 se diseñó para todos los procesos que se cumplen en la organización del cual se excluye únicamente el apartado 8.3.

	<p>ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</p>	FECHA: 18/09/2019
		CODIGO: PRSGCALC03
		VERSION: 03
		PAGINA: 1-1

ALCANCE Y EXCLUSIONES DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD

El Sistema de Gestión de la Calidad del **CENTRO DE ESPECIALIDADES MEDICAS DEL CESAR**, incluye todos los procesos misionales, Así mismo se contemplan los procesos Gerenciales y de Apoyo definidos por la institución.

EXCLUSIONES

Teniendo en cuenta las características propias de la Institución se excluye del Sistema de Gestión de Calidad de la Clínica, los requisitos correspondientes a:

- ❖ Numeral 8.3 de la norma ISO 9001:2015, que hace referencia al Diseño y Desarrollo, debido a que la organización no diseña ni desarrolla productos, solo se ajustan los procesos y servicios a las condiciones de Ley y del mercado. En concordancia con esto, para la prestación del servicio no se hacen especificaciones individuales por paciente; la atención está fundamentada en guías de atención clínicas basadas en la evidencia Científica y protocolos técnicos que respaldan la práctica de los profesionales.

FIGURA 8 *alcance del sistema de gestión de calidad*

Fuente: Autor del proyecto

Se excluye el apartado 8.3 de la norma ISO 9001:2015 por que hace referencia al diseño y desarrollo de procesos y el Centro de Especialidades Médicas del Cesar no diseña ni desarrolla productos solo se ajusta a los procesos y servicios a de ley. Fundamentándose en guías de atención clínicas y evidencias científicas.

5.3.2 Mapa de procesos

Un mapa de procesos es la representación gráfica de los procesos existentes en la organización. Expresa los procesos y las relaciones entre sí y con el exterior.

Al mismo tiempo, atiende a la clasificación de los procesos según su naturaleza de procesos clave, soporte y estratégicos (aitecos consultores desarrollo y gestion, 2019).

En el diagrama de proceso del centro de especialidades médicas del cesar (Anexo c) cuenta con 25 procesos misionales, 12 procesos de apoyo y 2 procesos estratégicos.

Procesos misionales

- Psicología
- Nutrición y dietética
- Especialidades medicas
- Odontología general y especializada
- Cirugía baja complejidad
- Cirugía mediana y alta complejidad
- Cirugía ambulatoria

- Hospitalización mediana
- Cuidado intermedio adultos
- Cuidado intensivo adultos
- Paciente agudo
- Paciente crónico sin ventilador
- Paciente crónico con ventilador
- Terapia física y respiratoria
- Toma de muestra
- Terapia ocupacional y lenguaje
- Transporte asistencial básico
- Transporte asistencial medicalizado
- Radiología e imágenes diagnosticas baja complejidad
- Ultrasonido
- Toma de muestras de laboratorio clínico
- Laboratorio clínico
- Endoscopia digestiva
- Transfusión sanguínea
- SIAU

Procesos de apoyo

- Gestión de talento humano
- Gestión ambiental e infraestructura

- Facturación
- Gestión de la información
- Servicios generales
- Gestión contable
- Compras
- Dotación y mantenimiento de equipos biomédicos
- Servicio farmacéutico
- Gestión documental
- Sistema de gestión de seguridad en el trabajo
- esterilización

Procesos estratégicos

- Gestión gerencial
- Gestión de calidad

5.3.3 Política de calidad

La política de calidad establece el marco sobre el cual una organización desea moverse. Esta se define teniendo en cuenta las metas organizacionales (misión, visión, objetivos estratégicos) y las expectativas y necesidades de los clientes (internos y externos).

La política de calidad proporciona la base necesaria para la definición de los objetivos de calidad, es decir, estos deben ser coherentes con los lineamientos de la política (calidad iso 9001, s.f.)

La política de calidad para CEMCE figura 9 fue diseñada, evaluada y aceptada por el representante legal de la empresa priorizando en ella las expectativas y necesidades de las partes interesadas.

	<p style="text-align: center;">POLITICA DE CALIDAD</p>	FECHA: 16/09/2019
		CODIGO: PRSGCPOC01
		VERSION: 01
		PAGINA: 1-1

POLITICA DE CALIDAD

Garantizar la prestación de servicios de salud, con un enfoque personalizado e integral donde se facilite el acceso, se optimice el uso de los recursos y se genere un mejoramiento continuo de los procesos en cumplimiento a los requisitos legales y reglamentarios, contando para ello con proveedores confiables y personal competente e idóneo, consolidando una cultura de servicio al Cliente para la satisfacción del mismo y considerando la seguridad del paciente como la expresión y vivencia fundamental de la calidad de la atención, por lo cual se promueve la cultura de seguridad en Colaboradores, Pacientes y familiares y se desarrollan acciones de identificación, prevención y gestión de riesgos relacionados con el que hacer misional.

FIGURA 9 *política de calidad*

Fuente: Autor del proyecto

5.3.4 Objetivos de calidad

Son la manera de traducir la política de calidad de nuestra organización, es decir, a través de éstos, se organizarán todos los esfuerzos a realizar en la organización en cuestión para alcanzar la tan deseada mejora continua, requerimiento esencial de la norma ISO 9001.

Estos objetivos se obtuvieron a partir de la política de calidad además se diseñó una matriz de objetivos de calidad (anexo D) la cual nos permita relacionar sus indicadores y sus planes de acción para poder conseguirlo junto con el tiempo de evaluación propuesto para poder conseguirlo.

Los objetivos de calidad diseñados fueron:

- Lograr la satisfacción de nuestros usuarios brindando una atención oportuna, segura y cálida acorde a sus necesidades y expectativas.
- Promover y mantener condiciones y ambientes saludables, procurando un bienestar físico, mental y social a nuestros colaboradores.
- Prevenir el impacto ambiental negativo asociado con el uso de los recursos y la generación de residuos y vertimiento.
- Capacitar, actualizar e incentivar a nuestro personal para afrontar con éxito la política de calidad, misión y visión de nuestra institución.

- Disponer de elementos e insumos de óptima calidad mediante la selección y concertación de proveedores íntegros.
- Disponer de información veraz y oportuna que permita la toma de decisiones basada en hechos y datos.

5.3.5 Análisis basado en el riesgo.

El análisis de los riesgos determinará cuáles son los factores de riesgo que potencialmente tendrían un mayor efecto sobre nuestro proyecto y, por lo tanto, deben ser gestionados por el emprendedor con especial atención (madrid.org, 2012).

Existen muchas técnicas para realizar el análisis de los riesgos para este se utilizó el análisis de modo y efecto de falla (AMEF) el cual es un procedimiento que permite identificar fallas en productos, procesos y sistemas, así como evaluar y clasificar de manera objetiva sus efectos, causas y elementos de identificación, para de esta forma, evitar su ocurrencia y tener un método documentado de prevención (salazar, 2016)

5.3.5.1 Ocurrencia

Las consecuencias son evaluadas en términos de ocurrencia, esta se define como la probabilidad de que una causa en particular ocurra y resulte en modo de falla durante la vida esperada del producto, es decir, representa la remota probabilidad de que el cliente experimente el efecto de modo de falla.

Para obtener el valor de la ocurrencia se ha definido una escala de 1 a 10, la escala se divide en la siguiente forma: muy baja, baja, moderada, alta, y muy alta, cada uno de estos escalones dependerá de la frecuencia de falla que se le ha asignado a cada escalón,

si la falla se encuentra es mayor a cinco años entonces se definió que la probabilidad de incidente era casi nula, si la frecuencia es cada 2 años se definió que era bajo, si la frecuencia es diaria se definió como muy alta. En la tabla 1 se muestra la forma como se realiza el criterio de evaluación y clasificación de la ocurrencia.

Tabla 1

Escala de ocurrencia

POSIBILIDAD DE FALLA	FRECUENCIA DE FALLA	NIVEL
Muy alta:	Diaria	10
La falla es casi inevitable.	Semanal	9
Alta:	Mensual	8
La falla es frecuente, o está asociada a fallas frecuentes.	Cada 2 meses	7
Moderado:	Cada 3 meses	6
La falla es ocasional	Cada 6 meses	5
	Anual	4
Bajo:	Cada 2 años	3
Falla aislada en el proceso		
Muy baja:	Cada 5 años	2
Fallas aisladas en otros procesos		
Remota:	Mayor a 5 años	1
Falla es improbable.		

Fuente: Autor del proyecto

5.3.5.2 Severidad

Para analizar el riesgo hay que cuantificar la severidad de los efectos. Los efectos se cuantifican en una escala determinada. Para el análisis del estudio se determinó una escala del 1 a 10, siendo el nivel 10 el más severo y el nivel 1 el menos severo, se asume que todos los efectos se producirán cuando el modo de falla ocurre. Por lo tanto, el efecto más severo tiene precedencia cuando se evalúa el riesgo potencial. Para determinar la severidad es necesario tomar en cuenta lo siguiente: si el modo de falla interrumpe o no la operación, si impacta la calidad o acabado del producto, si ocurre con previo aviso o no y algo importante como es el impacto en la operación segura del equipo. En la tabla 2 se muestra el criterio de evaluación y clasificación de la severidad de los efectos propuestos para el AMEF.

Tabla 2

<i>Escala de severidad</i>		
EFECTO	CRITERIO	NIVEL
Peligroso sin aviso	La falla ocurrirá sin previo aviso. Puede poner peligro a otros sistemas y/o puede afectar la operación segura del sistema bajo análisis.	10
Peligroso con aviso	La falla ocurrirá con previo aviso. Puede poner en peligro a otros sistemas y/o puede afectar la operación segura del sistema bajo análisis.	9
Muy alto	Falla menos del sistema. Los controles actuales no pueden mantener el sistema operativo y requiere fuerte intervención del operador para su correcto funcionamiento.	8

Alto	Falla menor del sistema. Los controles actuales pueden mantener el sistema operativo y requiere moderada intervención del operador para su correcto funcionamiento.	7
Moderadamente alto	Falla menor del sistema. Los controles actuales no pueden mantener el sistema operativo y requiere ligera intervención del operador para su correcto funcionamiento.	6
Moderado	Falla menor del sistema. Los controles actuales pueden mantener el sistema operativo, pero requiere fuerte intervención del operador para su correcto funcionamiento.	5
Bajo	Falla menos del sistema. Los controles actuales pueden mantener el sistema operativo, pero requiere moderada intervención del operador para su correcto funcionamiento.	4
Muy bajo	Falla menor del sistema. Los controles actuales pueden mantener el sistema operativo, pero requiere ligera intervención del operador para su correcto funcionamiento.	3
Menor	Falla menos del sistema. Los controles actuales.	2
Ninguno	La falla no tiene efectos en el sistema	1

Fuente: Autor del proyecto

5.3.5.3 Detección

Los valores de detección están asociados a dos tipos de control. Como son control tipo1: detectar las causas o mecanismos de falla y control de tipo2: detectar subsecuentes modos de falla. Un valor de detección se asigna a un tipo de control, lo cual representa una

habilidad colectiva de detectar causas y modos de falla. Los controles pueden ser agrupados y tratados como un sistema cuando ellos operan independientemente, así cada control individual aumenta la capacidad de detección global. En la tabla 3 se muestra el criterio de evaluación y clasificación para la detección de una causa de falla.

Tabla 3

Escala de detección

DETECCION	CRITERIO	NIVEL
Incertidumbre total	El control no detecta la causa de la falla o no hay control.	10
Muy remota	Hay posibilidad muy remota de que el control detecte la causa potencial de la falla.	9
Remota	Hay posibilidad remota de que el control detecte la causa potencial de la falla.	8
Muy baja	Hay una muy baja posibilidad de que el control detecte la causa potencial de la falla.	7
Baja	Hay una baja posibilidad de que el control detecte la causa potencial de la falla.	6
Moderada	Hay una moderada posibilidad de que el control detecte la causa potencial de la falla.	5
Moderadamente alta	Hay una moderadamente alta posibilidad de que el control detecte la causa potencial de la falla.	4
Alta	Hay una alta posibilidad de que el control detecte la causa potencial de la falla.	3
Muy alta	Hay una muy alta posibilidad de que el control detecte la causa potencial de la falla.	2
Casi certeza total	El control detecta casi con certeza total la causa	1

Fuente: Autor del proyecto

Al terminar el análisis de modo y efecto de falla de los procesos críticos de la institución se obtiene acciones recomendadas para lograr que todas las actividades del proceso sigan su rumbo sin interrupciones.

5.4 Caracterización de procesos

La caracterización de los procesos es una herramienta la cual nos brinda la oportunidad de relacionar todos aquellos requisitos, insumos, personal etc. Que necesita una actividad de la organización para el cumplimiento de la normatividad legal e ISO 9001 y poder brindar un funcionamiento completo y eficaz.

En la figura número 12 se muestra la plantilla utilizada para la caracterización de los procesos.

Identificación del proceso			EQUIPO RESPONSABLE	
Objetivo				
Alcance				
+				
PROVEEDORES ENTRADAS		ACTIVIDADES		CLIENTES / SALIDAS
1.		PLANEAR	HACER	1.
		1.	1.	
		ACTUAR	VERIFICAR	
		1.	.	
RECURSOS	DOCUMENTOS ASOCIADOS			
TECNICOS				
LOCATIVOS				
REQUISITO POR CUMPLIR		SEGUIMIENTO Y MEDICION		
		CONTROL DE PROCESO		INDICADORES / META
Requisitos de Ley		❖		1.
Requisito de la Institución				
Requisito de la Norma				

FIGURA 12 *plantilla caracterización*

Fuente: Autor del proyecto

La finalidad de realizar la caracterización de cada proceso de la institución es poder conocer los requerimientos que exige la normatividad legal para poder habilitar los servicios del Centro de Especialidades Médicas del Cesar, con esta plantilla se relacionan temas importantes como los recursos locativos y técnicos, la normatividad que se debe dar cumplimiento, las guías técnicas o evidencias científicas necesarias para brindar el servicio etc.

La caracterización del resto de los procesos se muestra en el anexo (E)

5.5 Selección, evaluación y reevaluación de proveedores.

La selección, evaluación y reevaluación de los proveedores es un proceso mediante el cual se escogen los proveedores en base a unos criterios de selección y de reevaluación.

El centro de especialidades médicas del cesar en su organización cuenta como proveedores críticos para su correcto funcionamiento los cuales son aquellos que se involucran en actividades de mantenimiento y aprovisionamiento de insumos médicos, equipos y materiales quirúrgicos

5.5.1 Criterios para selección y evaluación de proveedores

Los criterios que se tendrán en cuenta para la selección de los proveedores del área de mantenimiento se muestran en la tabla numero 4

Mantenimiento		
SELECCIÓN Y EVALUACION		
ANTIGÜEDAD EN EL MERCADO	• Entre 0 < 2 años	1; 2
	• Entre 2 < 5 años	3
	• Entre 8 < 10 años	4
	• De 10 años en adelante	5
CALIDAD	• En proceso de implementación (sistema de gestión de calidad)	1; 2
	• Cuenta Con sistema de gestión de calidad	3
	• Cuenta con alguna certificación de calidad	4; 5
PRECIO	• Precios razonables y Acorde a la calidad del producto o servicio	1; 5
	• Descuentos por volumen de compra o pronto pago	
FINANCIACIÓN	• A 30 Días	1
	• A 45 Días	2
	• A 60 Días	3
	• A 90 Días	4
	• a 120 Días	5
PERSONAL	• estudios	1 ; 2
	• experiencia	3 ; 4
	• Estudios y alta experiencia	5
GARANTIA	• Amplia	4 ; 5
	• Media	3
	• Bajo	1 ; 2

TABLA 4 *critérios de selección proveedores de mantenimiento*

Fuente: Autor del Proyecto

El formato diseñado para la selección y evaluación de proveedores de mantenimiento se muestra en la figura 13

PROVEEDOR	PRODUCTO O SERVICIO SUMINISTRADO	FECHA DE EVALUACIÓN	CRITERIOS DE SELECCIÓN Y EVALUACIÓN						Calificación	RESULTADO APROBADO (4,3 a 5) RECHAZADO (0 a 2,5)
			ANTIGÜEDAD EN EL MERCADO	CALIDAD	PRECIO	FINANCIACIÓN	GARANTÍA	PERSONAL		
			10%	25%	20%	15%	10%	20%		
Califique de 1 a 5 teniendo en cuenta los criterios de selección (tabla de criterios de selección y evaluación)										
Nombre: Nit: Teléfono: Contacto:									0	Rechazado
Nombre: Nit: Teléfono: Contacto:									0	Rechazado
Nombre: Nit: Teléfono: Contacto:									0	Rechazado
Nombre: Nit: Teléfono: Contacto:									0	Rechazado
Nombre: Nit: Teléfono: Contacto:									0	Rechazado

FIGURA 13 *selección y evaluación de proveedores*

Fuente: Autor del Proyecto

5.5.1.1 Reevaluación proveedores de mantenimiento

La reevaluación de los proveedores de mantenimiento se realizará con el fin de verificar el comportamiento de los proveedores, el cual se aplicará de forma semestral, esta reevaluación se hará bajo indicadores de desempeño para así poder diligenciar el formato de reevaluación de proveedores.

Los indicadores utilizados para la reevaluación de los proveedores de mantenimiento se muestran en la tabla 5

indicadores	formula
Tiempo de entrega	$\frac{\text{Mantenimientos realizados en el tiempo pactado}}{\# \text{ Total de mantenimiento realizados}}$
Documentación recibida	$\frac{\text{Mantenimiento con la documentacion completa}}{\# \text{ Total de mantenimiento realizados}}$
Atención a quejas y reclamos	$\frac{\text{Total de quejas atendidas ah buen tiempo}}{\# \text{ Total de Quejas realizadas}}$
Cumplimiento	$\frac{\text{mantenimientos realizados}}{\# \text{ Total de Mantenimientos solicitados o programados}}$
Postventa	$\frac{\text{mantenimientos supervisados}}{\# \text{ Total de mantenimiento realizados}}$

TABLA 5 *indicadores reevaluación proveedores de mantenimiento*
Fuente: Autor del Proyecto

El formato utilizado para la reevaluación de los proveedores de mantenimiento se muestra en la figura 14

CRITERIOS PARA LA REEVALUACIÓN							
FECHAS DE LA REEVALUACIÓN	TIEMPO DE ENTREGA	DOCUMENTACION RECIBIDA	CUMPLIMIENTO	ATENCION A QUEJAS Y RECLAMOS	POSTVENTA	Calificación	RESULTADO
	25%	25%	25%	15%	10%		CONFIABLE ≥ 4 ACEPTABLE $4 < \geq 3,6$ CONDICIONAL $3,6 < \geq 3,1$ NO CONFIABLE < 3
	Califique de 1 a 5 teniendo en cuenta la tar indicadora de quotion y contratar establecida.						
						0	No confiable
						0	No confiable
						0	No confiable
						0	No confiable
						0	No confiable
						0	No confiable
						0	No confiable
						0	No confiable
						0	No confiable
						0	No confiable

FIGURA 14 formato reevaluación de proveedores de mantenimiento

Fuente: Autor del Proyecto

5.5.2 Criterios para proveedores de medicamentos e insumos.

Los criterios que se tendrán en cuenta para la selección de los proveedores de insumos, equipos y material médico se muestran en la tabla numero 6

Medicamentos e insumos médicos		
SELECCIÓN Y EVALUACION		
ANTIGÜEDAD EN EL MERCADO	• Entre 0 < 2 años	1; 2
	• Entre 2 < 5 años	3
	• Entre 8 < 10 años	4
	• De 10 años en adelante	5
CALIDAD	• En proceso de implementación (sistema de gestión de calidad)	1; 2
	• Cuenta Con sistema de gestión de calidad	3
	• Cuenta con alguna certificación de calidad	4; 5
PRECIO	• Precios razonables y Acorde a la calidad del producto o servicio	1; 5
	• Descuentos por volumen de compra o pronto pago	
FINANCIACIÓN	• A 30 Días	1
	• A 45 Días	2
	• A 60 Días	3

	• A 90 Días	4
	• a 120 Días	5
FORMAS DE SOLICITUD	• cuatro medios de solicitud	5
	• tres medios de solicitud	3; 4
	• uno o dos medios de solicitud	1; 2
GARANTIA	• Amplia	4; 5
	• Media	3
	• Bajo	1; 2

TABLA 6 *critérios selección proveedores medicamentos e insumos*

Fuente: Autor del Proyecto

El formato diseñado para la selección y evaluación de proveedores de medicamentos e

insumos se muestra en la figura 15

PROVEEDOR	PRODUCTO O SERVICIO SUMINISTRADO	FECHA DE EVALUACIÓN	CRITERIOS DE SELECCIÓN Y EVALUACIÓN						Calificación	RESULTADO APROBADO (4,5 - 5) RECHAZADO (0 - 3,9)	OBSERVACIONES DE LA SELECCIÓN
			ANTIGÜEDAD EN EL MERCADO	CALIDAD	PRECIO	FINANCIACIÓN	GARANTIA	FORMAS DE SOLICITUD (correo, teléfono, web)			
			15%	25%	20%	20%	10%	10%			
<i>Código de la Unidad es usado en criterios de selección (Tabla de criterios de selección y evaluación)</i>											
Nombre: Nit: Teléfono: Contacto:									0	Rechazado	
Nombre: Nit: Teléfono: Contacto:									0	Rechazado	
Nombre: Nit: Teléfono: Contacto:									0	Rechazado	
Nombre: Nit: Teléfono: Contacto:									0	Rechazado	
Nombre: Nit: Teléfono: Contacto:									0	Rechazado	

FIGURA 15 *formato selección y evaluación proveedores medicamentos e insumos*

Fuente: Autor del Proyecto

5.5.2.1 Reevaluación proveedores de medicamentos e insumos

Los indicadores utilizados para la reevaluación de proveedores de medicamentos e

insumos se muestran en la tabla 7

indicadores	formula
Tiempo de entrega	$\frac{\text{Pedidos en el tiempo pactado}}{\# \text{ Total de pedidos realizados}}$
Estado del producto	$\frac{\text{Pedidos en buen estado}}{\# \text{ Total de pedidos realizados}}$
Atención a quejas y reclamos	$\frac{\text{quejas y reclamos solucionados}}{\# \text{ Total de Quejas realizadas}}$
Cumplimiento	$\frac{\text{Pedidos entregados completos}}{\# \text{ Total de pedidos realizados}}$
Especificaciones técnicas	$\frac{\text{Pedidos con especificaciones completas}}{\# \text{ Total de Pedidos realizadas}}$
Tiempo de respuesta a la solicitud	$\frac{\text{Solicitudes respuestas en el tiempo pactado}}{\# \text{ Total de solicitudes de insumos}}$

TABLA 7 indicadores para la reevaluación proveedores medicamentos e insumos médicos

Fuente: Autor del Proyecto

El formato utilizado para la reevaluación de los proveedores de medicamentos e insumos

médicos se muestra en la figura 15

CRITERIOS PARA LA REEVALUACIÓN								
FECHAS DE LA REEVALUACIÓN	TIEMPO DE RESPUESTA DE LA SOLICITUD	TIEMPO DE ENTREGA DEL PRODUCTO	CUMPLIMIENTO	ESPECIFICACIONES TÉCNICAS (en factura)	ESTADO DEL PRODUCTO	QUEJAS Y RECLAMOS	Calificación	RESULTADO
	15%	20%	20%	20%	20%	5%		CONFIABLE ≥ 4 ACEPTABLE $4 < \geq 3,6$ CONDICIONAL $3,6 < \geq 3,1$ NO CONFIABLE < 3
	<small>Calificar de 1 a 5 (cinco) En escala los indicadores de calidad que se han establecido.</small>							
							0	No confiable
							0	No confiable
							0	No confiable
							0	No confiable
							0	No confiable
							0	No confiable
							0	No confiable
							0	No confiable
							0	No confiable
							0	No confiable
							0	No confiable

FIGURA 16 *formato reevaluación de proveedores de medicamentos e insumos.*
 Fuente: Autor del Proyecto

Capítulo 6

Conclusiones.

- En su fase inicial el Centro de especialidades médicas del cesar solo obtuvo un 58% de calificación de los numerales de la norma, culminado este proyecto Se logró actualizar el sistema de gestión de calidad a un 100% esto con el fin de lograr una mejora en los procesos del centro de especialidades médicas del cesar para conseguir una mayor satisfacción en los clientes. A esperar de la implementación del mismo.
- Los diagrama de flujo de procesos se realizaron al 100% de las actividades y los tableros de control solo se pudieron completar en un 10% de ellas, Se logró inducciones más eficientes al personal nuevo y se redujo en un 80% los problemas presentados en el área de facturación debido a la falta de documentos necesarios.
- Los formatos de evaluación de proveedores diseñados se hicieron con el fin de dar la certeza de contar con los mejores proveedores en la organización.
- La caracterización de los procesos se logró realizar en un 100% esta nos ayuda a poder llevar un control sobre los requerimientos de la normatividad legal y todos esos insumos necesarios para el correcto funcionamiento de ellos.

Capítulo 7

Recomendaciones.

- Se recomienda que la empresa realice la implementación del sistema de gestión de calidad ISO 9001:2015, ya que no solo basta con tener el diseño del mismo si no que es necesario comprobar su eficacia en la institución.
- Se recomienda la revisión constante de la caracterización de los procesos junto con la normatividad legal, todo esto con el fin de poder tener información certera y actualizada de los requerimientos exigidos por los entes de control.
- Se recomienda implementar tableros de control en todos los procesos de la institución, para así facilitar el seguimiento de los procesos y poder intervenir de forma temprana en ella si se presenta alguna situación ajena al cumplimiento de las actividades del mismo.
- Se recomienda realizar el análisis de modo y efecto de falla para las demás áreas de la institución, clasificando esta primero según su nivel de criticidad. Esto con el fin de diseñar estrategias que impidan la obstrucción del correcto funcionamiento del mismo.

Lista de referencias

- ABELLAN, E. (16 de enero de 2020). *WAM* . Obtenido de Global Growth Agentes:
<https://www.wearemarketing.com/es/blog/que-es-un-dashboard-de-negocios-y-cuales-sus-beneficios.html>
- AEC. (s.f.). *asociacion española para la calidad*. Obtenido de
<https://www.aec.es/web/guest/centro-conocimiento/partes-interesadas>
- aitecos consultores desarrollo y gestion*. (28 de marzo de 2019). Obtenido de
<https://www.aiteco.com/origen-del-mapa-de-procesos/>
- calidad iso 9001*. (s.f.). Obtenido de <http://iso9001calidad.com/la-politica-de-calidad-101.html>
- corvo, h. S. (s.f.). *lifeder*. Obtenido de <https://www.lifeder.com/factores-internos-externos-empresa/>
- EEE. (7 de abril de 2016). *escuela europea de excelencia* . Obtenido de
<https://www.escuelaeuropeaexcelencia.com/2016/04/comparativa-iso-9001-2008-iso-9001-2015/>
- jimenez, D. (26 de 08 de 2012). *pymes y calidad 2.0*. Obtenido de
<https://www.pymesycalidad20.com/anatomia-de-un-diagnostico-para-implementar-un-sistema-de-gestion.html>
- madrid.org*. (14 de noviembre de 2012). Obtenido de
http://www.madrid.org/cs/StaticFiles/Emprendedores/Analisis_Riesgos/pages/pdf/metodologia/4AnalisisycuantificaciondelRiesgo%28AR%29_es.pdf

martins, r. (4 de junio de 2018). *blog de la calidad*. Obtenido de

<https://blogdelacalidad.com/diagrama-de-flujo-flujograma-de-proceso/>

mateo mejía lopez; santiago suarez mendoza. (2017). *factores internos y externos de las empresas que marcan punto clave en el conocimiento y lealtad de los clientes*.

bogota: colegio de estudios superiores de administracion.

nueva iso 9001:2015. (14 de diciembre de 2015). Obtenido de [https://www.nueva-iso-](https://www.nueva-iso-9001-2015.com/2015/12/alcance-sistema-gestion-calidad-iso-9001-version-2015/)

[9001-2015.com/2015/12/alcance-sistema-gestion-calidad-iso-9001-version-2015/](https://www.nueva-iso-9001-2015.com/2015/12/alcance-sistema-gestion-calidad-iso-9001-version-2015/)

salazar, b. (2016). *ingenieriaindustrialonline*. Obtenido de

<https://www.ingenieriaindustrialonline.com/herramientas-para-el-ingeniero->

[industrial/lean-manufacturing/analisis-del-modo-y-efecto-de-fallas-amef/](https://www.ingenieriaindustrialonline.com/herramientas-para-el-ingeniero-industrial/lean-manufacturing/analisis-del-modo-y-efecto-de-fallas-amef/)

Anexos

Anexo A Evaluación del sistema de gestión de calidad

Capítulo 4

4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN					
4.1 COMPRENSIÓN DE LA ORGANIZACIÓN Y SU CONTEXTO		10	5	3	0
1	Se determinan las cuestiones externas e internas que son pertinentes para el propósito y dirección estratégica de la organización.			3	
2	Se realiza el seguimiento y la revisión de la información sobre estas cuestiones externas e internas.			3	
4.2 COMPRENSIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS					
3	Se ha determinado las partes interesadas y los requisitos de estas partes interesadas para el sistema de gestión de Calidad.			3	
4	Se realiza el seguimiento y la revisión de la información sobre estas partes interesadas y sus requisitos.			3	
4.3 DETERMINACIÓN DEL ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD					
5	El alcance del SGC, se ha determinado según: Procesos operativos, productos y servicios, instalaciones físicas, ubicación geográfica		5		
6	El alcance del SGC se ha determinado teniendo en cuenta los problemas externos e internos, las partes interesadas y sus productos y servicios?			3	
7	Se tiene disponible y documentado el alcance del Sistema de Gestión.	10			
8	Se tiene justificado y/o documentado los requisitos (exclusiones) que no son aplicables para el Sistema de Gestión?	10			
4.4 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y SUS PROCESOS					
9	Se tienen identificados los procesos necesarios para el sistema de gestión de la organización		5		
10	Se tienen establecidos los criterios para la gestión de los procesos teniendo en cuenta las responsabilidades, procedimientos, medidas de control e indicadores de desempeño necesarios que permitan la efectiva operación y control de los mismos.			3	
11	Se mantiene y conserva información documentada que permita apoyar la operación de estos procesos.			3	
SUBTOTAL		20	10	21	0
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		46%			

Capítulo 5

5. LIDERAZGO					
5.1 LIDERAZGO Y COMPROMISO GERENCIAL					
1	Se demuestra responsabilidad por parte de la alta dirección para la eficacia del SGC.	10			
5.1.2 Enfoque al cliente					
2	La gerencia garantiza que los requisitos de los clientes se determinan y se cumplen.	10			
3	Se determinan y consideran los riesgos y oportunidades que puedan afectar a la conformidad de los productos y servicios y a la capacidad de aumentar la satisfacción del cliente.			0	
5.2 POLITICA					
5.2.1 ESTABLECIMIENTO DE LA POLITICA					
4	La política de calidad con la que cuenta actualmente la organización está acorde con los propósitos establecidos.		5		
5.2.2 Comunicación de la política de calidad					
5	Se tiene disponible a las partes interesadas, se ha comunicado dentro de la organización.	10			
5.3 ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES EN LA ORGANIZACIÓN					
6	Se han establecido y comunicado las responsabilidades y autoridades para los roles pertinentes en toda la organización.			3	
SUBTOTAL		30	5	3	0
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		63%			

Capítulo 6

6. PLANIFICACION				
6.1 ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES				
1	Se han establecido los riesgos y oportunidades que deben ser abordados para asegurar que el SGC logre los resultados esperados.			0
2	La organización ha previsto las acciones necesarias para abordar estos riesgos y oportunidades y los ha integrado en los procesos del sistema.			0
6.2 OBJETIVOS DE LA CALIDAD Y PLANIFICACION PARA LOGRARLOS				
3	Que acciones se han planificado para el logro de los objetivos del SIG-HSQ, programas de gestion?		3	
4	Se mantiene informacion documentada sobre estos objetivos		3	
6.3 PLANIFICACION DE LOS CAMBIOS				
5	Existe un proceso definido para determinar la necesidad de cambios en el SGC y la gestión de su implementación?			0
SUBTOTAL		0	0	6
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		12%		

Capítulo 7

7. APOYO				
7.1 RECURSOS				
7.1.1 Generalidades				
1	La organización ha determinado y proporcionado los recursos necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora continua del SGC (incluidos los requisitos de las personas, mediambientales y de infraestructura)	10		
7.1.5 Recursos de seguimiento y medición				
7.1.5.1 Generalidades				
2	En caso de que el monitoreo o medición se utilice para pruebas de conformidad de productos y servicios a los requisitos especificados, ¿se han determinado los recursos necesarios para garantizar un seguimiento válido y fiable, así como la medición de los resultados?	10		
7.1.5.2 Trazabilidad de las mediciones				
3	Dispone de métodos eficaces para garantizar la trazabilidad durante el proceso operacional.	10		
7.1.6 Conocimientos de la organización				
4	Ha determinado la organización los conocimientos necesarios para el funcionamiento de sus procesos y el logro de la conformidad de los productos y servicios y, ha implementado un proceso de experiencias adquiridas.		5	
7.2 COMPETENCIA				
5	La organización se ha asegurado de que las personas que puedan afectar al rendimiento del SGC son competentes en cuestión de una adecuada educación, formación y experiencia, ha adoptado las medidas necesarias para asegurar que puedan adquirir la competencia necesaria	10		
7.3 TOMA DE CONCIENCIA				
6	Existe una metodología definida para la evaluación de la eficacia de las acciones formativas emprendidas.		5	
7.4 COMUNICACIÓN				
7	Se tiene definido un procedimiento para las comunicaciones internas y externas del SIG dentro de la organización.			0
7.5 INFORMACION DOCUMENTADA				
7.5.1 Generalidades				
8	Se ha establecido la información documentada requerida por la norma y necesaria para la implementación y funcionamiento eficaces del SGC.	10		
7.5.2 Creación y actualización				
9	Existe una metodología documentada adecuada para la revisión y actualización de documentos.	10		
7.5.3 Control de la información documentada				
10	Se tiene un procedimiento para el control de la información documentada requerida por el SGC.	10		
SUBTOTAL		70	10	0
Valor Estructura: % Obtenido [(A+B+C) /100]		80%		

Capítulo 8

8. OPERACIÓN				
8.1 PLANIFICACIÓN Y CONTROL OPERACIONAL				
1	Se planifican, implementan y controlan los procesos necesarios para cumplir los requisitos para la provisión de servicios.	10		
2	La salida de esta planificación es adecuada para las operaciones de la organización.		5	
3	Se asegura que los procesos contratados externamente estén controlados.		5	
4	Se revisan las consecuencias de los cambios no previstos, tomando acciones para mitigar cualquier efecto adverso.		5	
8.2 REQUISITOS PARA LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS				
8.2.1 Comunicación con el cliente				
5	La comunicación con los clientes incluye información relativa a los productos y servicios.	10		
6	Se obtiene la retroalimentación de los clientes relativa a los productos y servicios, incluyendo las quejas.	10		
7	Se establecen los requisitos específicos para las acciones de contingencia, cuando sea pertinente.	10		
8.2.2 Determinación de los requisitos para los productos y servicios				
8	Se determinan los requisitos legales y reglamentarios para los productos y servicios que se ofrecen y aquellos considerados necesarios para la organización.	10		
8.2.3 Revisión de los requisitos para los productos y servicios				
9	La organización se asegura que tiene la capacidad de cumplir los requisitos de los productos y servicios ofrecidos.	10		
10	La organización revisa los requisitos del cliente antes de comprometerse a suministrar productos y servicios a este.	10		
11	Se confirma los requisitos del cliente antes de la aceptación por parte de estos, cuando no se ha proporcionado información documentada al respecto.	10		
12	Se asegura que se resuelvan las diferencias existentes entre los requisitos del contrato o pedido y los expresados previamente.	10		
13	Se conserva la información documentada, sobre cualquier requisito nuevo para los servicios.	10		
8.2.4 Cambios en los requisitos para los productos y servicios				
14	Las personas son conscientes de los cambios en los requisitos de los productos y servicios, se modifica la información documentada pertinente a estos cambios.	10		

8.4 CONTROL DE LOS PROCESOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS SUMINISTRADOS EXTERNAMENTE				
8.4.1 Generalidades				
32	La organización asegura que los procesos, productos y servicios suministrados externamente son conforme a los requisitos.	10		
33	Se determina los controles a aplicar a los procesos, productos y servicios suministrados externamente.	10		
34	Se determina y aplica criterios para la evaluación, selección, seguimiento del desempeño y la reevaluación de los proveedores externos.	10		
35	Se conserva información documentada de estas actividades	10		
8.4.2 Tipo y alcance del control				
36	La organización se asegura que los procesos, productos y servicios suministrados externamente no afectan de manera adversa a la capacidad de la organización de entregar productos y servicios, conformes de manera coherente a sus clientes.		5	
37	Se definen los controles a aplicar a un proveedor externo y las salidas resultantes.		5	
38	Considera el impacto potencial de los procesos, productos y servicios suministrados externamente en la capacidad de la organización de cumplir los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables.		5	
39	Se asegura que los procesos suministrados externamente permanecen dentro del control de su sistema de gestión de la calidad.		5	
40	Se determina la verificación o actividades necesarias para asegurar que los procesos, productos y servicios cumplen con los requisitos.		5	
8.4.3 Información para los proveedores externos				
41	La organización comunica a los proveedores externos sus requisitos para los procesos, productos y servicios.		5	
42	Se comunica la aprobación de productos y servicios, métodos, procesos y equipos, la liberación de productos y servicios.		5	
43	Se comunica la competencia, incluyendo cualquier calificación requerida de las personas.		5	
44	Se comunica las interacciones del proveedor externo con la organización.		5	
45	Se comunica el control y seguimiento del desempeño del proveedor externo aplicado por la organización.		5	

8.5 PRODUCCION Y PROVISION DEL SERVICIO				
8.5.1 Control de la producción y de la provision del servicio				
46	Se implementa la producción y provisión del servicio bajo condiciones controladas.	10		
47	Dispone de información documentada que defina las características de los productos a producir, servicios a prestar, o las actividades a desempeñar.	10		
48	Dispone de información documentada que defina los resultados a alcanzar.	10		
49	Se controla la disponibilidad y el uso de recursos de seguimiento y medición adecuados	10		
50	Se controla la implementación de actividades de seguimiento y medición en las etapas apropiadas.	10		
51	Se controla el uso de la infraestructura y el entorno adecuado para la operación de los procesos.	10		
52	Se controla la designación de personas competentes.	10		
53	Se controla la validación y revalidación periódica de la capacidad para alcanzar los resultados planificados.	10		
54	Se controla la implementación de acciones para prevenir los errores humanos.	10		
55	Se controla la implementación de actividades de liberación, entrega y posteriores a la entrega.	10		
8.5.2 Identificación y trazabilidad				
56	La organización utiliza medios apropiados para identificar las salidas de los productos y servicios.	10		
57	Identifica el estado de las salidas con respecto a los requisitos.	10		
58	Se conserva información documentada para permitir la trazabilidad.	10		
8.5.3 Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos				
59	La organización cuida la propiedad de los clientes o proveedores externos mientras esta bajo el control de la organización o siendo utilizada por la misma.	10		
60	Se identifica, verifica, protege y salvaguarda la propiedad de los clientes o de los proveedores externos suministrada para su utilización o incorporación en los productos y servicios.	10		
61	Se informa al cliente o proveedor externo, cuando su propiedad se pierda, deteriore o de algún otro modo se considere inadecuada para el uso y se conserva la información documentada sobre lo ocurrido.	10		

8.5.4 Preservación				
62	La organización preserva las salidas en la producción y prestación del servicio, en la medida necesaria para asegurar la conformidad con los requisitos.	10		
8.5.5 Actividades posteriores a la entrega				
63	Se cumplen los requisitos para las actividades posteriores a la entrega asociadas con los productos y servicios.	10		
64	Al determinar el alcance de las actividades posteriores a la entrega la organización considero los requisitos legales y reglamentarios.	10		
65	Se consideran las consecuencias potenciales no deseadas asociadas a sus productos y servicios.		5	
66	Se considera la naturaleza, el uso y la vida útil prevista de sus productos y servicios.		5	
67	Considera los requisitos del cliente.	10		
68	Considera la retroalimentación del cliente.		5	
8.5.6 Control de cambios				
69	La organización revisa y controla los cambios en la producción o la prestación del servicio para asegurar la conformidad con los requisitos.		5	
70	Se conserva información documentada que describa la revisión de los cambios, las personas que autorizan o cualquier acción que surja de la revisión.		5	
8.6 LIBERACION DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS				
71	La organización implementa las disposiciones planificadas para verificar que se cumplen los requisitos de los productos y servicios.	10		
72	Se conserva la información documentada sobre la liberación de los productos y servicios.	10		
73	Existe evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación.	10		
74	Existe trazabilidad a las personas que autorizan la liberación.		5	
8.7 CONTROL DE LAS SALIDAS NO CONFORMES				
75	La organización se asegura que las salidas no conformes con sus requisitos se identifican y se controlan para prevenir su uso o entrega.	10		
76	La organización toma las acciones adecuadas de acuerdo a la naturaleza de la no conformidad y su efecto sobre la conformidad de los productos y servicios.	10		
77	Se verifica la conformidad con los requisitos cuando se corrigen las salidas no conformes.	10		
78	La organización trata las salidas no conformes de una o más maneras	10		
79	La organización conserva información documentada que describa la no conformidad, las acciones tomadas, las concesiones obtenidas e identifique la autoridad que decide la acción con respecto a la no conformidad.	10		
SUBTOTAL		440	175	0
Valor Estructura: % Obtenido [(A+B+C) /100]		78%		

Capítulo 9

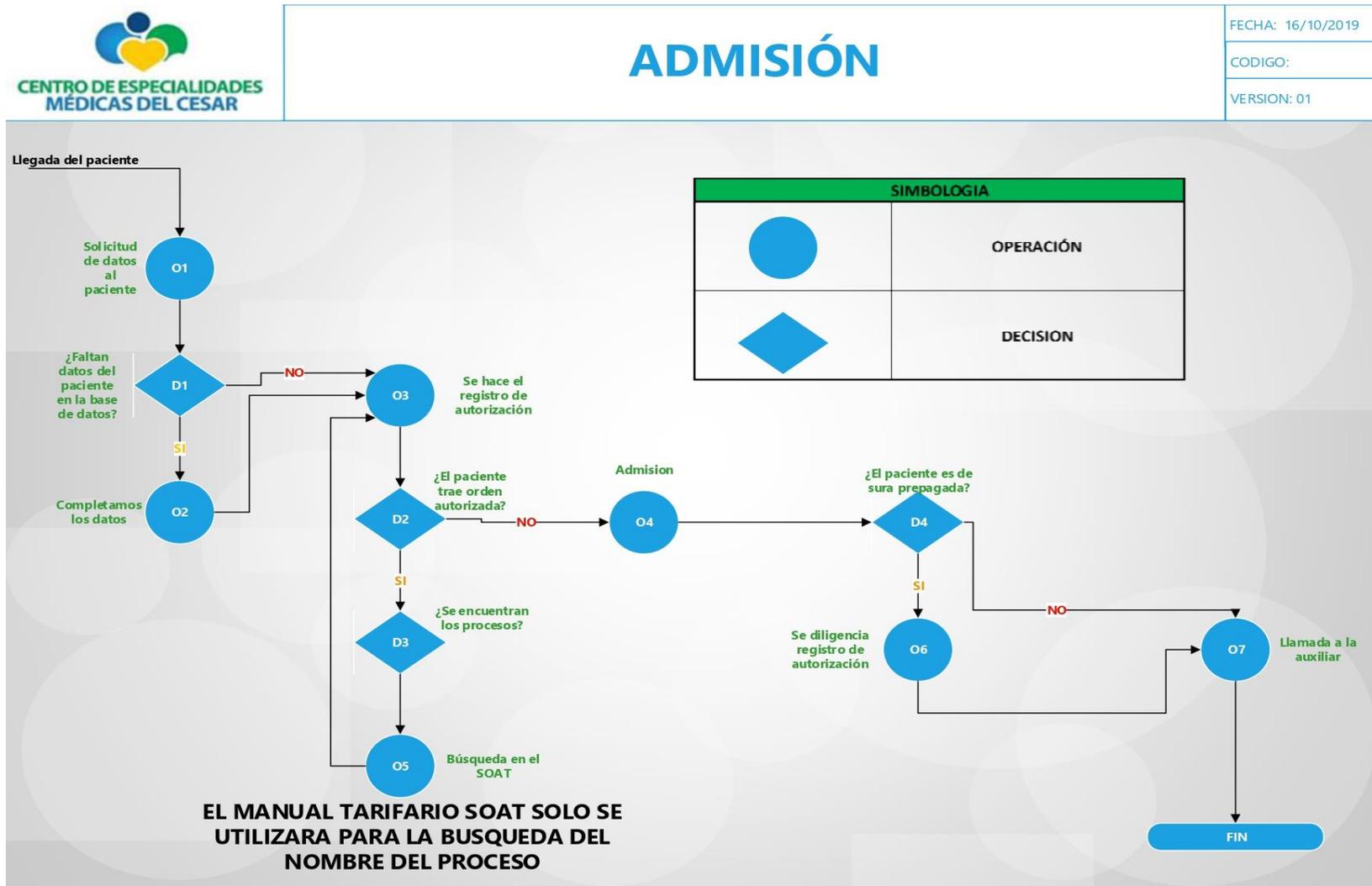
9. EVALUACION DEL DESEMPEÑO				
9.1 SEGUIMIENTO, MEDICION, ANALISIS Y EVALUACION				
9.1.1 Generalidades				
1	La organización determina que necesita seguimiento y medición.	10		
2	Determina los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación para asegurar resultados validos.		5	
3	Determina cuando se lleva a cabo el seguimiento y la medición.		5	
4	Determina cuando analizar y evaluar los resultados del seguimiento y medición.		5	
5	Evalúa el desempeño y la eficacia del SGC.		5	
6	Conserva información documentada como evidencia de los resultados.	10		
9.1.2 Satisfacción del cliente				
7	La organización realiza seguimiento de las percepciones de los clientes del grado en que se cumplen sus necesidades y expectativas.	10		
8	Determina los métodos para obtener, realizar el seguimiento y revisar la información.	10		
9.1.3 Analisis y evaluacion				
9	La organización analiza y evalúa los datos y la información que surgen del seguimiento y la medición.		5	
9.2 AUDITORIA INTERNA				
10	La organización lleva a cabo auditorías internas a intervalos planificados.		5	
11	Las auditorías proporcionan información sobre el SGC conforme con los requisitos propios de la organización y los requisitos de la NTC ISO 9001:2015.	10		
12	La organización planifica, establece, implementa y mantiene uno o varios programas de auditoría.	10		
13	Define los criterios de auditoría y el alcance para cada una.	10		
14	Selecciona los auditores y lleva a cabo auditorías para asegurar la objetividad y la imparcialidad del proceso.	10		
15	Asegura que los resultados de las auditorias se informan a la dirección.	10		
16	Realiza las correcciones y toma las acciones correctivas adecuadas.	10		
17	Conserva información documentada como evidencia de la implementación del programa de auditoría y los resultados.	10		

9.3 REVISION POR LA DIRECCION				
9.3.1 Generalidades				
18	La alta dirección revisa el SGC a intervalos planificados, para asegurar su conveniencia, adecuación, eficacia y alineación continua con la estrategia de la organización.		5	
9.3.2 Entradas de la revisión por la dirección				
19	La alta dirección planifica y lleva a cabo la revisión incluyendo consideraciones sobre el estado de las acciones de las revisiones previas.		5	
20	Considera los cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al SGC.		5	
21	Considera la información sobre el desempeño y la eficiencia del SGC.		5	
22	Considera los resultados de las auditorías.		5	
23	Considera el desempeño de los proveedores externos.			3
24	Considera la adecuación de los recursos.	10		
25	Considera la eficiencia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades.			3
26	Se considera las oportunidades de mejora.	10		
9.3.3 Salidas de la revisión por la dirección				
27	Las salidas de la revisión incluyen decisiones y acciones relacionadas con oportunidades de mejora.	10		
28	Incluyen cualquier necesidad de cambio en el SGC.	10		
29	Incluye las necesidades de recursos.	10		
30	Se conserva información documentada como evidencia de los resultados de las revisiones.	10		
SUBTOTAL		170	55	6
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		77%		

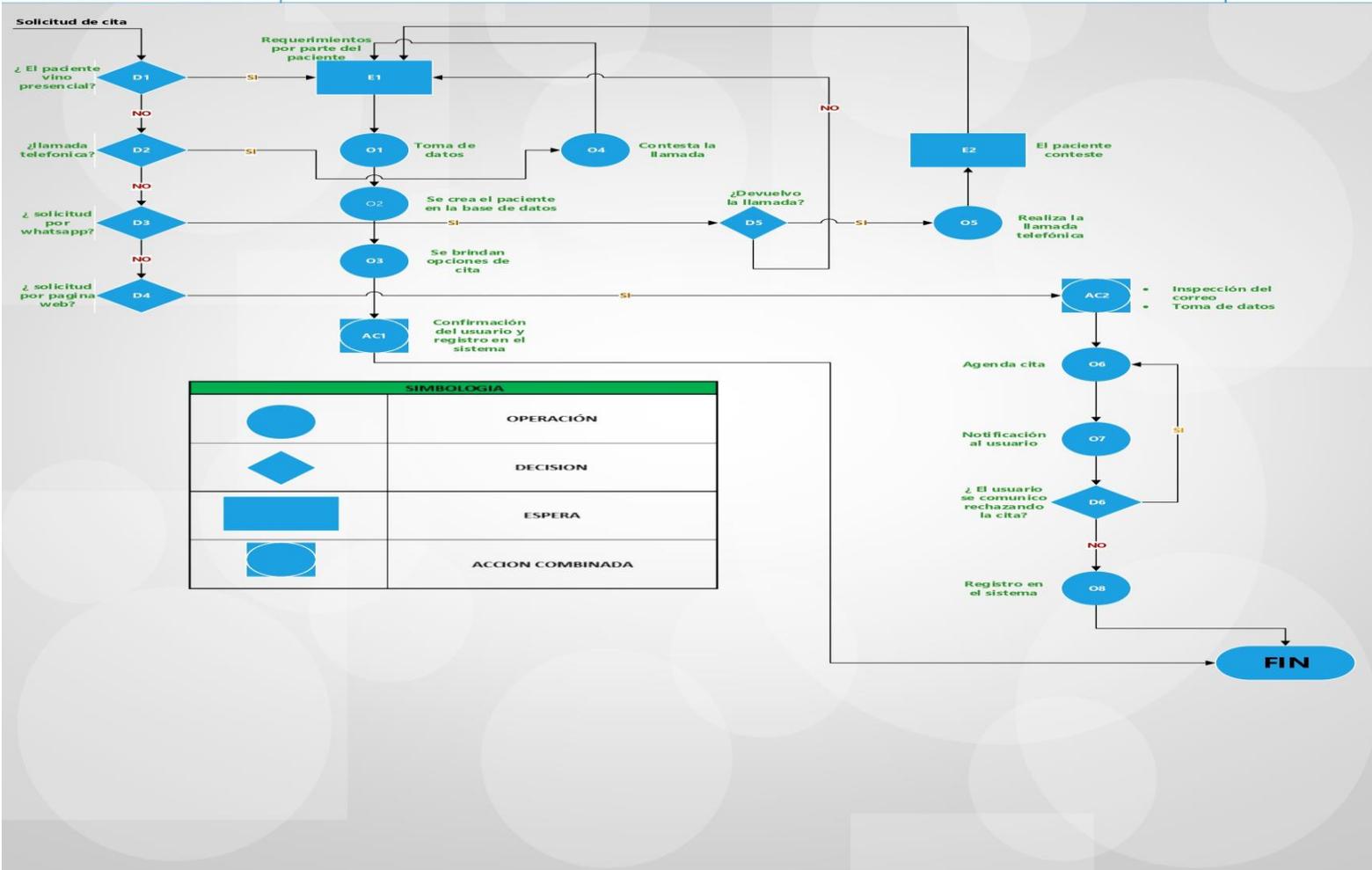
Capítulo 10.

10. MEJORA				
10.1 Generalidades				
1	La organización ha determinado y seleccionado las oportunidades de mejora e implementado las acciones necesarias para cumplir con los requisitos del cliente y mejorar su satisfacción.	10		
10.2 NO CONFORMIDAD Y ACCION CORRECTIVA				
2	La organización reacciona ante la no conformidad, toma acciones para controlarla y corregirla.	10		
3	Evalúa la necesidad de acciones para eliminar las causas de la no conformidad.	10		
4	Implementa cualquier acción necesaria, ante una no conformidad.	10		
5	Revisa la eficacia de cualquier acción correctiva tomada.	10		
6	Actualiza los riesgos y oportunidades de ser necesario.			0
7	Hace cambios al SGC si fuera necesario.		5	
8	Las acciones correctivas son apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.	10		
9	Se conserva información documentada como evidencia de la naturaleza de las no conformidades, cualquier acción tomada y los resultados de la acción correctiva.	10		
10.3 MEJORA CONTINUA				
10	La organización mejora continuamente la conveniencia, adecuación y eficacia del SGC.	10		
11	Considera los resultados del análisis y evaluación, las salidas de la revisión por la dirección, para determinar si hay necesidades u oportunidades de mejora.	10		
SUBTOTAL		30	5	0
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		86%		

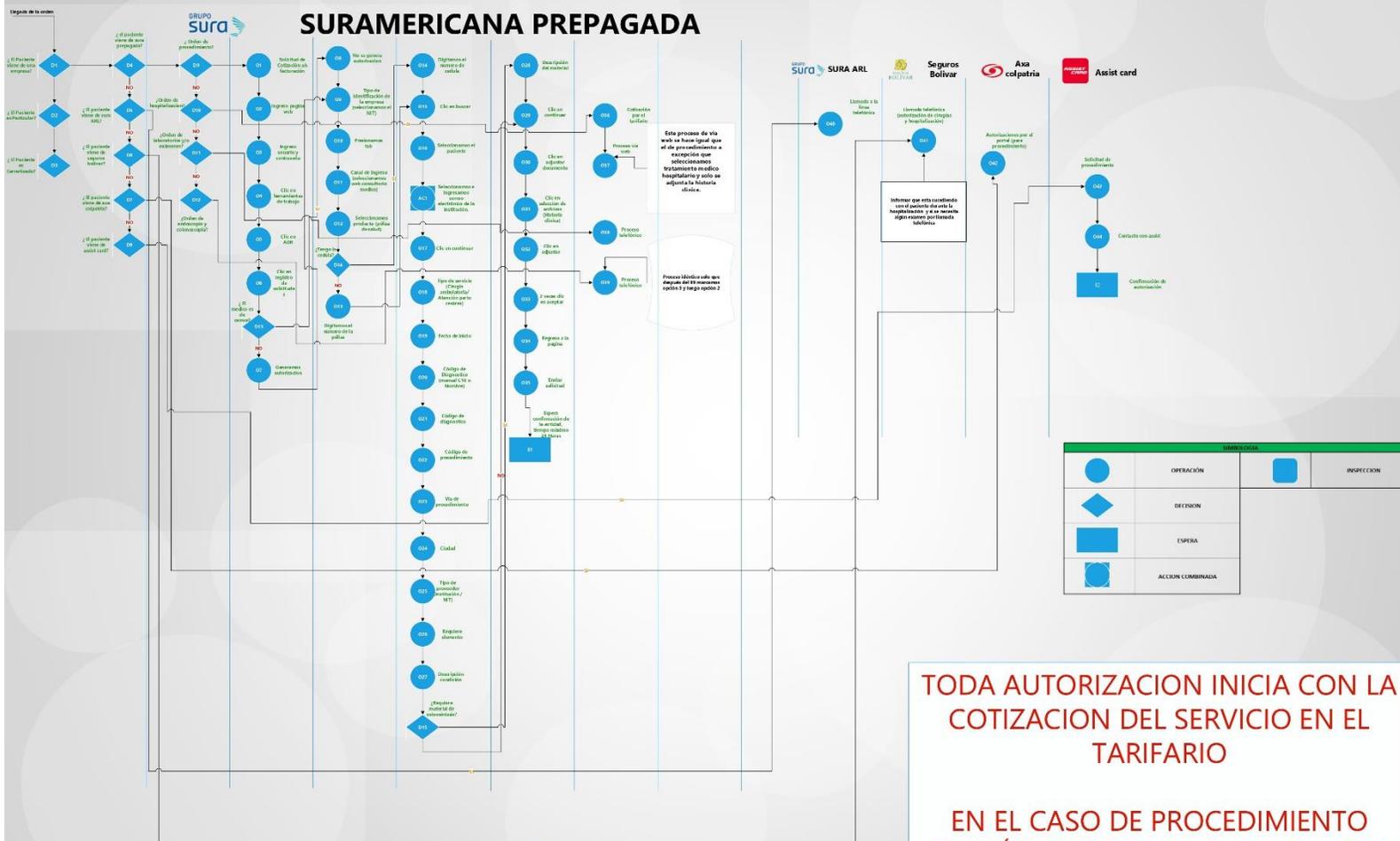
Anexo B Diagrama de flujo de procesos críticos.



AGENDACIÓN DE CITAS



SURAMERICANA PREPAGADA

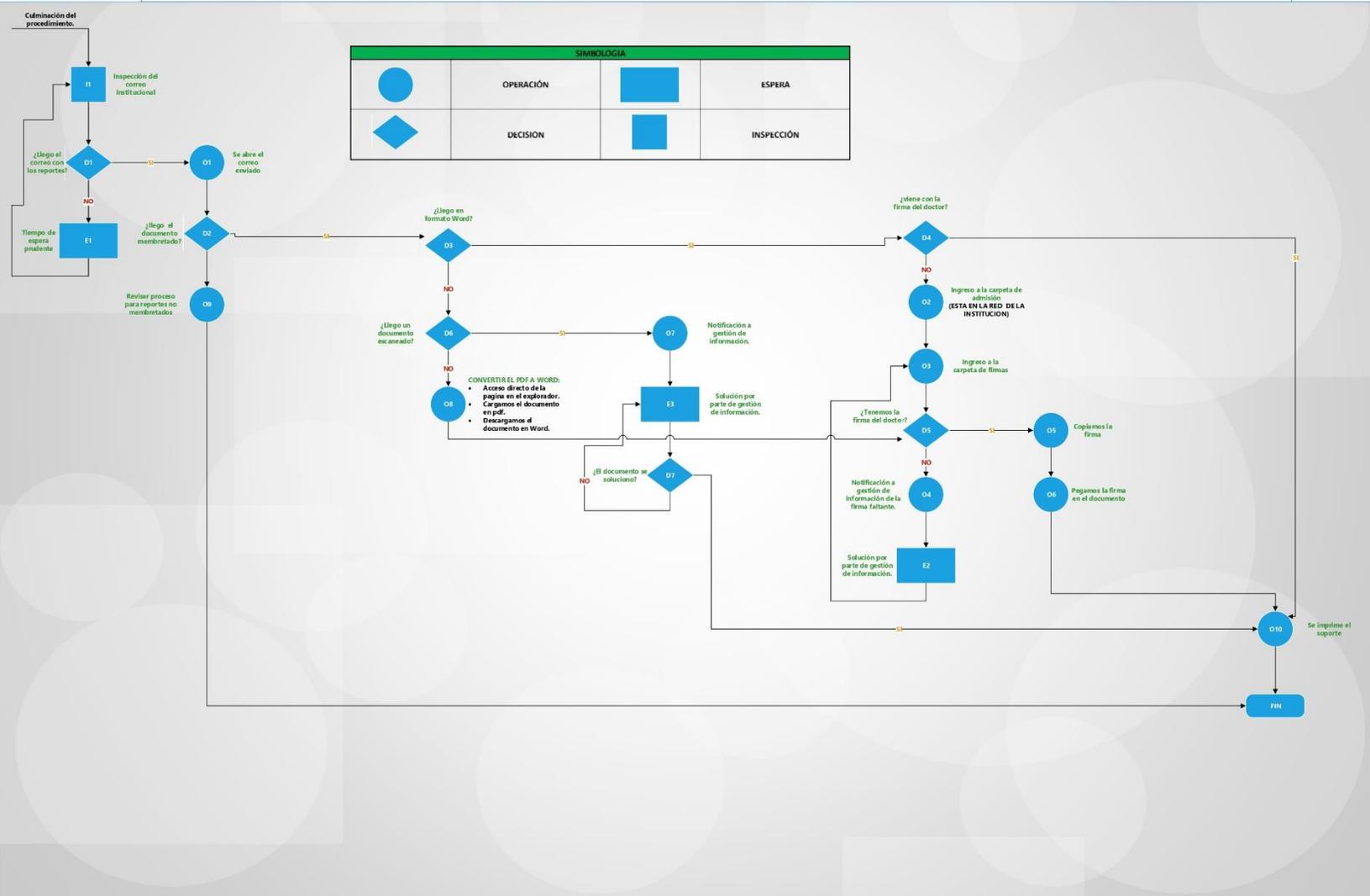


TODA AUTORIZACION INICIA CON LA COTIZACION DEL SERVICIO EN EL TARIFARIO

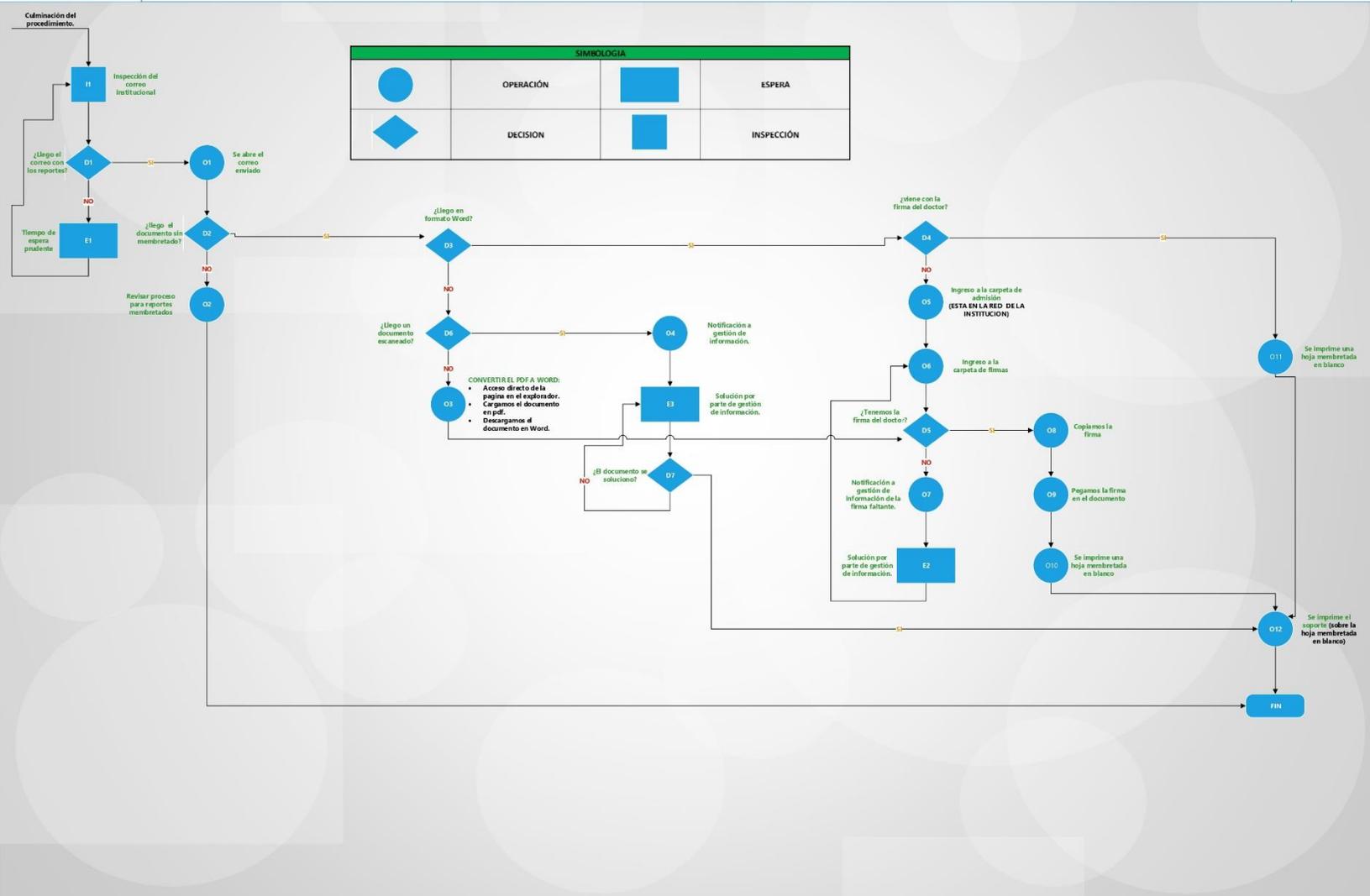
EN EL CASO DE PROCEDIMIENTO QUIRURGICO SE CONTACTARA CON FACTURACION PARA LA COTIZACION

MANEJO DE REPORTES MEMBRETEADO

SIMBOLOGIA			
	OPERACIÓN		ESPERA
	DECISION		INSPECCIÓN



MANEJO DE REPORTES NO MEMBRETEADO





CENTRO DE ESPECIALIDADES
MÉDICAS DEL CESAR

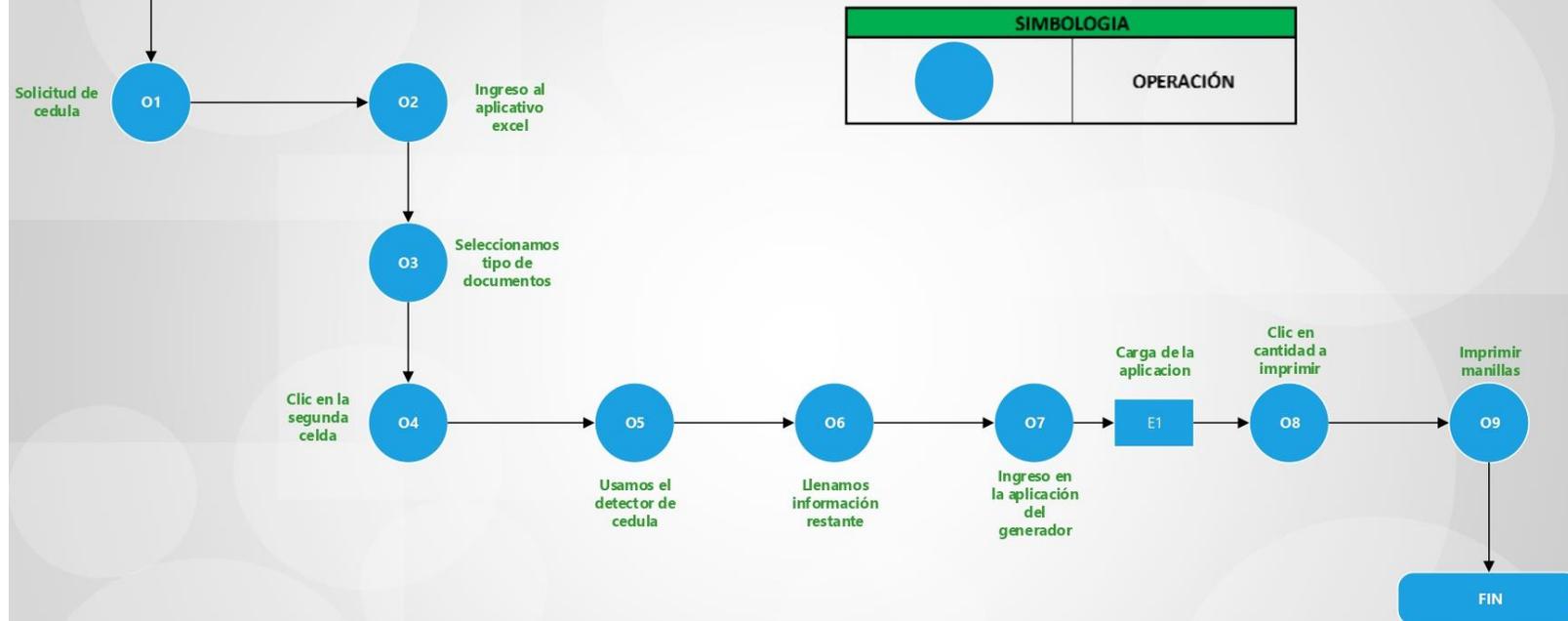
ELABORACION DE MANILLAS PARA CIRUGIA O ENDOSCOPIA

FECHA: 7/10/2019

CODIGO:

VERSION: 2

Llegada del paciente



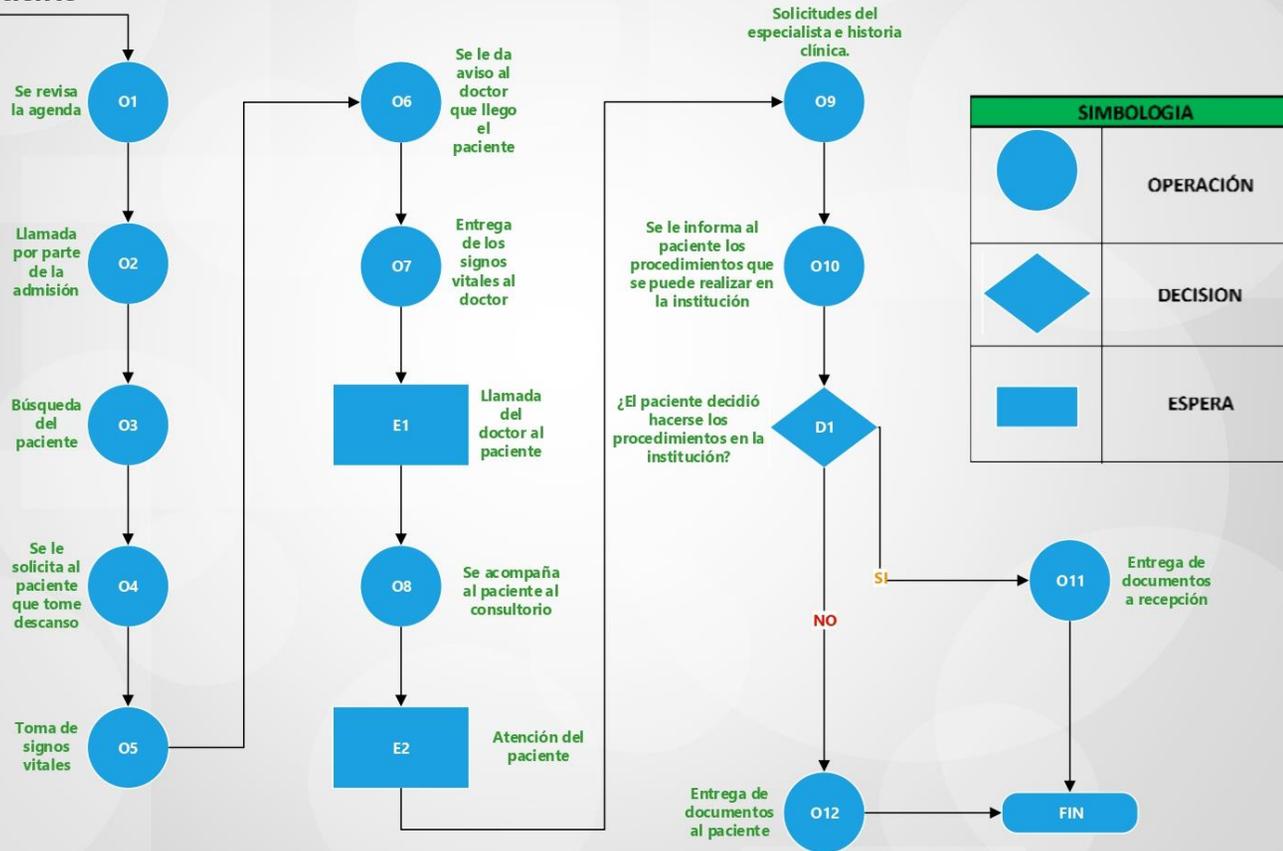
ADMISIÓN CONSULTAS EXTERNA

FECHA: 17/10/2019

CODIGO:

VERSION: 01

Llegada del paciente





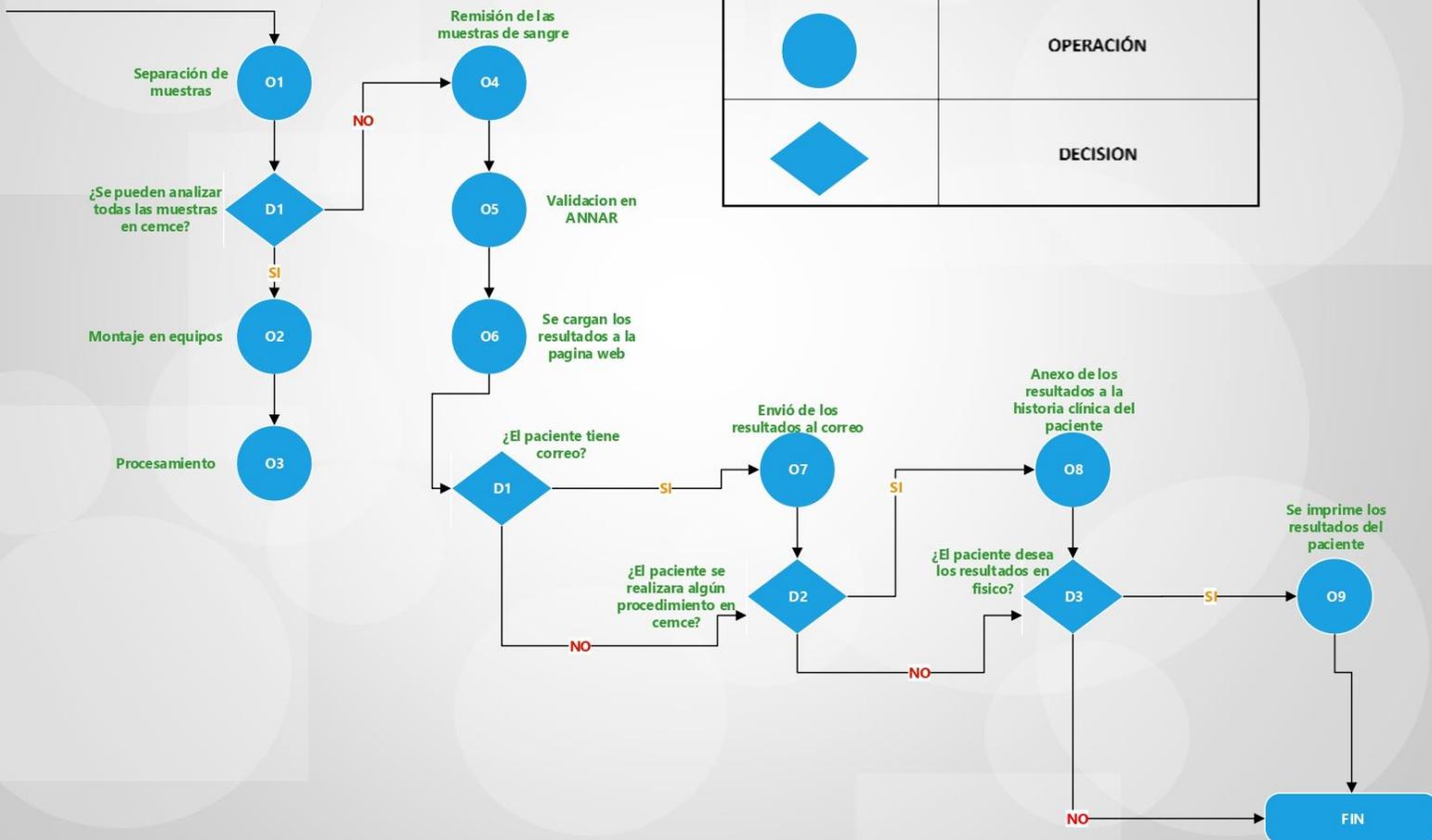
PROCESAMIENTO Y ENVIO DE RESULTADOS

FECHA: 17/10/2019

CODIGO:

VERSION: 01

Muestra de sangre



SIMBOLOGIA	
●	OPERACIÓN
◆	DECISION

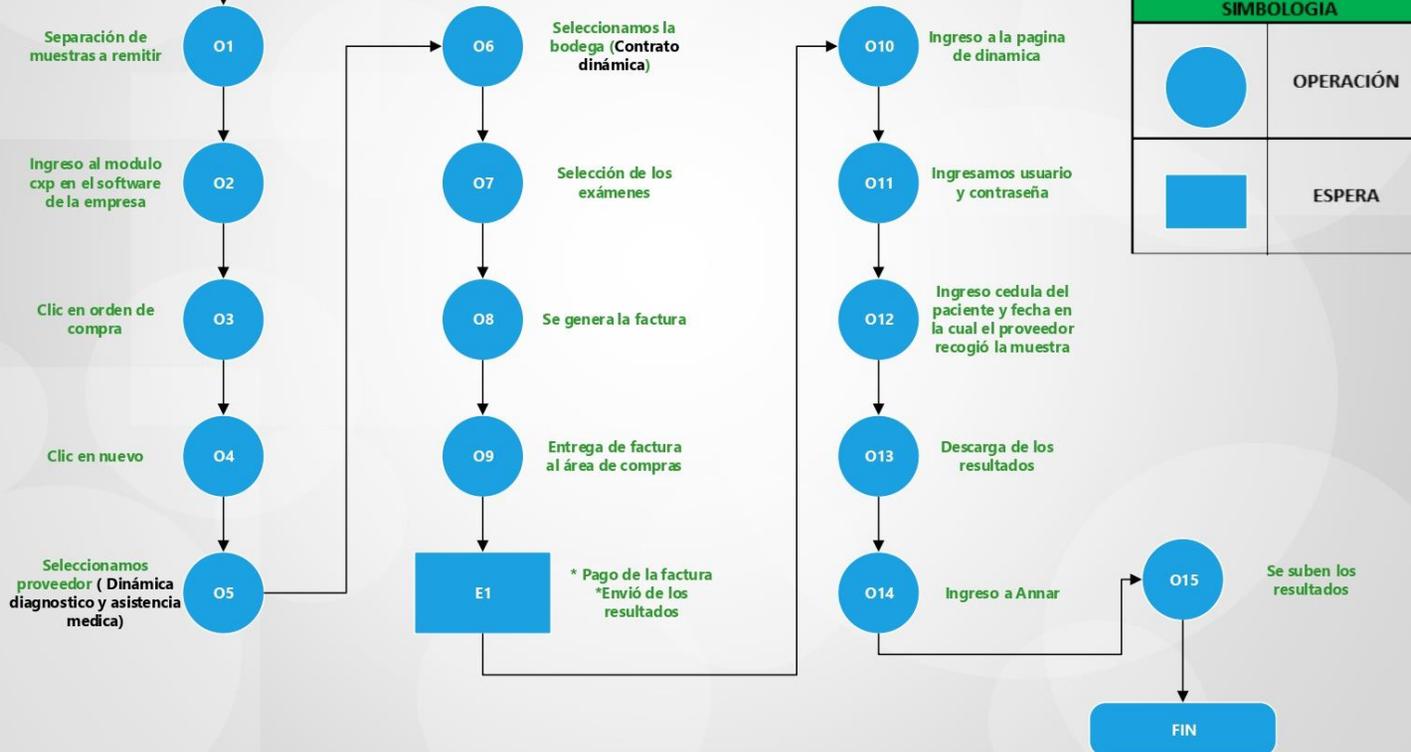
REMISIÓN

FECHA: 17/10/2019

CODIGO:

VERSION: 01

Muestra de sangre



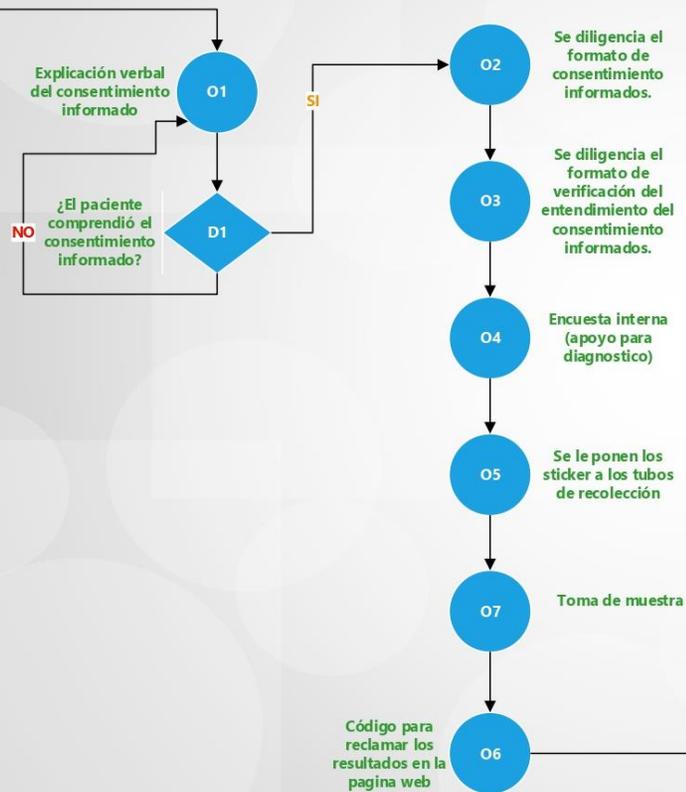
TOMA DE MUESTRA

FECHA: 17/10/2019

CODIGO:

VERSION: 01

Paciente admitido



SIMBOLOGIA	
	OPERACIÓN
	DECISION

Código para reclamar los resultados en la pagina web

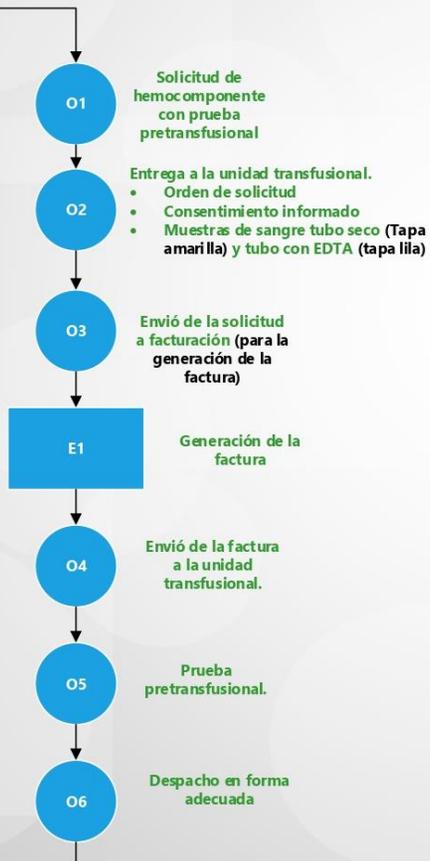
SOLICITUD DE HEMOCOMPONENTES CON PRUEBAS PRETRANSFUSIONALES A EMPRESAS EXTERNAS

FECHA: 19/11/2019

CODIGO:

VERSION: 01

Solicitud de hemocomponente con prueba pretransfusional



SIMBOLOGIA	
	OPERACIÓN
	ESPERA



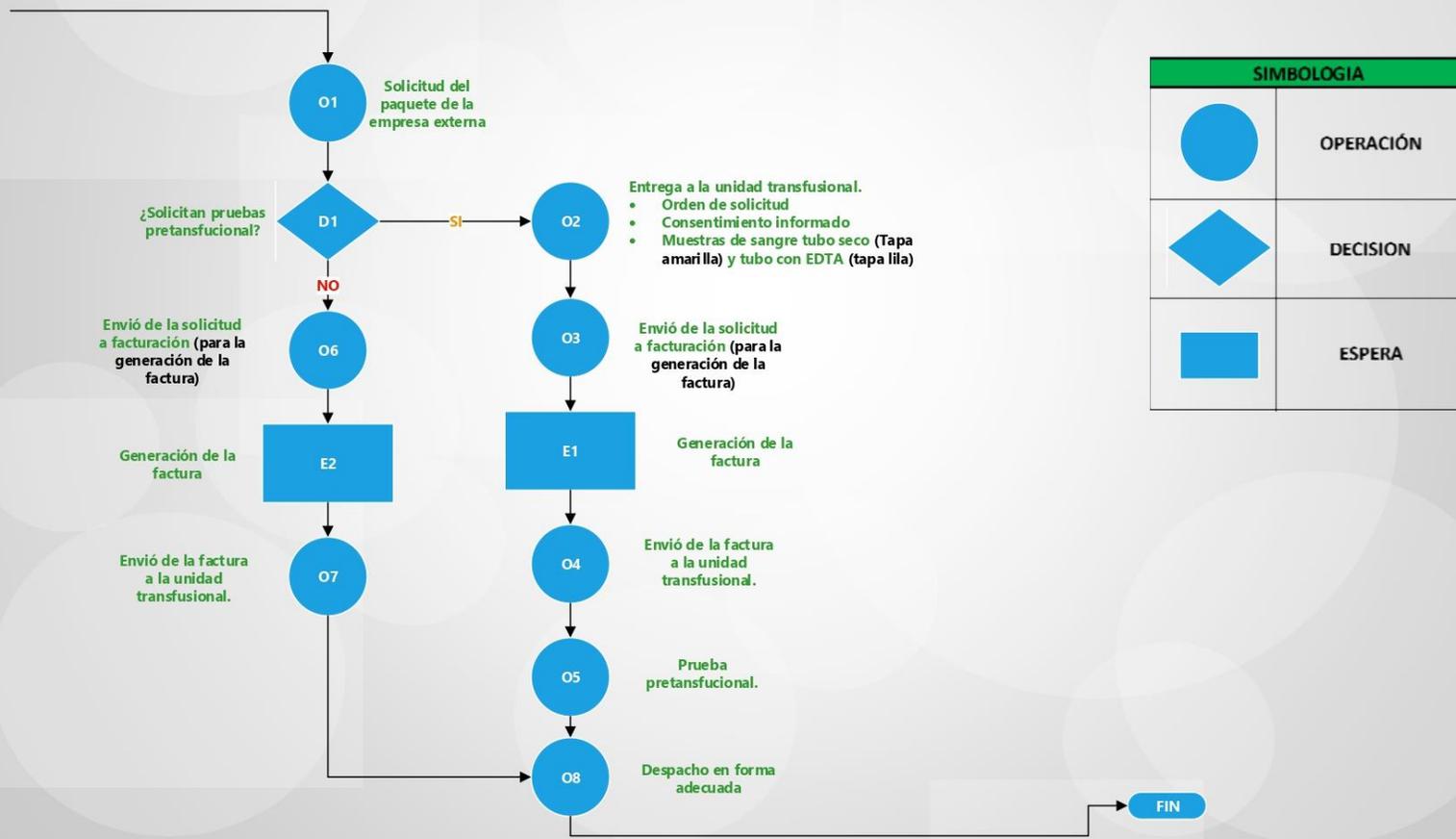
PAQUETE COMPLETO EMPRESA EXTERNA

FECHA: 19/11/2019

CODIGO:

VERSION: 01

Solicitud paquete empresa externa.



SOLICITUD BANCO DE SANGRE

FECHA: 18/11/2019

CODIGO:

VERSION: 01

Necesidad de
hemocomponentes



SIMBOLOGIA	
	OPERACIÓN
	ESPERA



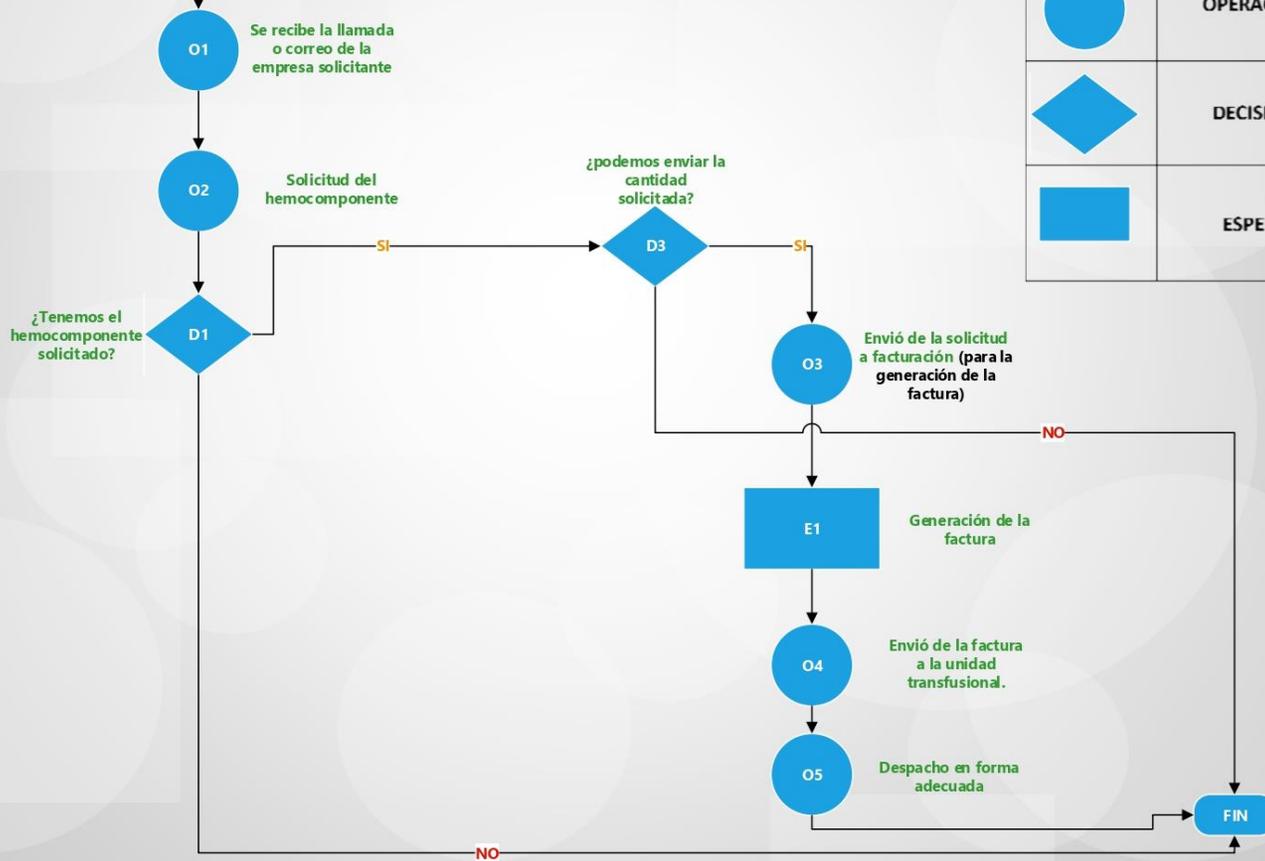
SOLICITUD DE HEMOCOMPONENTES SIN PRUEBAS PRETRANSFUSIONAL A EMPRESAS EXTERNAS.

FECHA: 19/11/2019

CODIGO:

VERSION: 01

Solicitud hemocomponente sin pruebas pretransfusional



SIMBOLOGIA	
	OPERACIÓN
	DECISION
	ESPERA

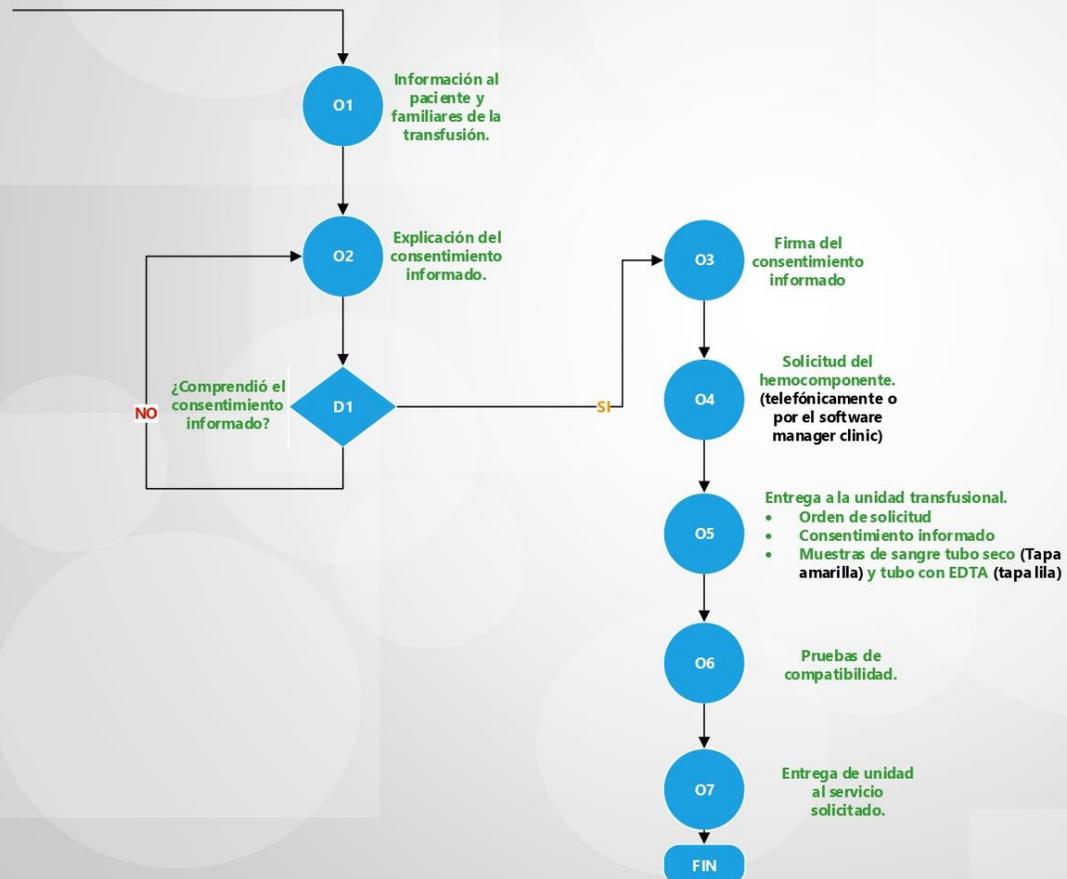
TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA CEMCE

FECHA: 18/11/2019

CODIGO:

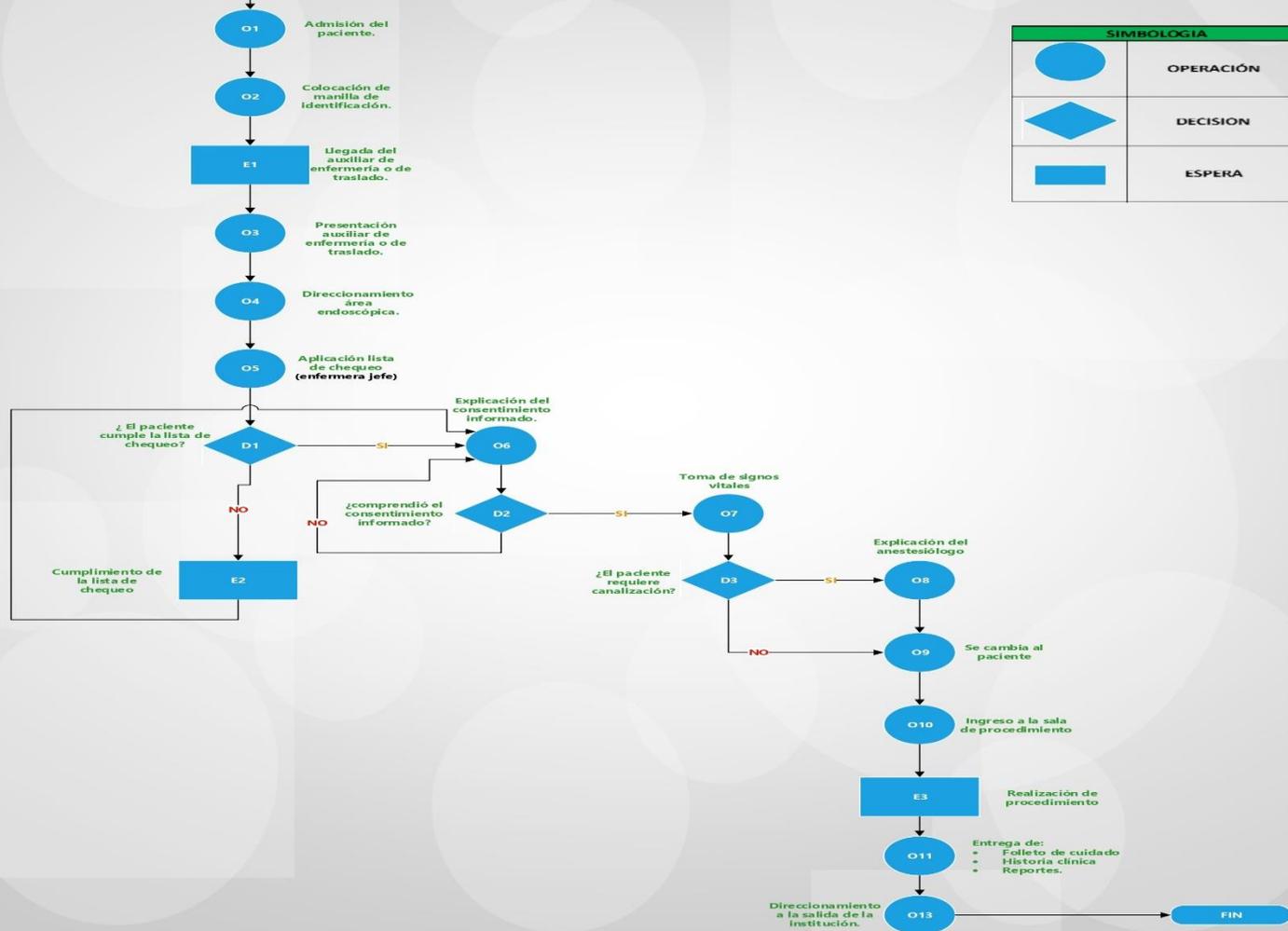
VERSION: 01

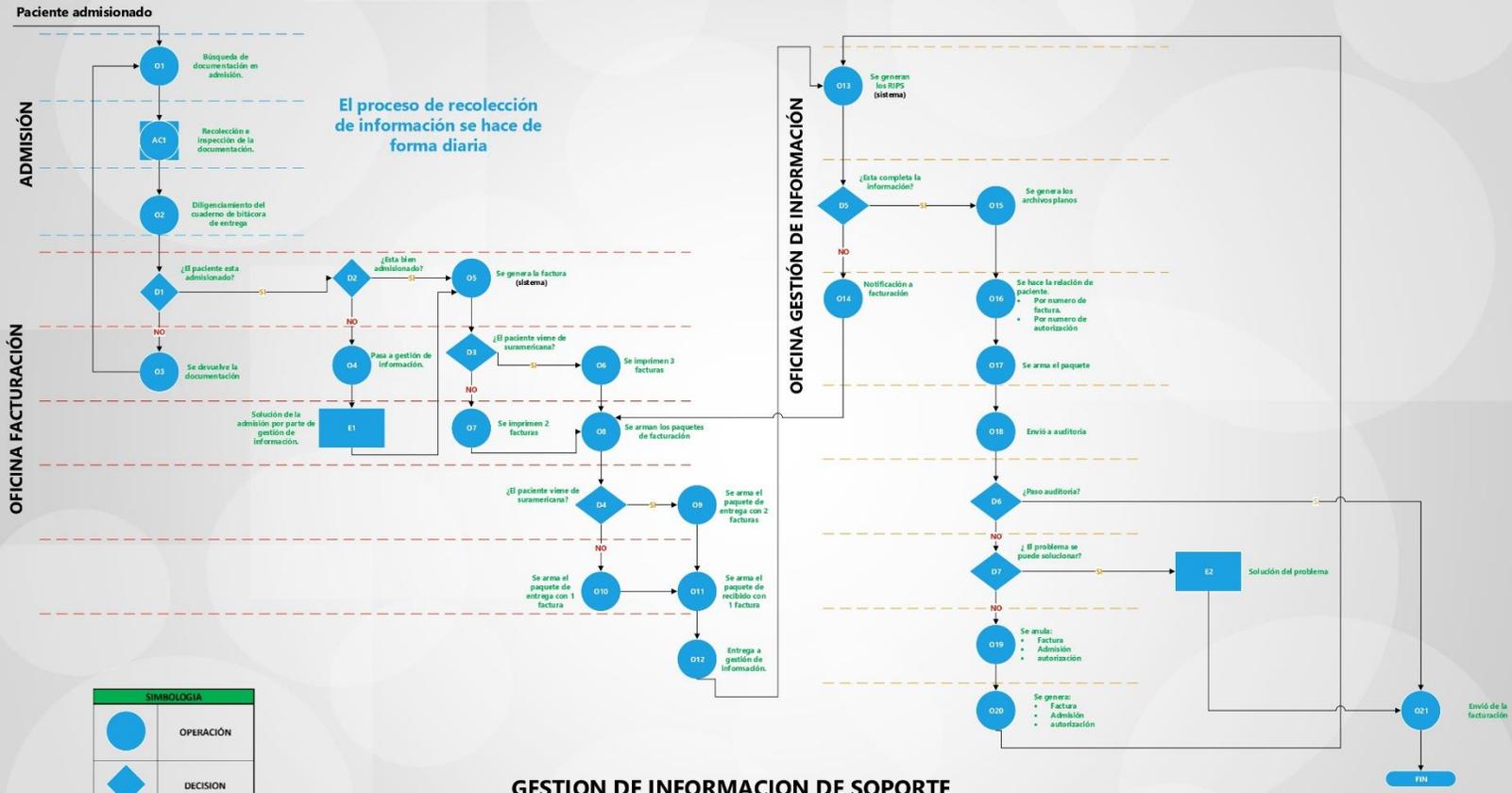
Orden de transfusión sanguínea.



SIMBOLOGIA	
	OPERACIÓN
	DECISION

Llegada del paciente

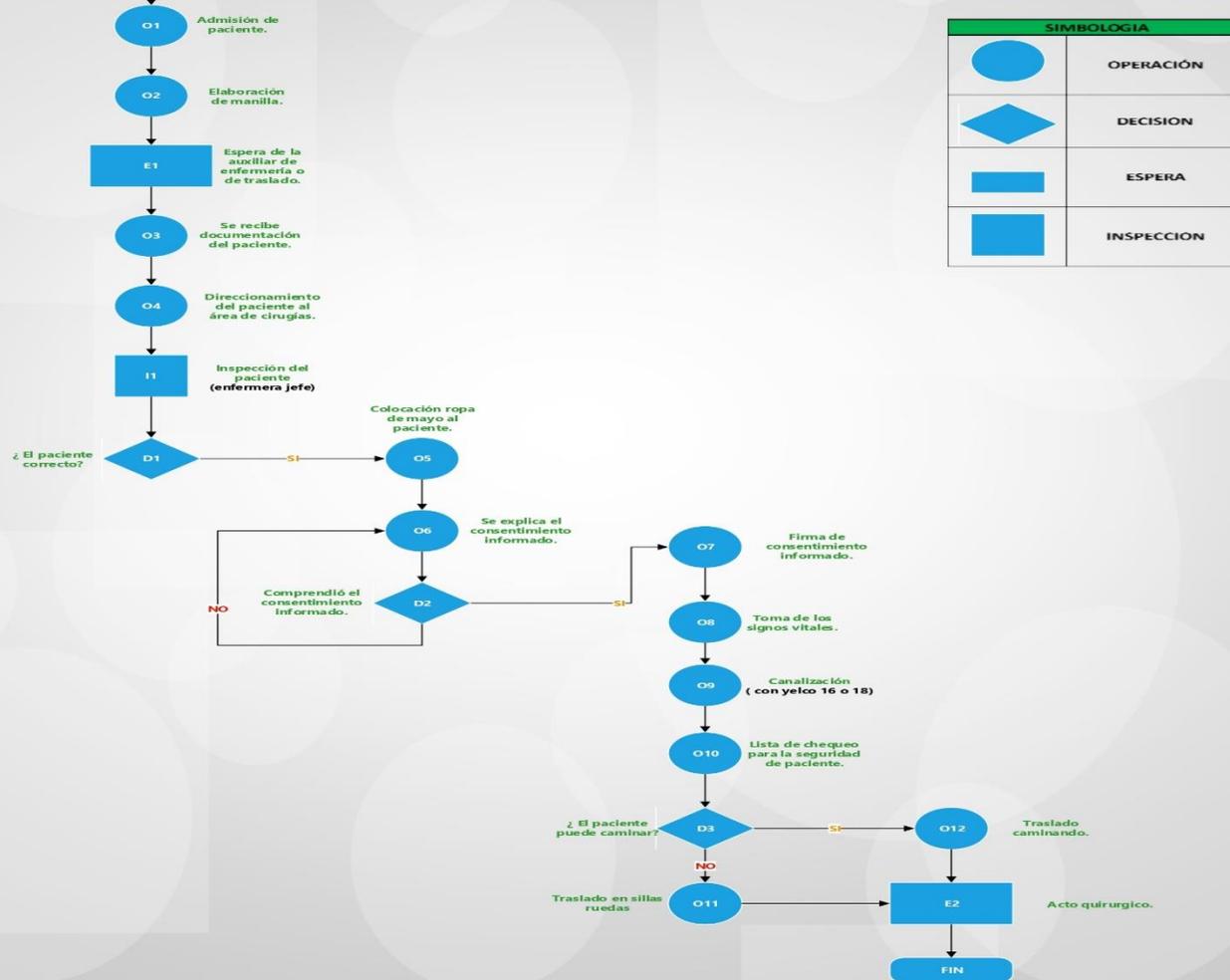




GESTION DE INFORMACION DE SOPORTE

- Exámenes de diagnóstico y/o endoscópico la documentación de soporte va toda a admisión.
- Procedimientos quirúrgicos los soportes van directo a facturación.

Llegada del paciente



SIMBOLOGIA	
	OPERACIÓN
	DECISION
	ESPERA
	INSPECCION

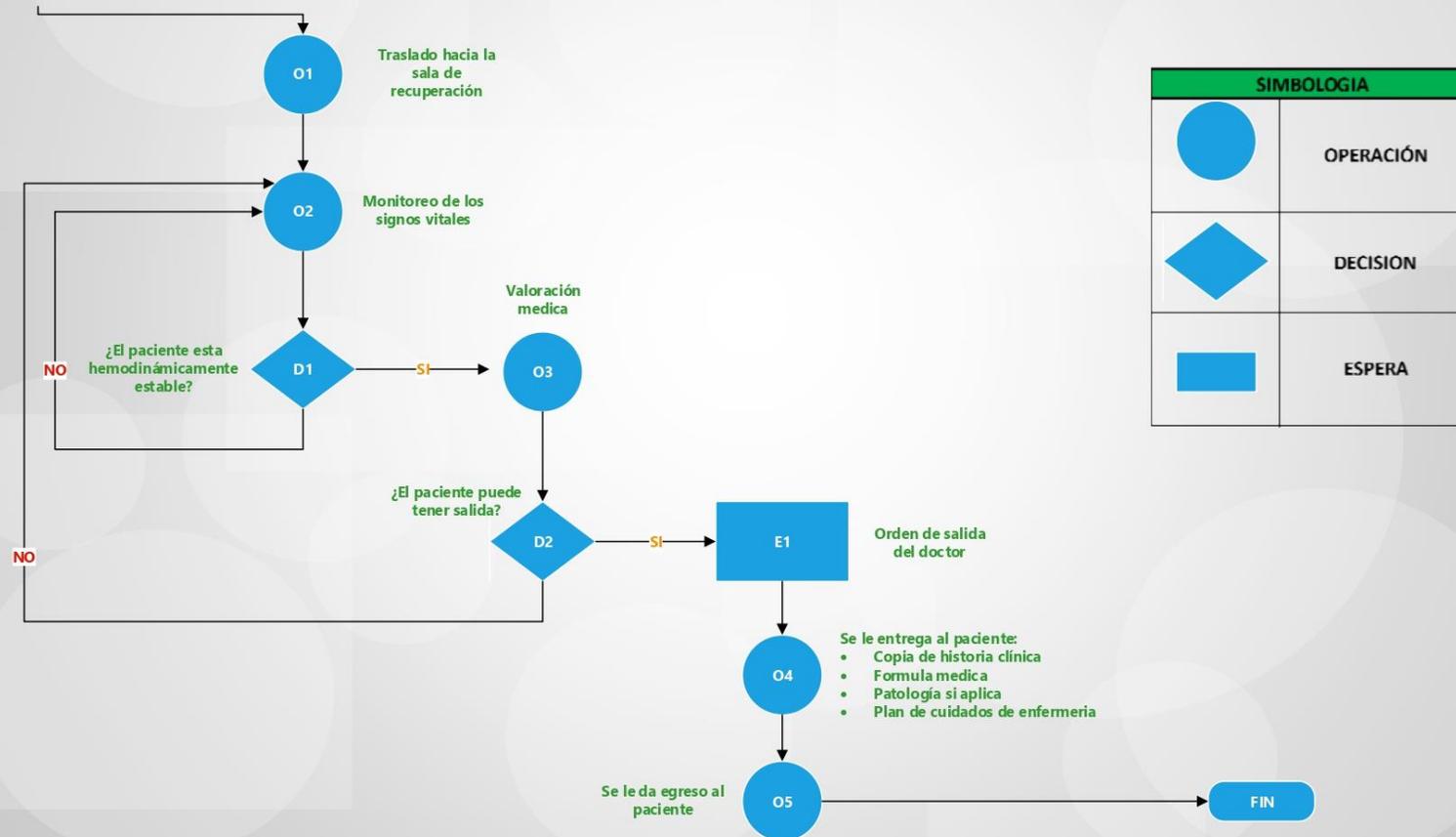
SALA DE RECUPERACIÓN Y EGRESO

FECHA: 12/11/2019

CODIGO:

VERSION: 01

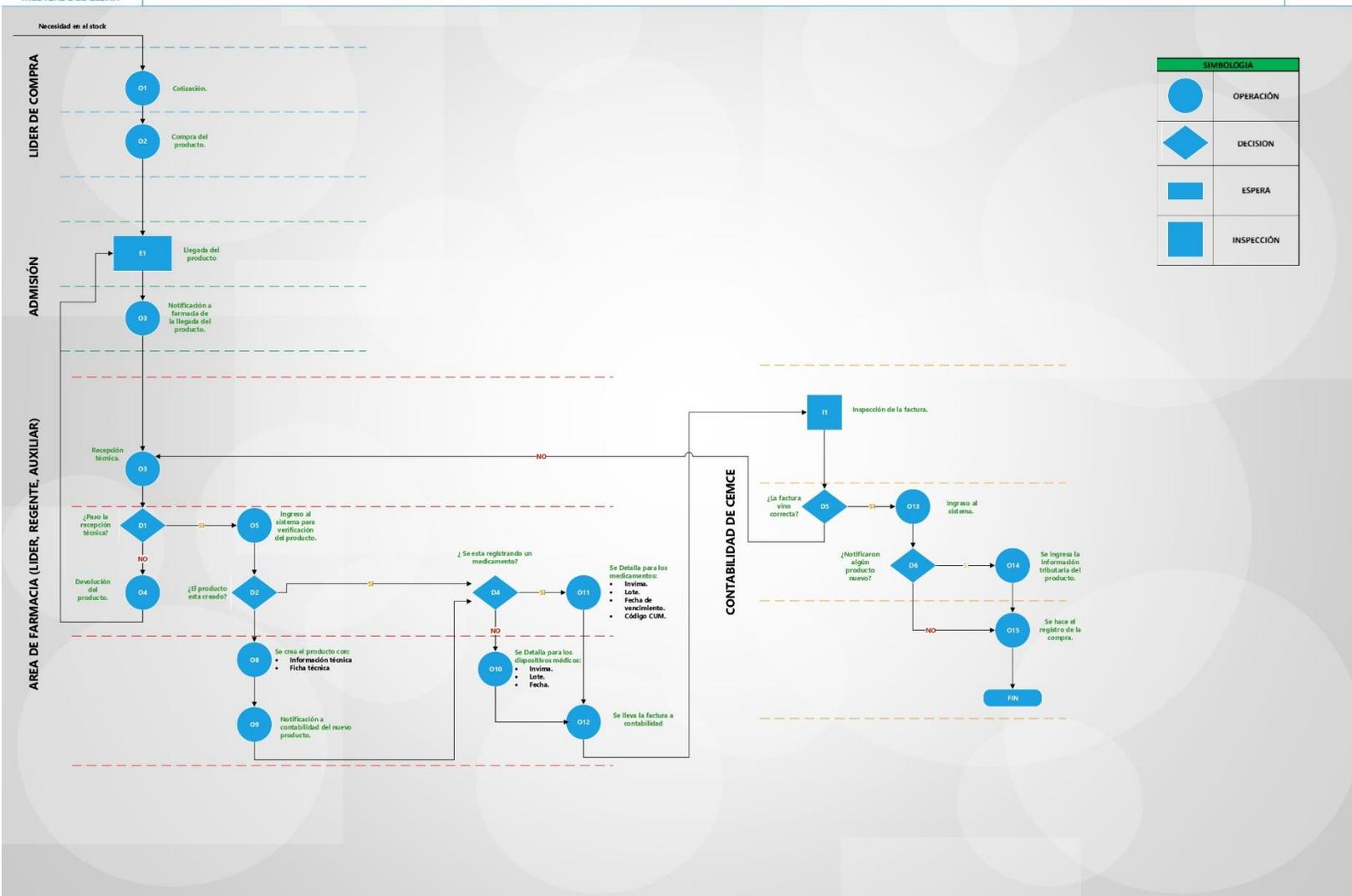
Finalización del acto quirúrgico.



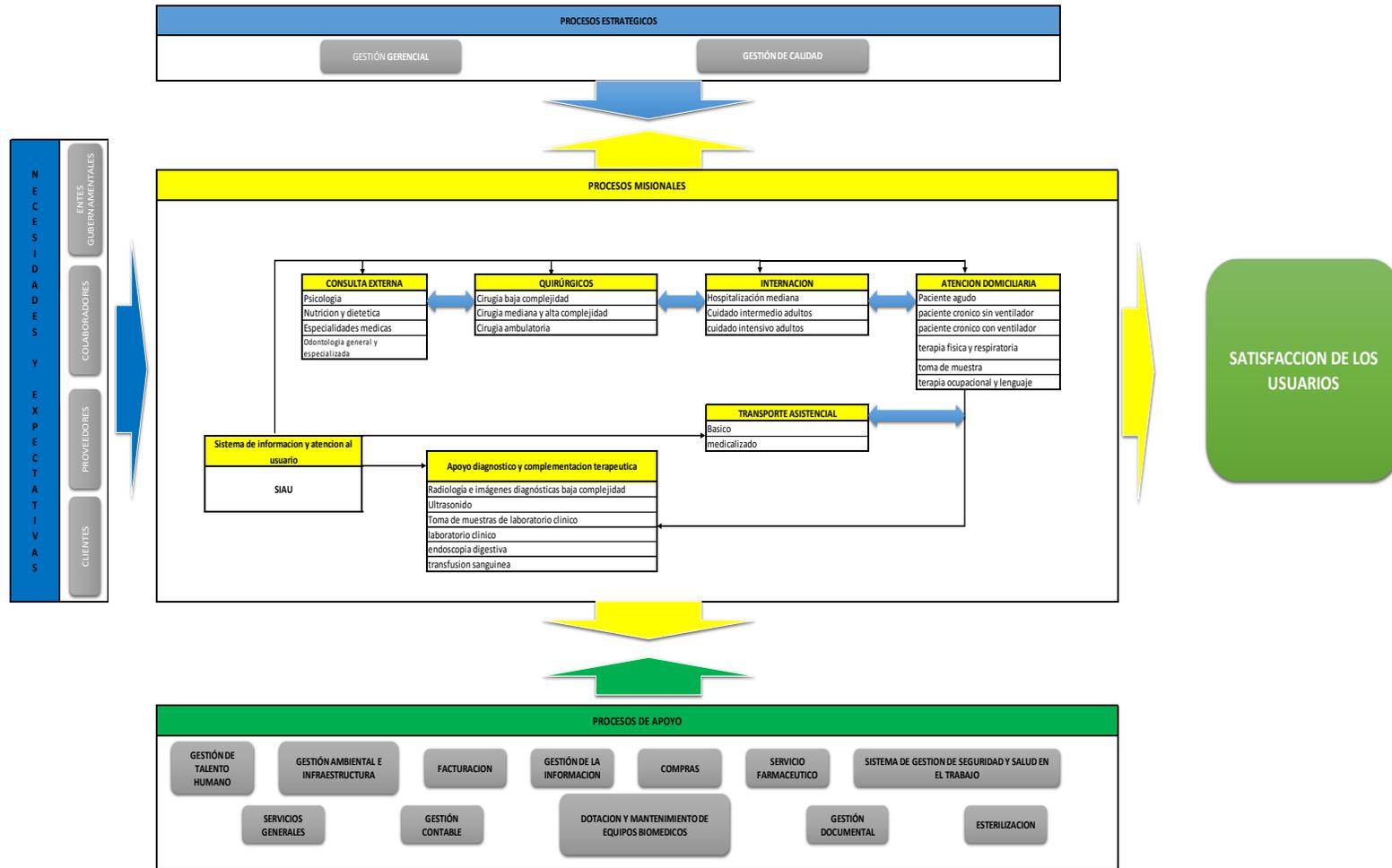
PROCESO DE COMPRA EN CEMCE

FECHA: 14/11/2019
CODIGO:
VERSION: 02

SIMBOLOGÍA	
	OPERACIÓN
	DECISION
	ESPERA
	INSPECCIÓN



Anexo C Mapa de proceso



Anexo D Matriz de objetivos de calidad.

Objetivos de calidad	Objetivos del indicador	Formula	Unidad de medida	Frecuencia de medición	Meta	Resultados obtenidos	Porcentaje obtenido	OBSERVACIONES	Responsable
Lograr la satisfacción de nuestros usuarios brindando una atención oportuna, segura y cálida acorde a sus necesidades y exoectativas.	conocer la satisfacción de los clientes al momento de brindarle nuestros servicios	$\frac{\text{TOTAL DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN CON BAJA CALIFICACIÓN}}{\text{TOTAL DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN REALIZADAS}}$	PORCENTAJE	TRIMETRAL	≥ 90%	ENERO - MARZO			COORDINADORA DE SIAU
						ABRIL - JUNIO			
						JULIO - SEPTIEMBRE			
						OCTUBRE - DICIEMBRE			
Promover y mantener condiciones y ambientes saludables, procurando un bienestar físico, mental y social a nuestros colaboradores.	Llevar control sobre las condiciones de seguridad de los colaboradores y usuarios	$\frac{\# \text{ de actividades ejecutadas en sst}}{\# \text{ actividades programadas en sst}}$	PORCENTAJE	SEMESTRAL	>85%	ENERO - JUNIO			LIDER DEL SG-SST
						JULIO - AGOSTO			
Prevenir el impacto ambiental negativo asociado con el uso de los recursos y la generación de residuos y vertimiento.		$\frac{\# \text{ de actividades ejecutadas del pgirs}}{\# \text{ actividades programadas en el pgirs}}$	PORCENTAJE	SEMESTRAL	>85%	ENERO - JUNIO			LIDER DEL SISTEMA DE GESTION AMBIENTAL
						JULIO - AGOSTO			
Capacitar, actualizar e incentivar a nuestro personal para afrontar con éxito la política de calidad, misión y visión de nuestra institución.	Mejorar la competencia laboral de nuestros colaboradores	$\frac{\text{NUMERO DE CAPACITACIONES REALIZADAS}}{\text{NUMERO DE CAPACITACIONES PROGRAMADAS}}$	PORCENTAJE	SEMESTRAL	≥ 85%	ENERO - JUNIO			LIDER DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD Y LIDER DE TALENTO HUMANO
						JULIO - AGOSTO			
Disponer de elementos e insumos de óptima calidad mediante la selección y concertación de proveedores íntegros.	Contar con un listado de proveedores eficientes y eficaz	$\frac{\text{TOTAL DE ORDENES CUMPLIDAS SATISFACTORIAMENTE}}{\text{TOTAL DE ORDENES REALIZADAS}}$	PORCENTAJE	TRIMETRAL	> 90%	ENERO - MARZO			GESTION DE COMPRAS
						ABRIL - JUNIO			
						JULIO - SEPTIEMBRE			
						OCTUBRE - DICIEMBRE			
Disponer de información veraz y oportuna que permita la toma de decisiones basada en hechos y datos.	documentar y estandarizar todos los procesos de acuerdo con el mapa de procesos	$\frac{\text{TOTAL DE PROCESOS DOCUMENTADOS Y ESTANDARIZADOS}}{\text{NUMERO DE PROCESOS RELACIONADOS EN EL MAPA DE PROCESOS}}$	PORCENTAJE	TRIMETRAL	> 90%	ENERO - MARZO			LIDER DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD
						ABRIL - JUNIO			
						JULIO - SEPTIEMBRE			
						OCTUBRE - DICIEMBRE			

Anexo E Análisis de modo y efecto de falla.

Admisión

AMEF										
AMEF DE :		ANALISIS DE MODO EFECTO DE FALLA				CENTRO DE ESPECIALIDADES MEDICAS DEL CESAR				
PROCESO	EQUIPO	CODIGO:				CENTRO DE ESPECIALIDADES MEDICAS DEL CESAR				
REALIZADO POR:	Efren aramendiz	Nombre del PROCESO	LABORATORIO			FECHA				
						18/10/2019				
MODOS DE FALLA	EFFECTOS	S.E	CAUSAS REALES O POTENCIALES	O.C	DISEÑO DE CONTROLES	D.T	R.P.N	ACCIONES RECOMENDADAS		SUB PROCESO
no existe conexión a internet	retrasos	10	fallo en las conexiones	3	no hay	2	60	lista de chequeo		A D M I S I Ó N
			daño en el router	1	no hay	2	20	lista de chequeo		
			no cancelamiento de la factura	1		7	70			
no se generan los sticker	no se pueden tomar las muestras	10	no ingresa a la pagina	1	no hay	1	10			
			daño en la impresora	3	no hay	1	30	lista de chequeo		
			falta de conocimiento del empleado	1	capacitaciones	4	40	seguir con los controles utilizados		
disgusto por el cliente	malas referencias	10	demoras en la admision	6	lista de codigo de los procedimientos de los laboratorios	5	100	seguir con los diseños establecido y hacer una mejora en el proceso		
				6	capacitaciones	1	60			
			mala atencion	1	protocolos de atencion	1	10	SEGUIR CON LOS CONTROLES UTILIZADOS		
				1	encuesta de satisfaccion	1	10	SEGUIR CON LOS CONTROLES UTILIZADOS		
no se tomaron los signos vitales	retrasos	7	daños en el equipo	1	programa de mantenimiento	1	7	SEGUIR CON LOS CONTROLES UTILIZADOS		
			fallo en las conexiones							

DONDE	
S.E	severidad
O.C	ocurrencia
D.T	deteccion

FALLAS DEL EQUIPO	retraso	9	Falta de papel	2	NO HAY	1	18	lista de chequeo	g e n e r a r a c i o n s d e
			desconexión	3	NO HAY	1	27	lista de chequeo	
			daños de la maquina	2	Plan de mantenimiento	6	18	seguir con los controles utilizados	
falta de personal / desconocimiento del proceso	retraso	10	necesidades del colaborador	1	Encuesta de satisfaccion capacitaciones buzon de sugerencias	3	30	SEGUIR CON LOS CONTROLES UTILIZADOS (MEJORANDO EL PROCESO DE CAPACITACION)	
			falta de conocimiento	3		5	15		

falta de personal / desconocimiento del proceso	retraso	10	necesidades del colaborador	1	Encuesta de satisfaccion capacitaciones buzón de sugerencias	3	30	SEGUIR CON LOS CONTROLES UTILIZADOS (MEJORANDO EL PROCESO DE CAPACITACION)
			falta de conocimiento	3		5	150	
Documentacion de entrega incompleta	Facturas que no se puedan cobrar	10	Perdidas de documentos		CAPACITACIONES / Registro de entrega	1		SEGUIR CON LOS CONTROLES UTILIZADOS (MEJORANDO EL FORMATO DE ENTREGA Y CARPETAS DE ENTREGA)
			Desconocimiento del funcionario			1		
falta de internet	retraso	4	daño en el router	1	NO HAY	3	12	lista de chequeo
			caídas en la señal	3	NO HAY	1	12	lista de chequeo
			facturas vencidas	2		1	8	
			desconexion o daño del cable	2	NO HAY	1	8	lista de chequeo
cotizaciones equivocadas	Cobro de copagos por consultas o procedimientos incompletos o inexistente	10	Desconocimiento del software	8	NO HAY	2	100	CAPACITACION MODULO DE TARIFARIO
telefono sin funcionamiento	retraso	6	daños en el telefono	1	NO HAY	6	36	lista de chequeo
			desconexion o mal estado del cable	2	NO HAY	1	12	lista de chequeo
			facturas vencidas	2		1	12	
Demora excesiva por parte de la empresa contratante	retraso	6	no contestan la llamada					
			no se tiene la documentación completa	1	no hay	2	12	Iniciar toda autorizacion con la historia clinica abierta / datos del paciente / cotizacion
			procesos complicados					
Disgusto por el cliente	Malas referencias	10	mala atencion	8	*Encuesta de satisfaccion *Protocolos de atencion	8	400	SEGUIR CON LOS CONTROLES UTILIZADOS
			Desconocimiento del proceso	8		8	400	

Laboratorio

AMEF									
AMEF DE :		ANALISIS DE MODO EFECTO DE FALLA				CENTRO DE ESPECIALIDADES MEDICAS DEL CESAR			
PROCESO *	EQUIPO =	CODIGO:				FECHA			
REALIZADO POR:	Efraim Aremondiz	Nombre del PROCESO	LABORATORIO			19/10/2019			
MODOS DE FALLA	EFFECTOS	S.E	CAUSAS REALES O POTENCIALES	O.C	DISEÑO DE CONTROLES	D.T	R.P.N	ACCIONES RECOMENDADAS	SUB PROCESO
no existe conexión a internet	retrasar	10	falla en las conexiones	3	na hay	2	60	línea de chequeo	A D M I S I Ó N
			daño en el router	1	na hay	2	20	línea de chequeo	
			na cancelamiento de la factura	1		7	70		
nazo generan larz tickler	nazo pueden tomar lar muestras	10	na ingresa a la pagina	1	na hay	1	10		
			daño en la impresora	3	na hay	1	30	línea de chequeo	
			falta de conocimiento del empleado	1	capacitaciones	4	40	requir con lar controlor utilizar	
dir quita par el cliente	mala referenciar	10	demorar en la admisión	6	línea de código de lar procedimiento de lar laboratorio	5	60	requir con lar diseñar establecida y hacer una mejora en el proceso	
				6	capacitaciones	1	60		
			mala atención	1	protocolar de atención	1	10	SEGUIR CON LOS CONTROLES UTILIZADOS	
nazo tomaran lar zigzag vitaloz	retrasar	7	dañar en el equipo	1	programa de mantenimiento	1	7	SEGUIR CON LOS CONTROLES UTILIZADOS	
			falla en las conexiones						
nazo puede tomar la muestra	retrasar	10	nervios del paciente	2	protocolar de atención	1	20	SEGUIR CON LOS CONTROLES UTILIZADOS	T M O U M E S T D R E A
			la muestra de hemaliza	1	farmata de requirtra	1	10		
			preparación del paciente	2	información al paciente de zu preparación un día antes de la muestra	1	20		
no comprensión del consentimiento informado	retrasar	7	mala explicación del consentimiento	1	capacitaciones	1	7	SEGUIR CON LOS CONTROLES UTILIZADOS	

BORDE	
S.E	recurrencia
O.C	ocurrencia
D.T	detección

na existe conexión a internet	retrasar	7	falla en la conexión	3	na hay	2	42	líta de chequea	R E M I S I Ó N
			daño en el router	1	na hay	2	14	líta de chequea	
			na cancelamiento de la factura	1		7	49		
envío de los resultados	retrasar	7	na paga de la factura	3	na hay	1	21	farmata de entro qa y paga de la facturar	
			caída de la pagina	1		1	7		
			retrasar del proveedor	1	na hay	1	7	re-quimionar de proveedor	
alta de personal / desconocimiento del proces	retrasa	7	necesidad del colaborador	1	capacitacionar	3	21	SEGUIR CON LOS CONTROLES UTILIZADOS	
			falta de conocimiento	2		1	14		
alta de personal / desconocimiento del proces	retrasa	10	necesidad del colaborador	1	capacitacionar	3	30	SEGUIR CON LOS CONTROLES UTILIZADOS	
			falta de conocimiento	2		1	20		
FALLO DE LOS EQUIPOS DE PROCESAMIENTO	retrasa	10	dañar en el equipu	1	programa de mantenimiento	1	10	SEGUIR CON LOS CONTROLES UTILIZADOS	
			falla en la conexión	1	na hay	1	10	líta de chequea	
na existe conexión a internet	retrasar	10	falla en la conexión	3	na hay	2	60	líta de chequea	
			daño en el router	1	na hay	2	20	líta de chequea	
			na cancelamiento de la factura	1		7	70		
INCUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE LA 2003	CIERRE DEL SERVICIO	10	INCUMPLIMIENTO DE ALGUN REQUISITOS MINIMO DE HABILITACION SEGUN LA NORMA 2003	4	PLAN DE AUDITORIA	1	40	SEGUIR CON LOS CONTROLES UTILIZADOS	R O C E S A M I E N T

Anexo E: Caracterización de los procesos.

Identificación del proceso	SISTEMA DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN AL USUARIO - SIAU	EQUIPO RESPONSABLE	Coordinación SIAU - Admisionistas
Objetivo	Brindar atención con calidez y oportunidad para orientar, informar y responder a los requerimientos de los Usuarios, de acuerdo con los lineamientos establecidos contribuyendo a la satisfacción de sus necesidades y expectativas.		
Alcance	Inicia con la recepción y direccionamiento de las solicitudes de información, quejas, reclamos o sugerencias y finaliza con la atención y respuesta oportuna al Cliente de forma presencial o telefónica.		

PROVEEDORES ENTRADAS	ACTIVIDADES		CLIENTES / SALIDAS	
	PLANEAR	HACER		
1. Gestión Gerencial: Directrices de Trabajo (desempeño de colaboradores) – Resultados de Revisión Gerencial- Documentos para Archivo – Correspondencia para enviar. 2. Gestión de Calidad: Documentos del SGC – Informe de Encuestas de	1. Caracterización de los Clientes (Pacientes y Empresas contratantes) 2. Disponibilidad de los procedimientos de atención: Definir manejo de la información, gestión de quejas y reclamos.	1. Recepcionar, y direccionar las solicitudes, quejas, reclamos, sugerencias. 2. Asignar las citas a los pacientes de acuerdo a los contratos establecidos. 3. Realizar la medición de satisfacción de los Pacientes. 4. Divulgación de Derechos y Deberes de los Pacientes.	1. Pacientes y Usuarios informados y Satisfechos. 2. Agendas de atención Medica y Odontológica 3. Solicitud de modificación, elaboración o eliminación de Documentos – Resultados de mediciones de indicadores del periodo	1. Entidades Contratantes y Clientes Particulares. 2. Procesos Misionales: Consulta Médica Especializada, Cirugía, Endoscopia digestiva y Odontología. 3. Gestión de Calidad 4. Pacientes y Usuarios

<p>Satisfacción, de Acciones Correctivas, Preventivas y de mejora, de Auditorías Internas y Externas y de Quejas y sugerencias.</p> <p>3. Gestión de Talento Humano: Capacitación para la competencia - Informe de Evaluación de Desempeño</p> <p>4. Gestión de Compras y Suministro: Equipos e insumos.</p> <p>5. Gestión de Tecnologías : Asesoría en el manejo de la información – Instalación de Base de Datos de Entidades</p>	<p>3. Planificar Apertura de Buzones.</p> <p>4. Programar Capacitaciones en temas propios de Atención al Usuario (Funcionarios y Pacientes).</p> <p>5. Planear todas las actividades necesarias para la adecuada atención e información al Cliente.</p> <p>6. Instalar Base de Datos de Entidades contratantes</p>	<p>5. Ejecución de las demás actividades programadas.</p>	<p>inmediatamente anterior - Actas de auto-control - ACPM y planes de Mejoramiento. Informe de gestión de Acciones Correctivas, Preventivas y de mejora; Encuestas de satisfacción aplicadas; Registro de la queja y reclamo; Actas de Apertura del Buzón de PQR.</p> <p>4. Capacitación al Paciente sobre sus Derechos y Deberes. Respuesta a las quejas .</p> <p>5. Requerimiento de Capacitación</p>	<p>5. Gestión de Talento Humano.</p> <p>6. Gestión de Compras y Suministro</p> <p>7. Gestión de Tecnología e Información</p>
	ACTUAR	VERIFICAR		
	<p>1. Diseñar e implementar las acciones preventivas, correctivas y de mejora del proceso.</p>	<p>2. Verificar la aplicación de Normas y directrices Institucionales en las actividades realizadas (Autoevaluación)</p>		

Responsables de Pago - Parametrización de los Servicios contratados		3. Controlar el uso adecuado de Insumos y equipos. 4. Evaluar la gestión del Proceso a través de los Indicadores establecidos.	6. Necesidad de Suministro de Insumos. 7. Solicitud de Mantenimiento de Equipos	
RECURSOS	DOCUMENTOS ASOCIADOS			
TECNICOS				
Equipos de Cómputo (software, hardware), red interna, Papelería y elementos de Oficina, medios de comunicación (Dirección de la Clínica, correo electrónico y teléfonos, Buzón de PQR).	MANUAL DE CALIDAD MANUAL DE FUNCIONES AU-PR 00 PROCEDIMIENTO DE APERTURA DE BUZON AU-PR 00 PROCEDIMIENTO DE MANEJO DE QUEJAS RECLAMOS Y SUGERENCIAS AU-PR 00 PROCEDIMIENTO ATENCION AL USUARIO AU-PR PROCEDIMIENTO DE ENCUESTA DE SATISFACCION AU-MD 001 MODELO DE ATENCIO AL USUARIO	AU -FT 001 FORMATO RECORDATORIO DE CIRUGIA PROGRAMDA AU-FT 002 FORMATO RECORDATORIO DE CONSULTA AU-FT 003 FORMATO DE TURNO PARA PACIENTE ADMISIONADO AU-FT 004 Formato SUGERENCIA, QUEJA Y RECLAMO AU-FT 005 Formato ENCUESTA DE SATISFACCION FORMATO DE SOCIALIZACION Y CAPACITACION AL CLIENTE EXTERNO(Nombre y apellidos , documento, EAPB, FACTOR DIFERENCIAL , FIRMA) EXTERNOS: -Bases de Datos de las entidades contratantes - ERP Carta de Derechos del MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Carta Trato Digno Superintendencia Nacional de salud		
LOCATIVOS				
Sala de Espera/Recepción del usuario En las unidades sanitarias , se garantiza jabón líquido de manos y toallas de secado.				

REQUISITO POR CUMPLIR	SEGUIMIENTO Y MEDICION	
	CONTROL DE PROCESO	INDICADORES / META
Requisitos de Ley 1. Decreto 1757 de 1994 2. Resolución 13437 de 1991 3. Decreto 1011 de 2006 4. Resolución 0256 de 2015 5. Circular 012 de 2016 6. artículo 120 del Decreto-ley 019 de 2012 - Ley 1437 de 2011 7. Resolución 1995 de 1998 – Decreto 019 de 2012 (artículo 13).	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Autoevaluación ❖ Cumplimiento de Objetivos ❖ Auditorías Internas ❖ Seguimiento, medición y análisis de indicadores. ❖ Revisión Gerencial ❖ Implementación de acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora. ❖ Encuesta de satisfacción del paciente 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tasa de Satisfacción Global mayor al 90% 2. Proporción de quejas resueltas antes de 15 días 3. Oportunidad en la asignación de citas
Requisitos del Cliente Trato digno		
Requisito de la Institución Cumplimiento del Perfil establecido en el Manual de Cargos y Funciones - Cumplimiento del Reglamento Interno de Trabajo - PSOE - PGIRSH		
Requisito de la Norma Numerales: 4.2.3 - 4.2.4 -5.2 - 7.2.2- 7.2.3 -7.5.4 - 7.5.5 - 8.2.1 - 8.2.3- 8.4- 8.5. *PAGINA 42		
EXCLUSIONES		
	Reviso:	Aprobó:

Identificación del proceso	PROCESAMIENTO DE LAS MUESTRAS	Equipo Responsable	<ul style="list-style-type: none"> • Bacteriólogo. • Auxiliar(es) de laboratorio clínico Y/o de enfermería
Objetivo	Brindar atención de apoyo diagnóstico garantizando la calidad (oportunidad, seguridad) del servicio en pro de la satisfacción del Cliente.		
Alcance	Aplica para todas las Actividades de procesamiento de laboratorio clínico.		

PROVEEDORES/ENTRADAS	ACTIVIDADES		SALIDAS/ CLIENTES
	PLANEAR	HACER	
<ol style="list-style-type: none"> Gestión Gerencial: Directrices de Trabajo (desempeño de colaboradores) – Resultados de Revisión Gerencial SIAU: Agenda Medica - Pacientes admisionados. Pacientes: Necesidades y expectativas. Gestión de Calidad: Documentos del SGC – Informe de Encuestas de Satisfacción, de 	<ol style="list-style-type: none"> Disponibilidad de los protocolos y procedimientos de atención. Establecimiento de horarios de atención para la organización de la agenda. Solicitud y devolución de 	<ol style="list-style-type: none"> Realizar el Procedimiento al Paciente en Cumplimiento de sus Derechos y Deberes. Organizar y entregar los resultados generadas por la atención. 	<ol style="list-style-type: none"> Agenda cumplida y Pacientes atendidos: SIAU Documentos soportes de la atención : Facturación Informe de gestión de Acciones Correctivas, Preventivas y de mejora; Informe de Encuestas de

<p>Acciones Correctivas, Preventivas y de mejora, de Auditorías Internas y Externas y de Quejas y sugerencias.</p> <p>5. Gestión de Talento Humano: Capacitación para la competencia. - Informe de Evaluación de Desempeño:</p> <p>6. Gestión de Compras y Suministro: Equipos e insumos.</p> <p>7. Gestión de Tecnología e Información: Asesoría en el manejo de la información- Mantenimiento de Equipos de cómputo.</p> <p>8. Gestión Ambiental: Condiciones ambientales seguras (Limpieza de las áreas) - Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares- PGIRSH.</p>	<p>reactivos, Insumos y materiales</p>	<p>3. Organizar el área antes y después de la atención al Paciente.</p> <p>4. Llevar control de los registros.</p>	<p>satisfacción aplicadas; Actas de Apertura del Buzón de PQRS:</p> <p>Gestión de Calidad</p> <p>4. Requerimiento de Capacitación: Gestión de Talento Humano.</p> <p>5. Necesidad de Suministro de Insumos: Gestión de Compras y Suministro.</p> <p>6. Solicitud de Mantenimiento de Equipos: Gestión de Tecnología e Información.</p> <p>7. 6. Solicitud de Mantenimiento de Equipos biomédicos e Instalaciones físicas. :Mantenimiento</p>
	<p>ACTUAR</p>	<p>VERIFICAR</p>	
	<p>1. Diseñar e implementar las acciones preventivas, correctivas y de mejora del proceso.</p>	<p>1. Verificación de cumplimiento de la Agenda programada.</p> <p>2. Verificar la aplicación de Normas y directrices Institucionales en las actividades realizadas (Autoevaluación).</p> <p>3. Controlar el uso adecuado de Insumos y equipos.</p> <p>4. Evaluar la gestión del Proceso a través de los</p>	

		Indicadores establecidos	
--	--	--------------------------	--

RECURSOS	DOCUMENTOS ASOCIADOS	
TECNICOS		
Equipos de Cómputo (software, hardware), red interna, extensión telefónica, impresora Papelería y elementos de Oficina.	MANUALES:	REGISTRO
LOCATIVOS		
<ul style="list-style-type: none"> • Agitador de manzini. • Cuenta células. • Dispositivo para control y conservación de temperatura rango específicos (Congelador). • Dispositivo para control y conservación de temperatura rangos específicos (Refrigerador). • Microscopio. • Monitor multiparametros. • Analizador de hematología. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manual de toma, transporte, conservación y remisión de muestras. • Manuales de procedimientos técnicos de cada sección. • Manuales de manejo y limpieza de equipos. • Manual de limpieza y desinfección del material que se utilice en el procesamiento de las muestras y/o de los elementos que se reutilicen. • Manuales del programa de control de calidad interno y externo. <p>PROGRAMAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa de control de calidad interno y externo. • Programa de reactivo vigilancia. • Programa de envío de reporte de enfermedades de reporte obligatorio en salud publica trimestralmente como son hep b, vih , sífilis <p>PROTOCOLOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de socialización de los manuales • Registro estadístico mensual, por sección y turno de pacientes, de exámenes ordenados y pruebas realizadas. • Registro de validación de pruebas y ensayos. • Registro de control de calidad interno y externo <p>FORMATO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formato de reporte de resultados. • formato de exámenes repetidos por inconsistencia entre resultado y clínica del paciente • formato de rechazo de muestras • formato de exámenes remitidos • Formato de temperatura de baño serológico • formato de temperatura de refrigerador

<ul style="list-style-type: none"> • Analizador automatizado de orina. • Analizador de química • Centrífuga • G dispenser plus • Analizador de hemostasia • Incubador para tarjetas • Pipeta electrónica • Pipeta mecánica • DG manual station • Conductivimetro • Termohigrometro • termómetro 	<ul style="list-style-type: none"> • protocolo de lavado de manos en laboratorio • protocolo de limpieza y desinfección de baño serológico, nevera y centrifuga • protocolo de confidencialidad • protocolo de solicitud de nueva muestra • protocolo en caso de demora de resultados 	<ul style="list-style-type: none"> • formato de temperatura de congelador • formato de llamadas a pacientes para solicitud de nueva muestra • formato de registro diario y entrega de resultados A pacientes
---	--	---

REQUISITO POR CUMPLIR	SEGUIMIENTO Y MEDICION	
	CONTROL DE PROCESO	INDICADORES
Requisitos de Ley <ul style="list-style-type: none"> • Ley 23 1981 • Decreto 3380 de 1981 • Resolución 13437 • Decreto 1011 - 2006 • Resolución 1995 – 1999 • Resolución 0256 – 2006 • Resolución 2003 – 2004 • Decreto 2676 – 2000 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Autoevaluación ❖ Cumplimiento de Objetivos ❖ Auditorías Internas ❖ Seguimiento, medición y análisis de indicadores. ❖ Revisión Gerencial 	<ol style="list-style-type: none"> 1. PERDIDA O DAÑO DE LA MUESTRA DE LABORATORIO O ESPECIMEN DE PATOLOGIA 2. PROPORCION DE PACIENTES

<ul style="list-style-type: none"> Resolución 1164 - 2002 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Implementación de acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora. ❖ Encuesta de satisfacción del paciente 	<p>IDENTIFICADOS CORRECTAMENTE</p> <p>3. PROPORCION DE ERRORES EN LA IDENTIFICACION DE LAS MUESTRAS DE LABORATORIO</p> <p>4. Verificación del entendimiento del consentimiento informado.</p>
Requisitos del Cliente		
Oportunidad y pertinencia en la atención.		
Requisito de la Institución		
Atención satisfactoria para el Paciente. Cumplimiento del Reglamento Interno de Trabajo - PSOE - PGIRSH Cumplimiento del Perfil establecido en el Manual de Cargos y Funciones		
Requisito de la Norma		
7.1 – 7.1.4 – 7.5.3 – 8.1 – 8.2 – 8.5 – 9.1.1 – 9.1.2 – 9.1.3 – 10 – 10.2		

Identificación del proceso	TOMA DE MUESTRA	Equipo Responsable	<ul style="list-style-type: none"> Bacteriólogo y/o auxiliares de laboratorio clínico o de enfermería.
Objetivo	Brindar atención de apoyo diagnóstico garantizando la calidad (oportunidad, seguridad) del servicio en pro de la satisfacción del Cliente.		
Alcance	Aplica para todas las Actividades de Toma de muestra de laboratorio clínico.		

PROVEEDORES/ENTRADAS	ACTIVIDADES		SALIDAS/ CLIENTES
<p>9. Gestión Gerencial: Directrices de Trabajo (desempeño de colaboradores) – Resultados de Revisión Gerencial</p> <p>10. SIAU: Agenda Medica - Pacientes admisionados.</p> <p>11. Pacientes: Necesidades y expectativas.</p> <p>12. Gestión de Calidad: Documentos del SGC – Informe de Encuestas de Satisfacción, de Acciones Correctivas, Preventivas y de mejora, de Auditorías Internas y Externas y de Quejas y sugerencias.</p> <p>13. Gestión de Talento Humano: Capacitación para la competencia. - Informe de Evaluación de Desempeño:</p> <p>14. Gestión de Compras y Suministro: Equipos e insumos.</p> <p>15. Gestión de Tecnología e Información: Asesoría en el manejo de la información- Mantenimiento de Equipos de cómputo.</p>	PLANEAR	HACER	<p>8. Agenda cumplida y Pacientes atendidos: SIAU</p> <p>9. Documentos soportes de la atención : Facturación</p> <p>10. Informe de gestión de Acciones Correctivas, Preventivas y de mejora; Informe de Encuestas de satisfacción aplicadas; Actas de Apertura del Buzón de PQRS: Gestión de Calidad</p> <p>11. Requerimiento de Capacitación: Gestión de Talento Humano.</p> <p>12. Necesidad de Suministro de Insumos: Gestión de Compras y Suministro.</p> <p>13. Solicitud de Mantenimiento de Equipos: Gestión de</p>
	<p>4. Disponibilidad de los protocolos y procedimientos de atención.</p> <p>5. Establecimiento de horarios de atención para la organización de la agenda.</p> <p>6. Solicitud y devolución de medicamentos, Insumos y materiales</p>	<p>5. Realizar el Procedimiento al Paciente en Cumplimiento de sus Derechos y Deberes.</p> <p>6. Organizar y entregar los resultados generadas por la atención.</p> <p>7. Organizar el área antes y después de la atención al Paciente.</p> <p>8. Llevar control de los registros.</p>	
	ACTUAR	VERIFICAR	
	<p>2. Diseñar e implementar las acciones preventivas, correctivas y de mejora del proceso.</p>	<p>5. Verificación de cumplimiento de la Agenda programada.</p> <p>6. Verificar la aplicación de Normas y directrices</p>	

<p>16. Gestión Ambiental: Condiciones ambientales seguras (Limpieza de las áreas) - Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares- PGIRSH.</p>		<p>Institucionales en las actividades realizadas (Autoevaluación).</p> <p>7. Controlar el uso adecuado de Insumos y equipos.</p> <p>8. Evaluar la gestión del Proceso a través de los Indicadores establecidos</p>	<p>Tecnología e Información.</p> <p>14. 6. Solicitud de Mantenimiento de Equipos biomédicos e Instalaciones físicas. :Mantenimiento</p>
--	--	--	--

RECURSOS	DOCUMENTOS ASOCIADOS	
TECNICOS		
Equipos de Cómputo (software, hardware), red interna, extensión telefónica, impresora Papelería y elementos de Oficina.	<p>GUIAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • GPC uso de componentes sanguíneos 23102017 VF • GPC corta VIH ADOLECENTES ADULTOS • GPC DM 37 padres cuidadores • GPC 37 profesionales salud • GPC Fibrosis Quísticas Profesionales • Hepatitis c crónica guía práctica clínica <p>MANUALES:</p>	<p>PROTOCOLO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Protocolo de limpieza y desinfección de áreas. • Protocolo de manejo de eventos adversos o reacciones que pueden presentar los pacientes antes, durante o después de la toma de muestra. <p>REGISTRO</p>
LOCATIVOS		
La toma de muestra cuenta con: <ul style="list-style-type: none"> • Cubículo para toma de muestra 		

	<ul style="list-style-type: none"> • Manual de toma, transporte, conservación y remisión de muestras. • Manual de bioseguridad ajustado a las características de la toma de muestras del laboratorio clínico. • Manual de gestión integral de residuos generados en la atención de salud y otras actividades, ajustado a las características de la toma de muestras del laboratorio clínico. <p>PROCEDIMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento de consentimiento informado y verificación del entendimiento del consentimiento informado. • Consentimiento informado del VIH • Procedimiento de remisión de muestras. • Procedimiento de toma de muestra para laboratorio clínico en atención domiciliaria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Registro diario de pacientes y exámenes solicitados y entrega de resultados • Registros de temperatura del refrigerador y congelador de la nevera y el baño serológico, si aplica. • Registro de entrega de las muestras al laboratorio clínico. • Registro o copia de los exámenes remitidos y resultados de los mismos. • Lista de chequeo de toma de muestra.
--	---	--

REQUISITO POR CUMPLIR	SEGUIMIENTO Y MEDICION	
	CONTROL DE PROCESO	INDICADORES
Requisitos de Ley	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Autoevaluación ❖ Cumplimiento de Objetivos 	5. Proporción de consentimiento informado
<ul style="list-style-type: none"> • Ley 23 1981 • Decreto 3380 de 1981 • Resolución 13437 		

<ul style="list-style-type: none"> • Decreto 1011 - 2006 • Resolución 1995 – 1999 • Resolución 0256 – 2006 • Resolución 2003 – 2004 • Decreto 2676 – 2000 • Resolución 1164 - 2002 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Auditorías Internas ❖ Seguimiento, medición y análisis de indicadores. ❖ Revisión Gerencial ❖ Implementación de acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora. ❖ Encuesta de satisfacción del paciente 	<p>adecuadamente diligenciado</p> <p>6. Medición del entendimiento del paciente del consentimiento informado</p> <p>7. adherencia personal al protocolo de identificación de muestras</p>
<p>Requisitos del Cliente</p>		
<p>Oportunidad y pertinencia en la atención.</p>		
<p>Requisito de la Institución</p>		
<p>Atención satisfactoria para el Paciente. Cumplimiento del Reglamento Interno de Trabajo - PSOE - PGIRSH Cumplimiento del Perfil establecido en el Manual de Cargos y Funciones</p>		
<p>Requisito de la Norma</p>		
<p>7.1 – 7.1.4 – 7.5.3 – 8.1 – 8.2 – 8.5 – 9.1.1 – 9.1.2 – 9.1.3 – 10 – 10.2</p>		

Identificación del proceso	ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS	Equipo Responsable	Médico Gastroenterólogo (Líder) - Enfermera Jefe Auxiliar de Enfermería
Objetivo	Brindar atención de apoyo diagnóstico de Endoscopias digestivas garantizando la calidad (oportunidad, seguridad) del servicio en pro de la satisfacción del Cliente.		
Alcance	Aplica para todas las Actividades de Endoscopias digestivas		

PROVEEDORES/ENTRADAS	ACTIVIDADES		SALIDAS/ CLIENTES
	PLANEAR	HACER	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Gestión Gerencial: Directrices de Trabajo (desempeño de colaboradores) – Resultados de Revisión Gerencial 2. SIAU: Agenda Medica - Pacientes admisionados. 3. Pacientes: Necesidades y expectativas. 4. Gestión de Calidad: Documentos del SGC – Informe de Encuestas de Satisfacción, de Acciones Correctivas, Preventivas y de mejora, de Auditorías Internas y Externas y de Quejas y sugerencias. 5. Gestión de Talento Humano: Capacitación para la 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disponibilidad de los protocolos y procedimientos de atención. 2. Establecimiento de horarios de atención para la organización de la agenda. 3. Solicitud y devolución de medicamentos, Insumos y materiales 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar el Procedimiento al Paciente en Cumplimiento de sus Derechos y Deberes. 2. Organizar y entregar las Historias Clínicas generadas por la atención. 3. Organizar el área antes y después de la atención al Paciente. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Agenda Médica cumplida y Pacientes atendidos: SIAU 2. Documentos soportes de la atención : Facturación 3. Informe de gestión de Acciones Correctivas, Preventivas y de mejora; Informe de Encuestas de satisfacción aplicadas; Actas de Apertura del Buzón de PQRS: Gestión de Calidad

<p>competencia. - Informe de Evaluación de Desempeño:</p> <p>6. Gestión de Compras y Suministro: Equipos e insumos.</p> <p>7. Gestión de Tecnología e Información: Asesoría en el manejo de la información- Mantenimiento de Equipos de cómputo.</p> <p>8. Mantenimiento: Programa de Mantenimiento preventivo, correctivo y de <i>Calibración</i> de Equipos biomédicos-Sistemas centralizados de gases medicinales se realiza el mantenimiento a los componentes del sistema como unidades de regulación, cajas de control, alarmas, compresores, secadores, monitores y bombas de vacío - mantenimiento de la Instalaciones físicas. .</p> <p>9. Gestión Ambiental :Condiciones ambientales seguras(Limpieza de las áreas) - Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares- PGIRSH</p>	ACTUAR	VERIFICAR	<p>4. Requerimiento de Capacitación: Gestión de Talento Humano.</p> <p>5. Necesidad de Suministro de Insumos: Gestión de Compras y Suministro.</p> <p>6. Solicitud de Mantenimiento de Equipos: Gestión de Tecnología e Información.</p> <p>7. 6. Solicitud de Mantenimiento de Equipos biomédicos e Instalaciones físicas. :Mantenimiento</p>
	<p>1. Diseñar e implementar las acciones preventivas, correctivas y de mejora del proceso.</p>	<p>1. Verificación de cumplimiento de la Agenda programada.</p> <p>2. Verificar la aplicación de Normas y directrices Institucionales en las actividades realizadas (Autoevaluación).</p> <p>3. Controlar el uso adecuado de Insumos y equipos.</p> <p>4. Evaluar la gestión del Proceso a través de los Indicadores establecidos</p>	

RECURSOS	DOCUMENTOS ASOCIADOS
TECNICOS	

<p>Equipos de Cómputo (software, hardware), red interna, extensión telefónica, impresora Papelería y elementos de Oficina.</p>	<p>FORMATOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consentimiento informado. • Preparación colonoscopia – endoscopia. • Lista de chequeo seguridad en la endoscopia. • Administración de oxígeno. • verificación del consentimiento informado. • Registro de lavado del endoscopio. • Captura de EA. • Reporte de incidentes por dispositivos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Buenas prácticas de esterilización • Limpieza y desinfección
<p>LOCATIVOS</p>		<p>FORMATOS</p>
<p>Sala de endoscopia Cuenta con:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Camilla móvil, con barandas, que permita dar posiciones de inclinación; colchoneta, almohada y ropa de camilla por paciente. 2. Equipos de endoscopia con fuente de luz y unidades de inserción (endoscopio, colonoscopio, duodenoscopio, anorecto-sigmoidoscopio rígido) y el instrumental necesario adicional, de acuerdo con el tipo de procedimiento a realizar. 3. Aspirador de secreciones mediante succionador o toma de gas unida a red de sistema central con regulador de vacío. 	<p>GUIAS CLINICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colonoscopia • Endoscopia de vías digestivas altas • Endoscopia para el control de hemorragia de vías digestivas • Gastroenterología y endoscopia <p>PROCOLOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisión del equipo de reanimación. • Reanimación cardiocerebro – muscular • Administración de medicamento • Venopuncion • Caterismo vesical 	<ul style="list-style-type: none"> • Consolidado • Contra referencia • IPS de referencia • Lista de chequeo de los documentos necesario para el traslado de un paciente que requiere otro grado de complejidad

<p>4. Los accesorios definidos en la guía de manejo para cada procedimiento ofertado.</p> <p>Área de recuperación de pacientes con: Silla(s), sillón(es) o reclinomática, si se realizan procedimientos endoscópicos básicos. En caso de realizar procedimientos avanzados: Camillas móviles, con barandas y atriles, fuente de oxígeno y vacío, monitores de signos vitales, con alarmas.</p> <p>En las unidades sanitarias, se garantiza jabón líquido de manos y toallas de secado.</p>		
--	--	--

REQUISITO POR CUMPLIR	SEGUIMIENTO Y MEDICION	
	CONTROL DE PROCESO	INDICADORES
Requisitos de Ley	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Autoevaluación ❖ Cumplimiento de Objetivos ❖ Auditorías Internas 	8. Oportunidad en la realización de la Endoscopia requerida.
<ul style="list-style-type: none"> • Ley 23 1981 • Decreto 3380 de 1981 • Resolución 13437 • Decreto 1011 - 2006 • Resolución 1995 – 1999 		

<ul style="list-style-type: none"> • Resolución 0256 – 2006 • Resolución 2003 – 2004 • Decreto 2676 – 2000 • Resolución 1164 - 2002 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Seguimiento, medición y análisis de indicadores. ❖ Revisión Gerencial ❖ Implementación de acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora. ❖ Encuesta de satisfacción del paciente 	<p>9. Tasa de Satisfacción Global</p> <p>10. Incidentes / Eventos Adversos.</p>
Requisitos del Cliente		
Oportunidad y pertinencia en la atención.		
Requisito de la Institución		
Atención satisfactoria para el Paciente. Cumplimiento del Reglamento Interno de Trabajo - PSOE - PGIRSH Cumplimiento del Perfil establecido en el Manual de Cargos y Funciones		
Requisito de la Norma		
7.1 – 7.1.4 – 7.5.3 – 8.1 – 8.2 – 8.5 – 9.1.1 – 9.1.2 – 9.1.3 – 10 – 10.2		

Identificación del proceso	CIRUGIA BARIÁTRICA.	Responsable	MEDICO ESPECIALISTA
Objetivo	Brindar atención médica Especializada garantizando la calidad del servicio en pro de la satisfacción del Cliente.		

Alcance	Aplica para todas las Actividades de Cirugía bariátrica.
----------------	--

PROVEEDORES / ENTRADAS	ACTIVIDADES		SALIDAS / CLIENTES
<p>1. Gestión Gerencial: Directrices de Trabajo (desempeño de colaboradores) – Resultados de Revisión Gerencial</p> <p>2. SIAU: Agenda de consulta de cirugía bariátrica - Pacientes admitidos.</p> <p>3. Pacientes: Necesidades y expectativas.</p> <p>4. Gestión de Calidad: Documentos del SGC – Informe de Encuestas de Satisfacción, de Acciones Correctivas, Preventivas y de mejora, de Auditorías Internas y Externas y de Quejas y sugerencias.</p> <p>5. Gestión de Talento Humano: Capacitación para la competencia. -</p>	PLANEAR	HACER	<p>1. Agenda de consulta de cirugía bariátrica cumplida y Pacientes atendidos: SIAU</p> <p>2. Documentos soportes de la atención: Facturación</p> <p>3. Informe de gestión de Acciones Correctivas, Preventivas y de mejora: Gestión de Calidad</p> <p>4. Requerimiento de Capacitación: Gestión de Talento Humano.</p> <p>5. Necesidad de Suministro de Insumos: Gestión de Compras y Suministro.</p> <p>6. Solicitud de Mantenimiento de Equipos: Gestión de Tecnología e Información.</p> <p>7. Residuos Hospitalarios y Comunes correctamente segregados: Gestión Ambiental.</p>
	<p>1. Establecimiento de horarios de atención para la organización de la agenda.</p> <p>2. Disponibilidad de los protocolos y procedimientos de atención.</p>	<p>1. Realizar la Consulta de cirugía bariátrica al Paciente en Cumplimiento de sus Derechos y Deberes.</p> <p>2. Organizar y entregar las Historias Clínicas generadas por la atención.</p> <p>3. Organizar el consultorio de cirugía bariátrica antes y después de la atención al Paciente.</p>	
	ACTUAR	VERIFICAR	
	<p>1. Diseñar e implementar las acciones preventivas, correctivas y de mejora del proceso</p>	<p>1. Verificación de cumplimiento de la Agenda programada.</p> <p>2. Verificar la aplicación de Normas y directrices Institucionales en las</p>	

<p>Informe de Evaluación de Desempeño:</p> <p>6. Gestión de Compras y Suministro: Equipos e insumos.</p> <p>7. Gestión Ambiental: PGIRHS</p> <p>8. Gestión de Tecnología e Información: Asesoría en el manejo de la información</p>		<p>actividades realizadas (Autoevaluación).</p> <p>3. Controlar el uso adecuado de Insumos y equipos.</p> <p>4. Evaluar la gestión del Proceso a través de los Indicadores establecidos.</p>	
--	--	--	--

<p>RECURSOS</p> <p>TECNICOS</p>	<p>DOCUMENTOS ASOCIADOS</p>
<p>Equipos de Cómputo (software, hardware), red interna, extensión telefónica, impresora Papelería y elementos de Oficina.</p> <p>EQUIPO DE APOYO</p> <p>Aire acondicionado Split</p>	<p>GUÍAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos. sistema general de seguridad social en salud – Colombia guía para profesionales de la salud. 2016. guía no. 52. • Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos. sistema general de seguridad social en salud- Colombia © ministerio de salud y protección social departamento administrativo de ciencia, tecnología e innovación Colciencias. guía para pacientes, padres y cuidadores 2016 - guía no. 52. • Guías de manejo en cirugía bariátrica. asociación colombiana de obesidad y cirugía bariátrica – acocib 2014. • Cirugía bariátrica una alternativa en el tratamiento de la obesidad mórbida. facultad de medicina de la universidad javeriana.
<p>LOCATIVOS</p> <p>DOTACION BÁSICA PARA CONSULTORIO MÉDICO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Camilla 2. Tensiómetro 3. Fonendoscopio 4. Martillo de reflejos 5. Tallímetro o infantómetro 	

<p>6. Cinta métrica 7. Báscula para peso corporal 8. Negatoscopio</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Guías colombianas para el manejo científico de la obesidad y sobrepeso. fundación colombiana de obesidad- funcobes • Guía de práctica clínica bypass gástrico. • Guía de práctica clínica sleeve o tubo gástrico. <p>PROTOCOLO</p> <ul style="list-style-type: none"> • protocolo de lavado de manos. <p>PROCEDIMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento para la consulta externa. • Procedimiento de remisión de pacientes. • Gestión y manejo de las historias clínicas.
---	---

REQUISITO POR CUMPLIR	SEGUIMIENTO Y MEDICION	
	CONTROL DE PROCESO	INDICADORES
Requisitos de Ley	❖ Autoevaluación	

<ul style="list-style-type: none"> • Ley 23 1981 • Decreto 3380 de 1981 • Resolución 13437 • Decreto 1011 - 2006 • Resolución 1995 – 1999 • Resolución 0256 – 2006 • Resolución 2003 – 2004 • Decreto 2676 – 2000 • Resolución 1164 – 2002 • Ley 1355 - 2009 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Cumplimiento de Objetivos ❖ Auditorías Internas ❖ Seguimiento, medición y análisis de indicadores. ❖ Revisión Gerencial ❖ Implementación de acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora. ❖ Encuesta de satisfacción del paciente 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa. 2. Proporción de satisfacción global de los usuarios en la IPS. 3. Proporción de usuarios que recomendarían su IPS a familiares y amigos. 4. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita. 5. Incidentes / eventos adversos. 6. Eventos de interés en salud pública reportados.
<p>Requisitos del Cliente</p>		
<p>Oportunidad y pertinencia en la atención.</p>		
<p>Requisito de la Institución</p>		
<p>Atención satisfactoria para el Paciente.</p>		
<p>Requisito de la Norma</p>		
<p>7.1 – 7.1.4 – 7.5.3 – 8.1 – 8.2 – 8.5 – 9.1.1 – 9.1.2 – 9.1.3 – 10 – 10.2</p>		

Identificación del proceso	CIRUGIA GENERAL	Responsable	MEDICO ESPECIALISTA
Objetivo	Brindar atención médica Especializada garantizando la calidad del servicio en pro de la satisfacción del Cliente.		
Alcance	Aplica para todas las Actividades de Cirugía general.		

PROVEEDORES / ENTRADAS	ACTIVIDADES		SALIDAS / CLIENTES
	PLANEAR	HACER	
1. Gestión Gerencial: Directrices de Trabajo (desempeño de colaboradores) – Resultados de Revisión Gerencial 2. SIAU: Agenda de consulta de cirugía general - Pacientes admisionados. 3. Pacientes: Necesidades y expectativas. 4. Gestión de Calidad: Documentos del SGC – Informe de Encuestas de	3. Establecimiento de horarios de atención para la organización de la agenda. 4. Disponibilidad de los protocolos y procedimientos de atención.	4. Realizar la Consulta de cirugía general al Paciente en Cumplimiento de sus Derechos y Deberes. 5. Organizar y entregar las Historias Clínicas generadas por la atención. 6. Organizar el consultorio de cirugía general antes y después de la atención al Paciente.	1. Agenda de consulta de cirugía general cumplida y Pacientes atendidos: SIAU 2. Documentos soportes de la atención: Facturación 3. Informe de gestión de Acciones Correctivas, Preventivas y de mejora: Gestión de Calidad 4. Requerimiento de Capacitación: Gestión de Talento Humano.

Satisfacción, de Acciones Correctivas, Preventivas y de mejora, de Auditorías Internas y Externas y de Quejas y sugerencias. 5. Gestión de Talento Humano: Capacitación para la competencia. - Informe de Evaluación de Desempeño: 6. Gestión de Compras y Suministro: Equipos e insumos. 7. Gestión Ambiental: PGIRHS 8. Gestión de Tecnología e Información: Asesoría en el manejo de la información			5. Necesidad de Suministro de Insumos: Gestión de Compras y Suministro. 6. Solicitud de Mantenimiento de Equipos: Gestión de Tecnología e Información. 7. Residuos Hospitalarios y Comunes correctamente segregados: Gestión Ambiental.
	ACTUAR	VERIFICAR	
	2. Diseñar e implementar las acciones preventivas, correctivas y de mejora del proceso	5. Verificación de cumplimiento de la Agenda programada. 6. Verificar la aplicación de Normas y directrices Institucionales en las actividades realizadas (Autoevaluación). 7. Controlar el uso adecuado de Insumos y equipos. 8. Evaluar la gestión del Proceso a través de los Indicadores establecidos.	

RECURSOS TECNICOS	DOCUMENTOS ASOCIADOS
Equipos de Cómputo (software, hardware), red interna, extensión telefónica, impresora Papelería y elementos de Oficina. EQUIPO DE APOYO	GUÍAS <ul style="list-style-type: none"> • Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de pacientes adultos con trauma craneoencefálico severo. sistema general de seguridad social en

<p>Aire acondicionado Split</p>	<p>salud – Colombia. guía para pacientes y familiares 2014-guía no. gpc-2014-30.</p>
<p>LOCATIVOS</p>	
<p>DOTACION BÁSICA PARA CONSULTORIO MÉDICO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de pacientes adultos con trauma craneoencefálico severo. sistema general de seguridad social en salud – Colombia guía para pacientes y familiares 2014-guía no. gpc-2014-30
<p>9. Camilla 10. Tensiómetro 11. Fonendoscopio 12. Martillo de reflejos 13. Tallímetro o infantómetro 14. Cinta métrica 15. Báscula para peso corporal 16. Negatoscopio</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico, estadificación y tratamiento del cáncer de pulmón. sistema general de seguridad social en salud – Colombia. guía para profesionales de la salud 2014- guía no. 36. • Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de fibrosis quística para uso de profesionales de salud. 2014 - guía no. 38. • Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de fibrosis quística. para pacientes, padres y cuidadores. 2014 - guía no. 38. • Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico, estadificación y tratamiento del cáncer de pulmón. sistema general de seguridad social en salud – Colombia. guía para pacientes y cuidadores 2014 - guía no. 36. • Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos. sistema general de seguridad social en salud – Colombia guía para profesionales de la salud. 2016. guía no. 52. • Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos. sistema general de seguridad social en salud – Colombia guía para guía para pacientes, padres y cuidadores 2016 - guía no. 52. • Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio de la persona amputada, la prescripción de la

	<p>prótesis y la rehabilitación integral guía para profesionales de la salud 2015. guía no. 55.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio de la persona amputada, la prescripción de la prótesis y la rehabilitación integral. Guía para pacientes y cuidadores 2015. guía no. 55. <p>PROTOCOLO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Protocolo y Modelo de Atención Integral en Salud para Víctimas de Violencia Sexual. • protocolo de lavado de manos. <p>PROCEDIMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento para la consulta externa. • Procedimiento de remisión de pacientes. • Gestión y manejo de las historias clínicas.
--	--

REQUISITO POR CUMPLIR	SEGUIMIENTO Y MEDICION	
	CONTROL DE PROCESO	INDICADORES
<p>Requisitos de Ley</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ley 23 1981 • Decreto 3380 de 1981 • Resolución 13437 • Decreto 1011 - 2006 • Resolución 1995 – 1999 • Resolución 0256 – 2006 • Resolución 2003 – 2004 • Decreto 2676 – 2000 • Resolución 1164 - 2002 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Autoevaluación ❖ Cumplimiento de Objetivos ❖ Auditorías Internas ❖ Seguimiento, medición y análisis de indicadores. ❖ Revisión Gerencial ❖ Implementación de acciones Correctivas, 	<ul style="list-style-type: none"> 7. Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa. 8. Proporción de satisfacción global de los usuarios en la IPS. 9. Proporción de usuarios que

Requisitos del Cliente	Preventivas y de Mejora. ❖ Encuesta de satisfacción del paciente	recomendarían su IPS a familiares y amigos. 10. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita. 11. Incidentes / eventos adversos. 12. Eventos de interés en salud pública reportados
Oportunidad y pertinencia en la atención.		
Requisito de la Institución		
Atención satisfactoria para el Paciente.		
Requisito de la Norma		
7.1 – 7.1.4 – 7.5.3 – 8.1 – 8.2 – 8.5 – 9.1.1 – 9.1.2 – 9.1.3 – 10 – 10.2		

Identificación del proceso	DERMATOLOGÍA	Responsable	DERMATÓLOGO
Objetivo	Brindar atención médica Especializada garantizando la calidad del servicio en pro de la satisfacción del Cliente.		
Alcance	Aplica para todas las Actividades de Dermatología.		

PROVEEDORES / ENTRADAS	ACTIVIDADES		SALIDAS / CLIENTES
<p>1. Gestión Gerencial: Directrices de Trabajo (desempeño de colaboradores) – Resultados de Revisión Gerencial</p> <p>2. SIAU: Agenda de Dermatología - Pacientes admitidos.</p> <p>3. Pacientes: Necesidades y expectativas.</p> <p>4. Gestión de Calidad: Documentos del SGC – Informe de Encuestas de Satisfacción, de Acciones Correctivas, Preventivas y de mejora, de Auditorías Internas y Externas y de Quejas y sugerencias.</p> <p>5. Gestión de Talento Humano: Capacitación para la competencia. - Informe de Evaluación de Desempeño:</p> <p>6. Gestión de Compras y Suministro: Equipos e insumos.</p>	PLANEAR	HACER	<p>1. Agenda Dermatológica cumplida y Pacientes atendidos: SIAU</p> <p>2. Documentos soportes de la atención : Facturación</p> <p>3. Informe de gestión de Acciones Correctivas, Preventivas y de mejora: Gestión de Calidad</p> <p>4. Requerimiento de Capacitación: Gestión de Talento Humano.</p> <p>5. Necesidad de Suministro de Insumos: Gestión de Compras y Suministro.</p> <p>6. Solicitud de Mantenimiento de Equipos: Gestión de Tecnología e Información.</p> <p>7. Residuos Hospitalarios y Comunes correctamente segregados: Gestión Ambiental.</p>
	<p>5. Establecimiento de horarios de atención para la organización de la agenda.</p> <p>6. Disponibilidad de los protocolos y procedimientos de atención por el Dermatólogo.</p>	<p>7. Realizar la Consulta Dermatológica al Paciente en Cumplimiento de sus Derechos y Deberes.</p> <p>8. Organizar y entregar las Historias Clínicas generadas por la atención.</p> <p>9. Organizar unidad Dermatológica antes y después de la atención al Paciente.</p>	
	ACTUAR	VERIFICAR	
	<p>3. Diseñar e implementar las acciones preventivas, correctivas y de mejora del proceso</p>	<p>9. Verificación de cumplimiento de la Agenda programada.</p> <p>10. Verificar la aplicación de Normas y directrices Institucionales en las actividades realizadas (Autoevaluación).</p> <p>11. Controlar el uso adecuado de Insumos y equipos.</p>	

7. Gestión Ambiental: PGIRHS 8. Gestión de Tecnología e Información: Asesoría en el manejo de la información		12. Evaluar la gestión del Proceso a través de los Indicadores establecidos.	
--	--	---	--

RECURSOS	DOCUMENTOS ASOCIADOS	
TECNICOS		
Equipos de Cómputo (software, hardware), red interna, extensión telefónica, impresora Papelería y elementos de Oficina. EQUIPO DE APOYO Aire acondicionado Split	GUIAS <ul style="list-style-type: none"> • guía de práctica clínica con evaluación económica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer de piel no melanoma: queratosis actínica. Para uso de profesionales de salud. 2014 - guía no. 31. • guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer de piel no melanoma sistema general de seguridad social en salud-Colombia. <i>Para pacientes padres y cuidadores. guías 2014- n.º 31</i> • guía de práctica clínica con evaluación económica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer de piel no melanoma: carcinoma escamocelular de piel. para uso de profesionales de salud. 2014 - guía no. 32. 	
LOCATIVOS		
DOTACION BÁSICA PARA CONSULTORIO MÉDICO <ul style="list-style-type: none"> 17. Camilla 18. Tensiómetro 19. Fonendoscopio 20. Martillo de reflejos 21. Tallímetro o infantómetro 22. Cinta métrica 		

<p>23. Báscula para peso corporal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • guía de práctica clínica con evaluación económica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer de piel no melanoma: carcinoma escamocelular de piel. para uso de profesionales de salud. 2014 - guía no. 32. • guía de práctica clínica con evaluación económica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer de piel no melanoma: carcinoma basocelular. guía para profesionales de la salud 2014. guía no. 33. • guía de práctica clínica con evaluación económica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer de piel no melanoma: carcinoma basocelular. guía para pacientes y cuidadores 2014. guía no. 33. • guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita sistema general de seguridad social en salud – Colombia. guía para profesionales de la salud gpc-2014-41. <p>PROTOCOLO</p> <ul style="list-style-type: none"> • procedimiento para la consulta externa. • procedimiento de remisión de pacientes. • gestión y manejo de historia clínica. • protocolo de lavado de manos <p>FORMATO</p> <ul style="list-style-type: none"> • PG-FT captura de EA • PGT-FT-OO reporte de incidentes por dispositivos
---------------------------------------	---

<p>REQUISITO POR CUMPLIR</p>	<p>SEGUIMIENTO Y MEDICION</p>	
	<p>CONTROL DE PROCESO</p>	<p>INDICADORES</p>

Requisitos de Ley	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Autoevaluación ❖ Cumplimiento de Objetivos ❖ Auditorías Internas ❖ Seguimiento, medición y análisis de indicadores. ❖ Revisión Gerencial ❖ Implementación de acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora. ❖ Encuesta de satisfacción del paciente 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita 2. Tasa de caída de pacientes 3. Proporción de satisfacción global de usuarios 4. Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a un familiar o amigo 5. Incidentes / eventos adversos 6. Eventos de interés en salud pública reportados
<ul style="list-style-type: none"> • Ley 23 1981 • Decreto 3380 de 1981 • Resolución 13437 • Decreto 1011 - 2006 • Resolución 1995 – 1999 • Resolución 0256 – 2006 • Resolución 2003 – 2004 • Decreto 2676 – 2000 • Resolución 1164 - 2002 		
Requisitos del Cliente		
Oportunidad y pertinencia en la atención.		
Requisito de la Institución		
Atención satisfactoria para el Paciente.		
Requisito de la Norma		
7.1 – 7.1.4 – 7.5.3 – 8.1 – 8.2 – 8.5 – 9.1.1 – 9.1.2 – 9.1.3 – 10 – 10.2		

Identificación del proceso	ECOGRAFÍA	Responsable	MEDICO ESPECIALISTA
Objetivo	Brindar atención médica Especializada garantizando la calidad del servicio en pro de la satisfacción del Cliente.		
Alcance	Aplica para todas las Actividades de Ecografía.		

PROVEEDORES / ENTRADAS	ACTIVIDADES		SALIDAS / CLIENTES
1. Gestión Gerencial: Directrices de Trabajo (desempeño de colaboradores) – Resultados de Revisión Gerencial 2. SIAU: Agenda de Ecografía - Pacientes admisionados. 3. Pacientes: Necesidades y expectativas. 4. Gestión de Calidad: Documentos del SGC – Informe de Encuestas de Satisfacción, de Acciones	PLANEAR	HACER	1. Agenda de Ecografía cumplida y Pacientes atendidos: SIAU 2. Documentos soportes de la atención: Facturación 3. Informe de gestión de Acciones Correctivas, Preventivas y de mejora: Gestión de Calidad 4. Requerimiento de Capacitación: Gestión de Talento Humano. 5. Necesidad de Suministro de Insumos: Gestión de Compras y Suministro.
	7. Establecimiento de horarios de atención para la organización de la agenda. 8. Disponibilidad de los protocolos y procedimientos de atención.	10. Realizar la Consulta de la ecografía al Paciente en Cumplimiento de sus Derechos y Deberes. 11. Organizar y entregar las Historias Clínicas generadas por la atención. 12. Organizar la unidad de ecografía antes y después de la atención al Paciente.	
	ACTUAR	VERIFICAR	

<p>Correctivas, Preventivas y de mejora, de Auditorías Internas y Externas y de Quejas y sugerencias.</p> <p>5. Gestión de Talento Humano: Capacitación para la competencia. - Informe de Evaluación de Desempeño:</p> <p>6. Gestión de Compras y Suministro: Equipos e insumos.</p> <p>7. Gestión Ambiental: PGIRHS</p> <p>8. Gestión de Tecnología e Información: Asesoría en el manejo de la información</p>	<p>4. Diseñar e implementar las acciones preventivas, correctivas y de mejora del proceso</p>	<p>13. Verificación de cumplimiento de la Agenda programada.</p> <p>14. Verificar la aplicación de Normas y directrices Institucionales en las actividades realizadas (Autoevaluación).</p> <p>15. Controlar el uso adecuado de Insumos y equipos.</p> <p>16. Evaluar la gestión del Proceso a través de los Indicadores establecidos.</p>	<p>6. Solicitud de Mantenimiento de Equipos: Gestión de Tecnología e Información.</p> <p>7. Residuos Hospitalarios y Comunes correctamente segregados: Gestión Ambiental.</p>
---	--	--	---

RECURSOS	DOCUMENTOS ASOCIADOS
TECNICOS	
Equipos de Cómputo (software, hardware), red interna, extensión	GUÍAS

<p>telefónica, impresora Papelería y elementos de Oficina. EQUIPO DE APOYO Aire acondicionado split</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Guía de práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del episodio agudo del Ataque Cerebrovascular Isquémico en población mayor de 18 años. Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombiano. Para pacientes y cuidadores. gpc – 2015 - 54
<p style="text-align: center;">LOCATIVOS</p>	
<p>DOTACION BÁSICA PARA CONSULTORIO MÉDICO</p> <ul style="list-style-type: none"> 24. Camilla 25. Tensiómetro 26. Fonendoscopio 27. Martillo de reflejos 28. Tallímetro o infantómetro 29. Cinta métrica 30. Báscula para peso corporal 31. Negatoscopio 32. ultrasonido 	<ul style="list-style-type: none"> • Guía de práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del episodio agudo del Ataque Cerebrovascular Isquémico en población mayor de 18 años. sistema general de seguridad social en salud – Colombia. Para profesionales de la salud. gpc – 2015 -54 • Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio de la persona amputada, la prescripción de la prótesis y la rehabilitación integral. Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombiano. Para pacientes y cuidadores. gpc – 2015 - 55 • Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio de la persona amputada, la prescripción de la prótesis y la rehabilitación integral. sistema general de seguridad social en salud – Colombia. Para profesionales de la salud. gpc – 2015 -55 • Guía de práctica Clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la artritis reumatoide. Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombiano. Para pacientes y cuidadores. gpc – 2014 - 26 • Guía de práctica Clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la artritis reumatoide. sistema general de seguridad social en salud – Colombia. Para profesionales de la salud. gpc – 2014 – 26 • Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico, estadificación y tratamiento del cáncer de pulmón. Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombiano. Para pacientes y cuidadores. gpc – 2014 – 36 • Guía de Práctica Clínica para la detección temprana, diagnóstico, estadificación y tratamiento del cáncer de pulmón. sistema general de seguridad social en salud – Colombia. Para profesionales de la salud. gpc – 2014 – 36 <p>PROTOCOLO</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • procedimiento para la consulta externa. • procedimiento de remisión de pacientes. • gestión y manejo de historia clínica. <p>FORMATO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registro de estudios realizados • Registro de placas • PG-FT captura de ea • PGT-FT-OO reporte de incidentes por dispositivos
--	--

REQUISITO POR CUMPLIR	SEGUIMIENTO Y MEDICION	
	CONTROL DE PROCESO	INDICADORES
<p>Requisitos de Ley</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ley 23 1981 • Decreto 3380 de 1981 • Resolución 13437 • Decreto 1011 - 2006 • Resolución 1995 – 1999 • Resolución 0256 – 2006 • Resolución 2003 – 2004 • Decreto 2676 – 2000 • Resolución 1164 - 2002 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Autoevaluación ❖ Cumplimiento de Objetivos ❖ Auditorías Internas ❖ Seguimiento, medición y análisis de indicadores. ❖ Revisión Gerencial ❖ Implementación de acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora. 	<p>13. Tasa de caída de pacientes en el servicio de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica.</p> <p>14. Tiempo promedio de espera para la toma de Resonancia Magnética Nuclear.</p> <p>15. Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la IPS.</p>
<p>Requisitos del Cliente</p> <p>Oportunidad y pertinencia en la atención.</p>		
<p>Requisito de la Institución</p>		
<p>Atención satisfactoria para el Paciente.</p>		

Requisito de la Norma	❖ Encuesta de satisfacción del paciente	16. Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos
7.1 – 7.1.4 – 7.5.3 – 8.1 – 8.2 – 8.5 – 9.1.1 – 9.1.2 – 9.1.3 – 10 – 10.2		

Identificación del proceso	GASTROENTEROLOGÍA	Responsable	GASTROENTERÓLOGO
Objetivo	Brindar atención médica Especializada garantizando la calidad del servicio en pro de la satisfacción del Cliente.		
Alcance	Aplica para todas las Actividades de Gastroenterología.		

PROVEEDORES / ENTRADAS	ACTIVIDADES		SALIDAS / CLIENTES
	PLANEAR	HACER	

<p>1. Gestión Gerencial: Directrices de Trabajo (desempeño de colaboradores) – Resultados de Revisión Gerencial</p> <p>2. SIAU: Agenda de Gastroenterología - Pacientes admisionados.</p> <p>3. Pacientes: Necesidades y expectativas.</p> <p>4. Gestión de Calidad: Documentos del SGC – Informe de Encuestas de Satisfacción, de Acciones Correctivas, Preventivas y de mejora, de Auditorías Internas y Externas y de Quejas y sugerencias.</p> <p>5. Gestión de Talento Humano: Capacitación para la competencia. - Informe de Evaluación de Desempeño:</p> <p>6. Gestión de Compras y Suministro: Equipos e insumos.</p> <p>7. Gestión Ambiental: PGIRHS</p>	<p>9. Establecimiento de horarios de atención para la organización de la agenda.</p> <p>10. Disponibilidad de los protocolos y procedimientos de atención por el Gastroenterólogo.</p>	<p>13. Realizar la Consulta Gastroenterológica al Paciente en Cumplimiento de sus Derechos y Deberes.</p> <p>14. Organizar y entregar las Historias Clínicas generadas por la atención.</p> <p>15. Organizar unidad Gastroenterológica antes y después de la atención al Paciente.</p>	<p>1. Agenda Gastroenterológica cumplida y Pacientes atendidos: SIAU</p> <p>2. Documentos soportes de la atención : Facturación</p> <p>3. Informe de gestión de Acciones Correctivas, Preventivas y de mejora: Gestión de Calidad</p> <p>4. Requerimiento de Capacitación: Gestión de Talento Humano.</p> <p>5. Necesidad de Suministro de Insumos: Gestión de Compras y Suministro.</p> <p>6. Solicitud de Mantenimiento de Equipos: Gestión de Tecnología e Información.</p> <p>7. Residuos Hospitalarios y Comunes correctamente segregados: Gestión Ambiental.</p>
	ACTUAR	VERIFICAR	
	<p>5. Diseñar e implementar las acciones preventivas, correctivas y de mejora del proceso</p>	<p>17. Verificación de cumplimiento de la Agenda programada.</p> <p>18. Verificar la aplicación de Normas y directrices Institucionales en las actividades realizadas (Autoevaluación).</p> <p>19. Controlar el uso adecuado de Insumos y equipos.</p> <p>20. Evaluar la gestión del Proceso a través de los</p>	

8. Gestión de Tecnología e Información: Asesoría en el manejo de la información		Indicadores establecidos.	
--	--	---------------------------	--

RECURSOS TECNICOS	DOCUMENTOS ASOCIADOS
Equipos de Cómputo (software, hardware), red interna, extensión telefónica, impresora Papelería y elementos de Oficina. EQUIPO DE APOYO Aire acondicionado split	<p>GUIAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de fibrosis quística para uso de profesionales de salud. 2014 - guía no. 38. • Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de fibrosis quística para pacientes, padres y cuidadores. 2014 - guía no. 38. • Hernia hiatal. instituto nacional de cancerología – pontificia universidad javeriana. <p>PROCEDIMIENTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procedimiento para la consulta externa. • Procedimiento de remisión de pacientes. • Gestión y manejo de historias clínicas <p>PROTOCOLOS</p>
<p>LOCATIVOS</p> <p>DOTACION BÁSICA PARA CONSULTORIO MÉDICO</p> <ul style="list-style-type: none"> 33. Camilla 34. Tensiómetro 35. Fonendoscopio 36. Martillo de reflejos 37. Tallímetro o infantómetro 38. Cinta métrica 39. Báscula para peso corporal 40. Negatoscopio 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo de lavado de manos: <i>requisito obligatorio en las actividades relacionadas con la atención de salud.</i> <p>FORMATOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • PG – FT Captura de EA • PG – FT – 00 Reporte de incidentes por dispositivos
--	--

REQUISITO POR CUMPLIR	SEGUIMIENTO Y MEDICION	
	CONTROL DE PROCESO	INDICADORES
Requisitos de Ley	❖ Autoevaluación	

<ul style="list-style-type: none"> • Ley 23 1981 • Decreto 3380 de 1981 • Resolución 13437 • Decreto 1011 - 2006 • Resolución 1995 – 1999 • Resolución 0256 – 2006 • Resolución 2003 – 2004 • Decreto 2676 – 2000 • Resolución 1164 - 2002 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Cumplimiento de Objetivos ❖ Auditorías Internas ❖ Seguimiento, medición y análisis de indicadores. ❖ Revisión Gerencial ❖ Implementación de acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora. ❖ Encuesta de satisfacción del paciente 	<ol style="list-style-type: none"> 7. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita 8. Tasa de caída de pacientes 9. Proporción de satisfacción global de usuarios 10. Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a un familiar o amigo 11. Incidentes / eventos adversos 12. Eventos de interés en salud publica reportados
Requisitos del Cliente		
Oportunidad y pertinencia en la atención.		
Requisito de la Institución		
Atención satisfactoria para el Paciente.		
Requisito de la Norma		
7.1 – 7.1.4 – 7.5.3 – 8.1 – 8.2 – 8.5 – 9.1.1 – 9.1.2 – 9.1.3 – 10 – 10.2		

Identificación del proceso	ANETESIOLOGÍA	Responsable	ANESTESIÓLOGO
Objetivo	Brindar atención médica Especializada garantizando la calidad del servicio en pro de la satisfacción del Cliente.		
Alcance	Aplica para todas las Actividades de anestesióloga.		

PROVEEDORES / ENTRADAS	ACTIVIDADES		SALIDAS / CLIENTES
1. Gestión Gerencial: Directrices de Trabajo (desempeño de colaboradores) – Resultados de Revisión Gerencial 2. SIAU: Agenda de anestesia - Pacientes admisionados. 3. Pacientes: Necesidades y expectativas. 4. Gestión de Calidad: Documentos del SGC – Informe de Encuestas de Satisfacción, de Acciones Correctivas, Preventivas y de mejora, de Auditorías	PLANEAR	HACER	1. Agenda de anestesiología cumplida y Pacientes atendidos: SIAU 2. Documentos soportes de la atención: Facturación 3. Informe de gestión de Acciones Correctivas, Preventivas y de mejora: Gestión de Calidad 4. Requerimiento de Capacitación: Gestión de Talento Humano. 5. Necesidad de Suministro de Insumos: Gestión de Compras y Suministro.
	11. Establecimiento de horarios de atención para la organización de la agenda. 12. Disponibilidad de los protocolos y procedimientos de atención por el anestesiólogo.	16. Realizar la Consulta de anestesiología al Paciente en Cumplimiento de sus Derechos y Deberes. 17. Organizar y entregar las Historias Clínicas generadas por la atención. 18. Organizar la unidad de medicina interna antes y después de la atención al Paciente.	
	ACTUAR	VERIFICAR	

<p>Internas y Externas y de Quejas y sugerencias.</p> <p>5. Gestión de Talento Humano: Capacitación para la competencia. - Informe de Evaluación de Desempeño:</p> <p>6. Gestión de Compras y Suministro: Equipos e insumos.</p> <p>7. Gestión Ambiental: PGIRHS</p> <p>8. Gestión de Tecnología e Información: Asesoría en el manejo de la información</p>	<p>6. Diseñar e implementar las acciones preventivas, correctivas y de mejora del proceso</p>	<p>21. Verificación de cumplimiento de la Agenda programada.</p> <p>22. Verificar la aplicación de Normas y directrices Institucionales en las actividades realizadas (Autoevaluación).</p> <p>23. Controlar el uso adecuado de Insumos y equipos.</p> <p>24. Evaluar la gestión del Proceso a través de los Indicadores establecidos.</p>	<p>6. Solicitud de Mantenimiento de Equipos: Gestión de Tecnología e Información.</p> <p>7. Residuos Hospitalarios y Comunes correctamente segregados: Gestión Ambiental.</p>
---	--	--	---

RECURSOS	DOCUMENTOS ASOCIADOS
TECNICOS	
Equipos de Cómputo (software, hardware), red interna, extensión	GUÍAS

telefónica, impresora Papelería y elementos de Oficina. EQUIPO DE APOYO Aire acondicionado split	<ul style="list-style-type: none"> • guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de fibrosis quística para uso de profesionales de salud. 2014 - guía no. 38
LOCATIVOS	
DOTACION BÁSICA PARA CONSULTORIO MÉDICO <ul style="list-style-type: none"> 41. Camilla 42. Tensiómetro 43. Fonendoscopio 44. Martillo de reflejos 45. Tallímetro o infantómetro 46. Cinta métrica 47. Báscula para peso corporal 	<ul style="list-style-type: none"> • guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de fibrosis quística para pacientes, padres y cuidadores. 2014 - guía no. 38. • manual de práctica clínica basado en la evidencia: preparación del paciente para el acto quirúrgico y traslado al quirófano. revista colombiana de anestesiología. sociedad colombiana de anestesiología y reanimación. rev colomb anestesiol 2016;44:69-70. • valoración pre anestésica universidad del norte. asesor: Dr. Luis arroyo, md anestesiólogo. <p>PROTOCOLO</p> <ul style="list-style-type: none"> • procedimiento para la consulta externa. • procedimiento de remisión de pacientes. • gestión y manejo de historia clínica. • protocolo de lavado de manos <p>FORMATO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formato para la valoración de pacientes • PG-FT captura de ea • PGT-FT-OO reporte de incidentes por dispositivos

REQUISITO POR CUMPLIR	SEGUIMIENTO Y MEDICION	
	CONTROL DE PROCESO	INDICADORES
Requisitos de Ley	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Autoevaluación ❖ Cumplimiento de Objetivos ❖ Auditorías Internas ❖ Seguimiento, medición y análisis de indicadores. ❖ Revisión Gerencial ❖ Implementación de acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora. ❖ Encuesta de satisfacción del paciente 	<p>13. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita</p> <p>14. Tasa de caída de pacientes</p> <p>15. Proporción de satisfacción global de usuarios</p> <p>16. Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a un familiar o amigo</p> <p>17. Incidentes / eventos adversos</p> <p>18. Eventos de interés en salud publica reportados</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Ley 23 1981 • Decreto 3380 de 1981 • Resolución 13437 • Decreto 1011 - 2006 • Resolución 1995 – 1999 • Resolución 0256 – 2006 • Resolución 2003 – 2004 • Decreto 2676 – 2000 • Resolución 1164 - 2002 		
Requisitos del Cliente		
Oportunidad y pertinencia en la atención.		
Requisito de la Institución		
Atención satisfactoria para el Paciente.		
Requisito de la Norma		
7.1 – 7.1.4 – 7.5.3 – 8.1 – 8.2 – 8.5 – 9.1.1 – 9.1.2 – 9.1.3 – 10 – 10.2		

Identificación del proceso	MEDICINA INTERNA	Responsable	INTERNISTA
Objetivo	Brindar atención médica Especializada garantizando la calidad del servicio en pro de la satisfacción del Cliente.		
Alcance	Aplica para todas las Actividades de Medicina Interna.		

PROVEEDORES / ENTRADAS	ACTIVIDADES		SALIDAS / CLIENTES
1. Gestión Gerencial: Directrices de Trabajo (desempeño de colaboradores) –	PLANEAR	HACER	1. Agenda de medicina interna cumplida y Pacientes atendidos: SIAU
	13. Establecimiento de horarios de atención para la	19. Realizar la Consulta de medicina interna al Paciente en Cumplimiento de sus Derechos y Deberes.	

<p>Resultados de Revisión Gerencial</p> <p>2. SIAU: Agenda de Medicina Interna - Pacientes admitidos.</p> <p>3. Pacientes: Necesidades y expectativas.</p> <p>4. Gestión de Calidad: Documentos del SGC – Informe de Encuestas de Satisfacción, de Acciones Correctivas, Preventivas y de mejora, de Auditorías Internas y Externas y de Quejas y sugerencias.</p> <p>5. Gestión de Talento Humano: Capacitación para la competencia. - Informe de Evaluación de Desempeño:</p>	<p>organización de la agenda.</p> <p>14. Disponibilidad de los protocolos y procedimientos de atención por el Médico internista.</p>	<p>20. Organizar y entregar las Historias Clínicas generadas por la atención.</p> <p>21. Organizar la unidad de medicina interna antes y después de la atención al Paciente.</p>	<p>2. Documentos soportes de la atención: Facturación</p> <p>3. Informe de gestión de Acciones Correctivas, Preventivas y de mejora: Gestión de Calidad</p> <p>4. Requerimiento de Capacitación: Gestión de Talento Humano.</p> <p>5. Necesidad de Suministro de Insumos: Gestión de Compras y Suministro.</p> <p>6. Solicitud de Mantenimiento de Equipos: Gestión de Tecnología e Información.</p> <p>7. Residuos Hospitalarios y Comunes correctamente segregados: Gestión Ambiental.</p>
	ACTUAR	VERIFICAR	
	<p>7. Diseñar e implementar las acciones preventivas, correctivas y de mejora del proceso</p>	<p>25. Verificación de cumplimiento de la Agenda programada.</p> <p>26. Verificar la aplicación de Normas y directrices Institucionales en las actividades realizadas (Autoevaluación).</p> <p>27. Controlar el uso adecuado de Insumos y equipos.</p> <p>28. Evaluar la gestión del Proceso a través de los Indicadores establecidos.</p>	

<p>6. Gestión de Compras y Suministro: Equipos e insumos.</p> <p>7. Gestión Ambiental: PGIRHS</p> <p>8. Gestión de Tecnología e Información: Asesoría en el manejo de la información</p>			
---	--	--	--

RECURSOS	DOCUMENTOS ASOCIADOS	
TECNICOS		
<p>Equipos de Cómputo (software, hardware), red interna, extensión telefónica, impresora Papelería y elementos de Oficina.</p> <p>EQUIPO DE APOYO Aire acondicionado split</p>	<p>GUÍAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • guía de práctica clínica para el síndrome coronario agudo. sistema general de seguridad social en salud – Colombia. Para profesionales de la salud. gpc-2013-17 • guía de práctica clínica para el síndrome coronario agudo. sistema general de seguridad social en salud – Colombia para pacientes y cuidadores gpc-2013-17. 	
LOCATIVOS		
<p>DOTACION BÁSICA PARA CONSULTORIO MÉDICO 48. Camilla</p>		

<p>49. Tensiómetro 50. Fonendoscopio 51. Martillo de reflejos 52. Tallímetro o infantómetro 53. Cinta métrica 54. Báscula para peso corporal 55. Negatoscopio</p>	<ul style="list-style-type: none">• guía de práctica clínica hipertensión arterial primaria (hta). sistema general de seguridad social en salud – Colombia. guía para profesionales de la salud 2013 - guía no. 18.• guía de práctica clínica hipertensión arterial primaria (hta). sistema general de seguridad social en salud – Colombia. guía para pacientes y familiares 2013 - guía no. 18.• guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la artritis idiopática juvenil. sistema general de seguridad social en salud – Colombia. guía corta para profesionales de la salud 2014. guía no.25.• guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la artritis idiopática juvenil. sistema general de seguridad social en salud – Colombia. guía para pacientes y cuidadores 2014. guía no.25.• guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la artritis reumatoide. sistema general de seguridad social en salud - Colombia guía para profesionales de la salud 2014. guía no. 26.• guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la artritis reumatoide. sistema general de seguridad social en salud - Colombia guía para pacientes y cuidadores 2014. guía no. 26.• guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las dislipidemias en la población mayor de 18 años sistema general de seguridad social en salud – Colombia guía para profesionales de la salud 2014 - guía no. 27.• guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las dislipidemias en la población mayor de 18 años sistema general de seguridad social en salud – Colombia centro nacional de investigación en evidencia y tecnologías en salud cinets para pacientes y cuidadores 2014 - guía no. 27.
---	--

- guía de práctica clínica basada en la evidencia para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (epoc) en población adulta. sistema general de seguridad social en salud – Colombia. guía para profesionales de la salud 2014 - guía no. 28.
- guía de práctica clínica basada en la evidencia para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (epoc) en población adulta. sistema general de seguridad social en salud – Colombia. guía para pacientes y cuidadores 2014 - guía no. 28.
- guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de pacientes adultos con trauma craneoencefálico severo. sistema general de seguridad social en salud – Colombia. guía para pacientes y familiares 2014-guía no. gpc-2014-30.
- guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de pacientes adultos con trauma craneoencefálico severo. sistema general de seguridad social en salud – Colombia guía para pacientes y familiares 2014-guía no. gpc-2014-30.
- guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico, estadificación y tratamiento del cáncer de pulmón. sistema general de seguridad social en salud – Colombia. guía para profesionales de la salud 2014 - guía no. 36.
- guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico, estadificación y tratamiento del cáncer de pulmón. sistema general de seguridad social en salud – Colombia. guía para pacientes y cuidadores 2014 - guía no. 36.
- guía de práctica clínica para la detección temprana, atención integral, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de distrofia muscular. Sistema general de seguridad social en salud – Colombia. guía para profesionales de la salud 2014 - guía no. 37.

- guía de práctica clínica para la detección temprana, atención integral, seguimiento y rehabilitación de pacientes con diagnóstico de distrofia muscular. Sistema general de seguridad social en salud – Colombia. para uso de padres y cuidadores 2014 - guía no. 37.
- guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de fibrosis quística. para uso de profesionales de salud. 2014 - guía no. 38.
- guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de fibrosis quística para pacientes, padres y cuidadores. 2014 - guía no. 38.
- guía de práctica clínica (gpc) basada en la evidencia científica para la atención de la infección por vih/sida en adolescentes (con 13 años o más de edad) y adultos. Guía para profesionales de la salud gpc-2014-39.
- guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes gestacional sistema general de seguridad social en salud – colombia guía para profesionales de la salud guía no. gpc-2015-49.
- guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes gestacional sistema general de seguridad social en salud – colombia para pacientes y cuidadores guía no. gpc-2015-49.
- guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento, y seguimiento de los pacientes mayores de 15 años con diabetes mellitus tipo 1. sistema general de seguridad social en salud – colombia. guía para profesionales de la salud 2015 - guía no. gpc-2015-50.
- guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento, y seguimiento de los pacientes mayores de 15 años con diabetes mellitus tipo i. sistema general de seguridad social en salud – colombia. guía para pacientes y cuidadores guía no. gpc-2015-50.
- guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes *mellitus* tipo 2 en la población mayor de 18 años. sistema general

	<p>de seguridad social en salud – colombia.guía para profesionales de la salud 2015 - guía no. gpc-2015-51</p> <ul style="list-style-type: none">• guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos. sistema general de seguridad social en salud - colombia guía para profesionales de la salud. 2016. guía no. 52.• guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos. sistema general de seguridad social en saludcolombia © ministerio de salud y protección social departamento administrativo de ciencia, tecnología e innovación colciencias guía para pacientes, padres y cuidadores 2016 - guía no. 52.• guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la falla cardíaca en población mayor de 18 años, clasificación b, c y d. guía para profesionales de la salud 2016. guía no. 53.• guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la falla cardíaca en población mayor de 18 años, clasificación b, c y d. guía para pacientes y cuidadores 2016. guía no. 53.• guía de práctica para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del episodio agudo del ataque cerebrovascular isquémico en población mayor de 18 años. sistema general de seguridad social en salud – colombiano 2015 – <i>guía para profesionales de la salud guía no. 54.</i>• guía de práctica para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del episodio agudo del ataque cerebrovascular isquémico en población mayor de 18 años. sistema general de seguridad social en salud – colombiano 2015 – <i>guía para pacientes y cuidadores. guía no. 54.</i>• guía de práctica para el diagnóstico y tratamiento preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio de la persona amputada, la prescripción de la prótesis y la rehabilitación integral. guía para profesionales de la salud 2015. guía no. 55• guía de práctica para el diagnóstico y tratamiento preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio de la persona amputada, la prescripción de
--	---

	<p>la prótesis y la rehabilitación integral. Guía para pacientes y cuidadores 2015. guía no. 55.</p> <p>PROTOCOLO</p> <ul style="list-style-type: none"> • procedimiento para la consulta externa. • procedimiento de remisión de pacientes. • gestión y manejo de historia clínica. • protocolo de lavado de manos <p>FORMATO</p> <ul style="list-style-type: none"> • PG-FT captura de ea • PGT-FT-OO reporte de incidentes por dispositivos
--	--

REQUISITO POR CUMPLIR	SEGUIMIENTO Y MEDICION	
	CONTROL DE PROCESO	INDICADORES
<p>Requisitos de Ley</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ley 23 1981 • Decreto 3380 de 1981 • Resolución 13437 • Decreto 1011 - 2006 • Resolución 1995 – 1999 • Resolución 0256 – 2006 • Resolución 2003 – 2004 • Decreto 2676 – 2000 • Resolución 1164 - 2002 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Autoevaluación ❖ Cumplimiento de Objetivos ❖ Auditorías Internas ❖ Seguimiento, medición y análisis de indicadores. ❖ Revisión Gerencial ❖ Implementación de acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora. ❖ Encuesta de satisfacción del paciente 	<ul style="list-style-type: none"> 19. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna 20. Tasa de caída de pacientes 21. Proporción de satisfacción global de usuarios 22. Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a un familiar o amigo 23. Incidentes / eventos adversos 24. Eventos de interés en salud publica reportados
<p>Requisitos del Cliente</p>		
<p>Oportunidad y pertinencia en la atención.</p>		
<p>Requisito de la Institución</p>		
<p>Atención satisfactoria para el Paciente.</p>		

Requisito de la Norma		
7.1 – 7.1.4 – 7.5.3 – 8.1 – 8.2 – 8.5 – 9.1.1 – 9.1.2 – 9.1.3 – 10 – 10.2		25. Proporción de personas con diabetes mellitus, estudiadas para enfermedad renal crónica. 26. Proporción de personas con hipertensión arterial, estudiadas para enfermedad renal crónica
CONTROL DE CAMBIOS		

Anexo F Tableros de control



TABLERO DE CONTROL PERSONAL DEL CENTRO DE ESPECIALIDADES MEDICAS DEL CESAR

AREA

ADMINISTRATIVO

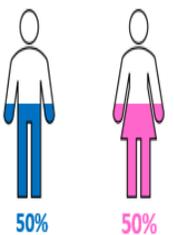
ASISTENCIAL

FECHA

Todos los periodos MESES

2020

ABR MAY JUN JUL



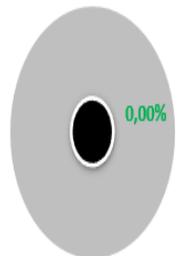
Porcentaje de colaboradores que presentaron temperatura mayor o igual a 38°



Porcentaje de colaboradores que presentaron tos



Porcentaje de colaboradores que presentaron dificultad respiratoria



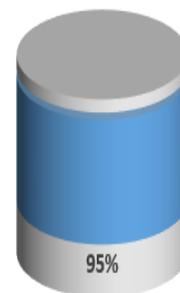
Porcentaje de colaboradores que presentaron dolor de garganta



Porcentaje de colaboradores que presentaron fatiga o adinamia



PORCENTAJE DE INGRESO A LA INSTITUCION



TOTAL DE DIAS INGRESADOS A LA INSTITUCION (Personal administrativo)	
ALVARO ARAMENDIZ	7
BRIAN SMITH CARDENAS CHARRIS	8
EFREN DARIO ARAMENDIZ MARTINEZ	8
YONIS JESUS FLOREZ MENDOZA	7

TOTAL DE DIAS INGRESADOS A LA INSTITUCION (personal asistencial)	
ANGELICA PAOLA JARABA PINTO	8
DANA CAROLINA SUEVIS GOMEZ	4
JOSE BUENAVENTURA MIRANDA BERNA	7
LUZ MARY ROMERO LARA	8
ROSIRIS RODRIGUEZ OÑATE	8
YARITZA DIEZ MOLINA	8

REPORTE DE AUSENTISMO



TABlero DE CONTROL PERSONAS QUE ASISTEN AL CENTRO DE ESPECIALIDADES MEDICAS DEL CESAR

TIPO DE USU...
VISITANTE

FECHA
Todos los... MESES
2020
MAY JUN JUL A...

Total de visitas recibidas
18

