

**OPTIMIZACION DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DE LA CLÍNICA
ASIMED IPS & CIA LTDA BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2000.**

CESAR ARTURO BARAJAS PATIÑO

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS
PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN INDUSTRIAL
CARTAGENA DE INDIAS DT Y C
2007**

**OPTIMIZACION DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD DE LA CLÍNICA
ASIMED IPS & CIA LTDA BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2000.**

CESAR ARTURO BARAJAS PATIÑO

Trabajo de grado presentado como requisito para
optar el título Profesional de Administrador Industrial

**ASESOR (A)
Soley Pombo
Ingeniera Industrial**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS
PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN INDUSTRIAL
CARTAGENA DE INDIAS DT Y C
2007**

NOTA DE ACEPTACION

Presidente del jurado

Jurado

Jurado

Cartagena, 18 de octubre de 2007.

Dedico mi trabajo y todos mis esfuerzos
A Dios por sus constantes mensajes que iluminan mi camino
A mis Padres Luís y Nubia por su apoyo incondicional,
perseverancia y paciencia en todos estos tiempos de estudio;
A mi novia por su amor verdadero e incondicional y sin medida, por su espíritu
crítico hacia todas mis actuaciones;
A mis profesores, por su apoyo y su transmisión de conocimiento;
A la universidad de Cartagena, por ser el lugar apropiado para crecer como
persona y profesional.

CESAR

AGRADECIMIENTOS

El autor expresa sus más sinceros agradecimientos a todas aquellas personas que gracias a su colaboración incondicional, aportaron ideas y conocimientos para que éste proyecto fuera una realidad.

Soley Pombo, Ingeniera Industrial, Docente del Programa de Administración Industrial y Asesora del proyecto, por su disposición y paciencia.

Delimira Gaitán, Ingeniera Industrial y Secretaria Académica del Programa de Administración Industrial, por su ayuda oportuna en los momentos de inquietud.

Juan Carlos Vergara, Ingeniero Industrial, Docente del Programa de Administración Industrial, por su apoyo y colaboración incondicional en momentos de inquietud.

Lebys Hernández barrios, Gerente General de la clínica ASIMED IPS & CIA LTDA., por permitir la realización de este proyecto.

Diana Margarita Reyes Atencia, directora de garantía y calidad, por su apoyo y concejos en la practica desarrollada en la clínica ASIMED IPS & CIA LTDA.

Marina Fontalvo, Secretaria del Programa de Administración Industrial por su constante preocupación, apoyo y paciencia.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	
1. JUSTIFICACION	1
2. OBJETIVOS	3
2.1 OBJETIVO GENERAL	3
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	3
3. DIAGNOSTICO DE LA SITUACION ACTUAL DE LA EMPRESA	4
3.13.1 METODOLOGIA DE CALIFICACION	4
3.23.2 RESULTADO DEL DIAGNOSTICO Y RECOMENDACIONES	5
3.2.1 Sistema de gestión de calidad	6
3.2.1.1 Requisitos generales	6
3.2.1.2 Requisitos de la documentación	7
3.2.2 Responsabilidad de la dirección	9
3.2.1.1 3.2.2.1 Compromiso de la dirección	9
3.2.1.2 3.2.2.2 Enfoque al cliente	10
3.2.1.3 3.2.2.3 Políticas de calidad	10
3.2.1.4 3.2.2.4 Planificación	11
3.2.1.5 3.2.2.5 Responsabilidad, autoridad y comunicación	11

3.2.1.6	3.2.2.6 Revisión por la dirección	
	12	
3.2.3	Gestión de los Recursos	13
3.2.3.1	Provisión de Recursos	13
3.2.3.2	Recursos Humanos	14
3.2.3.3	Infraestructura	15
3.2.3.4	Ambiente de Trabajo	15
3.2.4	Realización del Producto	16
3.2.4.1	Planificación de la Realización del Producto	16
3.2.4.2	Procesos Relacionados con el Cliente	17
3.2.4.3	Diseño y Desarrollo	18
3.2.4.4	Compras	18
3.2.4.5	Producción y Prestación del Servicio	19
3.2.4.5.1	Control de la Producción y de la Prestación del Servicio	19
3.2.4.5.2	Validación de los Procesos de Producción y Prestación del Servicio	20
3.2.4.5.3	Identificación y Trazabilidad	20
3.2.4.5.4	Propiedad del Cliente	20
3.2.4.5.5	Preservación del Producto	21
3.2.4.6	Control de los Dispositivos de Seguimiento y Medición	21
3.2.5	Medición, Análisis y Mejora	23
3.2.5.1	Generalidades	23
3.2.5.2	Seguimiento y Medición	24

3.2.5.3 Control del Producto no Conforme	25
3.2.5.4 Análisis de Datos	26
3.2.5.5 Mejora	26
3.3 VERIFICACION DE LOS REQUISITOS NTC-ISO 9001:2000	28
4. MANUAL DE CALIDAD	29
4.1 GENERALIDADES	29
4.2 DISEÑO DEL MANUAL DE CALIDAD EN ASIMED IPS CIA & LTDA.	29
4.3 MANUAL DE CALIDAD DE LA CLÍNICA ASIMED IPS CIA & LTDA.	30
6. PLAN DE CALIDAD	31
a. 5.1 PLAN DE CALIDAD DE LA CLÍNICA ASIMED IPS CIA & LTDA.	32
7. LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS Y REGISTROS	33
8. LEVANTAMIENTO DE PROCESOS	34
7.1. MAPA DE PROCESOS	34
7.2. MATRIZ DE INTERRELACION	35
7.3. CARACTERIZACION DE PROCESOS	39
CONCLUSIONES	
RECOMENDACIONES	
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	63

TABLA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Cumplimiento obtenido en el requisito 4	8
Figura 2. Cumplimiento obtenido en el requisito 5	13
Figura 3. Cumplimiento obtenido en el requisito 6	16
Figura 4. Cumplimiento obtenido en el requisito 7	22
Figura 5. Cumplimiento obtenido en el requisito 8	27
Figura 1. Cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2000	28

TABLA DE ANEXOS

	PAG.
ANEXO A. Cuestionario de los Requisitos de la Norma NTC ISO 9001:2000 Clínica ASIMED IPS & CIA LTDA.	64
ANEXO B. Respuestas de los requisitos de la Norma NTC ISO 9001:2000 diagnostico inicial	72
ANEXO C. Manual de calidad de la clínica ASIMED IPS CIA & LTDA.	74
ANEXO D. Plan de calidad	117
ANEXO E. Listado maestro de documentos y registros	123

INTRODUCCION

Hoy en día las organizaciones, independientemente de su actividad económica, han tomado conciencia de la importancia que es orientar sus procesos, procedimientos y actividades a cumplir objetivos claros como satisfacer las necesidades y superar las expectativas de los clientes, con el fin de lograr mantenerse en un mercado con tendencias como la globalización que promueven clientes más exigentes y dan a conocer empresas más competitivas.

Las organizaciones se ven enfrentadas diariamente a diferentes retos y por esta razón, están en constante búsqueda de herramientas que contribuyan a su desarrollo y éxito empresarial, naciendo el termino calidad como una herramienta fundamental para el mundo empresarial; aquellas empresas que sean capaces de generar una cultura de y para la calidad, podrán competir con éxito dentro de la nueva realidad global de la competencia. Ofreciendo productos y servicios que cumplan y superen expectativas en el mercado.

Hoy día y mas aun con la reglamentación vigente, las empresas que ofrecen servicios que involucran la salud y la vida de las personas se ven avocadas a mejorar constantemente sus procesos, ya no solo compiten por tarifas sino por un adecuado manejo de los pacientes y/o usuarios en sus instalaciones, dando garantías de salud y calidad. Se encuentran en un escenario tal que además de la presión del mercado, existen presiones legales que las obligan a implementar sistemas de gestión de calidad que le permitan orientar sus procesos y procedimientos, hacia el cumplimiento de los requisitos del cliente y a incrementar su satisfacción.

El nuevo enfoque estratégico de la calidad debe entenderse como un sistema que abarca a toda la organización, supone una nueva filosofía en la empresa, que promueve una mejora continua en todas las áreas y procesos empresariales, involucrando a todo el talento humano con el apoyo y compromiso de la alta dirección cuyo objetivo final es satisfacer las necesidades y superar las expectativas del cliente.

El presente trabajo surge de la preocupación de la clínica **ASIMED IPS CIA & LTDA.**, por optimizar su sistema de gestión de calidad para que vaya acorde con sus necesidades actuales y con su crecimiento, siguiendo los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2000, conducente a garantizar la calidad en todas sus áreas

funcionales y la vez satisfacer las necesidades y superar las expectativas de los clientes mediante un mejoramiento continuo.

ASIMED IPS CIA & LTDA., es consciente que para iniciar un proceso hacia la calidad, es necesario dar un giro a sus prioridades actuales y llevar a un primer plano las relaciones con sus pacientes y/o usuarios, a través de la identificación de las actividades y operaciones, seguimiento y mejoramiento de los servicios, entre otros que tienen a éstos como destino final.

Este trabajo pretende no solo optimizar el sistema de gestión de calidad que la clínica **ASIMED IPS CIA & LTDA.**, actualmente maneja, sino crear y fortalecer la cultura de calidad que fue perdida a través del tiempo y que no permite una mejora de los procesos asistenciales y administrativos acorde con las exigencias de la alta gerencia y de los pacientes y/o usuarios.

Para la clínica **ASIMED IPS CIA & LTDA.**, la optimización del Sistema de Gestión de Calidad, tiene como propósito satisfacer de una manera equitativa y con una eficiencia, a los diferentes elementos que intervienen en la organización, es decir, pacientes y/o usuarios, equipo de trabajo, socios y sociedad en general.

Un Sistema de Gestión de Calidad favorece de forma sustancial los índices de productividad, eficacia y la manera de medirlos y hacer su seguimiento para posibles mejoras, así como la imagen de los servicios y de la empresa en sí. Adicionalmente es un factor que impulsa la motivación, integración y satisfacción de los empleados, lo que conlleva a que se cumplan los objetivos a nivel personal y laboral de éstos y por ende los de la organización.

1. JUSTIFICACION

Hoy en día, toda organización busca ser mas competitiva en el mercado en que se desenvuelve, es por esto que traza una serie de estrategias que van desde cumplir los estándares mínimos impuestos por entidades reguladoras para poder funcionar en el medio legal hasta aplicar herramientas a nivel interno que logren preparar el camino para adelantarse a sus competidores en aspectos que sean diferenciadores en la medida en que se comparen sus servicios.

La clínica ASIMED IPS CIA & LTDA. Es una empresa que busca cada día ser mas competitiva en la prestación de sus servicios a sus usuarios y/o pacientes, por esta emplea diferentes estrategias que le ayuden a cumplir ese objetivo. Estas van desde la habilitación, diseño de norma ISO 9001:2000, certificación hasta un posible acreditación de la entidad.

El concepto de habilitación, basados en el decreto 1011 de 2006 para las clínicas y otras entidades que conforman el sector de la salud, se convierte en un punto clave en la forma en que compiten en el medio, ya que solo podrán ofrecer servicios que estén habilitados y cumplan con un mínimo de requerimientos, que permitan y garanticen una atención eficiente a sus usuarios y/o pacientes. Y así, tener los requerimientos como entidad en salud para cumplir de la manera apropiada con el **SOGCS**¹

Es así, que un proceso de diseño de un sistema de gestión se convierte en una herramienta que permite un mejoramiento continuo y una evaluación permanente de cómo están funcionando los procesos y procedimientos que conforman cualquier organización, en este caso la clínica ASIMED IPS CIA & LTDA. También se puede entender como el puente que permita a esta organización la posibilidad a mediano plazo de una acreditación, que seria un aspecto muy importante en su camino hacia la competitividad en relación con las demás clínicas nivel I y II de complejidad en la prestación de sus servicios.

El diseño de una política de calidad basada en objetivos y metas de la organización, ayuda a que exista un compromiso real de la clínica desde la dirección hasta las áreas de menor grado de jerarquización, permite controlar todos los procesos hasta la prestación de un servicio.

¹ Sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud del sistema general de seguridad social en salud

La política de calidad se convierte en el medio que permite un cambio en la cultura de las personas que conforman la clínica, ya que se regirán por las prácticas y actividades que ayudaran a mejorar sus procesos y su servicio a sus usuarios y/o pacientes.

El desarrollo de un manual de calidad es un punto de partida para cualquier organización que pretende diseñar e implementar un sistema de gestión de calidad, ya que este documento contiene las diferentes actividades que desarrolla una empresa, en este caso la clínica ASIMED IPS CIA & LTDA. Para cumplir con los requisitos de las normas ISO 9001. Este documento también es valioso por que “refleja la estrategia que establece la organización para implantar el SGC así como también los mecanismos para alcanzar lo anterior”²

Una caracterización de procesos y procedimientos, se convierte en una “herramienta importante para la planificación de la calidad, control de calidad y mejoramiento continuo”³ en la gestión de un sistema de calidad, ya que le permite a la organización además de controlar, conocer de una forma detallada y ordenada detalles como: quienes son los proveedores, clientes y actividades. También da la oportunidad de que cualquier persona en la organización conozca de una forma clara como se esta llevando a cabo un procedimiento, proponiendo mejoras y controlando actividades con el fin de que las personas a cargo lo puedan realizar de una forma eficiente.

Un diseño de un sistema de gestión de la calidad se convierte en una herramienta que mejora de una manera continua los procesos y ayuda a alcanzar los objetivos de una organización. Estableciendo para esto metodologías que conlleven a una integración de todas las áreas para el cumplimiento de la satisfacción de los usuarios.

² FONTALVO HERRERA, Tomás. Herramientas efectivas para el diseño e implantación de un sistema de gestión de la calidad ISO 9000:2000. Pág. 76

³ Ibib., Pág. 44

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Optimizar el sistema de gestión de calidad de la clínica ASIMED IPS CIA & LTDA. Basado en la norma ISO 9001:2000.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Elaborar un diagnostico general del actual sistema gestión de calidad de la clínica ASIMED IPS & CIA Ltda.
- Elaborar un mapa de procesos, verificando la viabilidad de los mismos para la competitividad de la clínica.
- Realizar una mejora en el manual de calidad, en donde se instituya una política de calidad, unos objetivos y principios de calidad que vayan de acuerdo a las necesidades y que fortalezcan la imagen de la clínica ante sus usuarios y/o pacientes.
- Revisar los procesos, procedimientos y registros que estén documentados con el fin de actualizarlos y mejorarlos de acuerdo a las necesidades de la clínica ASIMED IPS CIA & LTDA.
- Documentar los procesos, procedimientos y registros que no estén diseñados en la clínica ASIMED IPS CIA & LTDA. en donde se pueda conocer como se deben realizar las actividades y pasos para desarrollarlos de una manera eficiente, conociendo que formatos se pueden utilizar en los mismos, permitiendo que cualquier persona que ingrese a la institución pueda conocer el funcionamiento de estos procesos y procedimientos.
- Definir indicadores de gestión en cada proceso, con el fin de medir el estado y el posible mejoramiento continuo de la institución.

3. DIAGNOSTICO DE LA SITUACION ACTUAL DE LA CLÍNICA ASIMED IPS CIA & LTDA.

En este diagnóstico se evalúa la situación actual de la clínica **ASIMED IPS CIA & LTDA.**, teniendo en cuenta los requisitos exigidos por la norma NTC ISO 9001:2000, lo cual permite determinar debilidades y fortalezas de esta empresa con respecto a la norma citada.

Para el análisis de cada requisito se establece el porcentaje obtenido en la tabulación de datos, la justificación del mismo de acuerdo a la auditoria preliminar realizada a la Directiva de garantía y calidad y las recomendaciones pertinentes.

3.1 METODOLOGIA DE LA CALIFICACION

La metodología que se utilizó para los cálculos de los porcentajes finales de cumplimiento de cada uno de los requisitos de la forma fue la siguiente:

- Primero se tabularon las respuestas arrojadas por la encuesta aplicada a la Directora de garantía y calidad de la clínica (Ver anexo A. Encuesta), las cuales se agruparon por cada requisito de la norma. Esta tabulación se hizo teniendo en cuenta si el número de preguntas del requisito en cuestión cumplía en un 0% (no cumple) ,25%, 50%, 75% o 100% (si cumple) con lo establecido por la norma. (Ver anexo B. Tabulación de datos: Respuestas de los requisitos de la norma).
- Luego se hallaron los porcentajes ponderados (Ver anexo B. Porcentajes ponderados) para cada nivel de cumplimiento (25%, 50%, 75%) de la siguiente forma:

$$\%P = \frac{\#PR * \%Cumplimiento}{PC}$$

#PR= Número de preguntas contestadas de un requisito en un porcentaje de cumplimiento determinado.

PC= Total de preguntas contestadas en ese requisito.

Un nivel de 0% representa No cumplimiento de la norma, por lo tanto no se incluye para el cálculo del porcentaje final de los requisitos sin embargo el porcentaje ponderado se calculo así:

$$\%P = \frac{\#PR * 0\%}{PC}$$

Por ejemplo para el requisito de la documentación (4.2), que incluye generalidades, manual de calidad, control de documentos y control de registros, el número de preguntas contestadas (#PR) y que cumplían con un porcentaje del 50% fueron 7 y el total de preguntas contestadas (PC) fue de 16, por lo tanto:

$$\%P = \frac{7 * 0.5}{16} = 0.218 = \mathbf{21.8 \%}$$

- El último paso fue la sumatoria (horizontal) de posporcentajes ponderados de los niveles de cumplimiento, para así obtener el porcentaje final de cumplimiento con la norma NTC ISO 9001:2000. (Ver anexo B. Gráfica de porcentajes finales).

3.2 RESULTADO DEL DIAGNOSTICO Y RECOMENDACIONES

Para mostrar de una forma clara los resultados obtenidos con el diagnóstico se analizó cada punto de la norma describiendo la situación actual encontrada, el porque y las recomendaciones pertinentes:

3.2.1 SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD

3.2.1.1 Requisitos generales

Situación actual:

1. No tiene diseñado en su totalidad un sistema de gestión de la calidad basado en la norma ISO 9001:2000 que le permita desarrollar mejor cada una de sus actividades.
2. Los procesos dentro de la empresa se han identificado, algunos de estos están escritos y los nuevos que ha ido adquiriendo la clínica en base a su crecimiento no lo están, debido a esto no se ha ejercido un control sobre ellos.
3. La mayoría de los procedimientos no están documentados.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda diseñar un sistema de gestión de calidad acorde con las necesidades actuales de la clínica **ASIMED IPS CIA & LTDA.**, para que logre realizar eficazmente sus tareas y actividades.
- Corregir los procedimientos que están documentados y Preparar los que no lo están, con el fin de que sean acordes con la norma que rige el sistema de gestión de calidad.

3.2.1.2 Requisitos de la Documentación

Situación actual:

1. La clínica **ASIMED IPS CIA & LTDA.**, tiene documentada su política de calidad.
2. La gerencia en el marco de la planeación tiene definidos objetivos para la empresa, pero no en el ámbito de la calidad.
3. No se cuenta con un manual de la calidad acorde con la actual imagen de la clínica y que además especifique como se da cumplimiento a los requisitos de la norma NTC ISO 9001:2000 que referencie los procedimientos del sistema de gestión de la calidad y exponga la estructura de la documentación.
4. Existe varios procedimientos no documentados para el control de documentos, esto aplica a algunos documentos que son producidos en la clínica y constituyen las historias clínicas de los pacientes. La custodia de la documentación está a cargo del auxiliar de archivo e historias clínicas; pero no existe un listado maestro de documentos que proporcione control a los mismos.
5. No se implementa en un 100% el procedimiento de control de documentos precisamente porque no se cuenta con una persona que se encargue del control.
6. Se tiene definido el control de registros y se tiene documentado, pero no se aplica en un 100%. Sin embargo, permite definir la identificación, almacenamiento, protección y recuperación de los mismos.

RECOMENDACIONES

- La gerencia debe establecer una planificación de sus objetivos teniendo en cuenta los aspectos que se sustentan en su política de calidad.
- Diseñar el manual de gestión de la calidad, de acuerdo a la imagen actual de la clínica.
- Documentar los procesos y procedimientos que la clínica ASIMED IPS CIA & LTDA., realiza en la actualidad.
- Concienciar al personal sobre la importancia del control de documentos y registros.
- Definir responsabilidades para la revisión y control de documentos.

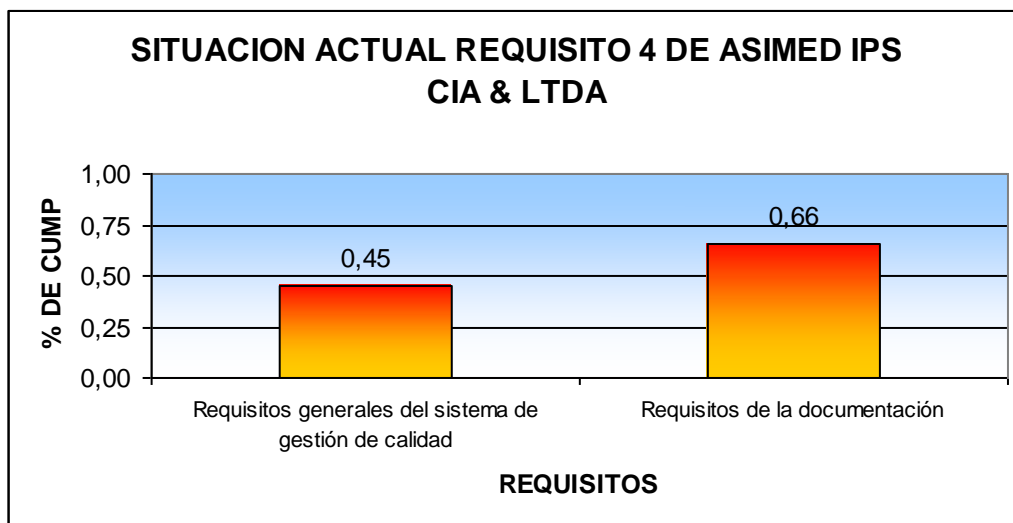


Figura 1. Cumplimiento obtenido en el requisito 4

3.2.2 Responsabilidad de la Dirección

3.2.2.1 Compromiso de la Dirección

Situación actual:

1. La alta dirección representada por la Gerente general ha establecido objetivos y políticas de calidad, aunque no son muy conocidas por los demás miembros de la organización.
2. Tiene una misión, visión y objetivos claramente definidos, pero no esta muy bien divulgada y conocida, los miembros de la organización se orientan en base a los resultados.
3. La gerencia ha establecido revisiones que van de acuerdo a las necesidades, pero no se lleva un registro claro de estas.

RECOMENDACIONES

- Se debe divulgar la misión, visión y objetivos en toda la organización, con el fin de que todos conozcan hacia donde se dirige la clínica.
- La gerencia en compañía de la directora de garantía y calidad, deben establecer fechas claras para realizar las revisiones de los procesos y a su vez llevar registros de los resultados.
- Estas revisiones deben llevar al mejoramiento continuo de la organización, a través de PAMEC⁴ que evidencien la aplicación de estrategias.

⁴ Plan de mejoramiento continuo

3.2.2.2 Enfoque al Cliente

Situación actual:

1. Tiene identificados y validados sus clientes así como sus expectativas, estos están representados por sus proveedores externos que requieren de sus servicios para sus pacientes.
2. Los requisitos de los clientes se cumplen de acuerdo a la ley establecida por el gobierno y en caso de haber algún tipo de inconveniente se realizan notificaciones o reuniones para encontrar la solución.
3. La retroalimentación del proceso no cuenta con esquemas claros.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda diseñar un esquema para atender las dudas, inquietudes, quejas y opiniones de los clientes.

3.2.2.3 Políticas de Calidad

Situación actual:

1. La clínica tiene una política acorde a sus objetivos, se ha realizado la documentación de la misma, pero no se ha divulgado entre los miembros de la organización.

RECOMENDACIONES

- La gerencia debe proceder a divulgar la política de calidad.

3.2.2.4 Planificación

Situación actual:

1. La clínica tiene identificados y documentados sus objetivos de calidad, pero no los encuentra divulgados en la organización, se basan principalmente en resultados.
2. No se han establecido objetivos en las funciones y niveles de la organización.
3. La planificación de la calidad es un proceso que apenas esta germinando.

RECOMENDACIONES

- Realizar una divulgación de los objetivos de calidad de la organización.
- Cumplir una planificación del sistema de gestión de calidad, identificando los puntos críticos dentro del proceso.

3.2.2.5 Responsabilidad, Autoridad y Comunicación

Situación actual:

1. La dirección tiene definidas las responsabilidades del personal, igualmente la autoridad se define en la estructura organizacional.
2. El personal conoce completamente cuales son las responsabilidades y objetivos a desempeñar dentro del cargo.
3. No están establecidos los procesos de comunicación donde se le informe al personal lo referente a ellos.

RECOMENDACIONES

- Establecer mejores canales de comunicación entre la gerencia general y los demás departamentos de la clínica.
- Tener claras las responsabilidades, funciones y autoridad de los cargos nuevos que son implementados con el fin de no crear traumatismos en la organización

3.2.2.6 Revisión por la Dirección

Situación actual:

1. Existe un responsable de planificar las revisiones a los diferentes procesos, pero no se lleva ningún tipo de registros sobre los mismos.
2. Las revisiones son generadas por una necesidad, pero no se manejan claras mejoras

RECOMENDACIONES

- La persona que planifica las revisiones debe identificar necesidades y mejoras claras en los procesos
- Llevar registros de todas y cada una de las revisiones que se hagan tanto a los procesos como al sistema en general.

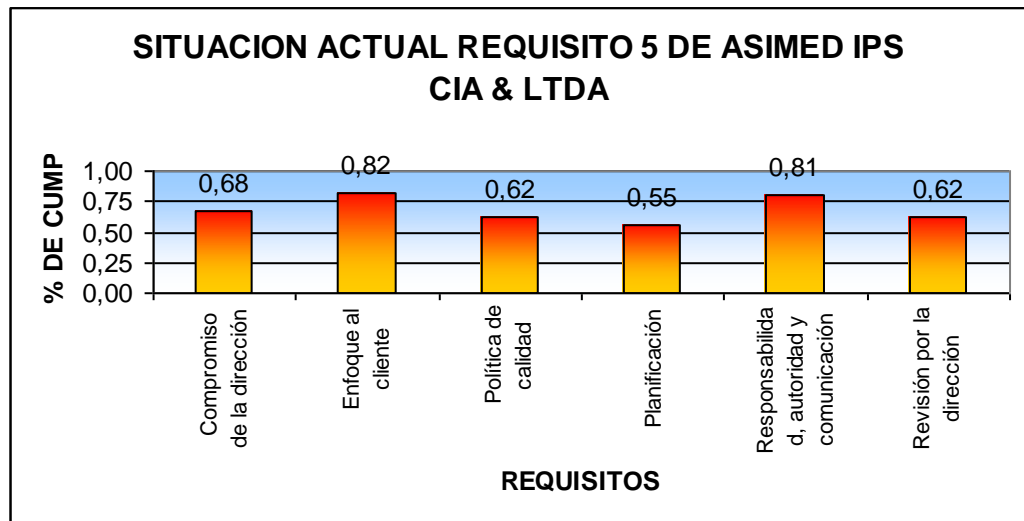


Figura 2. Cumplimiento obtenido en el requisito 5

3.2.3 Gestión de los Recursos

3.2.3.1 Provisión de Recursos

Situación actual:

1. En la clínica **ASIMED IPS CIA & LTDA.**, ha determinado recursos que son incluidos en el presupuesto para el sistema de gestión de calidad para el estado actual en que se encuentra.
2. Aunque se ha asignado los recursos, aun falta mucha planificación en algunos aspectos de la calidad como infraestructura, entre otros.

RECOMENDACIONES

- Es necesario que cada uno de los integrantes de la clínica se comprometan para así asegurar los recursos del diseño del sistema de gestión de calidad.
- La única manera de todos los procesos vayan en un camino eficaz para la satisfacción del cliente, es que estén planificados y

encaminados de acuerdo a los objetivos y el crecimiento de la organización.

3.2.3.2 Recursos Humanos

Situación actual:

1. El personal de ASIMED IPS CIA & LTDA., es competente con base en la educación, formación, habilidades y experiencias, sin embargo en algunos casos hay cargos con perfiles determinados y el personal asignado a estos no cumple totalmente con las especificaciones del cargo.
2. El trabajo en equipo es reconocido a nivel empresarial.
3. La formación del personal no esta planificada puesto que no se lleva un control o un registro de esta y aunque existe un cronograma generalmente no se cumple.

RECOMENDACIONES

- Conviene seguir realizando capacitaciones al personal con el fin de aportar a su desarrollo personal y laboral, y su actitud con la clínica.
- Revisar cuidadosamente los perfiles de cada cargo y asignar a las personas aptas para desempeñar tal labor, con el fin de no intervenir en la calidad del servicio que se genere.
- Darle importancia al cronograma de capacitaciones y respetar las fechas que han sido aprobadas.
- Con el fin de facilitar la adaptación del personal al desarrollo de un Sistema de Gestión de Calidad, se debería realizar un programa o plan formal de inducción a cerca de dicho sistema, que concientice y sensibilice a los trabajadores a cerca de temas como mejoramiento continuo, Norma ISO 9001, calidad total, reglamentos de salud y seguridad, y demás temas relacionados.

3.2.3.3 Infraestructura

Situación actual:

ASIMED IPS CIA & LTDA., tiene claro que la infraestructura juega un papel fundamental para la calidad del servicio, trata de implementar equipos, espacios, software, hardware adecuados para el desarrollo de sus actividades. Pero es un poco complicado cuando la mayor parte de la cartera es de un ente territorial y es el menos cumplido.

Se puede establecer que los servicios de apoyo se hacen a la medida en que el la infraestructura adecuada lo permita y por consiguiente se observa que a medida que la clínica adquiere un contrato y obtiene una rentabilidad, trata de asegurar la calidad del servicio de acuerdo a las necesidades ya estudiadas por parte de la gerencia.

RECOMENDACIONES

- Se debe mejorar la gestión de cartera y establecer estrategias que permitan aumentar las cuentas por cobrar en un tiempo de periodo de crédito aceptable, con el fin de sostener las cuentas de difícil cobro.

3.2.3.4 Ambiente de Trabajo

Situación actual:

ASIMED IPS CIA & LTDA., gestiona de acuerdo a sus posibilidades un ambiente de trabajo propicio para la conformidad del servicio, se brinda consideración a la ergonomía y las oficinas del personal gozan condiciones aceptables para la realización de las labores diarias.

RECOMENDACIONES

- La clínica debe seguir gestionando y proveyendo los diferentes aspectos del ambiente laboral, en medida de sus posibilidades.

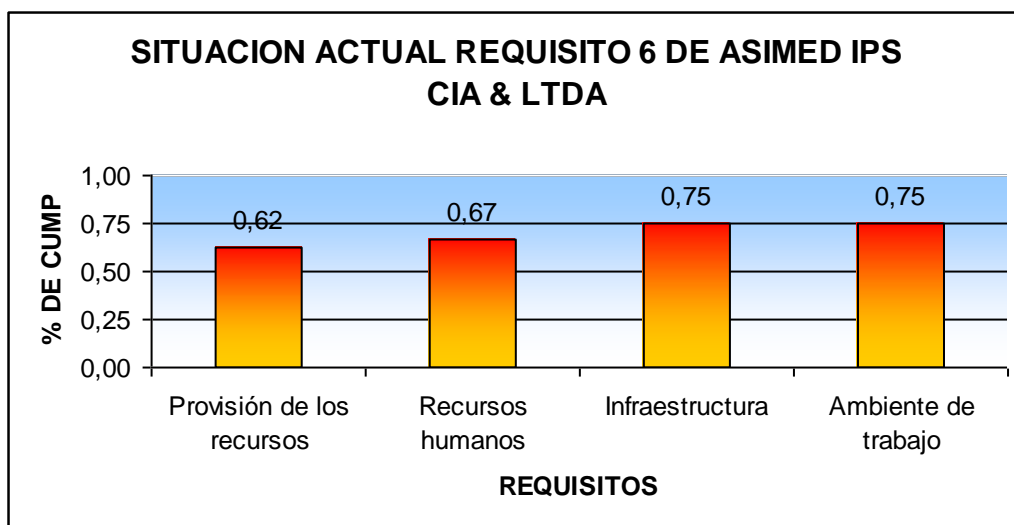


Figura 3. Cumplimiento obtenido en requisito 6.

3.2.4 Realización del Producto

3.2.4.1 Planificación de la Realización del Producto

Situación actual:

ASIMED IPS CIA & LTDA., no cuenta con una caracterización de procesos adecuados con la actualidad de la clínica, que le permitan planificar la realización de los diferentes servicios que ofrece.

RECOMENDACIONES

- Diseñar una caracterización de procesos que permitan conocer las actividades que se realizan, los recursos necesarios, los responsables de cada uno de ellos y los métodos de medición y seguimiento a emplear. Con el fin de que toda la información referente a la planificación del producto quede documentada y haya una interacción eficaz de un proceso con otro, para poder ofrecer un determinado servicio.
- Se deben establecer socializaciones con las personas que interactúan con los procesos, con el fin de conocer las necesidades de nuevos registros o documentos que ayudan a evidenciar su cumplimiento.

3.2.4.2 Procesos Relacionados con el Cliente

Situación actual:

1. Establece los registros de sus clientes.
2. La empresa no establece una eficaz comunicación con el cliente, ya que entre la clínica y los pacientes existe solo un flujo de información (de los clientes hacia la clínica)
3. Los registros de la revisión no se mantienen en todos los casos.

RECOMENDACIONES

- Diseñar un el sistema de información y atención al usuario, que fortalecerá la relación entre la clínica y el paciente y que además es exigido por la ley.
- Llevar un registro de todas las revisiones que se realicen así como las modificaciones y de la retroalimentación del cliente.

3.2.4.3 Diseño y Desarrollo

Este requisito de la norma no fue incluido en el análisis, puesto que el diseño del sistema de gestión de calidad en la empresa **ASIMED IPS CIA & LTDA.**, no incluye diseño del servicio.

3.2.4.4 Compras

Situación actual:

1. La clínica **ASIMED IPS CIA & LTDA.**, realiza una evaluación y selección de proveedores para garantizar el producto comprado.
2. En la clínica no exista claridad en la documentación entre los procesos de insumos y servicios farmacéuticos.
3. No lleva registros de esta evaluación y selección de proveedores que le permitan establecer un control sobre los mismos.

RECOMENDACIONES

- Definir de acuerdo a los procedimientos y actividades la relación o no de los procesos de insumos y servicio farmacéutico.
- Establecer el procedimiento para registrar la evaluación y selección de proveedores.
- Documentar y registrar algunas de las actividades que actualmente se están realizando visualmente.

3.2.4.5 Producción y Prestación del Servicio

Situación actual:

Algunos de los subnumerales de este requisito no aplican en **ASIMED IPS CIA & LTDA.**, y otros no se cumplen en su totalidad. A continuación se detalla cada subnumeral:

3.2.4.5.1 Control de la Producción y de la Prestación del Servicio

1. **ASIMED IPS CIA & LTDA.**, se lleva a cabo un control hacia el servicio que se está generando, aunque no se cuenta con documentos que sustenten este procedimiento.
2. La clínica esta desarrollando los equipos (software) necesarios y adecuados para garantizar que los procesos se realicen bajo condiciones controladas.
3. No se utilizan instructivos de trabajo.

RECOMENDACIONES

- Diseñar instructivos de trabajo que se adapten a los procesos de la empresa, con el fin de lograr una mejor planificación.
- Diseñar documentos que permitan demostrar que se esta cumpliendo con el procedimiento de control en las etapas críticas que intervienen en el proceso.

3.2.4.5.2 Validación de los Procesos de Producción y Prestación del Servicio

Este requisito no aplica para **ASIMED IPS CIA & LTDA.**, pues el seguimiento y medición de los procesos puede realizarse a medida que avanza el proceso y/o al final o cuando se obtiene el producto o se presta el servicio.

3.2.4.5.3 Identificación y Trazabilidad

En la clínica se puede identificar el estado en que se encuentran algunos servicios, pues en algunos se está verificando con los requisitos de medición y seguimiento establecidos por la clínica y por la ley.

RECOMENDACIONES

- Se debe revisar y documentar los procesos y procedimientos actuales que tiene la clínica, también aquellos que se están realizando y no hay un registro apropiado, con el fin de establecer mecanismos de medición para observar como se encuentra el servicio y seguimiento para conocer como se comportado un proceso a través de un periodo de tiempo determinado.

3.2.4.5.4 Propiedad del Cliente

Cuando los bienes de los clientes, en este caso de los pacientes que por alguna razón después de un procedimiento quirúrgico son admitidos y tienen que quedarse en la clínica, existen una serie de recomendaciones que **ASIMED IPS CIA & LTDA.**, ha establecido y que son comunicadas a los clientes y que en compañía de seguridad privada ayudan a proteger y salvaguardar sus bienes cuando están en la organización.

Si se llega a presentar un inconveniente ya sea un deterioro o desaparición del bien de un paciente, este informa de una manera

verbal, y se estudian las causas, se investiga quien puede ser el responsable, dando solución inmediata al problema causado.

RECOMENDACIONES

- Debe existir un registro que ayude a controlar de manera eficaz los bienes de los pacientes que pueden llegar a interactuar con la organización, ya sea haciendo un inventario o estableciendo guías que permitan a los usuarios conocer como deben prepararse para antes y después de un procedimiento quirúrgico.

3.2.4.5.5 Preservación del Producto

En ASIMED IPS & CIA LTDA., la preservación del servicio esta garantizada por requisitos establecidos por la clínica y la ley, y además está sustentada en la identificación, almacenamiento y protección de aquellos documentos y registros que son generados cuando se presta alguno de nuestros servicios.

RECOMENDACIONES

- Optimizar este proceso para alcanzar una mayor satisfacción del los clientes.

3.2.4.6 Control de los Dispositivos de Seguimiento y Medición

Situación actual:

ASIMED IPS CIA & LTDA., ha determinado un proceso de control de los dispositivos para el seguimiento y medición de los procesos, pero no existen registros que lo sustenten.

En algunos casos se realizan la calibración de los equipos de medición y seguimiento pero no se tiene registro de esas actividades.

RECOMENDACIONES

- Realizar un inventario de los equipos que son utilización en la clínica, estableciendo en que estado se encuentran y programando la calibración de los mismos.
- Documentar el proceso de control de los equipos de medición y seguimiento, a través de registros de las calibraciones realizadas, así como de las condiciones y los mantenimientos realizados a los equipos o dispositivos de medición y seguimiento.
- La empresa debería programar el entrenamiento de los trabajadores en temas tales como: uso y calibración de equipos.

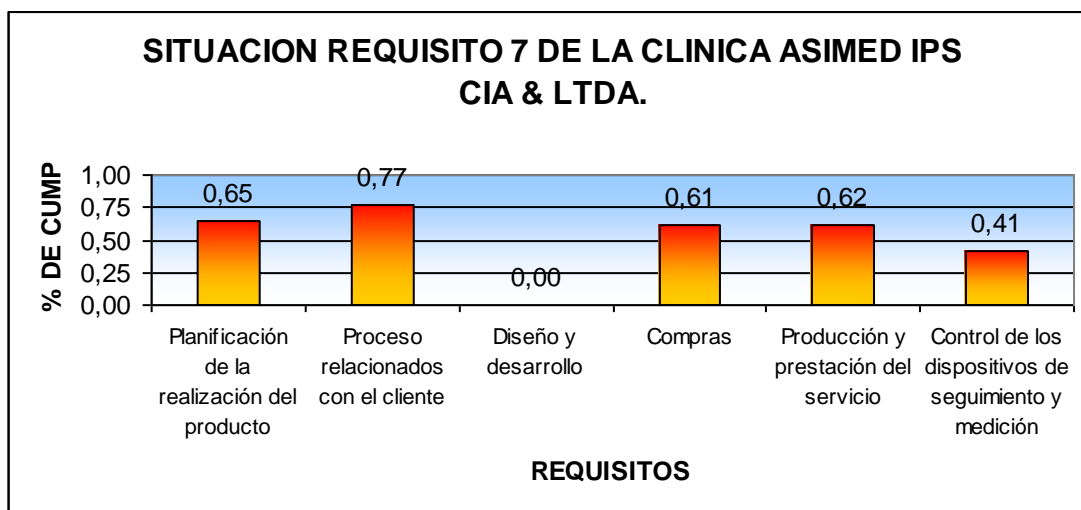


Figura 4. Cumplimiento obtenido en requisito 7.

3.2.5 Medición, Análisis y Mejora

3.2.5.1 Generalidades

Situación actual:

ASIMED IPS CIA & LTDA., planifica pero no implementa completamente los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora necesarios para conformidad con un sistema de gestión de calidad, debido a que no tiene documentados la mayoría de los procesos y los procedimientos donde se debería hacer medición y seguimiento.

En la mayoría de los casos estos análisis se dan por iniciativa propia del Gerente de la empresa. Así mismo, los trabajadores en el desarrollo de las diferentes operaciones van incorporando mejoras a los procesos, de acuerdo a su experiencia y conocimientos.

RECOMENDACIONES

- Realizar las actividades de medición, análisis y mejoramiento, de acuerdo a una planificación previa, de acuerdo a las necesidades de la organización.
- Los resultados de las actividades de medición, análisis y mejora deben registrarse, con el fin de proporcionar información útil para la dirección y establecer prioridades apropiadas a la empresa.
- Hacer uso de las herramientas estadísticas para solucionar los problemas que incidan en la calidad del producto.

3.2.5.2 Seguimiento y Medición

Situación actual:

1. **ASIMED IPS CIA & LTDA.**, solo se limita a tener una información básica de sus pacientes como son: Nombre, Ubicación, Tipo de servicio que utiliza, entre otros. Esto gracias a la revisión de la historia clínica, efectuada para facturar una cuenta o de lo contrario para revisar una glosa emitida por otra entidad.
2. En la organización se llevan a cabo auditorias internas que aplican para todas las dependencias, pero no están documentadas, ni existe un procedimiento escrito para la planificación y realización de las mismas.
3. La clínica cuenta con algunos indicadores de gestión que monitorean el seguimiento de las etapas de procesos que realizaban anteriormente y que permitan conocer los avances de los mismos.

RECOMENDACIONES

- Revisar los indicadores de gestión que se manejan actualmente, con el fin de ajustarlos de acuerdo a las necesidades de la clínica y diseñar los que se manejarían en los procesos que no están documentados y que permitan evaluar el rendimiento de los mismos.
- Diseñar el proceso de sistema de información y atención a usuario con el fin de tener las herramientas necesarias para la medición, seguimiento y mejora de la satisfacción de los pacientes que utilizan los servicios de la clínica.
- Planificar un programa de auditorias tomando en consideración el estado y la importancia de los procesos tanto asistenciales como administrativos y las áreas a auditar.

3.2.5.3 Control del Producto no Conforme

Situación actual:

1. La clínica no tiene especificados procedimientos que identifiquen, controlen y determinen el responsable de los productos no conformes.
2. Las no conformidades que se presentan en **ASIMED IPS CIA & LTDA.**, no son registradas.
3. Se tienen definidas pero no documentadas las acciones a tomar cuando se identifica el producto no conforme.

RECOMENDACIONES

- Establecer procedimientos de no conformidad apropiados para **ASIMED IPS CIA & LTDA.**
- Las condiciones de no conformidad deben ser registradas no solamente en lo que respecta a la cantidad de insumos o servicios afectados sino también en los referente a los datos que ocasionaron el problema. Para este fin debe llevarse un formato para el registro entre otros de: Identificación completa del servicio asistencial o administrativo, la fase del proceso en que se detectó la no conformidad, datos completos de la falla o no conformidad, su costo y la acción correctiva para evitar la repetición del incidente.
- Documentar las acciones que se tomen cuando se presenta una no conformidad.

3.2.5.4 Análisis de Datos

Situación actual:

1. **ASIMED IPS CIA & LTDA.**, no tiene los métodos identificados para realizar mejora continua.
2. Se realiza muy deficientemente el análisis de datos que proporciona información sobre la satisfacción del cliente, conformidad con los requisitos, proveedores, características de los procesos, entre otros.

RECOMENDACIONES

- Diseñar a medida que pase el tiempo técnicas de análisis de datos con el fin de hacer un buen seguimiento a los procesos.

3.2.5.5 Mejora

Situación actual:

1. **ASIMED IPS CIA & LTDA.**, no realiza mejora continua que le permita un mejor desempeño en todos y cada uno de sus procesos.
2. No se tienen procedimientos claramente definidos, los procedimientos de acciones correctivas, preventivas, ni mucho menos registros de las mismas.

RECOMENDACIONES

- Establecer los procedimientos de acciones preventivas, acciones correctivas, de acuerdo a las necesidades actuales de la clínica; llevar los registros de las mismas que le permitan establecer acciones para la mejora continua.

- Difundir los procedimientos relacionados con las acciones correctivas y preventivas en toda la organización.

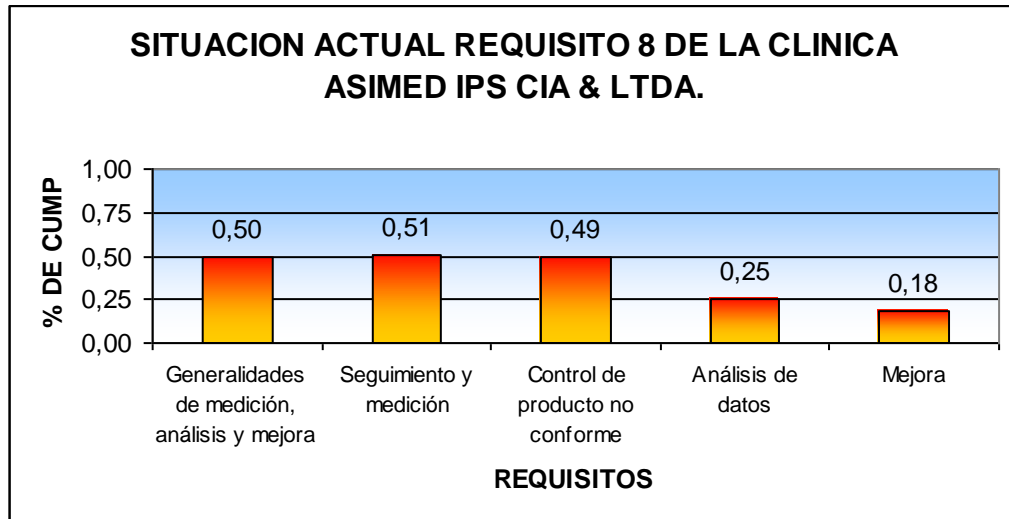


Figura 5. Cumplimiento obtenido en requisito 8.

Después de haber analizado cada requisito de la norma se puede decir que el diagnóstico inicial de **ASIMED IPS CIA & LTDA.**, arrojó un porcentaje de cumplimiento de la norma NTC ISO 9001:2000 del 55.7% (ver detalles en el anexo A y B).

3.3 Verificación de los requisitos NTC-ISO 9001:2000

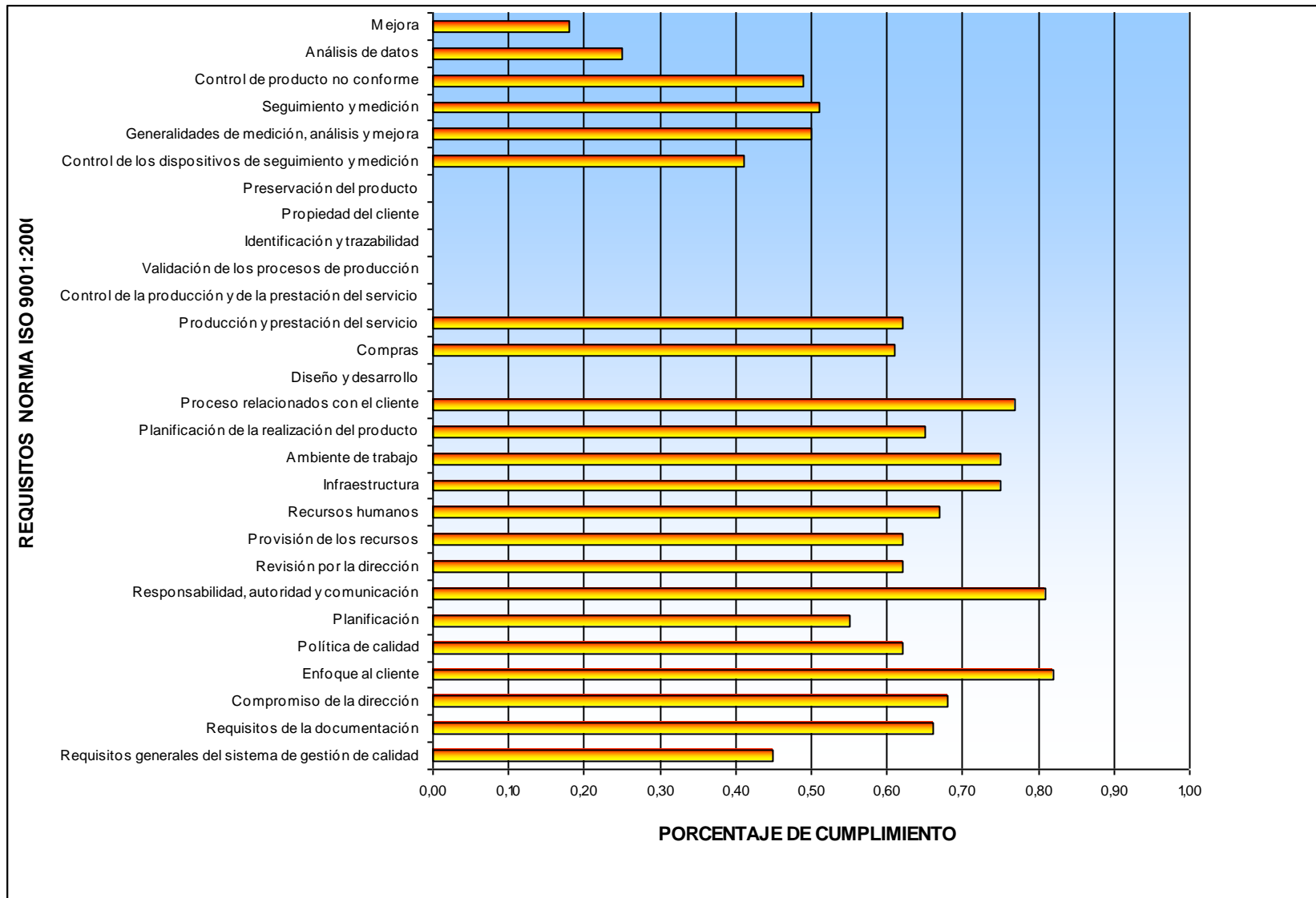


Figura 6. Cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2000

4. MANUAL DE CALIDAD

4.1 GENERALIDADES

La familia ISO 9001:2000 de normas internacionales incluye requisitos para los sistemas de calidad que se pueden utilizar para lograr la interpretación común, desarrollo, implementación y la aplicación de la administración de la calidad. Las normas de las familias ISO 9001:2000 del sistema de calidad exigen el desarrollo y la implementación de sistemas de calidad documentados, incluyendo la elaboración de un manual de calidad, como lo aclara la norma.

El manual de calidad se define como un documento que especifica el sistema de gestión de la calidad de una organización. Además es la evidencia de las diferentes actividades que se desarrollan en la clínica reflejando estrategias y mecanismos que le permitan alcanzar sus objetivos en cuanto a la calidad de sus servicios y la satisfacción de sus clientes.

Un manual de calidad “refleja el compromiso de la organización para garantizar la satisfacción del cliente”⁵

4.4 DISEÑO DEL MANUAL DE CALIDAD EN ASIMED IPS CIA & LTDA.

Este manual de calidad hace referencia a los documentos del sistema de calidad destinados a planificar y gerenciar el conjunto de actividades que afectan la calidad dentro de la clínica **ASIMED IPS CIA & LTDA.**, Igualmente cubre todos los elementos aplicables de la norma ISO 9001:2000 requeridos por la organización, teniendo en cuenta algunas exclusiones de los elementos de este sistema como los son: 7.3 DISEÑO Y DESARROLLO y 7.5.2 VALIDACIÓN DE LOS PROCESOS DE LA PRODUCCIÓN Y DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO . También hace referencia a todos aquellos procedimientos documentados relativos al sistema de gestión de calidad que no son tratados en la norma, pero que son necesarios para el control adecuado de las actividades.

⁵ FONTALVO HERRERA, Tomás. Herramientas efectivas para el diseño e implantación de un sistema de gestión de la calidad ISO 9000:2000. Pág. 122

4.3 MANUAL DE CALIDAD DE LA CLÍNICA ASIMED IPS CIA & LTDA.

(Ver anexo C).

5. PLAN DE CALIDAD

El Plan de Calidad de **ASIMED IPS CIA & LTDA.**, se crea como sistema de planificación de las acciones relacionadas con la prestación de servicios asistenciales: cirugía y sala de procedimientos menores, consulta prioritaria, consulta externa y hospitalización, teniendo en cuenta procesos y procedimientos internos que ejercen control y seguimiento de los mismos para así poder cumplir como los requisitos del cliente.

Cada responsable involucrado en el Plan de Calidad determina, en función de las necesidades e intereses tanto propios como de la organización, y de los recursos con los que cuenta ésta, qué objetivos y trabajos concretos de los contenidos en el marco general del Plan de Calidad pueden llevarse a cabo.

El Plan de Calidad, para asegurar el objetivo de mejorar la calidad en la prestación de los servicios asistenciales, establece tres tipos de acciones a efectuar por la Dirección:

- a) Regular el proceso de la calidad.
- b) Promover la calidad.
- c) Verificar la calidad.

5.1 PLAN DE CALIDAD DE LA CLÍNICA ASIMED IPS CIA & LTDA.

(Ver anexo D)

6. LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS Y REGISTROS

(Ver anexo E)

7. LEVANTAMIENTO DE PROCESOS

7.1. MAPA DE PROCESOS

MAPA DE PROCESOS ASIMED IPS.



7.2. MATRIZ DE INTERRELACION

REQUISITOS	PROCESOS												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD													

4.1 REQUISITOS GENERALES	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4.2 REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN													
4.2.1 Generalidades	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4.2.2 Manual de Calidad	X	X											
4.2.3 Control de Documentos		X		X	X	X	X	X	X	X			
4.2.4 Control de Registros		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN													
5.1 COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN	X	X	X								X		
5.2 ENFOQUE AL CLIENTE	X			X	X	X	X	X					X
5.3 POLÍTICA DE CALIDAD	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X
5.4 PLANIFICACIÓN													
5.4.1 Objetivos de Calidad	X	X	X	X	X	X	X			X	X		
5.4.2 Planificación del Sistema de Gestión de Calidad	X	X	X	X	X	X	X				X	X	X
5.5 RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN													
5.5.1 Responsabilidad y Autoridad	X	X	X							X	X	X	X
5.5.2 Representante de la Dirección	X	X		X	X	X	X				X		
REQUISITOS	PROCESOS												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
5.5.3 Comunicación Interna	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X
5.6 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN													
5.6.1 Generalidades	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5.6.2 Información para la Revisión	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5.6.3 Resultados de la Revisión	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6. GESTIÓN DE LOS RECURSOS													
6.1 PROVISIÓN DE RECURSOS	X		X	X	X	X	X	X	X		X	X	X
6.2 RECURSO HUMANO													

6.2.1 Generalidades	X	X						X	X	X	X		
6.2.2 Competencia, Toma de Conciencia y Formación	X	X	X					X	X	X	X		X
6.3 INFRAESTRUCTURA		X	X	X	X	X	X		X	X	X		
6.4 AMBIENTE DE TRABAJO	X	X	X					X			X		
7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO													
7.1 PLANIFICACIÓN DEL SERVICIO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
7.2 PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE	X			X	X	X	X	X					X
7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el servicio	X	X	X	X	X	X	X			X		X	X
7.2.2 Revisión de los requisitos relacionados con el servicio	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X	X
7.2.3 Comunicación con el Cliente	X	X	X	X	X	X	X	X					X
7.3 DISEÑO Y DESARROLLO	NO APLICA												
REQUISITOS	PROCESOS												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
7.4 COMPRAS													
7.4.1 Proceso de compras		X							X			X	X
7.4.2 Información de las compras		X							X			X	X
7.4.3 Verificación de los productos comprados		X							X				
7.5 PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO													
7.5.1 Control de la producción y de la prestación del servicio	X	X		X	X	X	X						
7.5.2 Validación de los procesos de producción y prestación del servicio	NO APLICA												
7.5.3 Identificación y trazabilidad	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			

7.5.4 Propiedad del cliente	X			X	X	X	X	X		X			
7.5.5 Preservación del producto	X		X						X	X	X		X
7.6 CONTROL DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA													
8.1 GENERALIDADES				X	X	X	X		X				X
8.2 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN													
8.2.1 Satisfacción del cliente	X							X				X	X
8.2.2 Auditoria Interna	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos	X	X											
8.2.4 Seguimiento y medición de los servicios	X	X		X	X	X	X						
REQUISITOS	PROCESOS												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
8.3 CONTROL DEL PRODUCTO NO CONFORME		X	X	X	X	X	X		X				
8.4 ANÁLISIS DE DATOS			X					X		X		X	X
8.5 MEJORA													
8.5.1 Mejora continua	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
8.5.2 Acción correctiva	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
8.5.3 Acción preventiva	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

7.3 CARACTERIZACION DE PROCESOS

7.3.1 CONSULTA PRIORITARIA

- **LIDER DEL PROCESO:** Coordinadora de enfermería
- **OBJETIVO:** Garantizar la atención oportuna del paciente que no puede esperar la Consulta externa y necesita una consulta rápida, segura, continua y eficaz, por parte del medico general y/o especialista con un manejo adecuado de los recursos.
- **ALCANCE:** Inicia con la recepción del paciente en el área y termina con la atención por el medico general y/o especialista para definir la conducta a seguir.

PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDA	CLIENTE	INDICADOR	PROCEDIMIENTO	REGISTROS
<ul style="list-style-type: none"> • Admisiones y recepción • Profesionales independientes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente • Formato de referencia y contra referencia. (de la entidad que remite) • Formato de Admisión (F-ADM-003). • Copia documento de identificación. • Copia carnet del usuario. • Historia clínica (Con sus respectivos formatos) • Orden de servicio (F-ADM-001) • Orden de 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrega y recibo de turno • Solicitud y verificación de la documentación del Usuario • Atención por enfermería. • Atención por medico en turno y/o especialista. • Diagnostico y tratamiento oportuno para definir conducta. • La coordinadora de enfermería deberá regular con las auxiliares que las historias clínicas no se represen con el fin de que no se presenten 	<ul style="list-style-type: none"> • Director científico. • Coordinadora de enfermería 	<ul style="list-style-type: none"> • Historia clínica (Con sus respectivos formatos) • Formato de referencia y contrarreferencia (F-CPR-010) • Formula Médica. (F-CEM-001) • Formato de Incapacidad Médica. (Régimen contributivo) (F-CEM-006). • Formato de Control por Consulta Externa. (F-CEM-007). • Formato de orden de 	<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía y sala de procedimientos menores. • Hospitalización. • Ayuda diagnóstica y terapéutica. • Archivo de Historias clínicas • Facturación. • Sistema de información y atención a usuario (SIAU) • Insumos • Consulta externa medicina general y especializada 	% de consultas prioritarias realizadas por especialidad	<ul style="list-style-type: none"> PR-CPR-001 PR-CPR-002 	<ul style="list-style-type: none"> F-CEM-001 F-CEM-002 F-CEM-003 F-CEM-004 F-CEM-006 F-CEM-007 F-CEM-008 F-CPR-001 F-CPR-002 F-CPR-003 F-CPR-004 F-CPR-005 F-CPR-006 F-CPR-007 F-CPR-008 F-CPR-009 F-CPR-010 F-CPR-011 F-CPR-012 F-CPR-013 F-CPR-014 F-CPR-018 F-CPR-019 F-IAU-003

	<p>servicio de la entidad que remite</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibo de copago (F-ADM-002). 	<p>problemas en el área de facturación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar paquetes con soportes para buscar las órdenes de servicio respectivas. • Revisar historias clínicas. • Entregar historias clínicas a facturación 		<p>Servicio. (F-ADM-001)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibo de Copago (F-ADM-002). • Certificado de defunción • Formato de encuesta de satisfacción al usuario (F-IAU-003) • Formato de solicitud de apoyo diagnóstico terapéutico (F-CEM-008) • Paciente 				<p>F-ADM-001 F-ADM-002 F-ADM-003 R-CPR-001</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	------------------------------------------------------------

7.3.2 CONSULTA EXTERNA MEDICINA GENERAL Y ESPECIALIZADA

- **LIDER DEL PROCESO:** Coordinadora de enfermería
- **OBJETIVO:** Garantizar la atención del paciente de forma oportuna, segura, continua y eficaz, por parte del medico general y/o el especialista con un manejo adecuado de los recursos.
- **ALCANCE:** Inicia con la verificación de derechos del paciente y termina con las indicaciones de la auxiliar de enfermería al finalizar la consulta.

PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDA	CLIENTE	INDICADOR	PROCEDIMIENTO	REGISTROS
<ul style="list-style-type: none"> • Admisiones y recepción • Prof. Indep. 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente • Orden de servicio. (F-ADM-001) • Recibo de copago. (F-ADM-002.) • Copia documento de identificación. • Copia carnet del usuario. • Formato de Interconsulta.(F-CPR-014) • Formato de referencia y contrarreferencia de la entidad que remite. 	<ul style="list-style-type: none"> • Recibo y entrega de turno. • Atención y posible dotación de consultorios. • Recepción del paciente • Verificación de la documentación del Paciente. • Verificación de la especialidad a prestar. • Registrar datos del paciente en el libro de consulta externa. • Asignación de turno por orden de llegada. • Toma de signos vitales. • Elaboración y/o registro de la 	<ul style="list-style-type: none"> • Director científico. • Coordinadora de enfermería 	<ul style="list-style-type: none"> •Fórmula médica. (F-CEM-001). •Formato de registro diario de consulta externa (RIPS). (F-CEM-002). •Historia Clínica de Ingreso. (F-CEM-003) •Formato de Evolución. (F-CEM-004). •Formato de Evaluación preanestésica (F-CEM-005). •Formato de Incapacidad. (F-CEM-006) •Formato de Control por Consulta Externa. (F- 	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta prioritaria. • Hospitalización. • Cirugía y Sala de Procedimientos. • Ayuda diagnóstica y terapéutica. • Archivo de Historias clínicas • Admisiones y recepción • Sistema de información y atención a usuario (SIAU) 	<p>Tasa de citas canceladas</p> <p>Oportunidad en la Atención en Consulta Especializada</p> <p>Porcentaje de consultas externas realizadas</p>	<p>PR-CEM-001</p> <p>PR-CEM-002</p>	<p>F-ADM-001</p> <p>F-ADM-002</p> <p>F-CEM-001</p> <p>F-CEM-002</p> <p>F-CEM-003</p> <p>F-CEM-004</p> <p>F-CEM-005</p> <p>F-CEM-006</p> <p>F-CEM-007</p> <p>F-CEM-008</p> <p>F-CPR-002</p> <p>F-CIR-010</p> <p>F-IAU-003</p> <p>R-CEM-001</p> <p>R-CEM-002</p> <p>R-CEM-003</p> <p>R-HOS-002</p>

		<p>Historia Clínica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prestación del servicio. • Seguimiento y análisis del libro de registro de control de consulta externa. • Recomendaciones e indicaciones por la aux. de enfermería. • Llevar soportes de pacientes atendidos a admisiones y recepción. • Diligenciamiento de encuestas 		<p>CEM-007).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formato de Ordenes Médicas. (F-CPR-002). • Paciente • Formato solicitud de apoyo diagnóstico terapéutico (F-CEM-008) • Formato de satisfacción de información del usuario (F-IAU-003) 				
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

7.3.3 HOSPITALIZACION

- **LIDER DEL PROCESO:** Coordinadora de enfermería
- **OBJETIVO:** Garantizar la atención integral y oportuna del paciente hospitalizado, con calidad, eficiencia y con un manejo adecuado de los recursos.
- **ALCANCE:** Inicia con la recepción del paciente y termina con su egreso de la institución.

PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDA	CLIENTE	INDICADOR	PROCEDIMIENTO	REGISTROS
<ul style="list-style-type: none"> • Admisiones y recepción • Cirugía y sala de procedimientos menores. • Consulta Prioritaria. • Consulta externa medicina general y especializada. • CRUE • Profesionales independientes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente. • Orden de servicio. (F-ADM-001) • Formato de Referencia y contrarreferencia. (entidad que lo remite). • Formato de Admisión. (F-ADM-003). • Documentos (de identificación y carné) • Formato de Historia Clínica de ingreso. (F-CEM-003) • Formato de evolución médica (F-CEM-004). • Formato de solicitud de apoyo diagnóstico terapéutico (F-CEM-008) 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrega y recibo de turno • Asignación de cama • Recepción del paciente en el servicio de hospitalización. • Verificación de los soportes administrativos • Revisión de la documentación del paciente. • Prestación integral del servicio. • Recibir y entregar de caja menor • Recibir y entregar de copagos a admisiones. • Recibir programación de hospitalización y 	<ul style="list-style-type: none"> • Director científico. • Coordinadora de enfermería 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente • Formato de Historia Clínica de ingreso (F-CEM-003) • Formulario Médica. (F-CEM-001) • Formato de Incapacidad (régimen contributivo). (F-CEM-006). • Formato de Control por Consulta Externa. (F-CEM-007). • Orden de salida. (F-CPR-012). • Recibo de copago. (F-ADM-002). • Formato de 	<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía y sala de procedimientos menores • Ayuda diagnóstica y terapéutica. • Facturación. • Instituciones de mayor nivel de complejidad. • Admisiones y recepción. • Consulta externa medicina general y especializada. 	<p>Tasa de contrarreferencias</p> <p>Tasa de Reingreso</p> <p>Tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas</p> <p>Proporción de vigilancia de eventos adversos</p> <p>Estancia hospitalaria</p>	<p>PR-HOS-001</p> <p>PR-HOS-002</p> <p>PR-HOS-003</p>	<p>F-CEM-001</p> <p>F-CEM-003</p> <p>F-CEM-004</p> <p>F-CEM-006</p> <p>F-CEM-007</p> <p>F-CEM-008</p> <p>F-CPR-001</p> <p>F-CPR-002</p> <p>F-CPR-003</p> <p>F-CPR-004</p> <p>F-CPR-005</p> <p>F-CPR-006</p> <p>F-CPR-009</p> <p>F-CPR-010</p> <p>F-CPR-011</p> <p>F-CPR-012</p> <p>F-CPR-013</p> <p>F-CPR-014</p> <p>F-CPR-018</p> <p>F-CPR-019</p> <p>F-CPR-024</p> <p>F-HOS-001</p> <p>F-HOS-002</p> <p>F-HOS-003</p> <p>F-HOS-004</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Formato de control de signos vitales (F-CPR-001) • Formato de ordenes medicas (F-CPR-002) • Formato de notas de enfermería (F-CPR-003) • Formato de solicitud de medicamentos e insumos (F-CPR-004) • Formato de control de líquidos (F-CPR-005) • Formato de registro de medicamentos (F-CPR-006) • Formato de tarjeta de drogas (F-CPR-007) • Formato Kardex (F-CPR-008) • Formato de devolución de medicamentos e insumos (F-CPR-011). • Formato de consentimiento informado (F-CPR-013) • Formato de 	<p>cirugía.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisión de historias clínicas. • Realizar relación de insumos en el área de hospitalización. • Realizar inventario de materiales (insumos básicos, papelería) al almacén. • Diligenciamiento de encuestas 		<p>referencia y Contrarreferencia. (F-CPR-010)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formato epicrisis (F-CPR-009) • Formato de solicitud de medicamentos e insumos (F-CPR-004) • Formato de devolución de medicamentos e insumos (F-CPR-011). • Formato de consentimiento informado (F-CPR-013) • Formato de defunciones (DADIS) • Formato de remisión de lavandería (F-HOS-001) • Formato de solicitud de apoyo diagnóstico terapéutico (F-CEM-008) • Formato de alta voluntaria (F-CPR-024) 		<p>promedio</p> <p>Porcentaje ocupacional</p>		<p>F-HOS-005 F-HOS-006 F-ADM-001 F-ADM-002 F-ADM-003 F-CIR-003 F-CIR-004 F-CIR-005 F-CIR-012 F-IAU-003 R-HOS-001 R-HOS-002</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-----------------------------------------------	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>gastos de cirugía (F-CIR-003).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formato de datos para el archivo de recién nacido (F-CIR-004). • Formato de historia clínica de recién nacido (F-CIR-005). • Certificado de nacido vivo • Certificado de atención medica a victimas de accidentes de transito Fusoat 02 • Formato fusoat 01 • Formato desplazados • Formato de control neurológico (F-CPR-019) • Formato de gastos de cirugía (F-CIR-003). • Formato de chequeo preoperatorio (F-CIR-012) • Formato de glucometria (F-HOS-002). • Seguro obligatorio (soat). • Denuncia 			<ul style="list-style-type: none"> • Registro de ingreso y egresos de pacientes Hosp. (R-HOS-001) • Formato de gastos de cirugía (F-CIR-003). • Formato de datos para el archivo de recién nacido (F-CIR-004) • Formato de historia clínica de recién nacido (F-CIR-005). • Formato de orden de servicio (F-ADM-001) • Formato de admisión (F-ADM-003) • Formato de lista chequeo preoperatorio (F-CIR-012) • Formato de encuesta de satisfacción al usuario (F-IAU-003) • Formato de 				
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> •Corte cuenta 			<p>auditoria concurrente (DADIS)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Certificado de nacido vivo • Certificado de atención medica a victimas de accidentes de transito • Formato fusoat 01 • Formato desplazados 				
--	-----------------------------------------------------------------	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

7.3.4 CIRUGIA Y SALA DE PROCEDIMIENTOS MENORES

- LIDER DEL PROCESO: Coordinadora de salas de cirugía
- OBJETIVO: Brindar atención quirúrgica integral de Calidad con un manejo adecuado de los recursos para mejorar la calidad de vida del paciente
- ALCANCE: Desde la Recepción del Paciente en el Área Quirúrgica hasta su Egreso asistencial y administrativo.

PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDA	CLIENTE	INDICADOR	PROCEDIMIENTO	REGISTROS
<ul style="list-style-type: none"> • Admisiones y recepción. • Consulta Externa medicina general y especializada. • Consulta Prioritaria. • Hospitalización. • Profesionales independientes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente. • Orden de servicio de la institución que remite. • Recibo de copago (F-ADM-002). • Formato de Admisión (F-ADM-003). • Copia documento de identificación. • Copia carnet del usuario. • Formato de Historia Clínica de Ingreso (F-CEM-003). • Formato de consentimiento informado (F-CPR-013). • Listado de chequeo preoperatorio (F-CIR-012). 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrega y recibo de turno de aux. de enfermería e instrumentadoras quirúrgicas. • Recepción del Paciente en el Área Quirúrgica o en sala de Procedimientos menores. • Recepción y preparación de las muestras para patología. • Constatar datos personales con los registrados en la Historia Clínica. • Comprobar diligenciamiento de consentimiento informado. • Comprobar preparación del Paciente para la 	<ul style="list-style-type: none"> • Director científico. • Coordinadora de salas de cirugía 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente. • Formula Médica (F-CEM-001). • Formato de Incapacidad (régimen contributivo) (F-CEM-006). • Formato de Control por Consulta Externa (F-CEM-007). • Orden de Salida (F-CPR-012). • Formato de orden de Servicio. (Entidad que remite) • Formato de Admisión (F-ADM-003). • Recibo de Copago (F-ADM-002). • Formato de 	<ul style="list-style-type: none"> • Facturación. • Insumos. • Hospitalización • Servicios de Apoyo Diagnostico y terapéutica. 	<p>Tasa de cancelación de cirugías</p> <p>Proporción de vigilancia de eventos adversos</p> <p>Oportunidad en la programación de Cirugía</p> <p>Tasa de complicación quirúrgica</p>	<p>PR-CIR-001 PR-CIR-002 PR-CIR-003</p>	<p>F-CEM-001 F-CEM-003 F-CEM-004 F-CEM-006 F-CEM-007 F-CEM-008 F-CPR-001 F-CPR-002 F-CPR-003 F-CPR-004 F-CPR-005 F-CPR-006 F-CPR-009 F-CPR-010 F-CPR-011 F-CPR-012 F-CPR-013 F-CPR-014 F-CPR-018 F-CPR-019 F-HOS-001 F-HOS-002 F-ADM-002 F-ADM-003 F-CIR-001 F-CIR-002</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Formato de referencia y contrarreferencia • Formato de órdenes medicas (F-CPR-002). • Formato de control neurológico (F-CPR-019) • Formato control de signos vitales (F-CPR-001). • Formato fusoat 01 • Certificado de atención medica a victimas de accidentes de transito Fusoat 02 • Formato de evolución (F-CEM-004). • Formato de Evaluación Preanestesica (F-CEM- 005) • Formato de notas de enfermería (F-CPR-003) • Formato de control de líquidos (F-CPR-005) • Formato de registro de medicamentos (F-CPR-006) • Formato de 	<p>Cirugía antes de pasarlo a Quirófano.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prestación del Servicio en Quirófano. • Recepción y Monitoreo del Paciente en la Unidad de Cuidados Post-Anestésicos (UCPA) hasta su egreso. • Entrega del paciente al servicio correspondiente. • Recolección, clasificación y traslado de los materiales utilizados en cirugía hacia el área de limpieza y desinfección. • Inspección, organización, empaque y rotulado de los materiales usados. • Esterilización y ubicación de los materiales en el depósito estéril. • Realizar un inventario mensual en el área de 		<p>referencia y contrarreferencia (F-CPR-011).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formato control de signos vitales (F-CPR-001). • Formato de órdenes medicas (F-CPR-002). • Formato de notas de enfermería (F-CPR-003). • Formato de solicitud de medicamentos e insumos (F-CPR-004) • Formato de control de líquidos (F-CPR-005) • Formato fusoat 01 • Certificado de atención medica a victimas de accidentes de transito Fusoat 02 • Formato de registro de medicamentos (F-CPR-006) 		<p>Tasa de complicación anestésica</p>		<p>F-CIR-003 F-CIR-004 F-CIR-005 F-CIR-007 F-CIR-009 F-CIR-010 F-CIR-011 F-CIR-012 R-CIR-001 R-CIR-002 R-CIR-003 R-CIR-004 R-CIR-005 R-CIR-007 R-CIR-008 R-CIR-009 R-CIR-010 R-CIR-011 R-CIR-012 R-CIR-013</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	----------------------------------------	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>solicitud de material ortopédico (F-HOS-004).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formato de solicitud de apoyo diagnóstico terapéutico (F-CEM-008) • Formato de solicitud de medicamentos e insumos (F-CPR-004) • Formato de devolución de medicamentos e insumos (F-CPR-011) 	<p>cirugía y sala de procedimientos menores.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Supervisar la actividad de recepción de pacientes al área de cirugía y sala de proced. Menores. • Revisar historias clínicas. • Coordinar actividades del servicio de cirugía, sala de procedimientos menores y Área de esterilización. • Realizar pedido de insumos quirúrgicos cuando se agote su stock. • Revisar carpetas de las actividades diarias de las instrumentadoras quirúrgicas. • Recopilar datos y realizar indicadores de gestión en el área. • Asistir a reuniones de los diferentes comités en lo que sea citado como jefe de proceso. 		<ul style="list-style-type: none"> • Formato Epicrisis (F-CPR-009). • Formato de devolución de medicamentos e insumos (F-CPR-011) • Formato de orden de servicio o interconsulta (F-CPR-014). • Formato descripción quirúrgica (F-CIR-001). • Formato de registro de anestesia (F-CIR-002). • Formato de gastos de cirugía (F-CIR-003). • Formato de datos para el archivo de recién nacido (F-CIR-004) • Formato de historia clínica de recién nacido (F-CIR-005). • Formato de estudio anatomo 				
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Realizar los diferentes horarios de trabajo de las instrumentadoras quirúrgicas. • Revisar diariamente el registro de programación de cirugías. • Recepción de información de los servicios de esterilización, limpieza, aseo y mantenimiento. • Elaborar estrategias, con el fin de mejorar continuamente el proceso de cirugía y sala de proced. menores 		<p>patológico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formato de solicitud de Insumos Medico Quirúrgicos (F-CIR-007). • Formato de consolidado diario. (F-CIR-009) • Formato de Asignación Turnos Quirúrgicos (F-CIR-010). • Formato de solicitud de material ortopédico (F-HOS-004). • Certificado de nacido vivo. • Certificado de defunción • Formato de encuesta de satisfacción al usuario (F-IAU-003) 				
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

7.3.5 GESTION DE ADMISIONES Y RECEPCION

- **LIDER DEL PROCESO:** Coordinadora de Admisiones
- **OBJETIVO:** Verificar los derechos del paciente y/o usuario, suministrar la información adecuada para luego ingresarlo y así remitirlo al servicio que este necesite en la IPS.
- **ALCANCE:** Desde la recepción de la documentación e información hasta la remisión al servicio requerido por el usuario y/o paciente.

PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDA	CLIENTE	INDICADOR	PROCEDIMIENTO	REGISTROS
<ul style="list-style-type: none"> • Entes Territoriales. • EPSS • EPS • ECAT • IPS. • CRUE • Profesionales independientes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente • Orden de Servicio (Entidad Contratante) • Copia de Documentos (Identificación, Carnet). • Formato de referencia y contra referencia (Entidad que remite) • Copia de SOAT, Denuncia o croquis del Accidente, Cedula del Conductor, Tarjeta de propiedad del vehiculo (Documentos 	<ul style="list-style-type: none"> • Recepción de Orden de Servicio, • Verificación del Servicio a prestar. • Verificación de documento de identidad y documentos soportes. • Solicitud de autorización del servicio. • Elaboración de Orden para el respectivo servicio. • Recepción de Copago. • Verificación de los pacientes en el sistema • Soporte de ordenes • Censo de hospitalizados • Relación en el libro 	<ul style="list-style-type: none"> • Director científico. • Coordinadora de Admisiones 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente • Orden de Servicio. (F-ADM-001) • Recibo de Copago. (F-ADM-002) • Formato de referencia y contrarreferencia (Entidad que remite) • Formato de admisiones (F-ADM-003) • Formato de verificación de FOSYGA, COOSALUD en sistemas (base de datos) • Historia clínica (Con sus respectivo formatos) • Copia de doc. De identidad • Carnet de la entidad. • Copia de SOAT 	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta Externa Medicina General Y Especializada • Consulta prioritaria. • Cirugía y sala de procedimientos menores. • Hospitalización. • Ayuda diagnóstica y terapéutica. • Áreas administrativas 	<p>Tasa de Oportunidad del servicio</p> <p>Porcentaje de Pacientes Admitidos</p>	<p>PR-ADM-001</p> <p>PR-ADM-002</p>	<p>F-ADM-001</p> <p>F-ADM-002</p> <p>F-ADM-003</p> <p>F-ADM-004</p> <p>F-ADM-005</p> <p>R-ADM-001</p> <p>R-ADM-002</p> <p>R-ADM-003</p> <p>Formato de referencia y contrarreferencia</p>

	<p>Soportes).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Correspondencia • Llamadas telefónicas • Facturas • Dinero 	<p>de control ordenes de servicio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recepción de facturas • Recepción de correspondencia • Entrega de copia de copago a la coord. De admisiones • Atención al conmutador • Apartar citas • Cuadrar caja • Solicitud de historias clínicas programas 		<ul style="list-style-type: none"> • Información a usuario y/o paciente. • Facturas • Correspondencia • Dinero 				
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

7.3.6 MANEJO DE HISTORIAS CLINICAS

- **LIDER DEL PROCESO:** Auxiliar de archivo e historias clínicas
- **OBJETIVO:** Organizar las Historias Clínicas dentro del archivo, manteniendo disponibilidad inmediata de la misma para los diferentes servicios y garantizando su conservación y custodia.
- **ALCANCE:** Desde la recepción de la Historia Clínica facturada hasta su respectivo archivo.

PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDA	CLIENTE	INDICADOR	PROCEDIMIENTO	REGISTROS
<ul style="list-style-type: none"> • Consulta Externa Medicina General y Especializada. • Consulta Prioritaria. • Hospitalización. • Cirugía y sala de procedimientos menores facturación. • insumos. • Entes de Control (Fiscalía, Procuraduría y Personería) • Admisiones y recepción 	<ul style="list-style-type: none"> • Historias Clínicas. • Solicitud de historia clínica • formato de nacidos vivos • formato de defunción 	<ul style="list-style-type: none"> • Radicar la historia Clínica en el Registro de Entrega (R-MHC-001) • Organizar Historias Clínicas. • Legajar Historias Clínicas. • Clasificar Historias Clínicas. • Archivar Historias Clínicas. • Garantizar custodia y conservación de la historia clínica. • Búsqueda de historia clínica • Entrega oportuna de Historia Clínica. • Entrega de formato de nacidos vivos • Entrega de formato de defunción. • Realizar índices de gestión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Director científico. • Auxiliar de archivo e historias clínicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Historias Clínicas. • Informes al Director Científico. • Informes a la Entidad Territorial • Informes a áreas administrativas. • Formato de nacidos vivos • Formato de defunción. 	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta Externa Medicina General y Especializada. • Consulta prioritaria. • Cirugía y sala de procedimientos menores. • Hospitalización. • Gestión de facturación. • Áreas Administrativas. • Usuarios. • Auditor. • Entes de Control (Fiscalía, Procuraduría y Personería) 	<p>Porcentaje de Historias Clínicas Entregadas para Consulta Externa.</p> <p>Tasa de Oportunidad entrega de Historia Clínica al usuario</p> <p>Porcentaje de Historias Clínicas Archivadas</p>	<p>PR-MHC-001 PR-MHC-002 PR-MHC-003</p>	<p>R-MHC-001 R-MHC-002</p>

7.3.7 GESTION FINANCIERA Y CONTABLE

- LIDER DEL PROCESO: Coordinador contable
- OBJETIVO: Recopilar y procesar información de hechos económicos para emitir informes que permitan tomar decisiones en la organización.
- ALCANCE: Inicia con la recopilación y clasificación de la información (facturas, copagos, comprobantes de egreso, consignaciones etc.) y termina con el análisis y entrega de informes financieros.

PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDA	CLIENTE	INDICADOR	PROCEDIMIENTO	REGISTROS
<ul style="list-style-type: none"> • Facturación • Gerencia • Dirección científica • Tesorería 	<ul style="list-style-type: none"> • Copia de factura (F-FAC-001) • Cuentas de cobro • Consignaciones bancarias • comprobantes de egreso • comprobantes de ingreso (pago de los clientes) 	<ul style="list-style-type: none"> • Recepción y verificación de la información. • Estudio y Análisis de documentación. • Contabilización. • Emitir informes financieros 	<ul style="list-style-type: none"> • Directora Administrativa • Coordinador contable 	<ul style="list-style-type: none"> • Informes financieros institucionales • Declaración mensual de retención en la fuente. • Informes financieros a supersalud 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisoría fiscal • Gerencia • DIAN • Supersalud 	Concentración de endeudamiento Rotación de cartera Razón corriente Nivel de adeudamiento Margen operacional de utilidad	PR-GFC-001 PR-GFC-002 PR-GFC-003 PR-GFC-004	

7.3.8 SISTEMA DE INFORMACION Y ATENCION AL USUARIO

- LIDER DEL PROCESO: Auxiliar de SIAU
- OBJETIVO: Conocer las Necesidades Integrales de los Usuarios y establecer los planes de mejoramiento para satisfacerlos.
- ALCANCE: Inicia con la información al usuario y finaliza en la promoción del uso adecuado de los servicios.

PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDA	CLIENTE	INDICADOR	PROCEDIMIENTO	REGISTROS
<ul style="list-style-type: none"> • Usuario. • Secretaría Distrital de salud • Secretaría Departament al de Salud • Procedimient o de Auditoria y Control. 	<ul style="list-style-type: none"> • Formato de Quejas y Reclamos • Formato de Encuesta de Satisfacción de Usuario • Cronograma de Actividades de Promoción y Prevención 	<ul style="list-style-type: none"> • Información a los usuarios. • Tramite de Quejas y Reclamos. • Promoción del uso adecuado de los servicios. • Verificación de la información para la Acreditación de derechos a aspirantes del servicio Medico Asistencial. 	<ul style="list-style-type: none"> • Directora de Garantía y calidad • Auxiliar de SIAU 	<ul style="list-style-type: none"> • Respuestas a las solicitudes Quejas y Reclamos. • Listados de Traslados. • Formato de Visita Domiciliaria. • Formato de Registro Diario de Quejas y Reclamos. • Actas de Comité de Quejas y Reclamos. • Registro de Información Verbal y/o Escrita. • Presentación de la Oficina de Atención al Usuario y Charlas sobre el uso adecuado de los servicios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Usuario • Director científico • Directora de garantía y calidad 	<p>Porcentaje de Quejas respondidas oportunamente</p> <p>Porcentaje de queja por área afectada, Atributo y prioridad</p>	<p>PR-IAU-001</p> <p>PR-IAU-002</p>	<p>F-IAU-001</p> <p>F-IAU-002</p> <p>F-IAU-003</p> <p>F-IAU-004</p> <p>F-IAU-005</p>

7.3.9 GESTION DE SERVICIOS E INFRAESTRUCTURA

- **LIDER DEL PROCESO:** Auxiliar de mantenimiento
- **OBJETIVO:** Lograr el mayor tiempo de servicio de todos los equipos existentes en ASIMED IPS a través de la prevención, corrección y mejoramiento que proporciona el plan de mantenimiento oportuno de los mismos, minimizando costos y posibles demoras o cancelación de procedimientos en cualquiera de las áreas de la clínica.
- **ALCANCE:** Inicia con la recepción de la solicitud de mantenimiento y termina con la consignación por escrito del arreglo y/o mantenimiento en el formato interno de informe mantenimiento de equipos.

PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDA	CLIENTE	INDICADOR	PROCEDIMIENTO	REGISTROS
<ul style="list-style-type: none"> • Todas las dependencias Asistenciales y administrativas 	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de vida de equipos (F- GSF-001). • Ficha técnica de los equipos (F- GSF- 002) • Listado de Características de equipos. • Formato de Solicitud de Mantenimiento (F- GSF-003) 	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de Mantenimiento por las dependencias. • Revisión del Equipo por parte del técnico de la empresa contratante. • Mantenimiento Preventivo y/o Correctivo del Equipo. • Verificación del mantenimiento del Equipo. • Consignación por escrito del arreglo y/o mantenimiento en la hoja de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Directora Administrativa • Auxiliar de mantenimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Hoja de vida de equipos de consulta externa. • Hoja de Vida de equipos Odontológicos. • Hoja de vida de equipos consulta prioritaria. • Hoja de vida de equipos de hospitalización. • Hoja de vida de equipos quirúrgicos. • Hoja de Vida de equipos de Cómputo. • Informe de Mantenimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Todas las dependencias Asistenciales y administrativas 	<p>Seguimiento de la hojas de vida de los equipos</p> <p>Seguimiento de las fichas técnicas de los equipos</p>	<p>PR-GSF-001</p> <p>PR-GSF-002</p>	<p>F-GSF-001</p> <p>F-GSF-002</p> <p>F-GSF-003</p>

7.3.10 GESTION DE INSUMOS

- **LIDER DEL PROCESO:** Coordinadora de insumos
- **OBJETIVO:** Contribuir a la calidad de la atención prestada al paciente, promoviendo el uso seguro, eficaz y racional de los medicamentos, dispositivos médicos e insumos.
- **ALCANCE:** Desde la selección de los medicamentos, dispositivos e insumos hasta la notificación de eventos adversos.

PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDA	CLIENTE	INDICADOR	PROCEDIMIENTO	REGISTROS
<ul style="list-style-type: none"> • Distribuidores y laboratorios. • pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos • insumos • Dispositivos médicos • Formato de Solicitud de Insumos y medicamentos (F-GIN-004). • Devolución de medicamento y dispositivo • Notificación de evento adverso medicamentoso • Cotizaciones de los proveedores • Ordenes de compra • Formato de selección y evaluación de proveedores (F-GIN-002) 	<ul style="list-style-type: none"> • Selección de medicamentos, dispositivos e insumos. • Recepción de medicamentos, dispositivos e insumos • Almacenamiento de medicamentos, dispositivos e insumos • Distribución intrahospitalaria de medicamentos y dispositivos. • Farmacovigilancia 	<ul style="list-style-type: none"> • Directora Administrativa • Coordinadora de insumos 	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de recepción. • Registro de temperatura y humedad. • Registro de vencidos y averiados. • Pedido. • Reporte de evento adverso medicamentos o. • Medicamentos • Dispositivos • Devoluciones de medicamentos y dispositivos 	<ul style="list-style-type: none"> • Todas las dependencias Asistenciales y administrativas 	<p>Porcentaje de Insumos solicitados.</p> <p>Porcentaje de Riesgo del Inventario.</p> <p>Tasa de Oportunidad entrega de insumos</p>	<p>PR-GIN-001</p> <p>PR-GIN-002</p> <p>PR-GIN-003</p> <p>PR-GIN-004</p> <p>PR-GIN-005</p>	<ul style="list-style-type: none"> F-GIN-001 F-GIN-002 F-GIN-003 F-GIN-004 F-GIN-005 F-GIN-006 F-GIN-007 F-GIN-008 F-GIN-009 F-GIN-010 F-GIN-011 F-GIN-012 R-GIN-001 R-GIN-002

7.3.11 GESTION DE FACTURACION

- LIDER DEL PROCESO: Coordinadora de facturación
- OBJETIVO: Facturar la prestación del servicio de salud e insumos que recibe el paciente con el fin de cobrar a las diferentes empresas.
- ALCANCE: Desde el ingreso del paciente al servicio respectivo hasta el envío de la factura.

PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDA	CLIENTE	INDICADOR	PROCEDIMIENTO	REGISTROS
<ul style="list-style-type: none"> • Consulta Externa Medicina General y Especializada. • Consulta prioritaria. • Cirugía y sala de procedimientos menores. • Hospitalización. • Admisiones y recepción. 	<ul style="list-style-type: none"> • Historia Clínica (con sus respectivos soportes). • Contratos y Manuales Tarifarios. G-FAC-001; G-FAC-002; G-FAC-003. • Formato certificado de atención médica víctimas de accidentes de tránsito. F-CPR-015. • Formato Fusoat 01. • Formato Fusoat 02. 	<ul style="list-style-type: none"> • Recolección, clasificación y archivo de documentos (soportes de apoyo diagnóstico). • Liquidación y transcripción de Cuentas. • Auditoría de Cuentas médicas. • Elaboración de la Factura. • Arreglo y envío de cuentas. • Elaboración de informes. • Revisión de facturas de proveedores. • Realización y entrega de indicadores de gestión de calidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gerente general • Directora Administrativa • Coordinadora de facturación 	<ul style="list-style-type: none"> • Facturas (F-FAC-001). • Formato Fusoat 02. • Informes a Gerencia, Área Contable y Dpto. de garantía y calidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Contratantes. • Directivas de la IPS. • Área Contable. • Cliente Interno. • Gerente general. • Auditor Medico. 	<p>Porcentaje de Facturación en el Mes</p> <p>Porcentaje de Facturas Enviadas en el Mes</p> <p>Porcentaje de Facturas con Glosas en el periodo</p>	<p>PR-FAC-001</p> <p>PR-FAC-002</p> <p>PR-FAC-003</p>	<p>F-FAC-001</p>

7.3.12 GESTION DE LA CALIDAD

- **LIDER DEL PROCESO:** Directora de garantía y calidad
- **OBJETIVO:** Establecer las diferentes actividades de forma pertinente para medir el desempeño del Sistema de Gestión de Calidad, implantado en **ASIMED IPS & CIA LTDA** y para brindarles a nuestros usuarios la plena satisfacción o beneficios de los requerimientos expuestos.
- **ALCANCE:** El proceso abarca todo los documentos, guías, especificaciones, registros y formatos del Sistema de Gestión de Calidad

PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDA	CLIENTE
<ul style="list-style-type: none"> • Todos los Procesos 	<ul style="list-style-type: none"> • Formato de Listado Maestro de Control de Documentos Internos del S.G.C. (F-SGC-002) • Formato de Listado Maestro de Control de Documentos Externos del S.G.C. (F-SGC-003) • Guía para la elaboración y presentación de los documentos (G-SGC-001). • Formato Plan de Auditoria (F-SGC-008) • Formato de Control servicio no conforme (F-SGC-009) • Formato de acciones correctivas y preventivas (F-SGC-011). • Formato de Medición de los Objetivos de Calidad. (F-SGC-013) • Formato Informe de Auditoria. (F-SGC-014). 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de los documentos. • Realización del Control de los Documentos. • Realización del Control de los Registros. • Realización de auditorias de Calidad • Realización de la Revisión por la Dirección. • Realización del Control del Servicio no conforme. • Realización de las acciones Correctivas y preventivas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gerente general • Directora de garantía y calidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión por la dirección. (F-SGC-004) • Formato de Listado Maestro de Control de Documentos Internos del S.G.C. (F-SGC-002) • Formato de Listado Maestro de Control de Documentos Externos del S.G.C. (F-SGC-003). • Formato Plan de Auditoria. (F-SGC-008). • Formato Control servicio no conforme (F-SGC-009) 	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los Procesos

7.3.13 GESTION ADMINISTRATIVA

- **LIDER DEL PROCESO:** Directora Administrativa
- **OBJETIVO:** Velar por el crecimiento de la clínica ASIMED IPS, su desarrollo sostenible, la correcta asignación y uso de los recursos humanos, técnicos y científicos, el mejoramiento continuo de los servicios asistenciales y administrativos, y la actualización y el cumplimiento de las políticas administrativas; procurando mantener canales efectivos de comunicación tanto a nivel externo como interno, de tal manera que se establezca y se mantenga una exitosa relación entre los empleados, proveedores y clientes comerciales.
- **ALCANCE:** Inicia con la planeación de las actividades que se deben desarrollar en los procesos de contratación, recursos humanos, mercadeo y finaliza con el control de estas actividades administrativas para alcanzar los objetivos de la clínica ASIMED IPS.

PROVEEDOR	ENTRADA	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDA	CLIENTE	INDICADOR
<ul style="list-style-type: none"> • Consulta Externa Medicina General y Especializada. • Consulta prioritaria. • Cirugía y sala de procedimientos menores. • Hospitalización. • Insumos • Proveedores externos • paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • Contrato Laboral. F-GAD-003 • Registro de Vacaciones. F-GAD-004 • Registro de Embargos Judiciales. F-GAD-005 • Registro de Incapacidades. F-GAD-006 • Términos de Referencia de contrato. • Portafolio de Servicios de prestadores con sus anexos. • Hojas de vida • Formato de Encuesta de Satisfacción de Usuario 	<ul style="list-style-type: none"> • Convocatoria para cargos vacantes o requeridos. • Verificación de cumplimiento de requisitos. • Citación del personal preseleccionado. • Entrevista. • Selección del personal • Elaboración y firma del Contrato. • Ofrecer los servicios de la empresa • Detectar y seleccionar oportunidades de trabajo • Recepción de red de servicios de Términos de Referencia de contrato. • Análisis de red de prestadores de la región. • Recepción y 	Gerente general Directora administrativa	<ul style="list-style-type: none"> • Personal contratado. • Personal capacitado. • Personal Evaluado. • Contrato Laboral. F-GAD-003. • Listado de Necesidades de Capacitación • Formato de Entrevista. • Formato de Evaluación de Desempeño. • Formato de detección de necesidades de capacitación. • Red de Servicios Asistenciales • Formato de Relación de Proveedores de insumos y equipos • Contrato • Comunicación con cliente 	<ul style="list-style-type: none"> • Proveedores institucionales • Áreas solicitantes. • Clientes. 	<ul style="list-style-type: none"> Nivel de satisfacción de los clientes # de nuevos clientes Porcentaje de Contratos gestionados en forma oportuna, según necesidad de ASIMED IPS. # empleados capacitados y entrenados # horas de capacitación anuales

	<p>estudio de portafolios de servicios de proveedores.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selección de prestadores a contratar. • Concertación de términos del contrato con proveedor. • Elaboración, revisión, perfeccionamiento y firma del contrato. 				
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

CONCLUSIÓN

El diseño de un Sistema de Gestión de Calidad, es una labor que requiere de mucha atención y cuidado, así como conocimiento de los procesos de la organización, sin importar el tamaño de la empresa, ya que cada cual es diferente de las demás aunque pertenezcan al mismo sector. Por esta razón se debe tener presente, que un proceso de optimización requiere aun más cuidado y atención, así como esfuerzo, compromiso y dedicación por parte de los miembros de la clínica. Este compromiso está representado no sólo en el factor económico, si no también en el factor tiempo y sobre todo en la disposición y motivación del equipo humano.

El Sistema de Gestión de Calidad, por sí solo, no resolverá todos los problemas de la empresa, ya que este es un medio para asumir una orientación sistemática frente a la actividad que desarrolla la empresa. Por lo tanto es necesario revisar y actualizar regularmente dicho sistema a fin de lograr mejoras significativas y económicamente variables.

ASIMED IPS CIA & LTDA., a pesar de ser una empresa pequeña, ubicada en el sector de la salud muestra un gran compromiso y voluntad para optimizar su anterior diseño del Sistema de Gestión de Calidad, con el fin de continuar con una mejora de sus procesos y de esta forma alcanzar los estándares de calidad necesarios para ofrecer sus servicios a los mercados locales, cumpliendo con las expectativas de sus clientes y logrando así llegar a ser una clínica competitiva en el sector.

En cuanto a la metodología, se verifico la situación de la clínica realizando un diagnóstico inicial en donde se aprecia que los elementos de calidad utilizados por **ASIMED IPS CIA & LTDA.**, no estaban tan alejados de los requisitos establecidos por la norma ISO 9001:2000, obteniendo un resultado de 55.7%, esto se debe en gran parte a la documentación manejada en los procesos actuales en ese momento, no se contaba con una política de calidad adecuada, las responsabilidades y autoridades no estaban determinadas para cada uno de los cargos de la empresa y no se utilizaban métodos para la mejora continua, no se manejaban acciones preventivas y se tenía un alto índice en gestión de eventos adversos y probabilidad de ocurrencia de los mismos, estos factores son los más influyentes en la desviación que tiene la empresa en relación con los requisitos de la norma ISO 9001:2000. Pero es importante destacar que la empresa realiza todos sus servicios enfocados en los clientes que son confiados por las entidades con las cuales la clínica tiene contrato, ya sea por eventos o capitado.

Por otra parte, no se puede optimizar un sistema de gestión de calidad sino se documentan los procesos que la clínica manejaba en el momento, así que se creó un mapa de procesos en donde se indica claramente los procesos de operativos, de apoyo logístico y de dirección, trabajando de manera sinérgica con el objetivo de satisfacer las necesidades de sus clientes, ofreciendo servicios de calidad.

En tercera instancia, mediante la creación del manual de calidad quedó conformada la estructura de la empresa en cuanto al sistema de gestión de calidad relacionando cada uno de los procesos de la clínica **ASIMED IPS CIA & LTDA.**, con los documentos requeridos para la operación normal de estos y cumpliendo los requisitos establecidos por la norma ISO 9001:2000.

ASIMED IPS CIA & LTDA., debe tener en cuenta que este proyecto es un gran avance para implementar el Sistema de Gestión de Calidad, sin embargo, queda a cargo de la empresa la realización de actividades complementarias, así como la identificación de procedimientos adicionales que se necesiten para la realización de los procesos, instructivos de trabajo, y demás que se consideren necesarios; para cumplir a cabalidad con los requisitos de la norma.

Finalmente, para una empresa como **ASIMED IPS CIA & LTDA.**, ubicada en el sector de la salud es primordial la satisfacción de las expectativas de sus clientes, usuarios que confían en esta como una institución segura y confiable, basándose en estos objetivos ve en la optimización de su sistema de gestión de calidad la oportunidad para seguir mejorando en su imagen como clínica y en los servicios que ofrece.

RECOMENDACIONES

Actualmente **ASIMED IPS CIA & LTDA.**, enfoca su esfuerzos en un gran porcentaje hacia el área asistencial, y los demás procesos de la clínica se manejan de una forma aislada, a excepción del proceso de facturación que es parte fundamental en el recaudo de los servicios prestados, esto no es favorable para cumplir con la meta de una implementación de un Sistema de Gestión de Calidad, ya que para el desarrollo y mantenimiento de este, se necesita de un engranaje de todos los procesos y dirigirlos hacia un mismo objetivo que es el cumplimiento de los requisitos del cliente. Logrando que los procesos se enfoquen hacia un mismo objetivo, se facilita la comprensión de los requerimientos y las labores del personal.

Se recomienda a la dirección de la clínica, comunicar la misión, visión, política y objetivos de calidad, con el propósito de que los trabajadores conozcan cual es el camino a seguir en **ASIMED IPS CIA & LTDA.**, con el fin de encaminar a toda la organización a objetivos comunes identificados en el manual de calidad que permitan una mejora continua en los procesos tanto asistenciales como administrativos de la clínica.

Dentro de una empresa se manejan documentos que soportan la información proveniente de las diferentes áreas que la conforman. En el caso particular de **ASIMED IPS CIA & LTDA.**, esta información se trata de manejar de una forma sistemática, cumpliendo con los requisitos que rigen al sector de la salud, pero en ciertos momentos no se cuenta con las herramientas que permitan identificar en que momento se incumple con los requisitos de documentos, formatos y registros que se deben manejar al comienzo de un proceso y continuación del otro. Se recomienda a la clínica apoyarse en el Sistema de Gestión de Calidad que se esta optimizando con el fin de establecer evidencias que demuestre el cumplimiento de las actividades y requisitos contenidos en la norma, por lo cual es importante que **ASIMED IPS CIA & LTDA.**, se preocupe desde ahora por el manejo de registros de los principales procesos y actividades de la organización que afecten la calidad.

ASIMED IPS CIA & LTDA., como se ha mencionado anteriormente en el desarrollo de este proyecto, no ha establecido un mecanismo que le permita lograr una retroalimentación del cliente, acerca del producto y servicio ofrecidos por la empresa. Este es un aspecto importante para el desarrollo del Sistema de Gestión de Calidad, ya que es un elemento de entrada para el mejoramiento continuo del sistema y al mismo tiempo le permitiría evaluar a la organización su gestión en los procesos que tienen como objetivo principal la satisfacción total del cliente.

La función de mercadeo y los procesos que se desarrollan en ella, son una parte importante, para lograr la aceptación de los servicios y fidelización de aquellas entidades como EPS, EPSS, IPS y entes territoriales. Por lo tanto es primordial que la dirección de la clínica establezca estrategias claras para la comercialización de los servicios, con el fin de cumplir con lo mencionado en su visión. Además de la calidad y el copago también deben tenerse en cuenta aspectos como atención, comunicación con el cliente, la publicidad, entre otros; que de igual forma agregan valor a los diferentes servicios que **ASIMED IPS CIA & LTDA.**, ofrece al mercado municipal y departamental.

La calidad es responsabilidad de todos y cada uno de los miembros de una organización, por lo cual **ASIMED IPS CIA & LTDA.**, liderada por la Gerente general debe fomentar gradualmente una cultura de calidad en todo el equipo de trabajo, hasta llegar al punto de lograr un compromiso total con ésta y la organización. Un medio útil para el logro de este objetivo, es el desarrollo de jornadas de capacitación sobre diversos temas relacionados con calidad total, mejoramiento continuo, kaizen, costos de la mala calidad, etc. De igual forma es importante que este compromiso se fortalezca y mantenga a medida que la empresa avanza en el proceso de implementación del Sistema de Gestión de Calidad.

Medir la eficacia del sistema de gestión de calidad a través de los indicadores o métodos de medición establecidos en cada uno de los procesos, con el fin de revisar y analizar mensualmente en el comité de calidad el funcionamiento de los diferentes procesos y procedimientos de la clínica.

Teniendo en cuenta el formato de la competencia del personal diseñado para **ASIMED IPS CIA & LTDA.**, es recomendable que la competencia del personal sea evaluada periódicamente, debido a que es un elemento de mejoramiento continuo dado que del análisis de esta, surgen necesidades de capacitar y entrenar al personal.

Una vez se logren los objetivos de calidad establecidos en **ASIMED IPS CIA & LTDA.**, estos deben ser revisados para determinar si la organización se encuentra en condiciones de plantear otros más exigentes.



CARACTERIZACION DE PROCESOS Y PROCEDIM

7.3.13 GESTION DE ADMISIONES Y RECEPCI

ANEXOS

ANEXO A
Cuestionario de los Requisitos de la Norma NTC ISO 9001:2000
Clínica ASIMED IPS & CIA LTDA.

DIAGNÓSTICO SOBRE LA NORMA ISO 9001:2000							
Criterios de Calificación							
<ul style="list-style-type: none"> • Favor indicar con una X el porcentaje de cumplimiento de cada uno de los elementos mencionados a continuación. • Anotar cualquier comentario o justificación relevante en la columna de observaciones. 							
No.	Elementos	0	0,25	0,5	0,75	1	Observación
	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD						
	4.1 REQUISITOS GENERALES						
1	¿Existe un sistema de gestión de la calidad (SGC)?			X			
2	¿Se han identificado y descrito los procesos?			X			
3	¿La operación y control de los procesos es eficaz?		X				
4	¿Se realiza seguimiento, medición y análisis de los procesos?			X			
5	¿Existen acciones de mejora continua?			X			
	4.2 REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN						
6	¿Existe política de calidad?					X	
7	¿Existe manual de calidad?			X			
8	¿Existen procedimientos de la Norma ISO 9001:2000?				X		
9	¿Existen procedimientos de planificación, operación y control de procesos?		X				
10	¿Existen los registros requeridos por la norma ISO 9001:2000?			X			
	4.2.1 MANUAL DE CALIDAD						
11	¿Se describe la interacción de los procesos?		X				
	4.2.2 CONTROL DE DOCUMENTOS						
12	¿Existe un procedimiento de control de documentos?					X	
13	¿Los documentos se revisan y aprueban?				X		
14	¿Se identifican cambios y se mantienen revisiones pertinentes de los documentos?			X			
15	¿Los documentos son legibles e identificables?				X		
16	¿Se identifican y controlan los documentos externos?					X	
17	¿Se controlan los documentos obsoletos?		X				
	4.2.3 CONTROL DE REGISTROS						
18	¿Se establecen y mantienen registros?				X		



CARACTERIZACION DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

7.3.13 GESTION DE ADMISIONES Y RECEPCION

19	¿Los registros son legibles, identificables y recuperables?				X	
20	¿Existe un procedimiento de control de registros?					X
21	¿Dentro del procedimiento se definen los controles de identificación, almacenamiento, protección, recuperación, tiempo de retención y disposición de registros?				X	



CARACTERIZACION DE PROCESOS Y PROCEDIM

7.3.13 GESTION DE ADMISIONES Y RECEPCI

No.	Elementos	0	0,25	0,5	0,75	1	Observación
	5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN						
	5.1 COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN						
22	¿La alta dirección comunica la necesidad de satisfacer requisitos del cliente, legales y reglamentarios?					X	
23	¿La alta dirección ha establecido políticas de calidad?					X	
24	¿La alta dirección ha establecido objetivos de calidad?					X	
25	¿Se llevan a cabo revisiones por la dirección?			X			
26	¿La alta dirección dispone de recursos para desarrollar el SGC?				X		
27	¿ASIMED IPS CIA & LTDA., tiene una misión claramente definida, divulgada y conocida?			X			
28	¿ASIMED IPS CIA & LTDA., tiene unos objetivos claramente definidos, divulgados y conocidos?			X			
29	¿Se mide y verifica el cumplimiento de los objetivos y se revisan para su mejora?			X			
30	¿Existen planes estratégicos en la organización?			X			
	5.2 ENFOQUE AL CLIENTE						
31	¿Se determinan y cumplen los requisitos del cliente?					X	
32	¿Están identificados todos los clientes de la organización?					X	
33	¿Están identificadas sus expectativas?					X	
34	¿Antes de comprometerse con el cliente, se revisa la capacidad de la empresa para cumplir con las expectativas de este? (Incluye resolver diferencias entre lo solicitado vs. la capacidad)					X	
35	¿Existen esquemas claros para recibir y manejar las inquietudes, solicitudes, cambio de opinión, quejas, reclamos y para la retroalimentación del proceso?			X			
36	¿Hay un esquema claramente definido para reportarle al cliente cualquier incumplimiento, modificación, mejora, etc.?			X			
	5.3 POLÍTICA DE CALIDAD						
37	¿Se ha tratado de diseñar una política de calidad adecuada a la organización?				X		
38	¿Han visualizado los medios más eficaces para divulgar en un futuro una política de calidad?			X			
	5.4 PLANIFICACIÓN						
39	¿Existen objetivos de calidad?					X	
40	¿Se han establecido objetivos en las funciones y niveles de la organización?		X				
41	¿Se miden los objetivos de la organización?		X				
	5.4.1 PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD						
42	¿Se planifica el SGC para cumplir los objetivos?				X		
	5.5 RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN						

	5.5.1 RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES						
43	¿Las responsabilidades se han entendido y comunicado?				X		
44	¿Se han identificado las responsabilidades, funciones y atribuciones sobre los procesos y las personas que participan en este?				X		
No.	Elementos	0	0,25	0,5	0,75	1	Observación
	5.5.2 REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN						
45	¿Se ha nombrado un representante de la dirección para la calidad?					X	
	5.5.3 COMUNICACIÓN INTERNA						
46	¿Se han establecido canales de comunicación?				X		
	5.6 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN						
	5.6.1 GENERALIDADES						
47	¿Se han planificado revisiones para los diferentes procesos de la organización?					X	
48	¿La revisión incluye necesidad y oportunidades de mejora?			X			
49	¿Existen registros de las revisiones?	X					
50	¿Hay un responsable de hacer revisión periódica a los diferentes procesos?					X	
	5.6.2 INFORMACIÓN PARA LA REVISIÓN						
51	¿Se han determinado elementos claves que ameriten revisión tales como: retroalimentación del cliente, desempeño de los procesos?			X			
	5.6.3 RESULTADOS DE LA REVISIÓN						
52	¿Los resultados de la revisión identifican oportunidades para la mejora?			X			
	6. GESTIÓN DE LOS RECURSOS						
	6.1 PROVISIÓN DE LOS RECURSOS						
53	¿Se han determinado y proporcionado recursos para diseñar el SGC?				X		
54	¿Se han determinado y proporcionado recursos para aumentar la satisfacción del cliente?			X			
	6.2 RECURSOS HUMANOS						
	6.2.1 GENERALIDADES						
55	¿El personal que realiza trabajos es competente según la educación, formación, habilidad y experiencia?					X	
	6.2.2 COMPETENCIA, TOMA DE CONCIENCIA Y FORMACIÓN						
56	¿Se determina la competencia del personal?				X		
57	¿Se proporciona formación al personal?			X			
58	¿Se toman acciones para formar al personal y se evalúa la eficacia de las acciones?				X		
59	¿Se asegura la concientización del personal en el			X			

	desempeño de su trabajo y objetivos?							
60	¿Se mantienen registros apropiados de formación, habilidades y experiencia?			X				
61	¿Se hace reconocimientos grupales por el buen desempeño del equipo?				X			
62	¿Se puede demostrar la competencia del personal involucrado en el proceso?				X			
No.	Elementos	0	0,25	0,5	0,75	1	Observación	
	6.3 INFRAESTRUCTURA							
63	¿Se ha determinado, proporcionado y mantenido una infraestructura para lograr conformidad con los requisitos del servicio?				X			
64	¿La infraestructura incluye edificios, espacio de trabajo, servicio asociado, equipo para procesos y servicios de apoyo?				X			
	6.4 AMBIENTE DE TRABAJO							
65	¿Se ha gestionado y determinado un ambiente de trabajo para lograr conformidad con los requisitos del servicio?				X			
	7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO							
	7.1 REALIZACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN DEL PRODUCTO							
66	¿Se planifica y desarrollan los procesos de realización del servicio, siendo coherente con los requisitos de los otros procesos?			X				
67	¿Durante la planificación se determinan objetivos de calidad y requisitos del servicio?			X				
68	¿Durante la planificación se determina la necesidad de establecer procesos, documentos y proporcionar recursos específicos para el servicio?				X			
69	¿Durante la planificación se determinan la necesidad de establecer actividades de control y aceptación del servicio?				X			
70	¿Durante la planificación se determinan la necesidad de establecer documentos y registros que evidencian cumplimiento de procesos y requisitos del servicio?				X			
	7.2 PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE							
	7.2.1 DETERMINACIÓN DE LOS REQUISITOS RELACIONADOS CON EL PRODUCTO							
71	¿La organización ha establecido los requisitos del cliente, de entrega, no especificados, legales, reglamentarios y adicionales?				X			
	7.2.2 REVISIÓN DE LOS REQUISITOS RELACIONADOS CON EL PRODUCTO							
72	¿Se realizan revisiones de los requisitos antes de comprometerse con los clientes?					X		
73	¿Se asegura de la capacidad para cumplir requisitos?					X		
74	¿Se asegura la definición de requisitos y solución de				X			

	diferencias en el pedido?							
75	¿Se mantienen registros de la revisión?				X			
76	¿Se confirman requisitos antes de la aceptación?				X			
77	¿Cuándo se cambian requisitos se modifica la documentación y se comunica al personal?				X			
	7.2.3 COMUNICACIÓN CON EL CLIENTE							
78	¿Se ha determinado e implementado comunicación eficaz con el cliente?			X				
	7.3 DISEÑO Y DESARROLLO							No Aplica
No.	Elementos	0	0,25	0,5	0,75	1		Observación
	7.4 COMPRAS							
	7.4.1 PROCESO DE COMPRAS							
79	¿La materia prima adquirida cumple los requisitos de compra?					X		
80	¿Existe control sobre el proveedor?				X			
81	¿Se evalúan y seleccionan proveedores?			X				
82	¿Existen registros de evaluación y selección de proveedores?	X						
	7.4.2 INFORMACIÓN DE COMPRAS							
83	¿La información describe el producto, requisitos de aprobación?			X				
	7.4.3 VERIFICACIÓN DE LOS PRODUCTOS COMPRADOS							
84	¿Se inspecciona que el producto comprado cumpla los requisitos?					X		
	7.5 PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO							
	7.5.1 CONTROL DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO							
85	¿El control describe características del proceso, dispone de instrucciones de trabajo, equipo apropiado, dispositivos de medición y seguimiento, actividades de liberación y entrega postventa?			X				
	7.5.2 VALIDACIÓN DE LOS PROCESOS DE PRODUCCIÓN Y DE LA PRESTACION DEL SERVICIO							No Aplica
	7.5.3 IDENTIFICACIÓN Y TRAZABILIDAD							
86	¿Se identifican los servicios por medios adecuados, a través de toda la realización del servicio?			X				
87	¿Se identifica el estado del servicio con respecto a los requisitos de seguimiento y medición?				X			
	7.5.4 PROPIEDAD DE CLIENTE							
88	¿Se identifica, verifican, protegen y salvaguardan los bienes que son propiedad del cliente mientras estén bajo el control de la organización?				X			

89	¿Se registra y comunica cualquier incidente o deterioro del bien del cliente?			X			
	7.5.5 PRESERVACIÓN DEL PRODUCTO						
90	¿Se identifican los requisitos de identificación, manipulación, embalaje, almacenamiento del servicio?				X		
	7.6 CONTROL DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN						
91	¿Se han determinado procesos de seguimiento y medición y dispositivos para ello?			X			
92	¿Son coherentes los procesos de seguimiento y medición?			X			
93	¿Se realiza calibración de equipos y se identifica?		X				
94	¿Se realizan ajustes?			X			
No.	Elementos	0	0,25	0,5	0,75	1	Observación
95	¿El equipo se protege contra desajustes, deterioro y daños?			X			
96	¿Existen registros de calibración y verificación?		X				
	8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA						
	8.1. GENERALIDADES						
97	¿Se planifican e implementan procesos de medición, análisis y mejora, para demostrar la conformidad del servicio, asegurarse de la conformidad con los requisitos del cliente?			X			
	8.2 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN						
	8.2.1 SATISFACCIÓN DEL CLIENTE						
98	¿Existen métodos para obtener y utilizar información del cliente, respecto de los requisitos?		X				
99	¿Se mide el cumplimiento de los compromisos con el cliente y con áreas proveedoras, además de la percepción de estos?			X			
	8.2.2 AUDITORIA INTERNA						
100	¿Existen auditorias internas?				X		
101	¿Existen acciones de seguimiento para corregir las no conformidades?			X			
	8.2.3 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS						
102	¿Existe medición y seguimiento de procesos de la organización, para verificar los resultados planificados, tomando las acciones del caso?			X			
103	¿Se tienen identificados los puntos críticos en los procesos?			X			
104	¿El proceso tiene identificados, levanta información y hace seguimiento a sus indicadores de proceso y resultado?			X			
105	¿Se mide el comportamiento de los procesos y tienen		X				

	definidas estrategias de gestión para el manejo de contingencias y otros eventos atípicos?						
106	¿Se tiene uno o varios indicadores que monitoreen los procesos?			X			
	8.2.4 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DEL PRODUCTO						
107	¿Existe medición y seguimiento de las características del servicio, en las etapas apropiadas y se mantienen registros?				X		
108	¿Se libera el servicio según lo planificado?				X		
	8.3 CONTROL DEL PRODUCTO NO CONFORME						
109	¿Existen procedimientos de servicio no conforme indicando su identificación, control, responsable y autoridad decisoria?		X				
110	Cuándo un producto o servicio no cumple con todos los requisitos establecidos y se requiere entregar inmediatamente ¿Se autoriza su liberación o acepta bajo una autoridad pertinente y cuando sea aplicable por el cliente? ¿Queda registrado?				X		
No.	Elementos	0	0,25	0,5	0,75	1	Observación
	8.4 ANÁLISIS DE DATOS						
111	¿Se evalúa como realizar mejora continua?		X				
112	¿El análisis de datos proporciona información de la satisfacción del cliente, conformidad con requisitos, proveedores, características y tendencias de procesos, incluyendo oportunidades de hacer acciones correctivas?		X				
	8.5 MEJORA						
	8.5.1 MEJORA CONTINUA						
113	¿Se realiza mejora continua según, políticas de la empresa, objetivos, auditorias internas, análisis de datos y revisión de la dirección?			X			
114	¿Se manejan planes específicos de mejora para el área o proceso?		X				
	8.5.2 ACCIÓN CORRECTIVA						
115	¿Existe procedimiento de acciones correctivas, donde incluya no conformes y sus causas, revisiones de acciones anteriores?			X			
116	¿Se llevan registros de acciones correctivas?		X				
117	¿Está implementado un esquema de manejo de acciones correctivas del proceso?	X					
	8.5.3 ACCIÓN PREVENTIVA						
118	¿Existe procedimiento de acciones preventivas, definiendo causas potenciales de no conformes, revisiones de acciones anteriores?	X					
119	¿Se llevan registros de acciones preventivas?	X					



120	¿Está implementado un esquema de manejo de acciones preventivas del proceso?	x					
-----	------------------------------------------------------------------------------	---	--	--	--	--	--

CUMP = El porcentaje ponderado del cumplimiento de la norma

100% = Valor ponderado del resultado de las preguntas del cuestionario de diagnostico, que cumplen 100%.

75% = Valor ponderado del resultado de las preguntas del cuestionario de diagnostico, que cumplen 75%.

50% = Valor ponderado del resultado de las preguntas del cuestionario de diagnostico, que cumplen 50%.

25% = Valor ponderado del resultado de las preguntas del cuestionario de diagnostico, que cumplen 25%.

0% = El porcentaje ponderado de no cumplimiento de la norma.

ANEXO B

Respuestas de los Requisitos de la Norma NTC ISO 9001:2000

No.	VARIABLES	No. P.	P.C.	0	0,25	0,5	0,75	1
1	Requisitos generales del Sistema de Gestión de Calidad	5	5		1	4		
2	Requisitos de la documentación	16	16		3	3	6	4
3	Compromiso de la dirección	9	9			5	1	3
4	Enfoque al cliente	6	6			2		4
5	Política de calidad	2	2			1	1	
6	Planificación	4	4		2		1	1
7	Responsabilidad, autoridad y comunicación	4	4				3	1
8	Revisión por la dirección	6	6		1	3		2
9	Provisión de los recursos	2	2				2	
10	Recursos humanos	8	8			3	4	1
11	Infraestructura	2	2				2	
12	Ambiente de trabajo	1	1				1	
13	Planificación de la realización del producto	5	5			2	3	
14	Procesos relacionados con el cliente	8	8			1	5	2
15	Diseño y desarrollo							
16	Compras	6	6	1		2	1	2
17	Producción y prestación del servicio	6	6			3	3	
	Control de la producción y de la prestación del servicio	1	1					
	Validación de los procesos de producción							
	Identificación y trazabilidad	2	2					
	Propiedad del cliente	2	2					
	Preservación del producto	1	1					
18	Control de los dispositivos de seguimiento y de medición	6	6		2	4		
19	Generalidades de medición, análisis y mejora	1	1			1		



CARACTERIZACION DE PROCESOS Y PROCEDIM

7.3.13 GESTION DE ADMISIONES Y RECEPCI

20	Seguimiento y medición	11	11		2	6	3	
21	Control del producto no conforme	2	2		1		1	
22	análisis de datos	2	2		2			
23	Mejora	8	8	4	2	2		

Diagnóstico Inicial

Porcentajes Ponderados - Diagnostico Inicial

Nº	VARIABLES	0,00	0,25	0,50	0,75	1,00	Cump.
1	Requisitos generales del sistema de gestión de calidad		0,05	0,40			0,45
2	Requisitos de la documentación		0,04	0,09	0,28	0,25	0,66
3	Compromiso de la dirección			0,27	0,08	0,33	0,68
4	Enfoque al cliente			0,16		0,66	0,82
5	Política de calidad			0,25	0,37		0,62
6	Planificación		0,12		0,18	0,25	0,55
7	Responsabilidad, autoridad y comunicación				0,56	0,25	0,81
8	Revisión por la dirección		0,04	0,25		0,33	0,62
9	Provisión de los recursos			0,25	0,37		0,62
10	Recursos humanos			0,18	0,37	0,12	0,67
11	Infraestructura				0,75		0,75
12	Ambiente de trabajo					0,75	0,75
13	Planificación de la realización del producto			0,20	0,45		0,65
14	Procesos relacionados con el cliente			0,06	0,46	0,25	0,77
15	Diseño y desarrollo						0,00
16	Compras	0,00		0,16	0,12	0,33	0,61
17	Producción y prestación del servicio				0,25	0,37	0,62
	Control de la producción y de la prestación del servicio						0,00
	Validación de los procesos de producción						0,00
	Identificación y trazabilidad						0,00
	Propiedad del cliente						0,00
	Preservación del producto						0,00
18	Control de los dispositivos de seguimiento y medición		0,08	0,33			0,41
19	Generalidades de medición, análisis y mejora			0,50			0,50
20	Seguimiento y medición		0,04	0,27	0,20		0,51

21	Control de producto no conforme		0,12		0,37		0,49
22	Análisis de datos			0,25			0,25
23	Mejora	0,00	0,06	0,12			0,18
PROMEDIO		0,00	0,51	3,47	4,36	4,35	55%

ANEXO C



MANUAL DE CALIDAD DE LA CLÍNICA ASIMED IPS CIA & LTDA.



MANUAL DE CALIDAD

Código: M- SGC-001

Versión N°: 002

Fecha de Emisión: Febrero 2007

Fecha de última revisión: Marzo 2007

TABLA DE CONTENIDO

1. Introducción.
 - 1.1 Alcance y campo de aplicación. (Exclusiones).
 - 1.2 Información Introductoria.
 - 1.3 Edición y Fecha del Manual de la Calidad.
 - 1.4 Actualización y Control del Manual de la Calidad.
2. Reseña Histórica.
 - 2.1 Marco Normativo
3. Descripción de la Organización.
 - 3.1. Descripción de la Organización
(Misión, Visión, Principios y Valores).
 - 3.2. Funcionamiento del Sistema de Gestión de la Calidad.
4. Sistema de Gestión de la Calidad.
 - 4.1 Requisitos Generales.
 - 4.1.1 Mapa de Proceso.
 - 4.2 Requisitos Generales de la documentación.
 - 4.2.1 Generalidades.
 - 4.2.2 Manual de Calidad.
 - 4.2.3 Control de los documentos.
 - 4.2.4 Control de los registros.
5. Responsabilidad de la Dirección.
 - 5.1 Compromiso de la Dirección.
 - 5.2 Enfoque al cliente.
 - 5.3 Política de la Calidad.
 - 5.3.1 Difusión e Implementación de la Política de Calidad.

- 5.4 Planificación.
 - 5.4.1 Objetivos de calidad.
 - 5.4.2 Planificación del Sistema de Gestión de la Calidad.
- 5.5 Responsabilidad, Autoridad y Comunicación.
 - 5.5.1 Responsabilidad y autoridad
 - 5.5.2 Representante de la dirección
 - 5.5.3 Comunicación interna
- 5.6 Revisión por la Dirección.
 - 5.6.1 Generalidades
 - 5.6.2 Información para la dirección
 - 5.6.3 Resultados de la revisión
- 6. Gestión de los Recursos.
 - 6.1 Provisión de Recursos.
 - 6.2 Talento Humano.
 - 6.2.1 Generalidades.
 - 6.2.2 Competencia, Toma de conciencia y Formación.
 - 6.3 Infraestructura.
 - 6.4 Ambiente de Trabajo.
- 7. Realización del Servicio.
 - 7.1 Planificación del Servicio.
 - 7.2 Procesos Relacionados con el Cliente.
 - 7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el servicio.
 - 7.2.2 Revisión de los requisitos relacionados con el servicio.
 - 7.2.3 Comunicación con el cliente.
 - 7.3 Diseño y Desarrollo.
 - 7.4 Compras.
 - 7.4.1 Proceso de compras

7.4.2 Información de compras

7.4.3 Verificación de los productos comprados

7.5 Producción y Prestación de Servicio.

7.5.1 Control de la Producción y de la prestación del servicio.

7.5.2 Validación de los procesos de producción y de la prestación del servicio

7.5.3 Identificación y trazabilidad.

7.5.4 Propiedad del cliente.

7.5.5 Preservación del producto.

7.6 Control de los Dispositivos de Seguimiento y de medición.

8. Medición, Análisis y Mejora.

8.1 Generalidades.

8.2 Seguimiento y Medición.

8.2.1 Satisfacción del cliente.

8.2.2 Auditoria Interna.

8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos.

8.2.4 Seguimiento y medición de los servicios.

8.3 Control del servicio No Conforme.

8.4 Análisis de Datos.

8.5 Mejoras.

8.5.1 Mejora continua.

8.5.2 Acción correctiva.

8.5.3 Acción preventiva.



MANUAL DE CALIDAD

Código: M- SGC-001

Versión N°: 002

Fecha de Emisión: Febrero 2007

Fecha de última revisión: Marzo 2007

1. INTRODUCCIÓN

1.1 ALCANCE, CAMPO DE APLICACIÓN Y EXCLUSIONES

El Sistema de Gestión de Calidad descrito en el presente Manual de Calidad, aplica para **ASIMED IPS & CIA LTDA**, cuyo alcance, se presenta en los servicios de Consulta externa medica y especializada, consulta prioritaria, Cirugía y Sala de procedimientos menores, Hospitalización a los pacientes que acuden a los servicio, **Según los requisitos de la norma ISO 9001:2000.**

Se excluye del Sistema de Gestión de Calidad; el numeral **7.3 DISEÑO Y DESARROLLO** y **7.5.2 Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio**, en el alcance propuesto sin que afecte su capacidad y responsabilidad para prestar servicios de salud que cumplan con los requisitos del paciente, así como con las normas obligatorias del sector salud.

INFORMACIÓN INTRODUCTORIA

El presente Manual de Calidad se desarrolla con el fin de proporcionar el conocimiento de los procesos que se desarrollan e interactúan en **ASIMED IPS & CIA LTDA** acorde con los requisitos de un Sistema de Gestión de Calidad según la Norma ISO 9001:2000.



MANUAL DE CALIDAD

Código: M- SGC-001

Versión N°: 002

Fecha de Emisión: Febrero 2007

Fecha de última revisión: Marzo 2007

1.3 EDICIÓN Y FECHA DEL MANUAL DE CALIDAD

EDICION No. 001
COPIA CONTROLADA ?
COPIA NO CONTROLADA 0
DESTINATARIO: DIRECTOR DE CALIDAD
FECHA DE ENTREGA :

1.4 ACTUALIZACIÓN Y CONTROL DEL MANUAL DE CALIDAD.

Historia del documento

Nivel de Revisión	Descripción	Fecha	Firma del que aprueba
01	PRIMERA VERSION	JUNIO 2006	
02	SEGUNDA VERSION	FEBRERO 2007	

Lista de distribución

Cargo	Nombre	Fecha	Firma

Autorizaciones



MANUAL DE CALIDAD

Código: M- SGC-001

Versión N°: 002

Fecha de Emisión: Febrero 2007

Fecha de última revisión: Marzo 2007

Elaborado:	Revisado:	Aprobado:

2. RESEÑA HISTÓRICA

ASIMED IPS & CIA LTDA, nace en la ciudad de Cartagena dada la necesidad de una red alterna privada, para fortalecer el Sistema de Salud tanto a nivel Departamental como Distrital; como consecuencia al colapso presentado en el sector oficial, como fue el cierre del Hospital Universitario, el Club de Leones y la crisis del Hospital San Pablo.

Es así como se consolida el 4 de Marzo de 2.004 la creación de **ASIMED IPS & CIA LTDA**, Cuyo lema principal es “Asistencia Medica Para Todos”, contando con la participación de un grupo multidisciplinario, que haciendo grandes esfuerzos económicos y de gestión, dieron forma a una infraestructura física que permitiera la atención integral de los pacientes en forma oportuna, con humanismo, tecnología y Conocimiento.

ASIMED IPS & CIA LTDA, es el reflejo de quienes lo integran, el personal que presta sus servicios con el mayor sentido de servicio a la comunidad, preparación y mejoramiento continuo; ya que el compromiso de la institución, es poner al servicio de los demás las capacidades, conocimientos, competencia y habilidades. La Clínica procura al máximo el continuo desarrollo humano y técnico de todos sus servicios y está convencida de la necesidad de programas educativos, participando activamente en la formación del personal médico, paramédico y administrativo.

Así mismo, **ASIMED IPS & CIA LTDA** garantiza el uso eficaz, eficiente y seguro de la tecnología para el beneficio del paciente.

ASIMED IPS & CIA LTDA, es una institución de II nivel de Atención que presta servicios de: Consulta de Medicina General, Consulta de Medicina Especializada, Consulta Prioritaria, Laboratorio Clínico, Apoyo Diagnostico, Hospitalización y Cirugía;. Esta ubicada en el Barrio de Manga Av. Jiménez Cl. 26 N° 21-185.



MANUAL DE CALIDAD

Código: M- SGC-001

Versión N°: 002

Fecha de Emisión: Febrero 2007

Fecha de última revisión: Marzo 2007

2.1 MARCO NORMATIVO

- **Ley 100 de 1993**, reformada por la ley 1122 del 09 de enero del 2007 por el cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones; Art. 154 Literal c, 178 numerales 4 y 6; 199; 227 y 232.
- **Circular Externa N° 09 del 3 de julio de 1996**. Referente a la Atención al Usuario, Trámite de Quejas y Peticiones. Superintendencia Nacional de Salud.
- **Resolución 5261 de Agosto 5 de 1994**. Por la cual se establece el Manual de Actividades, Procedimientos e Intervenciones del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **Ley 09 del 24 de Enero de 1979**. Por el cual se dictan medidas sanitarias.
- **Resolución N° 4445 del 2 de Diciembre de 1996**. Por el cual se dictan normas para el cumplimiento del Título IV de la Ley 09 de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, y se dictan otras disposiciones técnicas y administrativas. Ministerio de Salud.
- **Decreto N° 2240 del 9 de Diciembre de 1996**. Por el cual se dictan normas en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Ministerio de Salud.
- **Decreto N° 1295 del 22 de Junio de 1994**. Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.



MANUAL DE CALIDAD

Código: M- SGC-001

Versión N°: 002

Fecha de Emisión: Febrero 2007

Fecha de última revisión: Marzo 2007

- **Decreto N° 2753 del 13 de Noviembre de 1997.** Por el cual se dictan normas para el funcionamiento de los Prestadores de Servicios de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Ministerio de Salud.
- **Constitución Política de Colombia.-** atención en salud Art. 49
- **Ley 715 / 2000.-** Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.
- **Acuerdo 228 CNSSS,** Por el cual se modifica el Manual de Medicamentos y Terapéutica del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **Decreto 1283. Capítulo V, Julio 23 de 1996** Funcionamiento del Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad Social en Salud
- **Decreto 806 /98. Reglamenta SGSSS,** Afiliación, Derechos, Coberturas POS – POS-s
- **Decreto 047 /2000 SGSSS,** Por el cual se expiden normas sobre afiliación y se dictan otras disposiciones
- **Resolución 4444/95** Manejo Contable de la Facturación.
- **Decreto 2423/96** Por el cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del Manual Tarifario y se dictan otras disposiciones.
- **Acuerdo 312 de 2004.** manual de tarifas de la EPS ISS



MANUAL DE CALIDAD

Código: M- SGC-001

Versión N°: 002

Fecha de Emisión: Febrero 2007

Fecha de última revisión: Marzo 2007

- **Resolución 890/2002** - Por la cual se dictan disposiciones sobre la información de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y al sector salud.
- **Resolución 1043/2006**-Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones
- **Resolución 1445/2006** - Por la cual se definen las funciones de la Entidad Acreditadora y se adoptan otras disposiciones
- **Resolución 3374** - Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados.
- **Circular Externa N° 000010 del 3 de Marzo de 2.006** – Instrucciones sobre la atención oportuna a la población, especialmente cuando esta en peligro la vida de los pacientes.
- **Decreto 1011 de Abril de 2.006** – Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la atención en salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **Circular 023 de Diciembre de 2.005** – Establece los indicadores de calidad de la Superintendencia Nacional de Salud.
- **Resolución 5261 de 1994** - Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.



MANUAL DE CALIDAD

Código: M- SGC-001

Versión N°: 002

Fecha de Emisión: Febrero 2007

Fecha de última revisión: Marzo 2007

- **Resolución 1446/2006** – Por la cual se define el Sistema de Información para la calidad y se adoptan los indicadores de monitoría del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.
- **Acuerdo 260.** Por el cual se define el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **Acuerdo 306 del 2005.** Por medio del cual se define el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado
- **Resolución 1995 de 1995.** Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica
- **Resolución 1896 de 2001.** Por la cual se sustituye el anexo técnico de la Resolución 02333 del 11 de septiembre de 2000. Actualización de la clasificación única de procedimientos en salud.



MANUAL DE CALIDAD

Código: M –SGC-001

Versión N°: 002

Fecha de Emisión: Febrero 2007

Fecha de última revisión: Marzo 2007

3. DESCRIPCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

3.1 DESCRIPCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

MISIÓN

Proporcionar a nuestros pacientes la prestación de servicios de salud, de I y II Nivel de atención, con alta calidad. Comprometidos con el bienestar, las expectativas y necesidades de la comunidad y el mejoramiento continuo de cada uno de nuestros procesos.

VISION

Convertirnos en una IPS líder en Cartagena y el Departamento de Bolívar, reconocida por su Calidad, Recurso Humano, Tecnológico, Científico y por ser Autosuficientes, con el compromiso de mejorar continuamente para lograr las metas propuestas y posicionarnos en el mercado de la salud como la mejor opción para todos nuestros pacientes.



MANUAL DE CALIDAD

Código: M –SGC-001

Versión N°: 002

Fecha de Emisión: Febrero 2007

Fecha de última revisión: Marzo 2007

PRINCIPIOS CORPORATIVOS

- ↯ ATENCIÓN EFICIENTE:** Mejoramos nuestros procesos para mayor satisfacción de nuestros pacientes.

- ↯ ATENCION HUMANIZADA:** Garantizados mediante la calidez en la prestación de los servicios; mejorando la calidad de vida de los pacientes.

- ↯ EFICACIA:** Atención oportuna en la prestación de nuestros servicios.

- ↯ INTEGRIDAD:** Comprometidos con honradez y transparencia en el desarrollo de nuestras actividades asistenciales y administrativas.

- ↯ EQUIDAD:** Atender a todos los pacientes sin ninguna discriminación de raza, religión, edad o clase de afiliación al Sistema General de Seguridad Social de Salud.

- ↯ COMPROMISO SOCIAL:** Disposición de contribuir al desarrollo de la población poniendo todo lo que este a su alcance para responder a las necesidades sociales afines a su razón.

- ↯ CALIDAD:** Atención efectiva, operativa, personalizada a todas y cada una de los pacientes que solicitan el servicio.

VALORES

- RESPONSABILIDAD:** Cumplimos con los protocolos medico-asistenciales para preservar la integridad de los pacientes.

- SOLIDARIDAD:** Respondemos con acciones humanitarias y de sensibilidad social, ante situaciones que pongan en riesgo la vida, la seguridad, la estabilidad emocional del paciente y de su familia.

- SERVICIO:** Satisfacemos las necesidades de la comunidad mediante las actividades de cada una de las áreas de nuestra institución tanto administrativas como asistenciales.

- HONESTIDAD:** Somos leales en la realización de nuestras actividades.

- RESPECTO:** Actuamos de manera conciente, sin distinción de raza, religión, edad, estrato social con la consideración debida a nuestros pacientes, aun anteponiendo los dictados de la moral estricta.

- TRABAJO EN EQUIPO:** La labor interdisciplinaria e integral nos garantiza la coordinación de cada una de nuestras áreas, facilitando así el cumplimiento y desarrollo de las actividades; para así agilizar y mejorar cada uno de los procesos.

- EXCELENCIA:** El compromiso de mejorar en forma continua en cada uno de nuestros procesos nos lleva a prestar unos servicios de calidad que cumplen con la normatividad vigente en la ley, lo que nos hace dignos de estar en una posición de privilegio de parte de nuestros pacientes.



MANUAL DE CALIDAD

Código: M –SGC-001

Versión N°: 002

Fecha de Emisión: Febrero 2007

Fecha de última revisión: Marzo 2007

3.2 FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

El Sistema de Gestión de Calidad de **ASIMED IPS & CIA LTDA**, estará funcionando bajo los requisitos de la Norma NTC-ISO 9001:2000.

Sus funcionarios están comprometidos en el cumplimiento, tal y como se expone a continuación.

4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

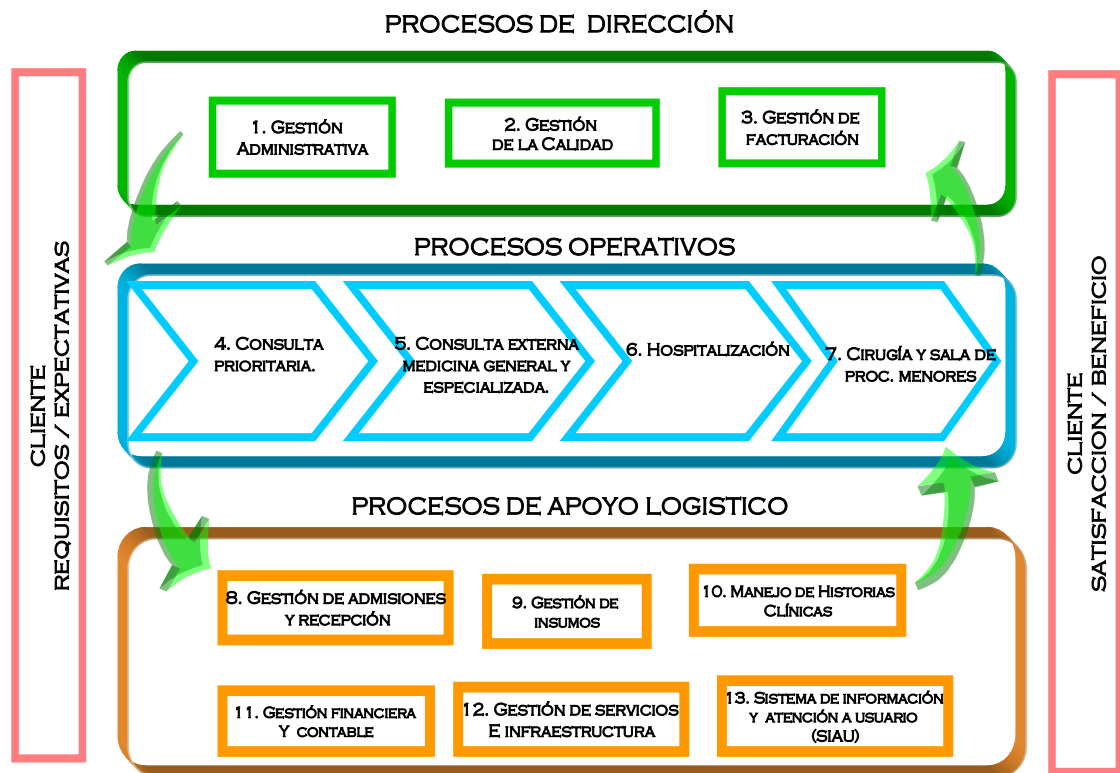
4.1 REQUISITOS GENERALES

El modelo del Sistema de Gestión de Calidad de ASIMED IPS & CIA LTDA, basado en procesos (ver procesos), evidencia nuestro compromiso con una eficaz prestación de los servicios especificados y el mejoramiento continuo de los procesos.

ASIMED IPS & CIA LTDA. ha recopilado toda la información referente al establecimiento, documentación, implementación, mantenimiento y mejoramiento del Sistema de Gestión de Calidad (S.G.C) en este manual, revelando en él nuestro compromiso con el mismo, el cumplimiento de los requisitos de la Norma NTC – ISO 9001:2000 y el mejoramiento continuo, todo esto con el único fin de “la satisfacción permanente de nuestros paciente y usuario internos y externos y el cumplimiento de la capacidad de la organización para cumplir con los requisitos del cliente, los reglamentarios y los propios de la organización”.

4.1.1 Mapa de Procesos / Caracterización de Procesos.

MAPA DE PROCESOS ASIMED IPS.



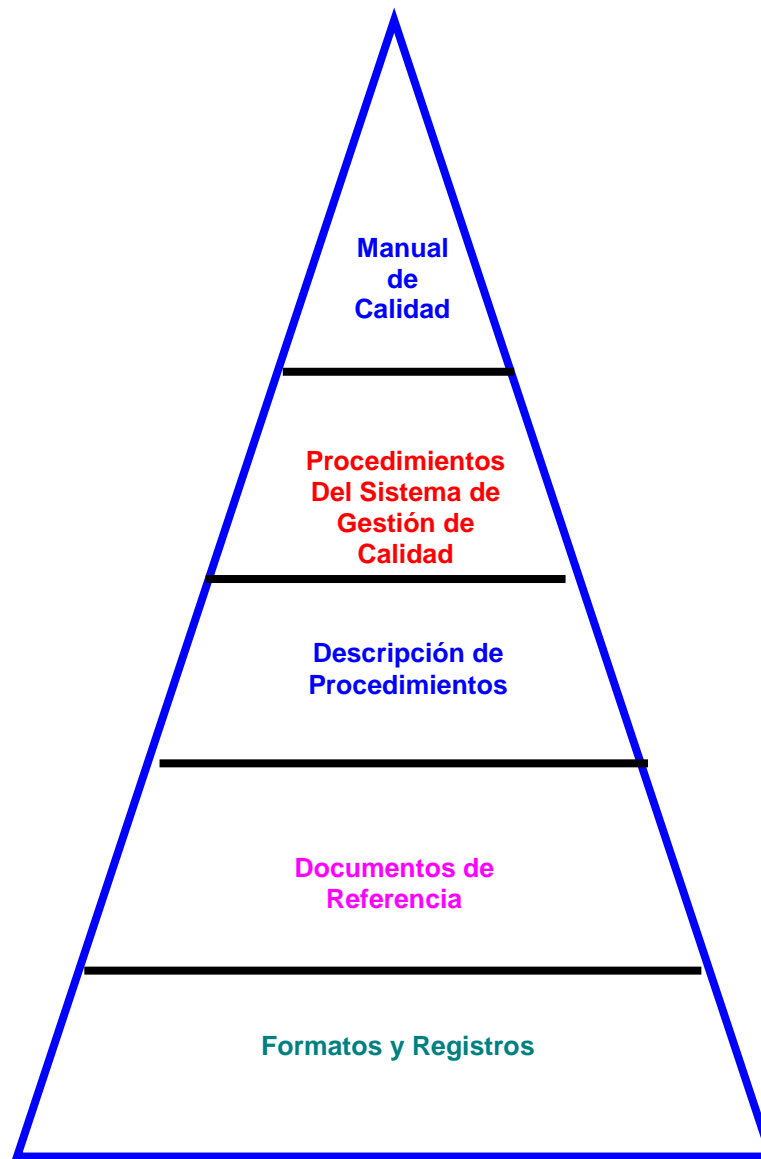
4.2 REQUISITOS GENERALES DE DOCUMENTACIÓN

4.2.1 Generalidades

La Estructura Documental del Sistema de Gestión de Calidad (S.G.C.) de ASIMED IPS & CIA LTDA se encuentra dividida en cinco (5) niveles representados en pirámide, donde se puede observar de acuerdo con el nivel, la jerarquía que tiene cada documento para el Sistema de Gestión de Calidad (S.G.C.).

El presente Manual de Calidad contiene la Política, Objetivos de Calidad y referencia de los procedimientos requeridos por la Norma NTC ISO 9001:2000 que ASIMED IPS & CIA LTDA, utiliza para orientar las actividades que dan cumplimiento a cada uno de los requisitos de la misma, así como la exigencia de nuestros usuarios, las legales y reglamentarias.

Como soporte esencial para el pleno funcionamiento del Sistema de Gestión de Calidad (S.G.C.) se encuentran los procedimientos relevantes y todos los documentos estructurados de la siguiente manera:





MANUAL DE CALIDAD

Código: M –SGC-001

Versión N°: 002

Fecha de Emisión: Febrero 2007

Fecha de última revisión: Marzo 2007

Manual de Calidad: En este documento se describe el Sistema de Gestión de Calidad, de Acuerdo con la Política y los Objetivos de Calidad establecidos.

Procedimientos Del Sistema de Gestión de Calidad: Describe los 6 procedimientos exigidos por la Norma ISO 9001:2000.

Descripción de Procedimientos: Tiene la descripción de los procesos, procedimientos definidos por **ASIMED IPS & CIA LTDA.**

Documentos de referencia: Documentos de soporte tanto internos como externos.

Formatos y registros: Formatos requeridos para las actividades desempeñadas, informes de avances de los procesos, planes entre otros.

4.2.2 Manual de Calidad

ASIMED IPS & CIA LTDA establece, documenta y controla el Manual de Calidad como instrumento donde reposan todos los requisitos necesarios para ofrecer y asegurar la conformidad de sus servicios. En el Manual de Calidad se encontrarán detallados el cumplimiento de todos los requisitos exigidos por la Norma ISO9001:2000 y los procedimientos necesarios para la implementación del Sistema de Gestión de Calidad.

La estructura del Manual se basa en los requisitos de la Norma ISO9001:2000. El Manual esta dividido en diez capítulos; los tres primeros son introductorios, ASIMED IPS & CIA LTDA. Los capítulos cuatro, cinco, seis hasta el octavo, hacen referencia a los numerales de la Norma ISO9001:2000, conservando la misma numeración de esta.



MANUAL DE CALIDAD

Código: M –SGC-001

Versión N°: 002

Fecha de Emisión: Febrero 2007

Fecha de última revisión: Marzo 2007

4.2.3 Control de los Documentos

ASIMED IPS & CIA LTDA ha desarrollado un procedimiento para controlar todos los documentos del Sistema de gestión de la Calidad y asegurar la disponibilidad de la información para aquellos que la requieran. El procedimiento control de documentos y registros define los controles necesarios para el acceso, aprobación, revisión y actualización de los documentos requeridos por el sistema, permitiendo el cumplimiento de este numeral de la Norma ISO 9001:2000.

4.2.4 Control de los Registros

El Procedimiento Control de Documentos y Registros de **ASIMED IPS & CIA LTDA** establece los mecanismos necesarios para la identificación, almacenamiento, protección, distribución, recuperación, tiempo de retención y disposición de los registros que ayuden a evidenciar la operación eficaz del Sistema de Gestión de Calidad de la IPS.

Procedimientos asociados a los apartados 4.2.3 y 4.2.4

PR-SGC-001: Procedimiento de control de documentos y registros



MANUAL DE CALIDAD

Código: M –SGC-001

Versión N°: 002

Fecha de Emisión: Febrero 2007

Fecha de última revisión: Marzo 2007

5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN

5.1. COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN

ASIMED IPS & CIA LTDA, asume la responsabilidad de mejorar continuamente el sistema de gestión de la calidad, establecida en la política y manual de calidad, con el fin de optimizar la prestación de los servicios a sus usuarios y el bienestar de sus trabajadores, buscando la plena satisfacción en ellos.

5.2. ENFOQUE AL CLIENTE

ASIMED IPS & CIA LTDA como empresa prestadora de servicio de Salud esta en contacto directo con el cliente, el cual tiene características muy especiales. Al introducirnos en el proceso de mejora continua, queremos que en esta nueva etapa, el cliente sea visto en todo el proceso como el verdadero receptor de nuestro accionar.

Para conocer las necesidades y características de nuestros clientes, así como también tener una relación directa con sus requerimientos, se tiene un buzón de quejas y reclamos que tiene por finalidad principal la de recolectar, en forma permanente y científica, la opinión del cliente antes, durante y después de recibido el servicio.

Dada la diversidad de servicios que tenemos y las características de cada cliente (paciente), es necesario saber las distintas opiniones que tienen y traducir en acciones rápidas los requerimientos.

Cada Área se hace responsable de detectar las necesidades específicas, pero en reuniones de todas las áreas se coordinan las acciones a emprender. Detallando a continuación los métodos empleados, y que varían su aplicación de acuerdo a las características de los servicios.

La Gerencia implementara procesos que tengan como denominador común satisfacer las necesidades del cliente agregando valor a la atención clínica suministrada, brindando información, apoyando en la resolución de sus problemas, resolviendo sus quejas, reclamos y sugerencias, proporcionando espacios de participación social y garantizando la adecuada disposición de la red de servicios.

5.3. POLÍTICA DE CALIDAD

La Gerencia de **ASIMED IPS & CIA LTDA** plantea su compromiso y hacia el Sistema de Gestión de Calidad a través de la siguiente Política:




5.3.1 Difusión e implementación de la Política

La Política de Calidad de **ASIMED IPS & CIA LTDA** será difundida por medio de sensibilizaciones y reposará en los puestos de trabajo de cada miembro de la Dirección para motivar y fortalecer el compromiso hacia su implementación.

5.4 PLANIFICACIÓN.

5.4.1. Objetivos de Calidad



ASIMED IPS
ASISTENCIA MEDICA PARA TODOS

OBJETIVOS DE CALIDAD

ASIMED IPS & CIA LTDA

ALTA CALIDAD DE ATENCIÓN MEDICO ASISTENCIAL:

Brindar a nuestros pacientes la mejor calidad de atención, basados en el compromiso de mejorar continuamente en forma integral y con gran sentido humano y social, poniendo al servicio de la comunidad Cartagenera y Bolivarenses toda la tecnología y recurso humano a su disposición.

ECONOMÍA:

Trabajar en equipo y comprometernos al buen uso de los recursos para garantizar la continuidad y el posicionamiento de la Clínica en la Ciudad y el Departamento, Justificando los procesos administrativos basados en la honestidad e integridad de sus funcionarios y asociados.

ATENCIÓN PERSONALIZADA:

Proporcionar a cada uno de nuestros pacientes la oportunidad de sentirse único, brindando apoyo físico, emocional y profesional para que pueda enfrentar sus temores y entienda mejor su situación en particular e integrando a sus familiares dentro de los principios y valores de la institución que vela por la integridad del ser humano en forma especialmente particular

LEBIS HERNANDEZ BARRIOS
REPRESENTANTE LEGAL

5.4.2 Planificación del Sistema de Gestión de Calidad

La planificación del sistema de Gestión de la calidad se desarrollara con el fin de garantizar la eficacia del sistema y de sus productos. Los insumos fundamentales para desarrollar la planificación del Sistema de Gestión de Calidad de **ASIMED IPS & CIA LTDA** son los resultados de las revisiones periódicas por parte de la Dirección de Calidad, las auditorias internas de



MANUAL DE CALIDAD

Código: M –SGC-001

Versión N°: 002

Fecha de Emisión: Febrero 2007

Fecha de última revisión: Marzo 2007

calidad y todas aquellas sugerencias y no conformidades levantadas por cualquier persona interna o externa a **ASIMED IPS & CIA LTDA**

5.5 Responsabilidad, Autoridad y Comunicación

ASIMED IPS & CIA LTDA estimula y fomenta un ambiente de comunicación intensa, sin obstáculos para discutir e intercambiar opiniones como aspecto fundamental de la innovación, el cual además de permitir el intercambio de datos actúa como un sistema cerrado de control en el que todos los miembros **ASIMED IPS & CIA LTDA** conocen lo que los demás están realizando.

5.5.1. Responsabilidad y Autoridad

En el Manual de Funciones y especificaciones de los cargos de ASIMED IPS & CIA LTDA, se especifican y determinan los cargos críticos las responsabilidades y autoridad de cada uno de estos con respecto al Sistema de Gestión de Calidad.

La Dirección siempre ha procurado seleccionar a las personas más adecuadas en función de su experiencia y formación y les ha asignado y comunicado las responsabilidades y autoridad convenientes. Un organigrama de la organización es el que figura a continuación:



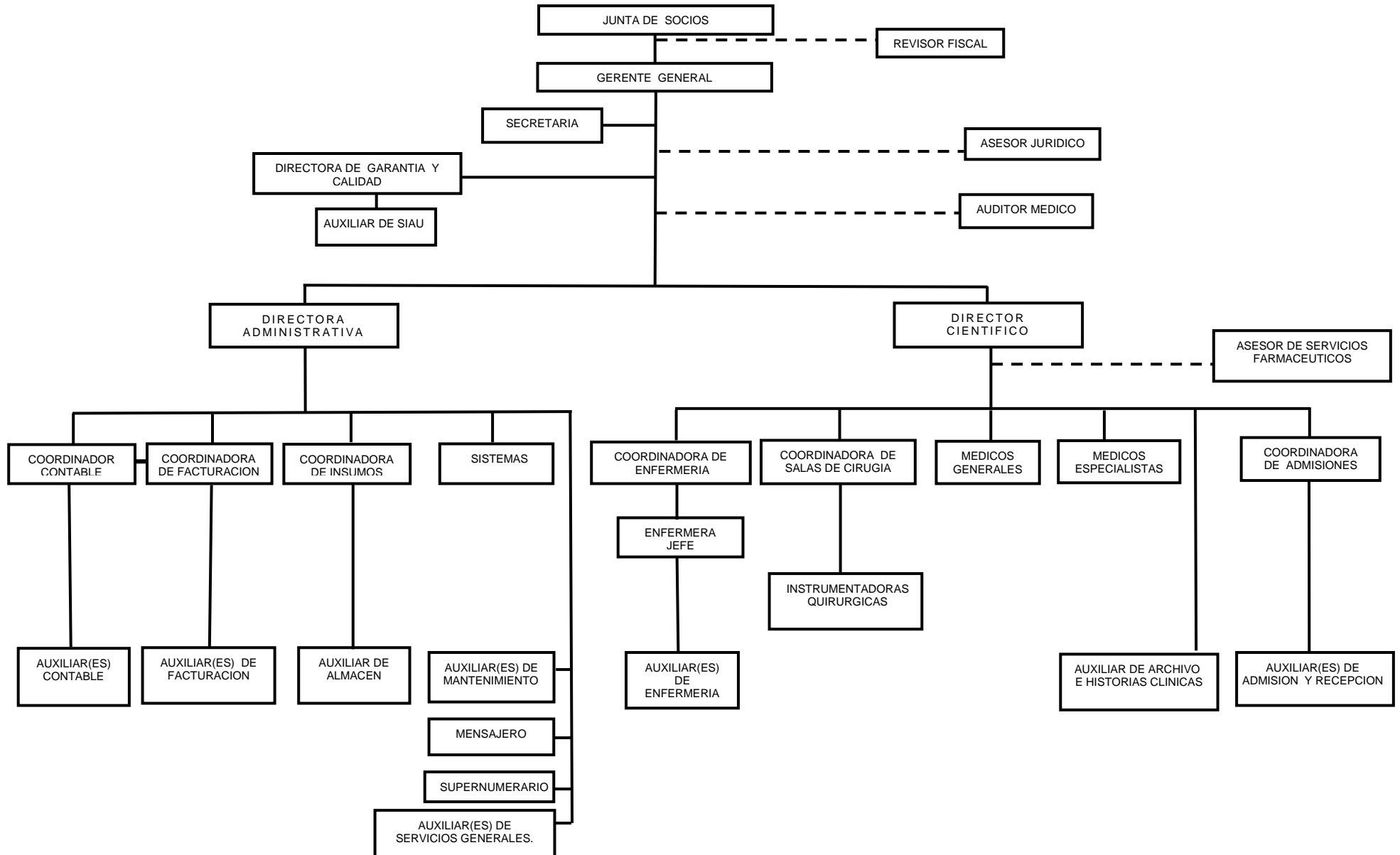
MANUAL DE CALIDAD

Código: M- SGC-001

Versión N°: 002

Fecha de Emisión: Febrero 2007

Fecha de última revisión: Marzo 2007



5.5.2. Representante de la Dirección

La directora administrativa de ASIMED IPS & CIA LTDA ha sido designada como Representante de la Dirección para el Sistema de Gestión de Calidad. Las funciones están establecidas en el Manual de Cargos y Funciones ASIMED IPS & CIA LTDA.

5.5.3. Comunicación Interna

La comunicación interna dentro de **ASIMED IPS & CIA LTDA** se maneja a través de documentos e información verbal, además se efectúan reuniones donde se rinde informe de las actividades que se vienen desarrollando en **ASIMED IPS & CIA LTDA** por cada uno de sus integrantes.

5.6. REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

5.6.1. Generalidades

Las revisiones al Sistema de Gestión de Calidad de **ASIMED IPS & CIA LTDA**, se realizarán semestralmente, con el objetivo de mantener, mejorar y preservar su funcionamiento efectivo para satisfacer los requisitos exigidos por la Norma ISO9001:2000, la Política y los Objetivos de Calidad. La revisión se registra en informe consolidado de revisión.

5.6.2. Información para la revisión

Entre las fuentes de información utilizadas para llevar a cabo la revisión del sistema, destacan:

- 👉 Los informes de las auditorías internas y de revisiones anteriores del sistema.
- 👉 La información referente a incidencias/reclamaciones y funcionamiento de los procesos.

- ☞ La información relativa a acciones correctivas y preventivas.
- ☞ La información relativa a la satisfacción del cliente.
- ☞ La evolución de los indicadores u objetivos de la calidad.

5.6.3 Resultados de la revisión

En el informe consolidado de revisión del sistema se incluyen las decisiones y acciones relacionadas con:

- ☞ La mejora de la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad y de sus procesos.
- ☞ La mejora del servicio en relación con los requisitos del cliente.
- ☞ Los recursos necesarios para el correcto desarrollo de los servicios.

Procedimientos asociados al apartado 5.6

PR-SGC-002: Procedimiento de revisión por la dirección.

6. GESTIÓN DE LOS RECURSOS

6.1. PROVISIÓN DE RECURSOS

La provisión de recursos en **ASIMED IPS & CIA LTDA**, está dada bajo el presupuesto de inversión y el de funcionamiento que es asignado a la junta directiva y a su gerencia a través de sus políticas y objetivos

En ASIMED IPS & CIA LTDA, para lograr la efectiva implementación del Sistema de Gestión de Calidad y aumentar la satisfacción del cliente, define los recursos necesarios para estos objetivos en su plan de acción anual y recibe la aprobación de la jefatura médica y administrativa.

La Gerencia del Centro Medico Clínica Vargas Ltda. Sede Magisterio es responsable de proporcionar los recursos adecuados para el desarrollo del Sistema de Gestión de Calidad y lograr la satisfacción del cliente, incluyendo lo relativo a:

- 👉 Asignación de personal idóneo para las actividades de dirección, ejecución del trabajo y verificaciones, incluyendo las auditorias internas.
- 👉 Instalaciones, infraestructura y equipos de apoyos necesarios para la prestación del servicio de salud.
- 👉 Asignación de recursos económicos para la capacitación y mejora del ambiente laboral.

6.2. TALENTO HUMANO

6.2.1. Generalidades

El talento humano ligado a una cultura de servicio, calidad y confiabilidad, es el capital más valioso que posee **ASIMED IPS & CIA LTDA**. Esta premisa nos obliga a pensar seriamente en la forma más adecuada de administrarlo, dentro de un equilibrio de desarrollo personal, familiar, profesional y empresarial.

Para lograr mejores resultados, es esencial que en **ASIMED IPS & CIA LTDA** se labore dentro de un ambiente de seriedad en las relaciones interpersonales, de responsabilidad y compromiso, al tiempo que de cordialidad y respeto. Para que esto pueda ser una realidad y no solo un concepto teórico, es indispensable que todos lo que integran esta organización, entendamos, aceptemos y saquemos el máximo provecho de la realidad de que cada individuo es un mundo diferente, con vivencias, capacidades, habilidades y conocimientos diferentes, unos de otros, y que por lo tanto el aporte individual en los equipos de trabajo conducirá a que se enriquezca la discusión y se llegue a resultados de un mayor valor agregado, en beneficio personal, del grupo de trabajo y de **ASIMED IPS & CIA LTDA**, en general.

6.2.2. Competencia, Toma de conciencia y Formación:

ASIMED IPS & CIA LTDA, consciente, que el mejoramiento continuo e innovación van de la mano con adiestramiento y capacitación, estimulará a las personas para mejorar su preparación profesional en los campos específicos de las ramas de la salud, relaciones interpersonales, atención al cliente y cursos asociados con la actualización de temas Técnico - Administrativos y Científicos.

Los funcionarios de **ASIMED IPS & CIA LTDA**, gozarán de plena autonomía y se fomentará la competencia interna para desarrollar iniciativas e investigaciones paralelas que contribuyan al desarrollo o mejoras en sistemas, componentes o procedimientos propios del proceso de mejoramiento continuo, con el criterio de sencillez y funcionalidad.

ASIMED IPS & CIA LTDA, considera fundamental mantener al día y aumentar la formación y los conocimientos de sus empleados hasta los niveles que sean necesarios y de forma especial cuando pueda tener incidencia en la gestión de calidad.

Todos los empleados relacionados directamente con la gestión de calidad reciben, si no lo tuviera, la formación adecuada sobre las tareas específicas que le son asignadas sobre el Sistema de Gestión de Calidad.

La dirección establece planes de formación en función a las necesidades detectadas en las distintas áreas.

Procedimientos asociados al apartado 6.2
PR-GTH-001: Procedimiento de gestión de talento humano

6.3. INFRAESTRUCTURA

ASIMED IPS & CIA LTDA, tiene sus instalaciones ubicadas en el Barrio Manga, Avenida Jiménez Calle 26 N° 21-185 de la ciudad de Cartagena, sede Principal y Barrio Manga, Avenida Jiménez Calle 26 N° 21-124, sede Consulta Externa.

Las instalaciones poseen una estructura adecuada de áreas con oficinas y consultorios, contando cada uno con los implementos, software y equipos necesarios para realizar sus actividades y ofrecer servicios ideales para satisfacer las necesidades del cliente.

Consta describir las dos sedes de **ASIMED IPS & CIA LTDA**: en la sede de Consulta Externa posee cuatro (4) consultorios dotados con equipos e insumos médicos quirúrgicos necesarios para una atención integral del paciente, una sala de espera adecuada para la espera de las consultas, insumos de oficina y en la sede Principal se cuenta con: una sala de espera dotada de insumos de oficina y mobiliario adecuado; un área para Consulta Prioritaria dotada de tres (3) camillas, para pacientes que se encuentran en observación y que vienen remitidos de otras entidades, ya sea para definir la patología o la conducta a seguir; en el área de Hospitalización se cuenta con tres (3) habitaciones unipersonales, una (1) habitación comunitaria para tres (3) pacientes y dos (2) habitaciones comunitarias para cinco (5) y seis (6) pacientes para un total de Diez y siete (17) camas de Hospitalización, dotadas con sus equipos e insumos médicos quirúrgicos para una atención Integral y con calidad para nuestros pacientes. Todas las instalaciones de **ASIMED IPS** tienen aire acondicionado

La parte Administrativa de **ASIMED IPS**, tiene oficinas confortables, adecuadas para la realización de todas las actividades, organizadas por áreas además cuentan con un Software en Red, diseñado para suplir todas las necesidades del área, llamado **ELION**.

En la institución se prestan los siguientes servicios: Medicina General, Medicina Especializada, Fisioterapia, Las especialidades que se atienden son las siguientes: Medicina Interna, Cirugía General, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Ortopedia, Dermatología, Neurocirugía, Maxilofacial, Otorrinolaringología, Cirugía Plástica, Reumatología, Cirugía General Pediátrica, Urología, Endocrinología, entre otras.

6.4. AMBIENTE DE TRABAJO

ASIMED IPS & CIA LTDA, se apoya en los programas que desarrolla el área de Talento Humano en cuanto a la salud ocupacional y el bienestar social de los empleados. Además procura ofrecer a cada uno de los miembros de **ASIMED IPS & CIA LTDA** bienestar, seguridad y armonía en el lugar de trabajo, permitiendo un alto desempeño en el cumplimiento de sus labores.

7. REALIZACIÓN DEL SERVICIO

7.1 PLANIFICACIÓN DEL SERVICIO

ASIMED IPS & CIA LTDA conoce los procesos de su competencia, recogidos en su Mapa de Procesos del Capítulo 3 de este Manual. Los procesos se desarrollan mediante procedimientos documentados que

describen los requisitos a cumplir, las actividades de verificación y los registros generados en el desempeño de las actividades.

Previamente a la prestación de los servicios de salud, ASIMED IPS & CIA LTDA efectúa una planificación acorde con el tipo de servicio y la información recibida de los clientes o usuarios, para asegurar el cumplimiento de los requisitos del mismo.

7.2 PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE

7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el servicio.

Los procesos relacionados con la prestación del servicio en Salud están regulados, por todos los documentos que están relacionados con el Marco Normativas (leyes, Decretos, circulares, acuerdos resoluciones etc.), establecido en el Capítulo 2, inciso 2.1. Marco Normativo y el cumplimiento de lo establecido en la cláusula 7.2.1 incisos a) a la d) de la norma internacional ISO 9001:2000.

7.2.2 Revisión de los requisitos relacionados con el servicio.

ASIMED IPS & CIA LTDA revisa los requisitos relacionados con el servicio antes de comprometerse a proporcionar un servicio al cliente para asegurar lo establecido en la cláusula 7.2.2 incisos a) a la c) de la norma internacional ISO 9001:2000.

7.2.3 Comunicación con el cliente

ASIMED IPS & CIA LTDA determina e implanta la comunicación con los clientes a través del sistema de información y atención al usuario, la cual cumple lo establecido en la cláusula 7.2.3 incisos a) a la c) de la norma internacional ISO 9001:2000.

7.3 DISEÑO Y DESARROLLO

Este requisito se ha excluido del S.G.C. tal y como se describe en el Capitulo 1 de este Manual.

7.4. COMPRAS

7.4.1 Proceso de compras

ASIMED IPS & CIA LTDA estable directrices para asegurar que los productos y servicios, o contratados, satisfacen los requisitos de calidad definidos en los documentos de compra, o en los contratos realizados.

Las acciones fundamentales para asegurar el cumplimiento de los requerimientos de calidad de estos suministros son las siguientes:

- 👉 Comprar y contratar a proveedores que tengan capacidad y fiabilidad suficiente.**
- 👉 Definir claramente los productos y servicios, en su caso, con todos sus requisitos y características, y transmitir esos datos a los proveedores.**
- 👉 Comprobar que los suministros cumplen los requisitos aplicables y detectar las diferencias mediante un control, con la severidad que cada caso requiera.**

Los pedidos solicitados, en función de las necesidades, las realiza el jefe o Coordinador de cada área o departamentos, debiendo ser aprobados previamente por la gerencia.

Para la selección de proveedores, ASIMED IPS & CIA LTDA sigue los criterios definidos en la legislación aplicable para las contrataciones y compras de la Administración. Para concretar el proceso dispone de un plan presupuestal de ingresos, para la atención de los usuarios. Estos proveedores son seleccionados teniendo en cuenta su idoneidad, cumplimiento, experiencia y el llenado de requisitos legales.

La verificación de los productos comprados se realiza a la llegada de los mismos a las instalaciones de ASIMED IPS & CIA LTDA.

ASIMED IPS & CIA LTDA se reserva el derecho de verificar los productos comprados en los locales de sus proveedores cuando las circunstancias lo exijan. Para ello, el responsable de compra comunica al proveedor los requisitos de la inspección a realizar.

7.4.2. Información de compras


Los documentos de compras indicarán de forma inequívoca la descripción del producto o servicio solicitado, cantidad y precio y, si es necesario, otras características, como su plazo de entrega o forma de pago.

7.4.3 Verificación de los productos comprados

La verificación de los productos comprados se realiza a la llegada de los mismos a las instalaciones de ASIMED IPS & CIA LTDA.

Procedimientos asociados al apartado 7.4

PR - GIN - 002 : Procedimiento de evaluación y selección de proveedores

		MANUAL DE CALIDAD	
Código: M- SGC-001	Versión N°: 002	Fecha de Emisión: Febrero 2007	Fecha de última revisión: Marzo 2007

7.5. PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DE SERVICIO

7.5.1. Control de la producción y de la prestación del servicio.


ASIMED IPS & CIA LTDA establece criterios para asegurar que los servicios se prestan de forma controlada, con el objeto de evitar que aparezcan servicios no conformes. Son, por tanto, de aplicación a todas las actividades relacionadas con los servicios prestados por **ASIMED IPS & CIA LTDA** en sus instalaciones.

Para asegurar que el desarrollo de estos procesos está bajo control, se utilizan procesos operativos que describen los procesos, e instrucciones técnicas o protocolos en aquellas operaciones que por su importancia y complejidad lo requieren.

Las instrucciones técnicas y/o protocolos contemplan la sistemática de trabajo en la fase del proceso que describen, las condiciones de operación (variables del proceso) y, cuando es necesario, las instrucciones para el uso de instrumentos y maquinas.

Todas las instrucciones técnicas y protocolos están a disposición de los responsables, y son claramente legibles.

Procedimientos asociados al apartado 7.5.1
PR-CEM-001: Procedimiento de manejo de paciente en la Consulta Externa Medicina General y Especializada.
PR-CPR-001: Procedimiento de manejo del paciente en la Consulta Prioritaria.
PR-HOS-001: Procedimiento de manejo del paciente en Hospitalización.
PR-CIR-001: Procedimiento de manejo del paciente quirúrgico.

		MANUAL DE CALIDAD	
Código: M- SGC-001	Versión N°: 002	Fecha de Emisión: Febrero 2007	Fecha de última revisión: Marzo 2007

7.5.2 Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio

Este requisito se ha excluido del S.G.C. tal y como se describe en el Capítulo 1 de este Manual.

7.5.3 Identificación y trazabilidad

Este punto tiene por objeto describir los criterios generales aplicados por **ASIMED IPS & CIA LTDA** para identificar los servicios prestados y asegurar que se mantiene su trazabilidad (posibilidad de seguir rastro) desde la solicitud del servicio hasta la prestación del servicio con el fin de disponer de la información adecuada si se producen reclamaciones por parte del cliente y si se detectan internamente servicios no conformes.


Todo esto se consigue mediante la generación de documentos o archivos, ya sea en medio magnético o papel, de los registros propios de cada uno de los servicios prestados por **ASIMED IPS & CIA LTDA**.

7.5.2. Propiedad del cliente

ASIMED IPS & CIA LTDA tiene establecidas una serie de medidas para garantizar la seguridad de los pacientes o usuarios durante el tiempo de permanencia en sus instalaciones.

Para tal fin el servicio de portería y vigilancia controla los accesos de personas al recinto de la clínica, así como las actividades que se realizan en las diferentes áreas de la clínica.

Cualquier incidencia sobre los pacientes o usuarios del servicio que pueda dar lugar a una sanción administrativa, o una reclamación de un

	MANUAL DE CALIDAD		
Código: M- SGC-001	Versión N°: 002	Fecha de Emisión: Febrero 2007	Fecha de última revisión: Marzo 2007

de estos, es registrada y tramitada por atención al usuario y si es necesario por gerencia.

7.5.3. Preservación del servicio

En ASIMED IPS & CIA LTDA., esta garantizada la preservación del servicio, pues está sustentada en la identificación, almacenamiento y protección de aquellos documentos y registros que son generados cuando se presta alguno de nuestros servicios.

Procedimientos asociados al apartado 7.5.3
PR-MHC-001: Procedimiento de archivo de historias clínicas.
PR-MHC-002: Procedimiento Entrada y Salida de Historias clínicas de Archivo.
PR-MHC-003: Procedimiento de custodia y conservación de la Historia clínica

7.6. CONTROL DE LOS DISPOSITIVOS DE SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN

ASIMED IPS & CIA LTDA debe asegurar que las operaciones de manipulación, almacenamiento y conservación de los productos auxiliares y mercancías no afectan negativamente a la calidad del servicio final, y que los aspectos medioambientales asociados están bajo control.



MANUAL DE CALIDAD

Código: M- SGC-001

Versión N°: 002

Fecha de Emisión: Febrero 2007

Fecha de última revisión: Marzo 2007

8. MEDICION, ANALISIS Y MEJORA

8.1 GENERALIDADES

ASIMED IPS & CIA LTDA, tiene planificado e implementados los procedimientos de seguimiento, medición, análisis y mejora necesarios para demostrar la conformidad del servicio, la conformidad del Sistema de Gestión de Calidad y la mejora continua de la eficacia del Sistema de Gestión de Calidad.

8.2 MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO

8.2.1 Satisfacción del cliente

ASIMED IPS & CIA LTDA., realiza el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la organización, como una de las medidas del desempeño del sistema de gestión de la calidad. También se han determinado los métodos para obtener y utilizar dicha información mediante el proceso de Información y Atención al Usuario.

Procedimientos asociados al apartado 8.2.1

PR-IAU-001: Procedimiento de medición de la satisfacción del usuario

PR-IAU-002: Procedimiento de quejas y reclamos.

8.2.2 Auditoria interna

ASIMED IPS & CIA LTDA establece el procedimiento Auditoria de Calidad, en el cual se encuentra la metodología para determinar y llevar a cabo las auditorias internas de calidad, para verificar si el Sistema de Gestión de Calidad:

- ☞ Es conforme a los requisitos de la norma ISO 9001:2000.
- ☞ Ha sido implantado de manera efectiva y se mantiene actualizado.

Las auditorias internas de la calidad se programan en función de la naturaleza y de la importancia de la actividad sometida a auditoria y se llevan a cabo por el personal independiente de aquel que tiene responsabilidad directa sobre la actividad que se esta auditando. Las auditorias se realizan como mínimo una vez al año para cada proceso, pudiendo modificar la periodicidad de acuerdo al estado, las actividades y el proceso que se deben auditar, en función de los resultados de auditorias previas.

El plan de auditorias se realiza anualmente y es aprobado por el gerente general. Los resultados de las auditorias se registran y se transmiten al personal que tiene responsabilidad en el área auditada. El personal directivo responsable de esta área realiza lo más rápido posible las acciones correctivas de las deficiencias detectadas durante la auditoria con el objeto de mejorar el Sistema de Gestión de Calidad. Las acciones de seguimiento de la auditoria verifican y registran el grado de implantación y la eficacia de las acciones correctivas realizadas.

Procedimientos asociados al apartado 8.2.2

PR-SGC-003: Procedimiento de auditoria de calidad

8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos

ASIMED IPS & CIA LTDA, aplica métodos apropiados para el seguimiento, y medición de los procesos que conforman el Sistema de Gestión de Calidad como se describe en cada caracterización de proceso. Estos métodos demuestran la capacidad de los procesos para alcanzar los resultados planificados. La Medición de los Procesos se encuentra documentada en la caracterización de cada proceso. El seguimiento igualmente, se encuentra documentado en las caracterizaciones de cada proceso.

En caso de no alcanzar los resultados planificados, se llevan a cabo las correcciones y acciones correctivas conforme al “Procedimiento para Implementación de Acciones Correctivas”, para asegurarse de la conformidad del servicio.

8.2.4 Medición y seguimiento de los servicios

ASIMED IPS & CIA LTDA, establece la sistemática de las mediciones y el seguimiento realizado a los servicios, para asegurar que son conformes con los requisitos especificados.

En los procedimientos de Prestación de servicios, se exige que los servicios y productos no pasen a la etapa siguiente hasta que no se hayan realizado las inspecciones o verificaciones definidas en el procedimiento, demostrando así que cumple los requisitos especificados, los cuales permiten elaborar el indicador de conformidad de servicio.

ASIMED IPS & CIA LTDA, establece y conserva los registros que prueban que se han realizado las mediciones y el seguimiento a los servicios. Estos registros muestran, con claridad, si el servicio ha superado o no las inspecciones de acuerdo con los criterios de aceptación definidos. Cuando no se supera una inspección se aplica el procedimiento “Control del servicio No Conforme”.

8.3 Control del servicio no Conforme

ASIMED IPS & CIA LTDA, establece en el Procedimiento Servicio no Conforme, la sistemática para asegurar que cualquier servicio no conforme con los requisitos especificados no se utilice o entregue no intencional. Este control incluye la identificación, la documentación, la evaluación (cuando sea posible), el tratamiento de las no conformidades y la notificación a las áreas a las que pueda afectar. Se mantienen registros de la naturaleza de las no conformidades y de las acciones tomadas posteriormente.

Procedimientos asociados al apartado 8.3

PR-SGC-004: Procedimiento del servicio no conforme.

8.4 ANÁLISIS DE DATOS


ASIMED IPS & CIA LTDA, recopila y analiza los datos apropiados para determinar la adecuación y eficacia del Sistema de Gestión de Calidad y para identificar dónde pueden realizarse mejoras.

Al comienzo de cada anualidad la Gerencia comunica a los responsables de las Áreas, las necesidades de datos que controlar en la empresa y el formato requerido, siendo el Área de Gestión de Calidad la encargada del estudio de los distintos datos y su representación gráfica. El director de garantía de la calidad puede, a su vez, requerir el estudio de más actividades de las que se le solicitan por la Gerencia. Al principio de cada mes, los distintos jefes y coordinadores de Área y responsables de actividades concretas suministran los datos correspondientes al mes anterior al Director de Calidad. Este elabora las correspondientes tablas y representaciones gráficas, comunica los resultados a la Gerencia y, en los casos que procede, expone en las carteleras de anuncios del **ASIMED IPS & CIA LTDA**. Las representaciones gráficas con la evolución de los distintos parámetros controlados.

Los datos relativos al control de los procesos y mejora de la calidad, los evalúa el Director de Calidad que reporta mensualmente dicha información a la Gerencia.

Dada la simplicidad de sus necesidades, éstas se limitan básicamente a:

- 👉 Diagramas de barras.
- 👉 Diagramas lineales.

		MANUAL DE CALIDAD	
Código: M- SGC-001	Versión N°: 002	Fecha de Emisión: Febrero 2007	Fecha de última revisión: Marzo 2007

- ☞ Diagramas circulares.
- ☞ Tablas.

Los cuales se desarrollan tanto manualmente como mediante un sistema informático. En casos de ser necesario, Director de Calidad implanta la representación gráfica que considere oportuna para controlar un proceso.

La medición de los procesos se realiza de acuerdo a una serie de indicadores que se tienen previstos para cada uno de ellos y se encuentran relacionados en la caracterización de cada proceso.

La medición de la satisfacción del cliente se realiza mediante la tabulación de las encuesta de satisfacción, la cual evalúa el servicio, de acuerdo a la satisfacción del cliente.

8.5 MEJORA


8.5.1 Mejora Continua

ASIMED IPS & CIA LTDA, los pasos que se siguen para garantizar una mejora continua son los siguientes:

Con base en los datos recopilados y analizados, que se mencionan en el numeral 8.4 del presente Manual de Calidad, la Gerencia les otorga una priorización de acuerdo al grado de afectación al Sistema de Gestión de la Calidad.

Se define para cada uno de ellos: si se toma una Acción preventiva y/o correctiva siguiendo el procedimiento Acciones Preventivas y/o Correctivas.

- Se realiza la normalización en base a la acción tomada.
- Se realiza una divulgación al personal de la organización.
- Se implementa o se pone en práctica.
- Se hace el seguimiento de los mismos.

		MANUAL DE CALIDAD	
Código: M- SGC-001	Versión N°: 002	Fecha de Emisión: Febrero 2007	Fecha de última revisión: Marzo 2007

8.5.2 Acciones Correctivas

ASIMED IPS & CIA LTDA, establece en el procedimiento: Acciones Preventivas y/o Correctivas la metodología para la implantación de las acciones correctivas, con el objetivo de eliminar las causas de no conformidad.

Se implanta y registra cualquier cambio que surja a consecuencia de las acciones correctivas. En el procedimiento se definen los requisitos para:

- ☞ La identificación y revisión de las no conformidades.
- ☞ Determinar las causas de no conformidad.
- ☞ Evaluar la necesidad de adoptar acciones para asegurar que las no conformidades no vuelven a aparecer.
- ☞ Determinar las acciones correctivas necesarias e implantarlas.
- ☞ Registrar los resultados de las acciones adoptadas.
- ☞ Revisar las acciones adoptadas.

8.5.3 Acciones preventivas

ASIMED IPS & CIA LTDA establece en el procedimiento: Acciones Preventivas y/o Correctivas la metodología para la implantación de las acciones preventivas, con el objeto de eliminar las causas potenciales de no conformidad.

Se implanta y registra cualquier cambio que surja a consecuencia de las acciones preventivas. En el procedimiento se definen los requisitos para:



MANUAL DE CALIDAD

Código: M- SGC-001

Versión N°: 002

Fecha de Emisión: Febrero 2007

Fecha de última revisión: Marzo 2007

- ☞ La identificación de las no conformidades potenciales y sus posibles causas.
- ☞ Determinar las acciones preventivas necesarias e implantarlas.
- ☞ Registrar los resultados de las acciones adoptadas.
- ☞ Revisar las acciones preventivas.

Procedimientos asociados al apartado 8.5.2 y 8.5.3

PR-SGC-005: Procedimiento de acciones correctivas y preventivas

ACTIVIDADES DE REALIZACION	PARTICIPANTES	VARIABLES A CONTROLAR	METODOS DE CONTROL	PROCEDIMIENTOS/ INSTRUCTIVOS/ REGISTROS	RESPONS
----------------------------	---------------	-----------------------	--------------------	-----------------------------------------	---------

<p>Consulta externa medicina general y especializada</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibo y entrega de turno. • Atención y posible dotación de consultorios. • Recepción del paciente • Verificación de la documentación del Paciente. • Verificación de la especialidad a prestar. • Registrar datos del paciente en el libro de consulta externa. • Asignación de turno por orden de llegada. • Toma de signos vitales. • Elaboración y/o registro de la Historia Clínica • Prestación del servicio. • Seguimiento y análisis del libro de registro de control de consulta externa. • Recomendaciones e indicaciones por la aux. de enfermería. • Llevar soportes de pacientes atendidos a admisiones y recepción. • Diligenciamiento de encuestas 	<ul style="list-style-type: none"> • Medico especialista. • Medico General. • Auxiliar de Enfermería. • Auxiliar de Admisión y recepción • Auxiliar de Archivo e historias clínicas. • Auxiliar de sistema de información y atención a usuario • Auxiliar de insumos. • Auxiliar de Mantenimiento. • Auxiliares de Servicios Generales. • Coordinadora de enfermería. • Directora de garantía y calidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Tasa de citas canceladas: (N° de citas canceladas por especialidad /Total citas asignadas por especialidad) X 100 • Oportunidad en la Atención en Consulta Especializada : Sumatoria total de los días Calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita la cita para ser atendido y la fecha para lo cual es asignada la cita/ Número total de consultas médicas especializadas en la institución. • Porcentaje de consultas externas realizadas: (cons. Externas realizadas/ total de cons. Externas programadas)x 100 	<p>Registros</p>	<p>PR-CEM-001 PR-CEM-002 G-CEM-001 G-CIR-002 PT-CEM-001 F-ADM-001 F-ADM-002 F-CEM-001 F-CEM-002 F-CEM-003 F-CEM-004 F-CEM-005 F-CEM-006 F-CEM-007 F-CEM-008 F-CPR-002 F-CIR-010 F-IAU-003 R-CEM-001 R-CEM-002 R-CEM-003 R-HOS-002</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Director científico
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------



MANUAL DE CALIDAD

Código: M- SGC-001

Versión N°: 002

Fecha de Emisión: Febrero 2007

Fecha de última revisión: Marzo 2007

<p>Consulta prioritaria Entrega y recibo de turno Solicitud y verificación de la documentación del Usuario Atención por enfermería. Revisar historias clínicas. Atención por medico en turno y/o especialista. Diagnostico y tratamiento oportuno para definir conducta. La coordinadora de enfermería deberá regular con las auxiliares que las historias clínicas no se representen con el fin de que no se presenten problemas en el área de facturación. Realizar paquetes con soportes para buscar las órdenes de servicio respectivas. Entregar historias clínicas a facturación</p>	<p>Medico especialista. Medico General. Auxiliar de Enfermería. Auxiliar de Archivo e historias clínicas. Auxiliar de Admisiones y recepción Auxiliar de Mantenimiento. Auxiliar de Servicios Generales Auxiliar de gestión de insumos Auxiliar de facturación. Enfermera jefe Coordinadora de enfermería Directora de garantía y calidad</p>	<p>% de consultas prioritarias realizadas por especialidad: (consultas prioritarias realizadas por especialidad/ total de consultas prioritarias)X100</p>	<p>Registros</p>	<p>PR-CPR-001 PR-CPR-002 PT-CPR-001 G-CPR-001 G-CEM-001 F-CEM-001 F-CEM-002 F-CEM-003 F-CEM-004 F-CEM-006 F-CEM-007 F-CEM-008 F-CPR-001 F-CPR-002 F-CPR-003 F-CPR-004 F-CPR-005 F-CPR-006 F-CPR-007 F-CPR-008 F-CPR-009 F-CPR-010 F-CPR-011 F-CPR-012 F-CPR-013 F-CPR-014 F-CPR-018 F-CPR-019 F-IAU-003 F-ADM-001 F-ADM-002 F-ADM-003 R-CPR-001</p>	<p>Director cie</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------

<p>Cirugía y sala de procedimientos menores</p> <ul style="list-style-type: none"> Entrega y recibo de turno de aux. de enfermería e instrumentadoras quirúrgicas. Recepción del Paciente en el Área Quirúrgica o en sala de Procedimientos menores. Recepción y preparación de las muestras para patología. Constatar datos personales con los registrados en la Historia Clínica. Comprobar diligenciamiento de consentimiento informado. Comprobar preparación del Paciente para la Cirugía antes de pasarlo a Quirófano. Prestación del Servicio en Quirófano. Recepción y Monitoreo del Paciente en la Unidad de Cuidados Post-Anestésicos (UCPA) hasta su egreso. Entrega del paciente al servicio correspondiente. Recolección, clasificación y traslado de los materiales utilizados en cirugía hacia el área de limpieza y desinfección. Inspección, organización, empaque y rotulado de los materiales usados. Esterilización y ubicación de los materiales en el depósito estéril. Realizar un inventario mensual en el área de cirugía y sala de procedimientos menores. 	<ul style="list-style-type: none"> Médicos Especialistas y Generales. Instrumentadoras Quirúrgicas. Auxiliares de Enfermería. Auxiliar de Mantenimiento. Auxiliares de Servicios Generales Auxiliares de admisiones y recepción Auxiliar de facturación Auxiliar de insumos Auxiliar de historias clínicas Auxiliar del SIAU Jefe de enfermería Coordinadora de enfermería Coordinadora de salas de cirugía Coordinadora de facturación Coordinadora de insumos Directora de garantía y calidad Director científico. 	<ul style="list-style-type: none"> Tasa de cancelación de cirugías= (Nº de cirugías Canceladas por causa /Nº total de cirugías programadas.) x100 Proporción de vigilancia de eventos adversos: numero de eventos adversos detectados y gestionados / total de eventos adversos Oportunidad en la programación de Cirugía= Sumatoria del numero de días transcurridos entre la solicitud de la cirugía programada y la asignación de fecha para la cirugía programada /Total de usuarios con cirugías programadas. Tasa de complicación quirúrgica: (Nº de complicaciones quirúrgicas / Nº de total de cirugías realizadas en el periodo) x100 Tasa de complicación anestésica: (Nº de complicaciones anestésicas / Nº total de pacientes con colocación anestésica) x100 	<p>Registros</p>	<p>PR-CIR-001 PR-CIR-002 PR-CIR-003 M- CIR-001 M- CIR-002 M-CIR-003 M-HOS-001 G-CIR-001 G-CIR-002 G-CIR-003 PT-CIR-001 PT-CIR-002 F-CEM-001 F-CEM-003 F-CEM-004 F-CEM-006 F-CEM-007 F-CEM-008 F-CPR-001 F-CPR-002 F-CPR-003 F-CPR-004 F-CPR-005 F-CPR-006 F-CPR-009 F-CPR-010 F-CPR-011 F-CPR-012 F-CPR-013 F-CPR-014 F-CPR-018 F-CPR-019 F-HOS-001 F-HOS-002 F-ADM-002 F-ADM-003</p>	<p>Coordinador salas de cirugía</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------



MANUAL DE CALIDAD

Código: M- SGC-001

Versión N°: 002

Fecha de Emisión: Febrero 2007

Fecha de última revisión: Marzo 2007

				<ul style="list-style-type: none"> F-CIR-001 F-CIR-002 F-CIR-003 F-CIR-004 F-CIR-005 F-CIR-007 F-CIR-009 F-CIR-010 F-CIR-011 F-CIR-012 R-CIR-001 R-CIR-002 R-CIR-003 R-CIR-004 R-CIR-005 R-CIR-007 R-CIR-008 R-CIR-009 R-CIR-010 R-CIR-011 R-CIR-012 R-CIR-013 Certificado de nacido vivo Certificado de defunción 	
<p>Hospitalización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrega y recibo de turno • Asignación de cama • Recepción del paciente en el servicio de hospitalización. • Verificación de los soportes administrativos • Revisión de la documentación del paciente. • Prestación integral del servicio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Medico especialista. • Medico General. • Auxiliar de Enfermería. • Auxiliar de Admisiones y recepción. • Auxiliar de Mantenimiento. • Auxiliar de Servicios Generales. • Aux. de facturación 	<ul style="list-style-type: none"> • Tasa de infección intrahospitalaria : (N° total de pacientes con infección nosocomial / N° total de pacientes hospitalizados) x 100 • Tasa de contrarreferencias: (Total de contrarreferencia recibidas / Total de referencias enviadas) x 100 	Registros	<ul style="list-style-type: none"> PR-HOS-001 PR-HOS-002 PR-HOS-003 M-HOS-001 M-HOS-002 G-CPR-001 PT-HOS-001 F-CEM-001 F-CEM-003 F-CEM-004 F-CEM-006 F-CEM-007 F-CEM-008 	<ul style="list-style-type: none"> • Director científico

<ul style="list-style-type: none"> • Recibir y entregar de caja menor • Recibir y entregar de copagos a admisiones. • Recibir programación de hospitalización y cirugía. • Revisión de historias clínicas. • Realizar relación de insumos en el área de hospitalización. • Realizar inventario de materiales (insumos básicos, papelería) al almacén. • Diligenciamiento de encuestas 	<ul style="list-style-type: none"> • Aux. de almacén • Aux. de archivo e historias clínicas • Enfermera jefe • Coordinadora de enfermería • Coordinadora de salas de cirugía. • Directora de garantía y calidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Tasa de contrarreferencias: (Total de contrarreferencia recibidas /Total de referencias enviadas) x 100 • Tasa de Reingreso: (N° de pacientes que reingresan /Total de egresos vivos del periodo) x 100 • Tasa de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas: • N° total de pacientes hospitalizados que fallecen después de las 48 horas / N° total de pacientes hospitalizados. • Proporción de vigilancia de eventos adversos: • N° total de eventos adversos detectados y gestionados / N° total de eventos detectados. • Estancia hospitalaria promedio: sumatoria total de los días de los pacientes hospitalizados / N° total de egresos vivos del periodo. • Porcentaje ocupacional: N° total de días cama ocupada en el periodo / N° total de días cama disponible en el periodo 		<ul style="list-style-type: none"> F-CPR-001 F-CPR-002 F-CPR-003 F-CPR-004 F-CPR-005 F-CPR-006 F-CPR-009 F-CPR-010 F-CPR-011 F-CPR-012 F-CPR-013 F-CPR-014 F-CPR-018 F-CPR-019 F-CPR-024 F-HOS-001 F-HOS-002 F-HOS-003 F-HOS-004 F-HOS-005 F-HOS-006 F-ADM-001 F-ADM-002 F-ADM-003 F-CIR-003 F-CIR-004 F-CIR-005 F-CIR-012 F-IAU-003 R-HOS-001 R-HOS-002
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



MANUAL DE CALIDAD

Código: M- SGC-001

Versión N°: 002

Fecha de Emisión: Febrero 2007

Fecha de última revisión: Marzo 2007

<p>Gestión de calidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de los documentos. • Realización del Control de los Documentos. • Realización del Control de los Registros. • Realización de auditorias de Calidad • Realización de la Revisión por la Dirección. • Realización del Control del Servicio no conforme. • Realización de las acciones Correctivas y preventivas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comité de Calidad y demás empleados de la empresa 	<ul style="list-style-type: none"> • Cumplimiento del programa de auditoria • Acciones correctivas tratadas/Total de acciones correctivas presentadas • Número de no conformidades tratadas/número de no conformidades presentadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Registro (Lista de chequeo y Reporte de auditoria) • Registros (Reporte de no conformidad, Acción correctiva y acción preventiva) 	<p>PR-SGC-001 PR-SGC-002 PR-SGC-003 PR-SGC-004 PR-SGC-005 F-SGC-001 F-SGC-002 F-SGC-003 F-SGC-004 F-SGC-005 F-SGC-006 F-SGC-007 F-SGC-008 F-SGC-009 F-SGC-010 F-SGC-011 F-SGC-012 F-SGC-013 F-SGC-014 F-SGC-015 F-SGC-016</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gerente General • Director Garantía Calidad
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------



CARACTERIZACION DE I

PROCESOS DE DIRE