

	E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS NIT. 800201197-7 CIENAGA DE ORO – CORDOBA	
	MANUAL DE CALIDAD	
	Manual de Calidad	
	Copia controlada	SI
	Versión	02
	Página	1 de 2

ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO

Ciénaga de Oro - Córdoba

MANUAL DE CALIDAD

ANDREA CEBALLOS TERAN
GERENTE

NOVIEMBRE 2016

	E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS NIT. 800201197-7 CIENAGA DE ORO – CORDOBA	
	MANUAL DE CALIDAD	
	Manual de Calidad	
	Copia controlada	SI
	Versión	02
	Página	1 de 2

TABLA DE CONTENIDO

1. GENERALIDADES

- 1.1 Introducción.
- 1.2. Alcance del Sistema de Gestión de Calidad
- 1.3. Responsable.
- 1.4. Control y divulgación del Manual de Calidad.

2. DEFINICIONES.

3. ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO CIENAGA DE ORO

- 3.1. Reseña Histórica de la Entidad.
- 3.2. Ubicación del Hospital.
- 3.3. Objetivos Corporativos.
- 3.4. Principios Básicos.

4. DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

- 4.1. Definición del Sistema de Gestión de la Calidad
- 4.2. Mapa de procesos
- 4.3. Control de procesos

5. DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

- 5.1. Misión
- 5.2. Visión
- 5.3. Política de Calidad
- 5.4. Objetivos de Calidad
- 5.5. Estructura Orgánica
- 5.6. Responsabilidad de la Dirección

	E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS NIT. 800201197-7 CIENAGA DE ORO – CORDOBA	
	MANUAL DE CALIDAD	
	Manual de Calidad	
	Copia controlada	SI
	Versión	02
	Página	1 de 2

1. GENERALIDADES

1.1 Introducción.

Describir la estructura del sistema de gestión de calidad de la ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO de Ciénaga de Oro –integrando la política y los objetivos de calidad, con cada de los servicios que ofrece la ESE y las responsabilidades de cada involucrado en materia de calidad, junto a los directrices generales por cumplir a cumplir por la entidad; igualmente describir los procesos y procedimientos básicos estableciendo las interrelaciones que garanticen una adecuada gestión del sistema basado en el cumplimiento de los requisitos y la satisfacción del cliente, al igual que de las demás partes interesadas.

Este manual representa las disposiciones adoptadas por el Hospital para cumplir políticas, objetivos, requisitos legales, contractuales y normativos relacionados con la calidad, así como, el decreto 1011 del 2006 reglamentario del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad.

1.2. Alcance del Sistema de Gestión de Calidad

Este Manual aplica a todas las actividades de los procesos identificados en el MAPA DE PROCESOS de la ESE Hospital San Francisco de Ciénaga de Oro. El manual describe las disposiciones adoptadas por la entidad para cumplir las políticas, los objetivos, los requisitos legales, contractuales y normativos.

Para lograr una adecuada planificación del sistema de Gestión de la Calidad y el mejoramiento continuo de los procesos y el sistema en general, la ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO ha adoptado la metodología PHVA que consiste en avanzar a lo largo del siguiente ciclo:

PLANIFICAR

Establecer los objetivos y procesos necesarios para conseguir los resultados de acuerdo con los requisitos del cliente y las políticas de la Entidad. Esta fase del ciclo comprende varias etapas como son la selección del proceso, su comprensión y análisis.

	E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS NIT. 800201197-7 CIENAGA DE ORO – CORDOBA	
	MANUAL DE CALIDAD	
	Manual de Calidad	
	Copia controlada	SI
	Versión	02
	Página	1 de 2

HACER

Mejorar e implementar los procesos

VERIFICAR

Realizar el seguimiento y la medición de los procesos, respecto a las políticas, los objetivos e informar sobre los resultados obtenidos.

ACTUAR

Es la fase que comprende la estandarización y la toma de las acciones para mejorar continuamente el desempeño de los procesos.

1.3. Responsable

El responsable de la actualización del contenido del manual de calidad, así como de su correcta divulgación es el Jefe de la Oficina de Calidad

1.4. Control y divulgación del Manual de Calidad.

Este Manual entra en vigencia con la fecha del acto administrativo por el cual es aprobado. Su divulgación debe ser a todos los representantes de los procesos del Sistema de Gestión de Calidad y los Coordinadores de Unidad Funcional administrativas y asistenciales, Jefes de oficina o área y coordinadores de servicio.

2. DEFINICIONES

Calidad: Conjunto de características inherentes a una cosa que permite caracterizarla y valorarla cumpliendo con los requisitos.

Manual de calidad: Es un documento donde se especifican la misión y visión de una empresa con respecto a la calidad así como la política de la calidad y los objetivos que apuntan al cumplimiento de dicha política

Misión: Es la formulación clave y amplia de la definición de la Institución, donde se expresan los propósitos de la organización detallando lo que se hace y los elementos que le soportan en una gerencia por resultados.

	E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS NIT. 800201197-7 CIENAGA DE ORO – CORDOBA	
	MANUAL DE CALIDAD	
	Manual de Calidad	
	Copia controlada	SI
	Versión	02
	Página	1 de 2

Visión: Es una declaración o manifestación que indica hacia dónde se dirige la institución o qué es aquello en lo que pretende convertirse en el largo plazo.

Política de Calidad: Es un breve documento de una extensión no mayor a una hoja que se integra en el manual de calidad y que demuestra el compromiso de la dirección de implantar un sistema de gestión de la calidad orientado a la atención del cliente y a la mejora continua.

Objetivo de calidad: Algo ambicionado, o pretendido, relacionado con la calidad.

PHVA: Planificar, Hacer, Verificar, Actuar, este es el ciclo de mejoramiento continuo o círculo de calidad.

3. ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO CIENAGA DE ORO

3.1. Reseña Histórica de la Entidad.

La ESE Hospital San Francisco del Municipio de Ciénaga de Oro –Córdoba, tuvo sus inicios para finales del año 1951 y comienzos del AÑO 1952, fecha para la cual inicio la primera construcción, siendo presidente de la Republica el Doctor LAUREANO GOMEZ, este hecho coincidió prácticamente con la creación del Departamento de Córdoba, y su primer Gobernador MIGUEL BUELVA, desempeñándose como alcalde del municipio de Ciénaga de Oro LUIS BURGOS VEGA.

El lote donde hoy funciona la ESE Hospital San Francisco era conocido como la plaza de la Cruz de la vuelta arriba, y servía de escenario todos los años para el 3 de Mayo, fecha en la cual se conmemoraban las fiestas de la Santa Cruz, con actos como corralejas y fandango.

EL PUESTO DE SALUD del Municipio de Ciénaga de Oro fue terminado para mediados del año 1952, y como tal fue inaugurado con el nombre de PUESTO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE CIENAGA DE ORO, siendo el primer director el Doctor LAZARO DE LEON JIMENEZ (QEPD), Medico prestigioso, oriundo de este Municipio, y destacado por su vocación de servicio a la comunidad.

	E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS NIT. 800201197-7 CIENAGA DE ORO – CORDOBA								
	MANUAL DE CALIDAD	<table border="1"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Manual de Calidad</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Copia controlada</td> <td style="text-align: center;">SI</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Versión</td> <td style="text-align: center;">02</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Página</td> <td style="text-align: center;">1 de 2</td> </tr> </table>	Manual de Calidad		Copia controlada	SI	Versión	02	Página
Manual de Calidad									
Copia controlada	SI								
Versión	02								
Página	1 de 2								

El puesto de salud del municipio de ciénaga de oro abrió sus puertas prestando los servicios de urgencia y consulta externa, para la década de los años 80, la ESE Hospital San Francisco del municipio de ciénaga de oro, convertido en ese entonces en Centro de salud, se encamina en la senda del Verdadero progreso y llegan cambios trascendentales, para la historia del municipio de ciénaga de oro respecto al área de la salud.

En el año 1980, se lograron la asignación de unos recursos económicos, importantes para el centro de Salud del Municipio de Ciénaga de Oro, recursos que permitieron la construcción, dotación y funcionamiento del LABORATORIO CLINICO DEL CENTRO DE SALUD, siendo este uno de los primeros centros de salud en el Departamento de Córdoba, que estaba en esta clase de servicio; pero el cambio más trascendental y de gran envergadura en materia de progreso que ha tenido la ESE Hospital San Francisco del Municipio de Ciénaga de Oro, llegó en el año 1982, el centro de Salud es elevado a la categoría de HOSPITAL LOCAL DEPENDIENTE DE CERETE, para lo cual se inicia la etapa total de construcción de lo que es hoy en día la ESE Hospital San Francisco del Municipio de Ciénaga de Oro.

A finales del año 1984 las obras de construcción del Hospital San Francisco concluyen y se inaugurarán, entregándole a la comunidad una obra de gran envergadura que prestara los servicios básicos de salud en el primer nivel: consulta externa, consulta de Urgencias, consulta de odontología, sala de Maternidad, reubicaron del laboratorio Clínico, y programas de Promoción y prevención.

En el año 1993, el Hospital San Francisco se constituye como Empresa Social del Estado a través de un Acuerdo del Concejo Municipal, esto generó una gran transformación al interior del Hospital, y es así como alcanza una oferta de servicios de acuerdo con la situación de salud del municipio.

Para el mes de abril del año 2008, siendo Alcalde del Municipio de Ciénaga de Oro, Doctor PLINIO D'PAOLA es nombrado como director de la ESE Hospital San Francisco del Municipio de Ciénaga de Oro a través de concurso por meritocracia el doctor FARID VERGARA ORTEGA, quien retoma nuevamente las banderas del progreso de la ESE Hospital San Francisco, y en corto tiempo ejecutando su plan de gestión efectúa cambios importantes tales como: La remodelación y adecuación y dotación del Área de hospitalización, La construcción y dotación de la sala de pediatría, la reubicación de los consultorios de consulta externa y de los programas de promoción y prevención; en la actualidad se está implementando el Modelo Estándar de

	E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS NIT. 800201197-7 CIENAGA DE ORO – CORDOBA	
	MANUAL DE CALIDAD	
	Manual de Calidad	
	Copia controlada	SI
	Versión	02
	Página	1 de 2

Control Interno. Lo anterior se ve reflejado en la mejora del servicio hacia los usuarios y clientes externos de la ESE Hospital San Francisco. El Doctor FARID VERGARA presentó renuncia del Cargo de Gerente el día 1 de Septiembre de 2009.

El 2 de Septiembre de 2009, fue nombrado como Gerente Encargado el Doctor EMBERT CRISTIAN AMAYA PRETELT, Médico Oriundo de este Municipio, quien al tomar posesión del cargo manifestó sus deseos de sacar adelante la ESE Hospital San Francisco, a través de una buena gestión administrativa que beneficie a toda la comunidad de Ciénaga de Oro.

El día 5 de Noviembre de 2010, fue nombrado como Gerente Encargado el Doctor JOSE RAUL LORA MENDOZA, Médico Oriundo de este Municipio.

El día 6 de Julio de 2012, fue nombrado como gerente el doctor MIGUEL ANTONIO PACHECO MARQUEZ, mediante el Decreto No. 076 del 6 de Julio de 2012 firmado por el señor alcalde municipal EDUARDO ELIAS ZARUR FLOREZ

El día 29 de septiembre de 2015, fue nombrado como Gerente Encargado el Doctor CARLOS OROZCO GUZMAN, mediante el Decreto No. 129 del 29 de Septiembre de 2015 firmado por el señor alcalde municipal EDUARDO ELIAS ZARUR

3.2. Ubicación del Hospital.

El Hospital San Francisco se encuentra ubicado en Ciénaga de Oro – Departamento Córdoba.

3.3. Objetivos Corporativos

Prestar servicios de salud con eficiencia, eficacia y calidad a nuestros usuarios, proveedores y cliente interno.

Ser una empresa con rentabilidad financiera y social a través de una adecuada gestión administrativa.

Implementar los mecanismos de participación ciudadana y comunitaria.

Diseñar una estructura orgánica y dinámica que se adapte rápidamente a los cambios del entorno.

Satisfacer las necesidades de nuestros usuarios.

Mejorar el estado de salud de la población de Ciénaga de Oro.

Brindar oportunidades de desarrollo humano y técnico al Talento Humano.

	E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS NIT. 800201197-7 CIENAGA DE ORO – CORDOBA	
	MANUAL DE CALIDAD	
	Manual de Calidad	
	Copia controlada	SI
	Versión	02
	Página	1 de 2

Prestar un servicio con ética, que nos permita posesionarnos más en el mercado.

Desarrollar el sentido de pertenecía del Talento Humano por la Empresa.

Fortalecer el desarrollo tecnológico acorde con las necesidades del mercado y los avances de la ciencia medica.

Racionalizar los recursos como mecanismo de estrategia para la priorización de las necesidades.

Lograr que la participación social asuma un papel protagónico en todas las etapas del proceso.

3.4. Principios Básicos

UNIVERSALIDAD

Todos los habitantes del Territorio Nacional tendrán el Derecho de recibir los Servicios de Atención en Salud que ofrece la Institución.

PARTICIPACIÓN CIUDADANA

Será deber de todos los ciudadanos, propender a la conservación de la Salud Personal, Familiar y Comunitaria y contribuir a la Planeación y Gestión de los respectivos servicios de salud.

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

La Comunidad tendrá derecho a participar en los procesos de Diagnostico, formulación y elaboración de Planes, Programas y Proyectos, toma de decisiones, administración y gestión, relacionados con los servicios de salud, en las condiciones establecidas en la Ley 10/90 y en sus reglamentos.

SUBSIDARIEDAD

La institución podrá prestar transitoriamente, servicios correspondientes a Niveles Inferiores, cuando las Entidades responsables de estos últimos, no estén en capacidad de hacerlo por causas justificadas, debidamente calificadas por el Ministerio de Salud o la Entidad en el cual éste delegue la calificación, conforme a lo previsto en la Ley 10/90.

COMPLEMENTARIEDAD

La institución podrá prestar servicios correspondientes a niveles superiores, siempre y cuando la capacidad científica, económica, financiera y administrativa se lo permita y atiendan debidamente el nivel que le

	E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS NIT. 800201197-7 CIENAGA DE ORO – CORDOBA	
	MANUAL DE CALIDAD	
	Manual de Calidad	
	Copia controlada	SI
	Versión	02
	Página	1 de 2

corresponde, previa aprobación del Ministerio de Salud o la Entidad que éste delegue, conforme a lo previsto en la Ley 10/90.

4. DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

4.1. Definición del Sistema de Gestión de la Calidad

El Sistema de Gestión de la Calidad del Hospital, define la política en materia de calidad, los objetivos de calidad, así como la estructura operativa que le permite prestar servicios con calidad.

Su desarrollo a través del trabajo en equipo, la identificación de la interrelación entre diferentes áreas y disciplinas a permitido estructurar o modelar la entidad bajo un enfoque organizacional basado en procesos orientado de manera coherente a la satisfacción del usuario y convirtiéndose en una herramienta de gestión eficiente que permita el logro de los objetivos institucionales.

4.2. Mapa de procesos

Los procesos identificados en la E.S.E. Hospital San Francisco se interrelacionan e interactúan entre si actuando como clientes que tienen necesidades, expectativas y proveedores que suministran información y/o recursos basados en los requerimientos de cada unidad.



E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS

NIT. 800201197-7

CIENAGA DE ORO – CORDOBA

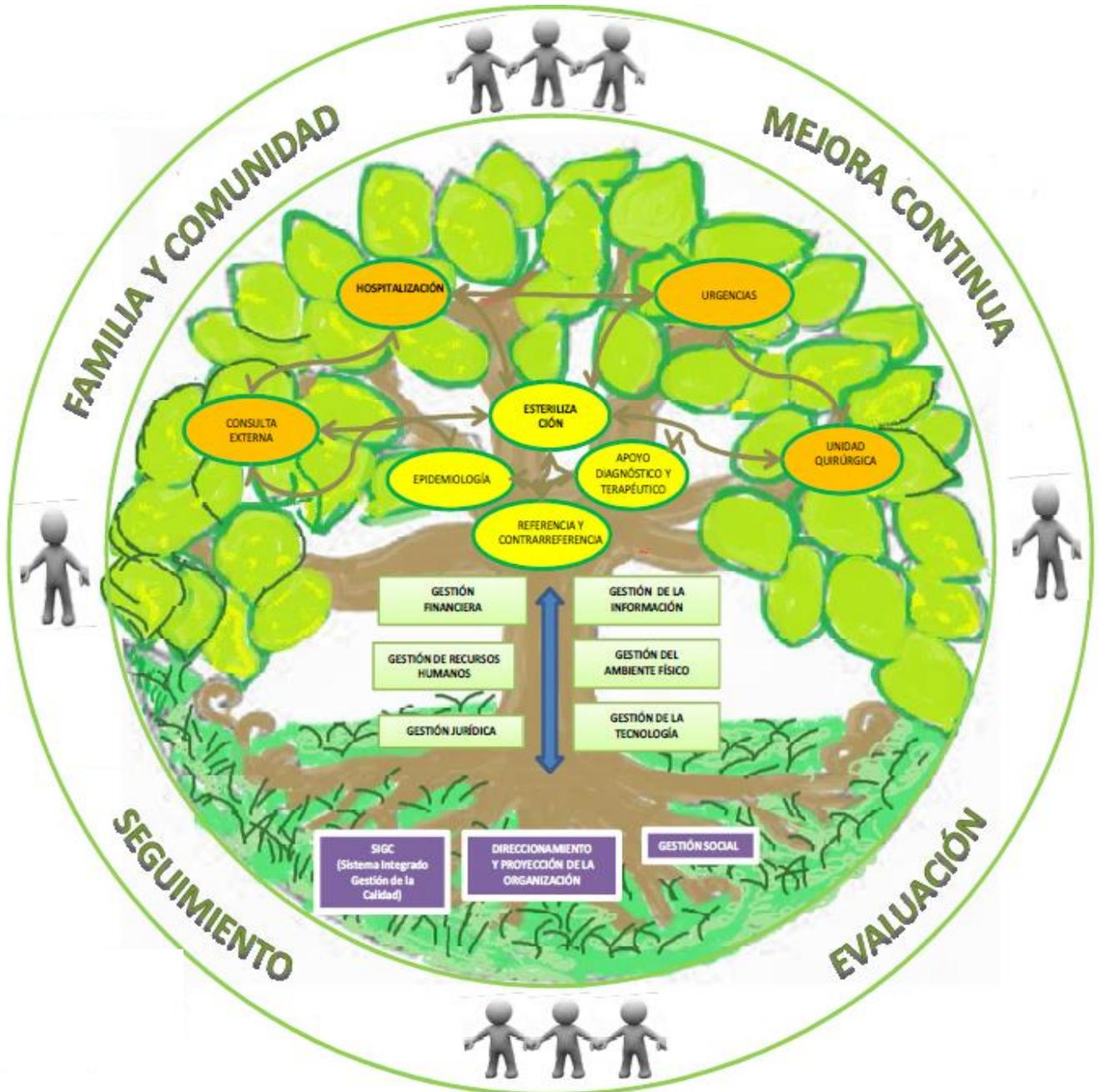
MANUAL DE CALIDAD

Manual de Calidad

Copia controlada SI

Versión 02

Página 1 de 2



	E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS NIT. 800201197-7 CIENAGA DE ORO – CORDOBA	
	MANUAL DE CALIDAD	
	Manual de Calidad	
	Copia controlada	SI
	Versión	02
	Página	1 de 2

4.3. Procesos del Sistema de Gestión de la Calidad

El Hospital asegura la operación eficaz y eficiente de los procesos: Identificando, clasificando sus procesos y acordando un esquema de presentación que se documenta en el Mapa de procesos en el cual se clasifican en: Procesos de Dirección, Misionales, de Apoyo y de Evaluación.

Determinando la secuencia e interrelaciones entre estos procesos, de tal manera que se garantice una gestión dinámica; la secuencia y la caracterización de los procesos se documentan en el Manual de procesos.

Compartiendo esta información con todos los grupos de trabajo constituidos al interior de la organización para realimentar el proceso de construcción del mapa de procesos y la caracterización de los procesos y obtener una visión compartida por parte del Hospital y alcanzar la mejora continua.

Como resultado de la planificación del Sistema de Gestión de la Calidad, se gestionan los procesos con el enfoque del ciclo P-H-V-A y el enfoque basado en procesos. Dentro del contexto del Sistema de Gestión de la Calidad, el PHVA es un ciclo dinámico que se desarrolla dentro de cada proceso de la organización y en el sistema de procesos como un todo. Está íntimamente asociado con la planificación, implementación, control y mejora continua, tanto en la realización del servicio, como en otros procesos del Sistema de Gestión de la Calidad. El mantenimiento y la mejora continua de la capacidad del proceso se logran aplicando el concepto de PHVA en todos los niveles de la organización.

4.4. Control de proceso

El control de los procesos lo ejecuta cada coordinador de las diferentes áreas y responsable de proceso, mediante un seguimiento permanente, a la vez La Oficina de Control Interno hace el respectivo seguimiento de los procesos, siguiendo el cronograma realizado anualmente.

	E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS NIT. 800201197-7 CIENAGA DE ORO – CORDOBA	
	MANUAL DE CALIDAD	
	Manual de Calidad	
	Copia controlada	SI
	Versión	02
	Página	1 de 2

5. DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

5.1. Misión

EL Hospital San Francisco es una Empresa Social del Estado de Baja Complejidad, que brinda atención integral en Salud, contribuyendo con el mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad del municipio de Ciénaga de oro, basada en los principios de gestión, solidaridad y confianza, que cuenta con un equipo humano calificado y cuya finalidad es satisfacer las necesidades de los usuarios.

5.2. Visión

Ser una entidad líder en el sector salud a nivel departamental y nacional ofreciendo servicios con eficiencia, eficacia y calidad, buscando un mayor impacto en la calidad de vida de nuestros usuarios, respondiendo efectivamente a los del entorno.

5.3. Política de Calidad

En la ESE Hospital San Francisco de Ciénaga de Oro, somos una institución que presta servicios de salud del primer nivel de atención orientados especialmente a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, solucionando las expectativas y necesidades en salud de nuestros usuarios y sus familias, trabajando permanente en el mejoramiento de nuestros procesos, agregando valor a los servicios ofrecidos y fundamentados en la responsabilidad, la idoneidad, principios éticos, calidez del talento humano, accesibilidad y oportunidad conforme a los lineamientos emanados por el estado y las normas de la institución.

5.4. Objetivos de Calidad

Garantizar que los servicios que presta nuestra Institución se realicen por personal competente, comprometido y amable.

	E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS NIT. 800201197-7 CIENAGA DE ORO – CORDOBA	
	MANUAL DE CALIDAD	
	Manual de Calidad	
	Copia controlada	SI
	Versión	02
	Página	1 de 2

Mantener y mejorar el sistema Integrado de Gestión de Calidad para asegurar la satisfacción de nuestros clientes y el cumplimiento de las normas vigentes.

Prestar a nuestros usuarios servicios de salud de primer nivel de complejidad, con el mínimo riesgo, en forma oportuna, con eficiencia, eficacia y efectividad.

Cumplir con la totalidad de los estándares de condiciones técnico científicas del Sistema Único de Habilitación resolución 1043.

Preparar a través del proceso de capacitación a los funcionarios de la ESE Hospital San Francisco de Ciénaga de Oro, para responder adecuadamente a los nuevos retos del sistema de seguridad social.

Impulsar y desarrollar el sistema de control interno y fortalecer los procesos de comunicación y retroalimentación de la ESE.

Proveer los recursos necesarios y suficientes para mantener y mejorar la infraestructura.

Garantizar la calidad de la atención en salud a través de un enfoque sistémico de la atención médica y de mecanismos de control interno eficiente, eficaz y efectivo.

5.5. Estructura Orgánica

La estructura organizacional de la ESE Hospital San Francisco presenta un nivel jerárquico vertical, en el que todos los grupos o áreas, serán coordinados por un Profesional Universitario y el Gerente, quienes a su vez son ejecutores de los diferentes procesos. El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, estará a cargo de la Gerencia, que junto con el nivel profesional llevarán a cabo las funciones cuya naturaleza demanda aplicación de los conocimientos propios del área de la salud, de acuerdo a su competencia.

La estructura organizacional, en su segundo nivel jerárquico, muestra las actividades que serán desarrolladas por los grupos funcionales administrativo y asistencial.

	E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS NIT. 800201197-7 CIENAGA DE ORO – CORDOBA	
	MANUAL DE CALIDAD	
	Manual de Calidad	
	Copia controlada	SI
	Versión	02
	Página	1 de 2

El grupo administrativo estará integrado por un profesional universitario quien con apoyo de un técnico y auxiliares administrativos será el responsable de los procesos de manejo de personal, presupuesto, cartera, tesorería, facturación y almacén.

Dentro del grupo que integra el área asistencial o de atención al usuario se encuentran los servicios de: urgencias, hospitalización, ambulatorio (consulta externa médica y odontológica) y apoyo diagnóstico.

Se diseñó un Organigrama donde el nivel jerárquico se centraliza con un número mínimo de dependencias, determinando dos grupos funcionales que abarquen la totalidad de necesidades para un funcionamiento acorde con los requerimientos de la oferta y demanda de servicios de la institución hospitalaria.

Se ajusta la organización de la institución con el fin de que se dedique a cumplir con la misión de la misma y hacerla más funcional y productiva, por lo que después de los respectivos estudios se suprimieron las unidades tanto administrativas, asistenciales como asesoras, las que se reagrupan en las dependencias principales Gerencia y grupos funcionales administrativo y asistencial. Se suprimieron algunos niveles jerárquicos dejando una estructura plana flexible y funcional que permita una comunicación ágil y que la toma de decisiones sea más oportuna.

	E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS NIT. 800201197-7 CIENAGA DE ORO – CORDOBA	
	MANUAL DE CALIDAD	
	Manual de Calidad	
	Copia controlada	SI
	Versión	02
	Página	1 de 2



5.6. Responsabilidad de la Dirección

Todos los funcionarios del Hospital San Francisco de Ciénaga de Oro se comprometen a trabajar por el mejoramiento de los procesos y de la calidad de la atención, cumpliendo la Política de Calidad en las actividades diarias y aportando día a día para alcanzar los objetivos de calidad, formulados para el Sistema de Gestión de la Calidad. La Alta dirección lidera e impulsa el Sistema de Gestión de la Calidad del Hospital y participa activamente en su desarrollo y permanente actualización.

	E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS NIT. 800201197-7 CIENAGA DE ORO – CORDOBA	
	MANUAL DE CALIDAD	
	Manual de Calidad	
	Copia controlada	SI
	Versión	02
	Página	1 de 2

PROCESO DE AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD

TABLA DE CONTENIDO

<u>1. OBJETO</u>	16
<u>2. ALCANCE</u>	16
<u>3. DEFINICIONES</u>	17
<u>4. NORMATIVIDAD</u>	18
<u>5. CONDICIONES GENERALES</u>	18
<u>6. CONTENIDO</u>	21
<u>7. DIAGRAMA DE FLUJO</u>	23
<u>8. REGISTROS DE CALIDAD</u>	24
<u>9. DOCUMENTOS DE REFERENCIA</u>	24
<u>10. ANEXOS</u>	24

1. OBJETO

Este procedimiento tiene por objeto establecer las responsabilidades y requisitos necesarios para la planificación y realización de auditorías internas al Sistema de Gestión de la Calidad de la entidad, así como para informar sus resultados, mantener los registros de calidad que se deriven de su aplicación y para el aseguramiento de la competencia de los integrantes del equipo auditor.

2. ALCANCE

Este procedimiento aplica para la ejecución del ciclo de auditorías internas de calidad, determina si el Sistema de Gestión de la Calidad:

- Es conforme con lo planeado, con los demás requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad establecidos por la entidad y satisface plenamente los requisitos establecidos por la norma NTCGP 1000:2004.
- Se ha implementado y se mantiene de manera eficaz.

	E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS NIT. 800201197-7 CIENAGA DE ORO – CORDOBA	
	MANUAL DE CALIDAD	
	Manual de Calidad	
	Copia controlada	SI
	Versión	02
	Página	1 de 2

3. DEFINICIONES

3.1 ACCIÓN CORRECTIVA

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

3.2 AUDITADO

Área o persona que debe demostrar el cumplimiento de uno o varios requisitos.

3.3 AUDITOR

Persona con la competencia para llevar a cabo una auditoría.

3.4 CORRECCIÓN

Acción tomada para eliminar una no conformidad detectada.

3.5 CRITERIOS DE AUDITORÍA

Conjunto de requisitos utilizados como referencia.

3.6 EFICACIA

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

3.7 EVIDENCIA OBJETIVA

Datos que respaldan la existencia o veracidad de algo.

3.8 HALLAZGO DE UNA AUDITORÍA

Resultado de la evidencia de la auditoría.

3.9 NO CONFORMIDAD

Incumplimiento de un requisito.

	E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS NIT. 800201197-7 CIENAGA DE ORO – CORDOBA	
	MANUAL DE CALIDAD	
	Manual de Calidad	
	Copia controlada	SI
	Versión	02
	Página	1 de 2

3.10 NO CONFORMIDAD MAYOR

Hecho que evidencia falta de cumplimiento de un requisito, que impide el cumplimiento de la política o los objetivos de calidad, ausencia de evidencias de cumplimiento.

3.11 NO CONFORMIDAD MENOR

Hallazgo de evidencia de falta ocasional de cumplimiento de un requisito, que no lesiona el logro de los objetivos o la aplicación de la política.

Situación que puede generar en corto plazo una no conformidad. Oportunidad de mejora de un proceso, plan, método.

3.12 OBSERVACIÓN

Situación que puede generar en corto plazo una no conformidad. Oportunidad de mejora de un proceso, plan, método.

3.13 REQUISITO

Características expresadas en forma cuantitativa o cualitativa respecto a una entidad, que deben cumplirse para lograr la satisfacción de determinada necesidad o expectativa establecida, que permiten su realización y su examen.

3.14 VERIFICACIÓN

Verificación mediante el aporte de evidencia objetiva de que se han cumplido los requisitos especificados.

4. NORMATIVIDAD

LEY 100 DE 1993
 LEY 1122 DE 2007
 DECRETO 1011 DE 2006
 RESOLUCION 2181 DE 2008
 NTCGP 1000:2004
 NTC-ISO 19011:2002

5. CONDICIONES GENERALES

	E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS NIT. 800201197-7 CIENAGA DE ORO – CORDOBA	
	MANUAL DE CALIDAD	
	Manual de Calidad	
	Copia controlada	SI
	Versión	02
	Página	1 de 2

La auditoría interna de calidad se realizará con una frecuencia semestral a la totalidad de los procesos internos de la entidad. El alcance de la auditoría a cada proceso está en función del grado de adecuación que se encuentre en auditorías anteriores.

El alcance de la auditoría se refiere a los límites que cubrirá la misma, por ejemplo el proceso total, un procedimiento específico.

El enfoque de una auditoría se refiere al objetivo buscado, por ejemplo: verificación de la aplicación de un criterio, de la incorporación de un cambio en un proceso o el impacto de unos procesos en otros, eficacia de un método.

5.1 AUDITORES INTERNOS DE CALIDAD

Son definidos por la alta dirección y el representante de la dirección en un número que permita cumplir la frecuencia establecida. Los auditores deben cumplir con el perfil establecido para ellos.

La Alta Dirección define el Coordinador de las auditorías que será uno de los auditores y que tendrá como responsabilidades realizar el seguimiento al proceso con el objeto de garantizar su eficacia, asegurar que se dispone de los registros respectivos, realizar el informe a la Alta Dirección, evaluar el proceso con base en la retroalimentación de los auditados, coordinar las reuniones con el grupo de auditores para identificar y aplicar las mejoras al proceso.

5.2 TÉRMINOS Y CONDICIONES PARA LA REALIZACIÓN DE LAS AUDITORÍAS:

PROGRAMACIÓN: Deberá entregarse a los jefes y coordinadores, en la semana siguiente a su definición.

PLAN: Deberá entregarse con un tiempo no menor a una semana al (los) auditados.

EJECUCIÓN: Deberá realizarse de ser posible en la fecha establecida en el plan, de no ser posible por una circunstancia insalvable, se acepta un aplazamiento dentro de un término no mayor a diez días a partir de la fecha programada.

INFORME: Deberá entregarse a más tardar en la semana siguiente a la ejecución de la auditoría.

ACCIONES CORRECTIVAS: Deberán ser entregadas por el auditado dentro de los diez siguientes días a la realización de la auditoría.

	E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS NIT. 800201197-7 CIENAGA DE ORO – CORDOBA	
	MANUAL DE CALIDAD	
	Manual de Calidad	
	Copia controlada	SI
	Versión	02
	Página	1 de 2

AUDITORÍA DE SEGUIMIENTO: Debe realizarse a más tardar una semana después de la fecha de la acción correctiva mas lejana, cuando ella se cumple antes de finalizar cada semestre; si una acción correctiva requiere mas tiempo, se realizará seguimiento a las demás acciones y a la acción en cuestión se realizará el seguimiento la semana siguiente a su cumplimiento. Se informará de esto al Coordinador de Auditorías.

RETROALIMENTACIÓN: El auditado entregará el formato respectivo diligenciado a mas tardar quince días luego de la realización de la auditoría.

INFORME A LA ALTA DIRECCIÓN: El Coordinador de Auditorías, entregará informes parciales con la frecuencia establecida en el indicador de gestión del proceso de Seguimiento y Medición y entregará un reporte para la reunión de Revisión Directiva.

MEJORAMIENTO DEL PROCESO DE AUDITORÍAS: El Coordinador de Auditorías citará a una reunión semestral al grupo de auditores con el objeto de analizar el método utilizado, la eficacia de las auditorías e identificar mejoras. Por solicitud de la Alta Dirección o de los auditores, puede realizar reuniones adicionales a fin de confrontar los criterios sobre los hallazgos, suministrar información sobre cambios en el Sistema de Gestión.

ACCIONES CORRECTIVAS RESULTANTES DE NO CONFORMIDADES: Son definidas por los auditados con base en la magnitud del hallazgo y la urgencia de solución depende del impacto de la no conformidad en el desempeño del sistema de gestión, cumplimiento de política y objetivos de calidad. El auditor responsable establece si las acciones definidas por el auditado solucionan eficaz y oportunamente las no conformidades, de lo contrario solicitará acciones adecuadas a cada caso. Una no conformidad identificada en una auditoría podría ser solucionada con una corrección.

AUDITORÍA DE SEGUIMIENTO: Forma parte integral de la auditoría, la realiza el auditor responsable y en casos excepcionales la puede realizar otro de los auditores. La eficacia del proceso auditado se establece con base en las auditorías de seguimiento y forma parte del informe a la Alta Dirección.

	E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS NIT. 800201197-7 CIENAGA DE ORO – CORDOBA	
	MANUAL DE CALIDAD	
	Manual de Calidad	
	Copia controlada	SI
	Versión	02
	Página	1 de 2

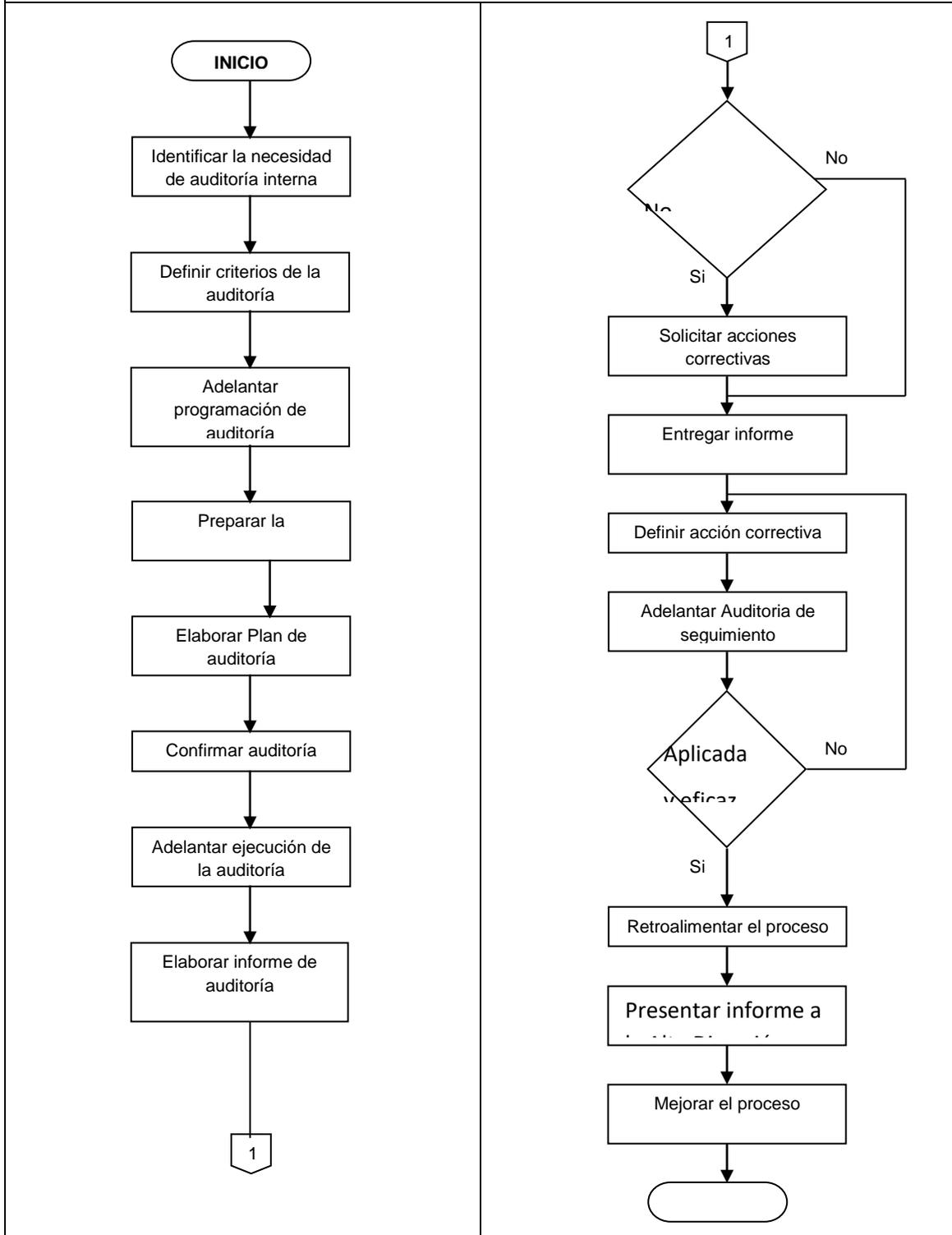
6. CONTENIDO

No.	RESPONSABLE	DEPENDENCIA PARTICIPANTE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	Representante de la Alta Dirección, Auditores Internos de Calidad, Líderes de procesos	Gerencia, Control Interno (Dependencias o Unidades Administrativas)	La necesidad de una auditoría puede obedecer a las siguientes razones especificado por la norma NTCGP 1000:2004 u otra aplicable: <ul style="list-style-type: none"> - Variabilidad de los resultados. - Solicitud de un cliente. - Procesos o métodos de trabajo nuevos - Planes de trabajo no consolidados o con resultados inconsistentes. - Importancia y nivel de desarrollo de los procesos internos.
2	Comité de Calidad	Comité de Calidad	Definir criterios de la auditoría: establecer la frecuencia, el perfil de los auditores, el grupo de auditores, requisitos para calificar los auditores.
3	Representante de la Alta Dirección, Grupo Auditores Internos de Calidad	Control Interno (Dependencias o Unidades Administrativas)	Se definen los procesos a auditar, grupo auditado, autor (es), alcance, enfoque, fecha y diligenciar el registro programa de auditorías (RPAIC001) . El programa se entrega a responsables de los procesos, Comité de Calidad y representantes de la Alta Dirección.
4	Auditor Designado	Grupo de Auditores Internos de Calidad	Revisar documentación aplicable (procedimientos y registros en el manual).
5	Comité de Calidad	Comité de Calidad	Consultar cambios al proceso, revisar registros de auditorías anteriores los requisitos aplicables de la norma NTCGP 1000:2004.
6	Auditor Designado	Grupo de Auditores Internos de Calidad	Diligenciar registro "Lista de chequeo de la Auditoría" (RPAIC002) .
7			Establecer el objeto, alcance, documentos de referencia, fecha, lugar y hora en que se realizará, actividades necesarias en la auditoria con sus tiempos y contenidos, incluyendo las reuniones de apertura y cierre del equipo auditor.
8			Diligenciar el formato "Lista de chequeo de Auditoría" (RPAIC002) .

	E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS NIT. 800201197-7 CIENAGA DE ORO – CORDOBA	
	MANUAL DE CALIDAD	
	Manual de Calidad	
	Copia controlada	SI
	Versión	02
	Página	1 de 2

No.	RESPONSABLE	DEPENDENCIA PARTICIPANTE	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
9	Auditor designado	Grupo de Auditores Internos de Calidad	Con base en la información del desarrollo de la auditoria y las anotaciones de las Listas de chequeo, diligenciar el “Informe de Auditoría Interna” (Código).
10			Diligenciar una Solicitud de Acción Correctiva (RPAIC004) por cada no continuidad encontrada, escribiendo la no conformidad en el espacio “descripción”
11			Entregar a cada uno de los responsables de las áreas que participan en el proceso auditado, una copia del informe y las solicitudes de acciones correctivas correspondientes, mantiene una copia de las mismas.
12	Auditado	Jefe de Area a Auditar (Dependencias o Unidades Administrativas)	Analizar la no conformidad, establece sus causas y define una acción correctiva (RPAIC004) para cada no conformidad, la comunica a auditor, quien establece su conveniencia.
13	Auditor Designado	Grupo de Auditores Internos de Calidad	Verificar la aplicación y la eficacia de la acción correctiva emprendida en una fecha cercana a la fecha de implementación definida por el auditado.
14			Diligenciar el espacio respectivo en el registro de solicitud de acción correctiva (RPAIC004), seguimiento.
15	Auditado	Jefe e integrantes de área auditada (Dependencias o Unidades Administrativas)	Diligenciar el registro “retroalimentación del proceso de Auditorías” (RPAIC005).
16	Representante de la Alta Dirección	Alta Dirección	Elaborar síntesis de los informes de las auditorias del período para la Alta Dirección.
17			Diligenciar el registro “retroalimentación del Proceso de Auditorías”, (RPAIC005) adecuar los criterios, identificar modificaciones al presente procedimiento, retroalimentar a los auditores.

7. DIAGRAMA DE FLUJO



	E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO DE ASIS NIT. 800201197-7 CIENAGA DE ORO – CORDOBA		
	MANUAL DE CALIDAD		Manual de Calidad
			Copia controlada SI
			Versión 02
		Página 1 de 2	

8. REGISTROS DE CALIDAD

IDENTIFICACIÓN		ALMACENAMIENTO Y RECUPERACIÓN			ACCESO	CONSERVACIÓN	DISPOSICIÓN FINAL
CODIGO	NOMBRE	RECOLECCIÓN	INDIZACIÓN	CLASIFICACIÓN	PERSONAL AUTORIZADO	TIEMPO DE RETENCIÓN	MÉTODO
..... (RPAC01)	Registro programa de Auditorías	Audidores Internos de Calidad	Sistema	Consecutivo	Jefe de Calidad Audidores Internos de Calidad	Año (s)	Archivo General de la Entidad
..... (RPAC02)	Lista de chequeo de la Auditoría	Audidores Internos de Calidad	Sistema	Consecutivo	Jefe de Calidad Audidores Internos de Calidad	Año (s)	Archivo General de la Entidad
..... (RPAC03)	Informe de Auditoría Interna	Audidores Internos de Calidad	Sistema	Consecutivo	Jefe de Calidad Audidores Internos de Calidad	Año (s)	Archivo General de la Entidad
..... (RPAC04)	Solicitud de Acción Correctiva	Audidores Internos de Calidad	Sistema	Consecutivo	Jefe de Calidad Audidores Internos de Calidad	Año (s)	Archivo General de la Entidad
..... (RPAC05)	Retro-alimentación del proceso de Auditorías	Audidores Internos de Calidad	Sistema	Consecutivo	Jefe de Calidad Audidores Internos de Calidad	Año (s)	Archivo General de la Entidad

9. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

9.1 Manual de Calidad

9.1 Manual de Procedimientos

10. ANEXOS

No aplica