





FUNDADA EN 1987

DR. GABRIEL ALBERTO ROBLEDO KAISER

Antecedentes



PRIMER CENTRO CARDIOVASCULAR

CLINICA SHAIO FUNDADA EN 1957

SEGÚN ESTADÍSTICAS DEL DANE 54.000 PERSONAS

**MUEREN CADA AÑO POR ENFERMEDADES
CARDIOVASCULARES**

OMS DICE QUE PARA EL 2020

**PRINCIPAL CAUSA DE MUERTE A NIVEL MUNDIAL
SERAN LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES**

Antecedentes



**LA SOCIEDAD COLOMBIANA DE CARDIOLOGIA CONSIDERA QUE LAS ENFERMEDADES
DEL CORAZON SON LA PRINCIPAL AMENAZA PARA EL GENERO HUMANO**



**EN COLOMBIA UNA DE CADA 4 PERSONAS
FALLECE POR ENFERMEDADES CARDIACAS**



**ESTAS ENFERMEDADES CUESTAN AL PAIS \$6,4 BILLONES AL AÑO, DE ESTOS \$6.4 BILLONES
SON \$3.4 BILLONES COSTOS PARA EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO**



**LOS INFARTOS SON LOS QUE MAS LE CUESTAN AL SISTEMA
\$3.4 BILLONES**

Antecedentes



NUEVA SEDE

Tel: 6164816 - 6104522 - 5314346

Cel: 313-2815664

info@centrocardiobogota.com

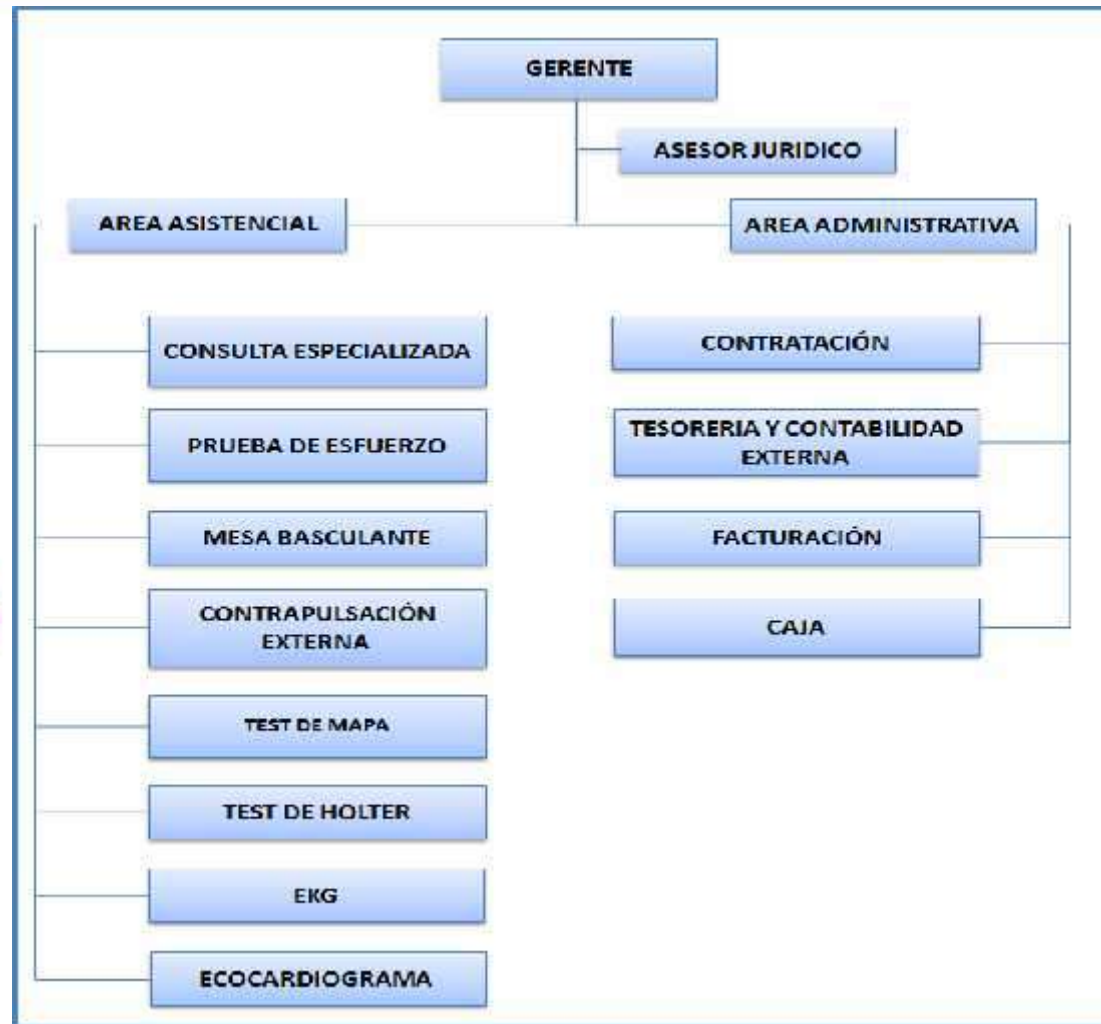
Carrera 16 No 82 - 36

Bogotá - Colombia

30 AÑOS EN EL MERCADO



Información



ORGANIGRAMA



EMPLEADOS



15

PROCEDIMIENTOS MENSUALES

1890



Posicionamiento estratégico actual



Posicionarnos a nivel nacional como una IPS líder en la prestación de servicios médicos especializados en Cardiología, donde se destaque la excelencia y el uso de tecnologías de punta al alcance de nuestros usuarios.



Prestar servicios médicos especializados en Cardiología, con altos estándares de calidad y responsabilidad, enfocados al paciente y sus necesidades.

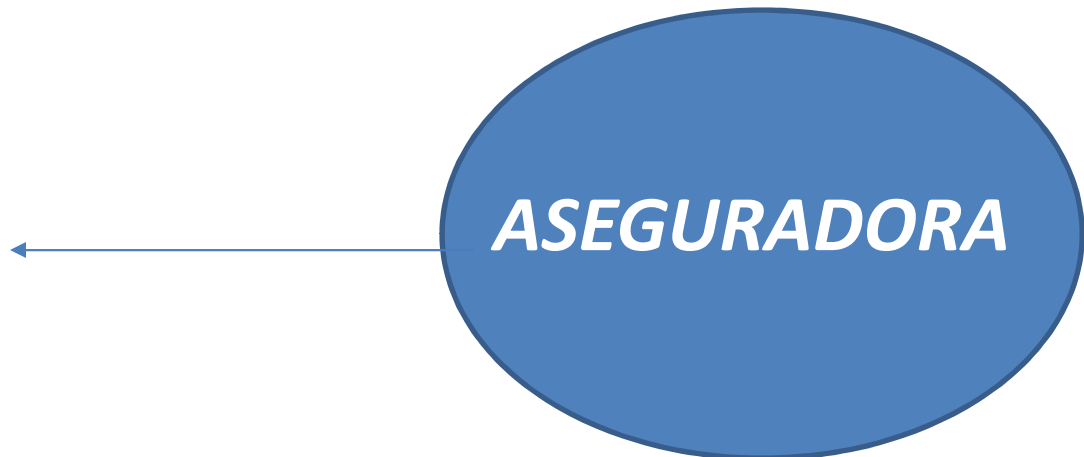
Cientes



Cientes



Clientes



Clientes



Dejamos el encargo de todo.



Usted no está solo.

Dato importante

Según la revista económica Dinero, a corte del mes de abril de 2016, el servicio **de medicina pre pagada tuvo un total de 1.109.673 usuarios en el país**. Este número representa **4,76% del total de afiliados** en los regímenes contributivos y de excepción. Y entre el último mes del año pasado y el cuarto del presente, la tasa de crecimiento registrada de afiliados a medicina pre pagada fue del 3%.

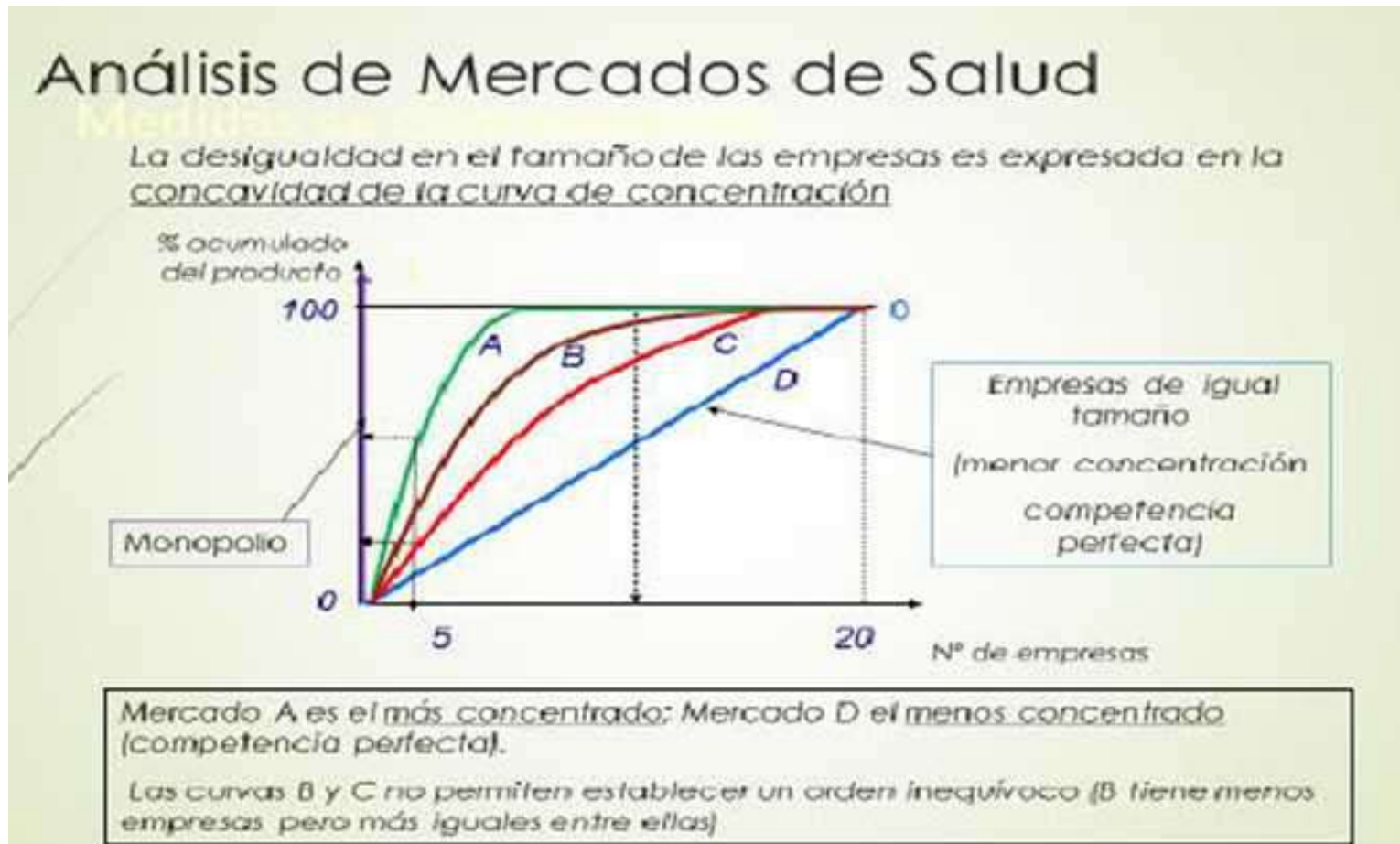
**MEDICINA
PREPAGADA**

Clientes



PARTICULARES

Análisis de la industria



Análisis del mercado de la salud desde la Teoría de la Organización Industrial

<https://www.gestiopolis.com/analisis-del-mercado-la-salud-desde-la-teoria-la-organizacion-industrial/>

Entorno competitivo



62 CLINICAS EN BOGOTA

Entorno competitivo



Cardiología

El servicio de cardiología se ha direccionado hacia el manejo absolutamente actualizado de la patologías cardiovasculares de acuerdo a los estándares internacionales.

La Unidad de Cuidados Intensivos cuenta con cardiólogos clínicos con entrenamiento específico en el **postoperatorio de cirugía cardiovascular**, así como con **cardiólogo hemodinamistas, ecocardiografía y métodos no invasivos**.

Cerca de 90 cirugías de este tipo se realizan al año en el Hospital Universitario de la Fundación Santa Fe de Bogotá. En el equipo multidisciplinario de la unidad intervienen cardiólogos, cardiólogos pediatras, ecocardiografistas, electrofisiólogos, hemodinamistas, intensivistas, anestesiólogos, cirujanos cardiovasculares, pediatras, intensivistas neonatólogos, intensivista pediatras, fisiatras y rehabilitadores.

Se dispone de una máquina de circulación extracorpórea de última generación con bomba centrífuga incorporada; también de un "Intercooler Heater" y equipos de monitoreo anestésico con análisis de gases, análisis de ST, tendencias y software de arritmias.



FUNDACION
SANTA FE DE BOGOTA



Entorno competitivo



Hospital Universitario

- Colmedica Medicina Prepagada
- Salud Colpatría S.A.
- Compensar PAC
- Seguros De Vida Suramericana S.A
- Ecopetrol
- Allianz Seguros De Vida S.A
- Colsanitas S.A
- Seguros Bolívar
- Coomeva Medicina Prepagada
- Medplus Medicina Prepagada S.A.
- Liberty Seguros S.A.
- Mapfre Colombia Vida Seguros S.A.
- Generali Colombia
- Pan American Life Col Cia Seguros S.A
- Metlife Colombia Seguros De Vida S.A.

Cardiología



*Entorno
competitivo*



Cardiología

- ♥ Ecocardiografía Transesofágica
- ♥ Ecocardiografía Transtorácica
- ♥ Ecocardiografía Tridimensional
- ♥ Ecocardiografía de estrés (Farmacológico o con prueba de esfuerzo)
- ♥ Ecocardiografía de estrés en bicicleta para análisis hemodinámico de valvulopatías
- ♥ Monitoreo ambulatorio de presión arterial
- ♥ Pruebas de Perfusión Miocárdica
- ♥ Pruebas de esfuerzo con ejercicio o farmacológicas

Servicios



**FUNDACIÓN
CARDIOINFANTIL**
INSTITUTO DE CARDIOLOGÍA

*Entorno
competitivo*



Cardiología

Volumen de **pacientes atendidos**:

114.619 **pacientes** anuales discriminados
en 77774 adultos y 36845 pediátricos.



Entorno competitivo



Cardiología



Cardiología clínica y
medicina interna



Cardiología
intervencionista y
hemodinamia



Cardiología no invasiva



Cardiología pediátrica



Centro de prevención
cardiovascular



Cirugía cardiovascular



Cirugía vascular
periférica y angiología



Medicina nuclear

Entorno competitivo



Cardiología se encarga del estudio y tratamiento de las enfermedades relacionadas con el corazón y el sistema circulatorio para diagnosticar los factores de riesgo cardiovasculares, así como del enfoque terapéutico en el tratamiento farmacológico (con medicamentos) o intervencionistas.

Equipo y tecnología

- ☐ Métodos invasivos
- ☐ Ecocardiografía
- ☐ Prueba de esfuerzo convencionales con medicina nuclear
- ☐ Monitores ambulatorios de presión arterial
- ☐ Electrocardiografía
- ☐ Estudio de electrofisiológico
- ☐ Cateterismo cardíaco

Tipos de exámenes que se hacen en la Clínica

- ☐ Electrocardiografía
- ☐ Holter, electrocardiograma de 24 horas
- ☐ Holter de tensión arterial
- ☐ Ecocardiografía

Servicios que presta

- ☐ Cardiología clínica
- ☐ Métodos no invasivos
- ☐ Métodos invasivos
- ☐ Angiografía
- ☐ Hemodinamia (cateterismo cardíaco colorsan de stent)
- ☐ Electrofisiología-arritmia y marcapasos

Dirección: Carrera 16 No. 82-57 Teléfono: 5301342 Ext. 1220 Horario de Atención: 8:00 a.m a 5:00 p.m

Cardiología



*Entorno
competitivo*



Cardiología



- Consulta externa especializada en cardiología
- Consulta ext. especializada en electrofisiología
- Electrocardiografía
- Prueba de esfuerzo
- Ecocardiograma Doppler color

- Ecocardiograma de esfuerzo
- Ecocardiograma de estrés dobutamina
- Ecocardiograma transesofágico
- Holter de tensión arterial de 24 horas

- Holter de ritmo cardiaco de 24 horas
- Holter de ritmo cardiaco de 3 días y una semana
- Relatoría de eventos externa

- Test de mesa basculante
- Programación de marcapasos y cardiodesfibriladores

Conclusiones



1. A pesar que la clínica Cardiológica, cuenta con una estadística de atención de pacientes alta, se visualiza la necesidad de aumentar los servicios que actualmente se prestan.
2. Se debe aprovechar al máximo, las fortalezas y oportunidades de la Clínica, con el fin de satisfacer las necesidades de nuestra población objetivo.
3. Actualmente la Clínica no cuenta con alianzas estratégicas fortalecidas, para aumentar la satisfacción de los usuarios e incrementar las utilidades de la Empresa

Recomendaciones estratégicas



1. Implementar un Plan Estratégico.
2. Implementar un sistema de gestión de calidad.
3. Se debe incrementar la participación de la Clínica en el mercado, realizando una efectiva campaña publicitaria en todos los medio de comunicación, además de darles a conocer nuestras fortalezas y el portafolio de servicios.
4. Se cuenta con personal, equipos e infraestructura subutilizada, la cual se debe explotar al máximo para vender servicios.
5. Se debe realizar un estudio de mercados, con el fin de establecer la Satisfacción de los clientes de la Clínica, y que porcentaje de participación tenemos en el mercado.
6. Es necesario realizar una inversión, para ofrecer más servicios, contratando personal y adquiriendo equipos con nuevas tecnologías.



ANALISIS INTERNO	ANALISIS EXTERNO
FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
1. Fuerte capacidad de inversión 2. Posicionamiento de mercado 3. Gran diversidad de servicios ofertados 4. Cuenta con un alto número de equipos de alta tecnología 5. Personal altamente competente 6. Certificada y habilitada por entes reguladores	1. Incremento del numero de clientes potenciales 2. Aparición de nuevos segmentos de mercado. 3. Desarrollo tecnológico de nuevos equipos 4. Tendencias favorables en el mercado 5. Fuerte poder adquisitivo del segmento meta
DEBILIDADES	AMENAZAS
1. Ausencia de plataforma estratégica 2. Ausencia de promoción de los nuevos servicios 3. Subutilización de la capacidad instalada 4. Carencia de un sistema de gestión de calidad 5. Ausencia de recurso humano para vender nuevos servicios	1. Entrada de nuevos competidores 2. Competencia actual agresiva 3. Cambios en las políticas de gobierno 4. Aumento de precios equipos y materiales tecnológicos 5. Tendencias desfavorables en el mercado 6. Bajo ingresos de los consumidores

Recomendaciones estratégicas



Propuesta de Valor



- FLEXIBILIDAD EN LA AGENDA DIARIA
- ATENCIÓN INMEDIATA
- SERVICIOS PLUS
 - CONTRAPULSACIÓN EXTERNA
 - CARDIOONCOLOGÍA
 - RIGIDEZ ARTERIAL
 - ÍNDICE DE TOBILLO-BRAZO

Tabla 52. Indicador de percepción de tiempos de espera según tipo de servicio; mediana de tiempos de espera reportados según tipo de servicio

Tiempos de espera	Indicador			Mediana	
	2013	2014	Diferencia	2013	2014
Medicina General	0.31	0.43	0.11***	Una semana	Una semana
Régimen Contributivo	0.27	0.37	0.09***	Una semana	Una semana
Régimen Subsidiado	0.37	0.50	0.12***	Una semana	Una semana
Diferencia	0.10***	0.13***			
Medicina Especializada	0.16	0.23	0.07***	Entre 1 y 3 días	Entre 1 y 3 días
Régimen Contributivo	0.13	0.19	0.06***	Una semana	Entre 1 y 3 días
Régimen Subsidiado	0.21	0.29	0.07***	Entre 1 y 3 días	Entre 1 y 3 días
Diferencia	0.09***	0.10***			

Pasa...

Gráfica 55. Oportunidad en la atención de servicios de Imagenología. Colombia. 2009-2014



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de SISPRO. Consultado en septiembre de 2015.

Recomendaciones estratégicas



POSIBLES NUEVOS CLIENTES

SALUDCOLPATRIA

SEGUROSDEVIDASURAMERICANA

ECOPETROL

ALIANZASEGUROSDEVIDA

SEGUROSBOIVAR

MAFRESEGUROSDEVIDA

GENELARICOLOMBIA

UNISALUD

MEDLIFESEGUROSDEVIDA

FESALUDMEDICIAPREPAGADA

Posicionamiento estratégico



Brindar servicios integrales de cardiología con responsabilidad, centrados en la seguridad del paciente, generando confianza y mejorando la calidad de vida.



Posicionamiento estratégico



En el 2020 seremos reconocidos por la alta satisfacción de nuestros usuarios, por la excelencia en los servicios y por la cultura de servicio humanizado y seguro.

Posicionamiento estratégico



HONESTIDAD

TRABAJO EN EQUIPO

EQUIDAD

RESPONSABILIDAD

RESPETO



Posicionamiento estratégico



PRINCIPIOS

DESARROLLO DEL RECURSO HUMANO

RESPONSABILIDAD SOCIAL

COMPROMISO EN EL SERVICIO

INNOVACION

CALIDAD

RESPETO



Posicionamiento estratégico



Posicionamiento estratégico



PERSPECTIVA	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	INICIATIVA ESTRATEGICA	PLAN DE ACCION
APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	Desarrollar nuevas habilidades en los empleados	Capacitar por competencias y formacion integral.	Elaboración del plan general de capacitación
			Ejecución del plan de Capacitación
			Informe final del cumplimiento del plan de capacitación
		Implementar un modelo de gestión por competencias	Diseñar el modelo de gestion por competencias
			Asignar tareas por competencias
			Evaluar las competencias periodicamente
	Alcanzar altos niveles de seguridad laboral	Implementar sistema de gestion SST	Contratar profesional en seguridad y salud en el trabajo para identificar peligros, evaluar riesgos y controlar los mismos.
			Diseñar el plan de sistema de seguridad y salud enel trabajo
		Tercerizar recurso humano idoneo para rdiseñar el sistema de gestion SST	Socializar el pal de gestion SST con toda la compañía
			Programar una fecha determianda para la presentacion del sistema de SST a todos los empleoads de la empresa e iniciar su implementacion.

Posicionamiento estratégico



centro
cardiológico
de Bogotá

PERSPECTIVA	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	INICIATIVA ESTRATEGICA	PLAN DE ACCION
APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	Desarrollar una cultura organizacional por medio de los procesos de incentivos y la gestión por competencias.	Implementar un plan de incentivos por desempeño.	Elaboración del plan de incentivos
			Ejecución del plan de Incentivos
			Verificación del cumplimiento del plan de incentivos
		Alinear la cultura empresarial con los procesos de enganche laboral	Definición la cultura empresarial
			Establecimiento de los comportamientos de la cultura empresarial
			Mediciones

Posicionamiento estratégico



centro
cardiológico
de Bogotá

PERSPECTIVA	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	INICIATIVA ESTRATEGICA	PLAN DE ACCION
INTERNO	Mejorar la capacidad tecnológica de los servicios	Renovar la tecnologia cada vez que sea necesario.	Identificar que equipo requiere cambio de tecnologia para asegurar su buen funcionamiento
	Optimizar los procesos de los servicios atendiendo con prontitud al cliente.	Establecer un tiempo determinado con cada usuario	Realizar evaluaciones periodicas de la necesidad de cambiar los tiempos con cada usuario
	Lograr una comunicación asertiva con los clientes	Realizar capacitaciones al recurso humano donde se realice trimestral evaluaciones para identificar donde hay oportunidades de mejorar la comunicacion	Realizar Seguimiento al programa continuo de formación y refuerzo de cultura de servicio al cliente. Mejorando el indicador de satisfaccion
	Localizar nuevos nichos del mercado	Realizar un estudio de mercadeo para definir alianzas con nuevos clientes.	Hacer analisis del estudio de mercadeo y hacer propuestas motivadoras para los clientes que quieren captar

Posicionamiento estratégico



centro
cardiológico
de Bogotá

PERSPECTIVA	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	INICIATIVA ESTRATEGICA	PLAN DE ACCION
INTERNO	Diseñar y desarrollar nuevos servicios integrales	Fortalecer los nuevos servicios de cardío-oncología, clinica de falla cardiaca y rehabilitacion cardiaca e identificar necesidades del cliente para diseño de nuevos servicios.	Realizar encuestas para identificar facilmente las necesidades de los clientes y usuarios
	Identificar nuevas oportunidades de innovación	Implementar un sistema TIC en la empresa.	Realizar controles mensuales del sistema Tic luego de su implementacion
	Realizar mantenimiento preventivo a los equipos especializados	Tercerizar para el respectivo manrenimiento de equipos.	Realizar Seguimiento a las inspecciones a los equipos de mantenimiento verificando que se encuentren con las hojas de vida completas.
	Contar con un sistema de gestión de calidad con el fin de establecer controles y realizar seguimiento a los procesos de la organización.	Tercerizar recurso humano idoneo para realizar el sistema de gestion de calidad	Programar una fecha determianda para la presentacion del sistema de gestion de calidad a todos los empleaods de la empresa e iniciar su implementacion.

Posicionamiento estratégico



centro
cardiológico
de Bogotá

PERSPECTIVA	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	INICIATIVA ESTRATEGICA	PLAN DE ACCION
CLIENTES	Aumentar la satisfacción de los clientes	Aplicar una encuesta para medir el nivel de satisfacción por parte de los usuarios	Generar una base de datos de usuarios sobre la percepción del servicio del centro cardiológico
	Contar con un programa continuo de formación y refuerzo de cultura de servicio al cliente,	Capacitar al personal en el tema sobre la cultura del servicio y atención al cliente.	Establecer el programa continuo de formación y refuerzo de cultura de servicio al cliente.
	Mantener los clientes del mercado para los servicios prestados	Reforzar las actuales alianzas estratégicas con las entidades del sector salud Elaboración de un portafolio de servicios adecuado y flexible para los clientes.	Mantener vínculos contractuales de mutuo beneficio.
	Aumentar la participación en el mercado	Vincular Personal Experto en ventas de servicios empresariales de salud Evaluar la eficiencia de las propuestas (incentivos) para la captación de clientes nuevos	Adquirir el personal, material y equipos para iniciar la venta de los servicios

Posicionamiento estratégico



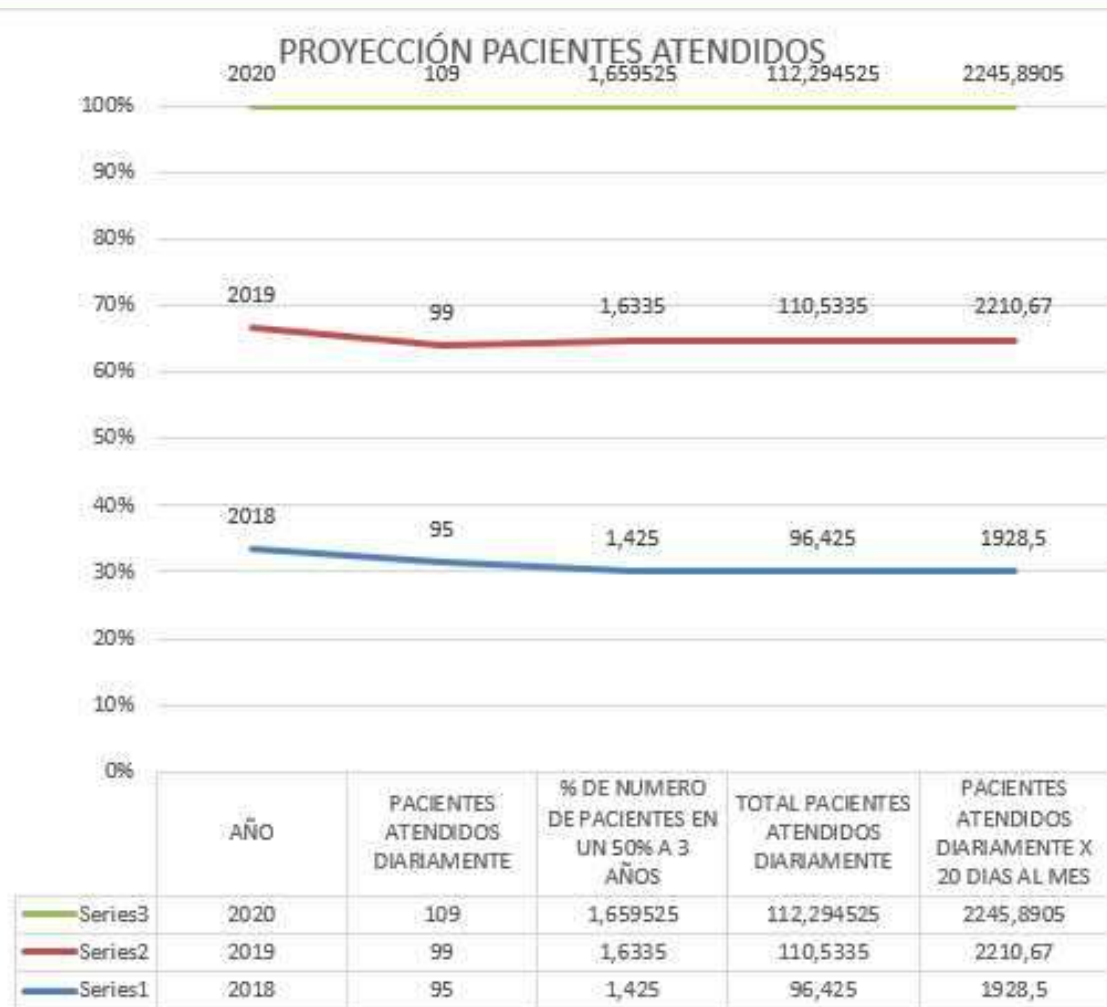
PERSPECTIVA	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	INICIATIVA ESTRATEGICA	PLAN DE ACCION
FINANCIERA	Obtener información sobre la demanda de los nuevos servicios	Establecer un estudio de mercado para los nuevos servicios	Elaboración de los lineamientos y cronograma
			Asignación de recursos (humanos, tecnológicos, financieros)
			Ejecución de las tareas asignadas, Entrega del Estudio de mercados
		Identificar la demanda de los nuevos servicios	Desarrollar una base de datos de los clientes potenciales
			Clasificación de los potenciales clientes
	Realizar alianzas y convenios con entidades de salud	Establecer los criterios para identificar a las potenciales alianzas	Identificar las potenciales alianzas estrategicas
			Programación de reuniones con los posibles alianzas estrategicas
			Realización de las reuniones con las potenciales alianzas
		Identificar los posibles socios estrategicos	Crear un portafolio de servicios para los clientes
			Desarrollar una base de datos de los socios estrategicos
			Realizar los encuentros de formalización de alianzas

Posicionamiento estratégico



PERSPECTIVA	OBJETIVOS ESTRATEGICOS	INICIATIVA ESTRATEGICA	PLAN DE ACCION
FINANCIERA	Mejorar las margenes de utilidad	Mejorar el desempeño financiero	Planteamiento y ejecución de acciones fente al dignostico
			Toma de decisiones de mejoramiento
		Fortalecer el rendimiento de los recursos	Formular politicas de rendiminto
			Ejecución de la política de rendimiento
			Toma de decisiones para el rendimientode de los recursos

Posicionamiento estratégico



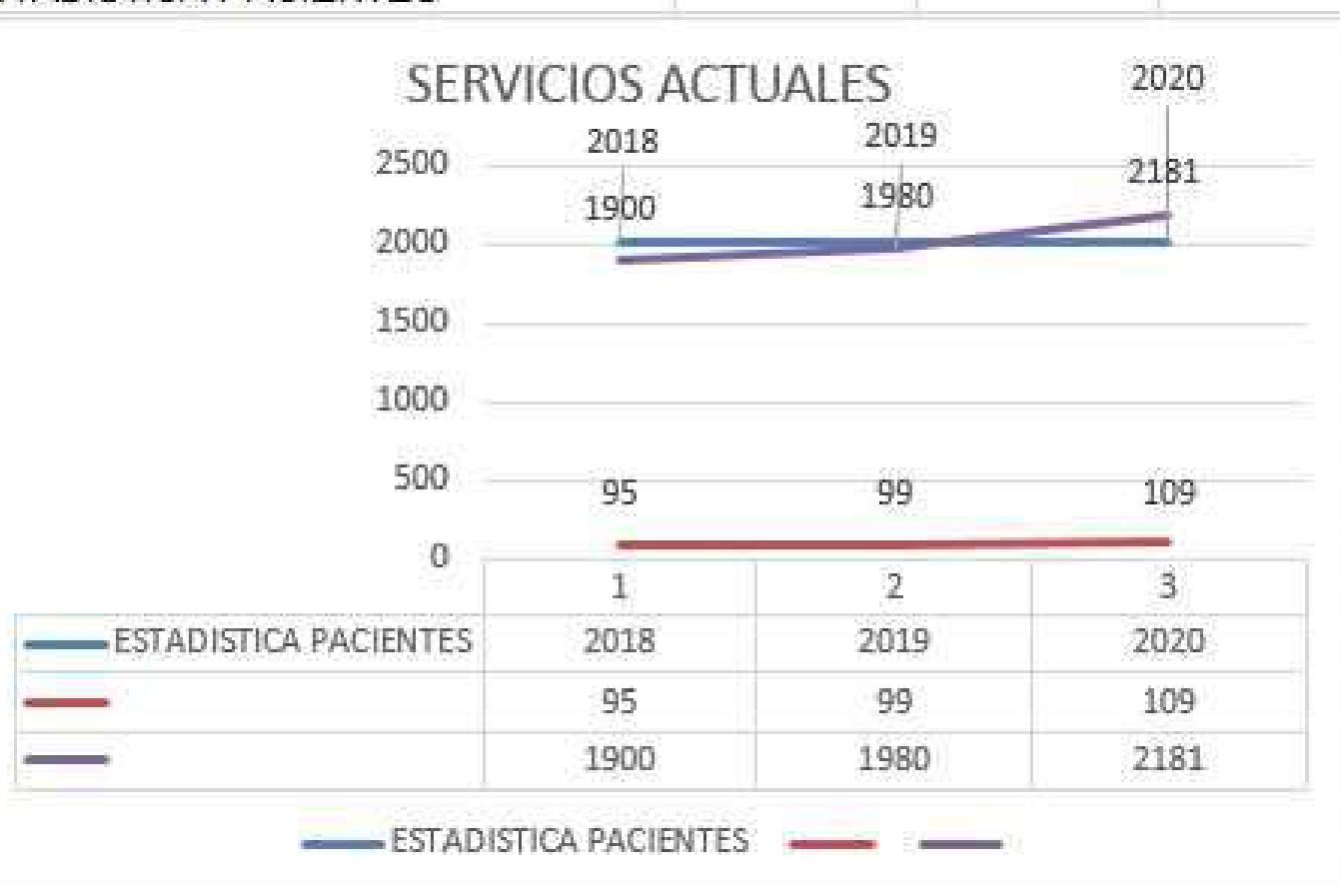
Posicionamiento estratégico



Posicionamiento estratégico



ESTADISTICA PACIENTES



Posicionamiento estratégico



ESTADISTICAS SERVICIOS ACTUALES



Posicionamiento estratégico



PACIENTES ATENDIDOS SIN ESTRATEGIA



■ PACIENTES ATENDIDOS DIARIAMENTE

■ PACIENTES ATENDIDOS DIARIAMENTE X 20 DIAS AL MES

Posicionamiento estratégico



ANEXO J. PLAN DE ACCIÓN PARA ALCANZAR LOS
OBJETIVOS DE CALIDAD

PLAN DE ACCION DE LOS OBJETIVOS DE CALIDAD					
OBJETIVOS DE CALIDAD					
	1 Servicios humano, oportuno y seguro				
	2 Cumplir con los estándares de calidad				
	3 Infraestructura adecuada				
	4 Personal competente				
	5 Satisfacción de clientes (pacientes y partes interesadas)				
	6 Mejora continua				
	ACCIONES	PLAZO	RESPONSABLE	INICADORES	UNIDAD
P	Establecer un programa de formación continua sobre humanización	3 meses	Gestion humana	95% de percepcion positiva del servicio al cliente.	PORCENTAJE
	Establecer los tiempos para el desarrollo de los procesos de acuerdo con las necesidades del cliente	1 mes	Gestión administrativa		
	Ofrecer alternativas (buzones fisicos y virtuales, via telefonica, atención al cliente) para tener una comunicación efectiva con los clientes.	3 meses	Gestión administrativa		
	Establecer protocolos de servicio, teniendo en cuenta el servicio humano oportuno y seguro	3 meses	Gestión administrativa		
	Plantear acciones para fortalecer el compromiso	4 meses	Gestion humana		
	Implementar un programa continuo de formación y refuerzo de cultura de servicio al cliente	6 meses	Gestion administrativa		
	Disponer de los recursos fisicos, tecnológicos y de infraestructura que respondan a las necesidades y características técnicas requeridas para la prestación de servicios	2 meses	Infraestructura y equipos		
H	Realizar induccion general y especifica por areas a todo el personal que labora en la institución, para que conozcan e identifiquen cual es la mision de la institución y todos vayan encaminados en la misma meta institucional	cada que ingrese una persona nueva	Gestion humana	# de mantenimientos realizados / la cantidad de equipos	PORCENTAJE
	Comprar equipos segun la necesidad para la realización de las diferentes ayudas diagnosticas y mejorar la capacidad de respuesta al cliente	6 meses	Infraestructura y equipos	# de equipos nuevos / # de equipos antiguas	
	Realizar mantenimiento preventivo a los equipos especializados	3 meses	Infraestructura y equipos		
	Actualizar permanentemente de la pagina web	12 meses	Infraestructura y equipos		
V	Identificación y mitigación de riesgos como el presupuesto anual	12 meses	Gestión administrativa	% de actividades planeadas/ % de cumplimiento de actividades planeadas y ejecutadas	PORCENTAJE
	Registro y analisis de incidentes y eventos adversos	3 meses	Gestion de la calidad		
	Revisar los resultados de los indicadores de procesos y tomar acciones de mejora segun las desviaciones identificadas	3 meses	Gestion de la calidad		
	Realizar auditorias internas de manera trimestral, identificar acciones correctivas.	3 meses	Gestion de la calidad		
	Seguimiento al programa continuo de formación y refuerzo de cultura de servicio al cliente.	6 meses	Gestion administrativa		
A	Evaluar la eficiencia de los servcios prestados en cuanto a calidad y oportunidad	2 meses	Gestion de la calidad		
	Aplicar una encuesta para medir el nivel de satisfacción de las partes interesadas.	2 meses	Gestion administrativa		
RECURSOS					
Humanos, Fisicos, Financieros					

ANEXO K. MATRIZ DE PROCESOS Y SUS INTERACCIONES

Nu me ro de Ca pit ulo	Capitulo	Sub num eral	tema	Numer o de subte ma	Subtema	Requisito	Procesos que intervienen en los requisitos
4	CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	4.1	COMPRESIÓN DE LA ORGANIZACIÓN Y DE SU CONTEXTO	NA	NA	La organización debe determinar las cuestiones externas e internas que son pertinentes para su propósito y su dirección estratégica, y que afectan a su capacidad para lograr los resultados previstos de su sistema de gestión de la calidad. La organización debe realizar el seguimiento y la revisión de la información sobre estas cuestiones externas e internas.	Planeacion estrategica
4	CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	4.2	COMPRESIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS	NA	NA	Debido a su efecto o efecto potencial en la capacidad de la organización de proporcionar regularmente productos y servicios que satisfagan los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables, la organización debe determinar: a) las partes interesadas que son pertinentes al sistema de gestión de la calidad; b) los requisitos pertinentes de estas partes interesadas para el sistema de gestión de la calidad. La organización debe realizar el seguimiento y la revisión de la información sobre estas partes interesadas y sus requisitos pertinentes.	Planeacion estrategica / Apoyo juridico
4	CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	4.3	DETERMINACIÓN DEL ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	NA	NA	La organización debe determinar los límites y la aplicabilidad del sistema de gestión de la calidad para establecer su alcance. Cuando se determina este alcance, la organización debe considerar: a) las cuestiones externas e internas indicadas en el apartado 4.1 b) los requisitos de las partes interesadas pertinentes indicados en el apartado 4.2; c) los productos y servicios de la organización.La organización debe aplicar todos los requisitos de esta Norma Internacional si son aplicables en el alcance determinado de su sistema de gestión de la calidad. El alcance del sistema de gestión de la calidad de la organización debe estar disponible y mantenerse como información documentada. El alcance debe establecer los tipos de productos y servicios cubiertos, y proporcionar la justificación para cualquier requisito de esta Norma Internacional que la organización determine que no es aplicable para el alcance de su sistema de gestión de la calidad.La conformidad con esta Norma Internacional sólo se puede declarar si los requisitos determinados como no aplicables no afectan a la capacidad o a la responsabilidad de la organización de asegurarse de la conformidad de sus productos y servicios y del aumento de la satisfacción del cliente.	Planeacion estrategica / Gestion de la calidad
4	CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	4.4	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y SUS PROCESOS	4.4.1	NA	La organización debe establecer, implementar, mantener y mejorar continuamente un sistema de gestión de la calidad, incluidos los procesos necesarios y sus interacciones, de acuerdo con los requisitos de esta Norma Internacional.La organización debe determinar los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad y su aplicación a través de la organización, y debe: a) determinar las entradas requeridas y las salidas esperadas de estos procesos b) determinar la secuencia e interacción de estos procesos; c) determinar y aplicar los criterios y los métodos (incluyendo el seguimiento, las mediciones y los indicadores del desempeño relacionados) necesarios para asegurarse de la operación eficaz y el control de estos procesos; d) determinar los recursos necesarios para estos procesos y asegurarse de su disponibilidad; e) asignar las responsabilidades y autoridades para estos procesos; f) abordar los riesgos y oportunidades determinados de acuerdo con los requisitos del apartado 6.1; g) evaluar estos procesos e implementar cualquier cambio necesario para asegurarse de que estos procesos logran los resultados previstos; h) mejorar los procesos y el sistema de gestión de la calidad.	Gestion de la Calidad
4	CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	4.4	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y SUS PROCESOS	4.4.2	NA	En la medida en que sea necesario, la organización debe: a) mantener información documentada para apoyar la operación de sus procesos; b) conservar la información documentada para tener la confianza de que los procesos se realizan según lo planificado.	Gestion de la Calidad

5	LIDERAZGO	5.1	LIDERAZGO Y COMPROMISO	5.1.1	Generalidades	La alta dirección debe demostrar liderazgo y compromiso con respecto al sistema de gestión de la calidad: a) asumiendo la responsabilidad y obligación de rendir cuentas con relación a la eficacia del sistema de gestión de la calidad; b) asegurándose de que se establezcan la política de la calidad y los objetivos de la calidad para el sistema de gestión de la calidad, y que éstos sean compatibles con el contexto y la dirección estratégica de la organización; c) asegurándose de la integración de los requisitos del sistema de gestión de la calidad en los procesos de negocio de la organización; d) promoviendo el uso del enfoque a procesos y el pensamiento basado en riesgos; e) asegurándose de que los recursos necesarios para el sistema de gestión de la calidad estén disponibles; f) comunicando la importancia de una gestión de la calidad eficaz y conforme con los requisitos del sistema de gestión de la calidad; g) asegurándose de que el sistema de gestión de la calidad logre los resultados previstos; h) comprometiendo, dirigiendo y apoyando a las personas, para contribuir a la eficacia del sistema de gestión de la calidad; i) promoviendo la mejora; j) apoyando otros roles pertinentes de la dirección, para demostrar su liderazgo en la forma en la que aplique a sus áreas de responsabilidad.	Planeacion y direccionamiento estrategico / Gestion de la Calidad
---	-----------	-----	------------------------	-------	---------------	---	---

5	LIDERAZGO	5.1	LIDERAZGO Y COMPROMISO	5.1.2	Enfoque al cliente	La alta dirección debe demostrar liderazgo y compromiso con respecto al enfoque al cliente asegurándose de que: a) se determinan, se comprenden y se cumplen regularmente los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables; b) se determinan y se consideran los riesgos y oportunidades que pueden afectar a la conformidad de los productos y servicios y a la capacidad de aumentar la satisfacción del cliente; c) se mantiene el enfoque en el aumento de la satisfacción del cliente.	Planeación y direccionamiento estratégico / Gestión de la Calidad / Gestión Comercial
5	LIDERAZGO	5.2	POLÍTICA	5.2.1	Establecimiento de la política de la calidad	La alta dirección debe establecer, implementar y mantener una política de la calidad que: a) sea apropiada al propósito y contexto de la organización y apoye su dirección estratégica; b) proporcione un marco de referencia para el establecimiento de los objetivos de la calidad; c) incluya un compromiso de cumplir los requisitos aplicables; d) incluya un compromiso de mejora continua del sistema de gestión de la calidad.	Gestión de la Calidad
5	LIDERAZGO	5.2	POLÍTICA	5.2.2	Comunicación de la política de la calidad	La política de la calidad debe: a) estar disponible y mantenerse como información documentada; b) comunicarse, entenderse y aplicarse dentro de la organización; c) estar disponible para las partes interesadas pertinentes, según corresponda.	Gestión de la Calidad
5	LIDERAZGO	5.3	ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES EN LA ORGANIZACIÓN	NA	NA	La alta dirección debe asegurarse de que las responsabilidades y autoridades para los roles pertinentes se asignen, se comuniquen y se entiendan en toda la organización. La alta dirección debe asignar la responsabilidad y autoridad para: a) asegurarse de que el sistema de gestión de la calidad es conforme con los requisitos de esta Norma Internacional; b) asegurarse de que los procesos están generando y proporcionando las salidas previstas; c) informar, en particular, a la alta dirección sobre el desempeño del sistema de gestión de la calidad y sobre las oportunidades de mejora (véase 10.1); d) asegurarse de que se promueve el enfoque al cliente en toda la organización; e) asegurarse de que la integridad del sistema de gestión de la calidad se mantiene cuando se planifican e implementan cambios en el sistema de gestión de la calidad.	Gestión de la Calidad
6	PLANIFICACIÓN	6.1	ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES	6.1.1	NA	Al planificar el sistema de gestión de la calidad, la organización debe considerar las cuestiones referidas en el apartado 4.1 y los requisitos referidos en el apartado 4.2, y determinar los riesgos y oportunidades que es necesario abordar con el fin de: a) asegurar que el sistema de gestión de la calidad pueda lograr sus resultados previstos; b) aumentar los efectos deseables; c) prevenir o reducir efectos no deseados; d) lograr la mejora.	Gestión de la Calidad
6	PLANIFICACIÓN	6.1	ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES	6.1.2	NA	6.1.2 La organización debe planificar: a) las acciones para abordar estos riesgos y oportunidades; b) la manera de: 1) integrar e implementar las acciones en sus procesos del sistema de gestión de la calidad (véase 4.4.); 2) evaluar la eficacia de estas acciones. Las acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades deben ser proporcionales al impacto potencial en la conformidad de los productos y los servicios.	Todos los procesos.
6	PLANIFICACIÓN	6.2	OBJETIVOS DE LA CALIDAD Y PLANIFICACIÓN PARA LOGRARLOS	6.2.1	NA	La organización debe establecer objetivos de la calidad para las funciones y niveles pertinentes y los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad. Los objetivos de la calidad deben: a) ser coherentes con la política de la calidad; b) ser medibles; c) tener en cuenta los requisitos aplicables; d) ser pertinentes para la conformidad de los productos y servicios y para el aumento de la satisfacción del cliente; e) ser objeto de seguimiento; f) comunicarse; g) actualizarse, según corresponda. La organización debe mantener información documentada sobre los objetivos de la calidad.	Gestión de la Calidad
6	PLANIFICACIÓN	6.2	OBJETIVOS DE LA CALIDAD Y PLANIFICACIÓN PARA LOGRARLOS	6.2.2	NA	Al planificar cómo lograr sus objetivos de la calidad, la organización debe determinar: a) qué se va a hacer; b) qué recursos se requerirán; c) quién será responsable; d) cuándo se finalizará; e) cómo se evaluarán los resultados.	Gestión de la Calidad

6	PLANIFICACIÓN	6.3	PLANIFICACIÓN DE LOS CAMBIOS	NA	NA	Cuando la organización determine la necesidad de cambios en el sistema de gestión de la calidad, estos cambios se deben llevar a cabo de manera planificada (véase 4.4). La organización debe considerar: a) el propósito de los cambios y sus consecuencias potenciales; b) la integridad del sistema de gestión de la calidad; c) la disponibilidad de recursos; d) la asignación o reasignación de responsabilidades y autoridades.	Planeacion estrategica / Gestion financiera
7	APOYO	7.1	RECURSOS	7.1.1	Generalidades	La organización debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora continua del sistema de gestión de la calidad. La organización debe considerar: a) las capacidades y limitaciones de los recursos internos existentes; b) qué se necesita obtener de los proveedores externos.	Planeacion estrategica
7	APOYO	7.1	RECURSOS	7.1.2	Personas	La organización debe determinar y proporcionar las personas necesarias para la implementación eficaz de su sistema de gestión de la calidad y para la operación y control de sus procesos.	Gestion Humana
7	APOYO	7.1	RECURSOS	7.1.3	Infraestructura	La organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para la operación de sus procesos y lograr la conformidad de los productos y servicios.	Infraestructura y equipos
7	APOYO	7.1	RECURSOS	7.1.4	Ambiente para la operación de los procesos	La organización debe determinar, proporcionar y mantener el ambiente necesario para la operación de sus procesos y para lograr la conformidad de los productos y servicios.	Planeacion estrategica / Gestion de la calidad / Gestion financiera
7	APOYO	7.1	RECURSOS	7.1.5	Recursos de seguimiento y medición	7.1.5.1 Generalidades La organización debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para asegurarse de la validez y fiabilidad de los resultados cuando se realice el seguimiento o la medición para verificar la conformidad de los productos y servicios con los requisitos. La organización debe asegurarse de que los recursos proporcionados: a) son apropiados para el tipo específico de actividades de seguimiento y medición realizadas; b) se mantienen para asegurarse de la idoneidad continua para su propósito. La organización debe conservar la información documentada apropiada como evidencia de que los recursos de seguimiento y medición son idóneos para su propósito.	Gestion administrativa / Planeacion estrategica / Gestion de la calidad

7	APOYO	7.1	RECURSOS	7.1.5	Recursos de seguimiento y medición	7.1.5.2 Trazabilidad de las mediciones Cuando la trazabilidad de las mediciones es un requisito, o es considerada por la organización como parte esencial para proporcionar confianza en la validez de los resultados de la medición, el equipo de medición debe: a) calibrarse o verificarse , o ambas, a intervalos especificados, o antes de su utilización, contra patrones de medición trazables a patrones de medición internacionales o nacionales; cuando no existan tales patrones, debe conservarse como información documentada la base utilizada para la calibración o la verificación; b) identificarse para determinar su estado; c) protegerse contra ajustes, daño o deterioro que pudieran invalidar el estado de calibración y los posteriores resultados de la medición. La organización debe determinar si la validez de los resultados de medición previos se ha visto afectada de manera adversa cuando el equipo de medición se considere no apto para su propósito previsto, y debe tomar las acciones adecuadas cuando sea necesario.	Infraestructura y equipos
7	APOYO	7.1	RECURSOS	7.1.6	Conocimientos de la organización	La organización debe determinar los conocimientos necesarios para la operación de sus procesos y para lograr la conformidad de los productos y servicios. Estos conocimientos deben mantenerse y ponerse a disposición en la medida en que sea necesario. Cuando se abordan las necesidades y tendencias cambiantes, la organización debe considerar sus conocimientos actuales y determinar cómo adquirir o acceder a los conocimientos adicionales necesarios y a las actualizaciones requeridas.	Gestion Humana / Gestion de la calidad /Gestion de la informacion
7	APOYO	7.2	COMPETENCIA	NA	NA	La organización debe: a) determinar la competencia necesaria de las personas que realizan, bajo su control, un trabajo que afecta al desempeño y eficacia del sistema de gestión de la calidad; b) asegurarse de que estas personas sean competentes, basándose en la educación, formación o experiencia apropiadas; c) cuando sea aplicable, tomar acciones para adquirir la competencia necesaria y evaluar la eficacia de las acciones tomadas; d) conservar la información documentada apropiada como evidencia de la competencia.	Gestion humana
7	APOYO	7.3	TOMA DE CONCIENCIA	NA	NA	La organización debe asegurarse de que las personas que realizan el trabajo bajo el control de la organización tomen conciencia de: a) la política de la calidad; b) los objetivos de la calidad pertinentes; c) su contribución a la eficacia del sistema de gestión de la calidad, incluidos los beneficios de una mejora del desempeño; d) las implicaciones del incumplimiento de los requisitos del sistema de gestión de la calidad.	Gestion de la calidad / Gestion Humana
7	APOYO	7.4	COMUNICACIÓN	NA	NA	La organización debe determinar las comunicaciones internas y externas pertinentes al sistema de gestión de la calidad, que incluyan: a) qué comunicar; b) cuándo comunicar; c) a quién comunicar; d) cómo comunicar; e) quién comunica.	Gestion de la calidad / Gestion Humana/gestion de la informacion
7	APOYO	7.5	INFORMACION DOCUMENTADA	7.5.1	Generalidades	El sistema de gestión de la calidad de la organización debe incluir: a) la información documentada requerida por esta Norma Internacional; b) la información documentada que la organización determina como necesaria para la eficacia del sistema de gestión de la calidad.	Gestion de la calidad/gestion de la informacion
7	APOYO	7.5	INFORMACION DOCUMENTADA	7.5.2	Creación y actualización	Al crear y actualizar la información documentada, la organización debe asegurarse de que lo siguiente sea apropiado: a) la identificación y descripción (por ejemplo, título, fecha, autor o número de referencia); b) el formato (por ejemplo, idioma, versión del software, gráficos) y los medios de soporte (por ejemplo, papel, electrónico); c) la revisión y aprobación con respecto a la conveniencia y adecuación.	Gestion de la calidad/gestion de la informacion
7	APOYO	7.5	INFORMACION DOCUMENTADA	7.5.3	Control de la información documentada	7.5.3.1 La información documentada requerida por el sistema de gestión de la calidad y por esta Norma Internacional se debe controlar para asegurarse de que: a) esté disponible y sea idónea para su uso, donde y cuando se necesite; b) esté protegida adecuadamente (por ejemplo, contra pérdida de la confidencialidad, uso inadecuado o pérdida de integridad).	Gestion de la calidad/gestion de la informacion
7	APOYO	7.5	INFORMACION DOCUMENTADA	7.5.3	Control de la información documentada	7.5.3.2 Para el control de la información documentada, la organización debe abordar las siguientes actividades, según corresponda: a) distribución, acceso, recuperación y uso; b) almacenamiento y preservación, incluida la preservación de la legibilidad; c) control de cambios (por ejemplo, control de versión); d) conservación y disposición. La información documentada de origen externo, que la organización determina como necesaria para la planificación y operación del sistema de gestión de la calidad, se debe identificar, según sea apropiado, y controlar. La información documentada conservada como evidencia de la conformidad debe protegerse contra modificaciones no intencionadas.	Gestion de la calidad/gestion de la informacion

8.	OPERACIÓN	8.1	PLANIFICACIÓN Y CONTROL OPERACIONAL	NA	NA	La organización debe planificar, implementar y controlar los procesos (véase 4.4) necesarios para cumplir los requisitos para la provisión de productos y servicios, y para implementar las acciones determinadas en el capítulo 6, mediante: a) la determinación de los requisitos para los productos y servicios; b) el establecimiento de criterios para: 1) los procesos; 2) la aceptación de los productos y servicios; c) la determinación de los recursos necesarios para lograr la conformidad con los requisitos de los productos y servicios; d) la implementación del control de los procesos de acuerdo con los criterios; e) la determinación, el mantenimiento y la conservación de la información documentada en la extensión necesaria para: 1) tener confianza en que los procesos se han llevado a cabo según lo planificado; 2) demostrar la conformidad de los productos y servicios con sus requisitos. La salida de esta planificación debe ser adecuada para las operaciones de la organización. La organización debe controlar los cambios planificados y revisar las consecuencias de los cambios no previstos, tomando acciones para mitigar cualquier efecto adverso, según sea necesario. La organización debe asegurarse de que los procesos contratados externamente estén controlados (véase 8.4).	Todos los procesos.
----	-----------	-----	-------------------------------------	----	----	---	---------------------

8.	OPERACIÓN	8.2	REQUISITOS PARA LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS	8.2.1	Comunicación con el cliente	La comunicación con los clientes debe incluir: a) proporcionar la información relativa a los productos y servicios; b) tratar las consultas, los contratos o los pedidos, incluyendo los cambios; c) obtener la retroalimentación de los clientes relativa a los productos y servicios, incluyendo las quejas de los clientes; d) manipular o controlar la propiedad del cliente; e) establecer los requisitos específicos para las acciones de contingencia, cuando sea pertinente.	Gestion comercial
8.	OPERACIÓN	8.2	REQUISITOS PARA LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS	8.2.2	Determinación de los requisitos para los productos y servicios	Cuando se determinan los requisitos para los productos y servicios que se van a ofrecer a los clientes, la organización debe asegurarse de que: a) los requisitos para los productos y servicios se definen, incluyendo: 1) cualquier requisito legal y reglamentario aplicable; 2) aquellos considerados necesarios por la organización; b) la organización puede cumplir con las declaraciones acerca de los productos y servicios que ofrece.	Gestion comercial / Apoyo juridico
8.	OPERACIÓN	8.2	REQUISITOS PARA LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS	8.2.3	Revisión de los requisitos para los productos y servicios	8.2.3.1 La organización debe asegurarse de que tiene la capacidad de cumplir los requisitos para los productos y servicios que se van a ofrecer a los clientes. La organización debe llevar a cabo una revisión antes de comprometerse a suministrar productos y servicios a un cliente, para incluir: a) los requisitos especificados por el cliente, incluyendo los requisitos para las actividades de entrega y las posteriores a la misma; b) los requisitos no establecidos por el cliente, pero necesarios para el uso especificado o previsto, cuando sea conocido; c) los requisitos especificados por la organización; d) los requisitos legales y reglamentarios aplicables a los productos y servicios; e) las diferencias existentes entre los requisitos del contrato o pedido y los expresados previamente. La organización debe asegurarse de que se resuelven las diferencias existentes entre los requisitos del contrato o pedido y los expresados previamente. La organización debe confirmar los requisitos del cliente antes de la aceptación, cuando el cliente no proporcione una declaración documentada de sus requisitos.	Gestion comercial / procesos misionales
8.	OPERACIÓN	8.2	REQUISITOS PARA LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS	8.2.3	Revisión de los requisitos para los productos y servicios	8.2.3.2 La organización debe conservar la información documentada, cuando sea aplicable: a) sobre los resultados de la revisión; b) sobre cualquier requisito nuevo para los productos y servicios.	Gestion de la informacion/ Gestion de la calidad
8.	OPERACIÓN	8.2	REQUISITOS PARA LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS	8.2.4	Cambios en los requisitos para los productos y servicios	La organización debe asegurarse de que, cuando se cambien los requisitos para los productos y servicios, la información documentada pertinente sea modificada, y de que las personas pertinentes sean conscientes de los requisitos modificados.	Todos los procesos.
8.	OPERACIÓN	8.3	DISEÑO Y DESARROLLO DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS	8.3.1	Generalidades	La organización debe establecer, implementar y mantener un proceso de diseño y desarrollo que sea adecuado para asegurarse de la posterior provisión de productos y servicios.	Gestion/ administrativa/ gestion Comercial/ Gestion Financiera/ Gestion de la calidad
8.	OPERACIÓN	8.3	DISEÑO Y DESARROLLO DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS	8.3.2	Planificación del diseño y desarrollo	Al determinar las etapas y controles para el diseño y desarrollo, la organización debe considerar: a) la naturaleza, duración y complejidad de las actividades de diseño y desarrollo; b) las etapas del proceso requeridas, incluyendo las revisiones del diseño y desarrollo aplicables; c) las actividades requeridas de verificación y validación del diseño y desarrollo; d) las responsabilidades y autoridades involucradas en el proceso de diseño y desarrollo; e) las necesidades de recursos internos y externos para el diseño y desarrollo de los productos y servicios; f) la necesidad de controlar las interfaces entre las personas que participan activamente en el proceso de diseño y desarrollo; g) la necesidad de la participación activa de los clientes y usuarios en el proceso de diseño y desarrollo; h) los requisitos para la posterior provisión de productos y servicios; i) el nivel de control del proceso de diseño y desarrollo esperado por los clientes y otras partes interesadas pertinentes; j) la información documentada necesaria para demostrar que se han cumplido los requisitos del diseño y desarrollo.	Gestion/ administrativa/ gestion Comercial/ Gestion Financiera/ Gestion de la calidad

8.	OPERACIÓN	8.3	DISEÑO Y DESARROLLO DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS	8.3.3	Entradas para el diseño y desarrollo	La organización debe determinar los requisitos esenciales para los tipos específicos de productos y servicios a diseñar y desarrollar. La organización debe considerar: a) los requisitos funcionales y de desempeño; b) la información proveniente de actividades previas de diseño y desarrollo similares; c) los requisitos legales y reglamentarios; d) normas o códigos de prácticas que la organización se ha comprometido a implementar; e) las consecuencias potenciales de fallar debido a la naturaleza de los productos y servicios. Las entradas deben ser adecuadas para los fines del diseño y desarrollo, estar completas y sin ambigüedades. Las entradas del diseño y desarrollo contradictorias deben resolverse. La organización debe conservar la información documentada sobre las entradas del diseño y desarrollo.	Gestion/ administrativa/ gestion Comercial/ Gestion Financiera/ Gestion de la calidad
8.	OPERACIÓN	8.3	DISEÑO Y DESARROLLO DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS	8.3.4	Controles del diseño y desarrollo	La organización debe aplicar controles al proceso de diseño y desarrollo para asegurarse de que: a) se definen los resultados a lograr; b) se realizan las revisiones para evaluar la capacidad de los resultados del diseño y desarrollo para cumplir los requisitos; c) se realizan actividades de verificación para asegurarse de que las salidas del diseño y desarrollo cumplen los requisitos de las entradas; d) se realizan actividades de validación para asegurarse de que los productos y servicios resultantes satisfacen los requisitos para su aplicación especificada o uso previsto; e) se toma cualquier acción necesaria sobre los problemas determinados durante las revisiones, o las actividades de verificación y validación; f) se conserva la información documentada de estas actividades.	Todos los procesos.
8.	OPERACIÓN	8.3	DISEÑO Y DESARROLLO DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS	8.3.5	Salidas del diseño y desarrollo	La organización debe asegurarse de que las salidas del diseño y desarrollo: a) cumplen los requisitos de las entradas; b) son adecuadas para los procesos posteriores para la provisión de productos y servicios; c) incluyen o hacen referencia a los requisitos de seguimiento y medición, cuando sea apropiado, y a los criterios de aceptación; d) especifican las características de los productos y servicios que son esenciales para su propósito previsto y su provisión segura y correcta. La organización debe conservar información documentada sobre las salidas del diseño y desarrollo.	Todos los procesos.
8.	OPERACIÓN	8.3	DISEÑO Y DESARROLLO DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS	8.3.6	Cambios del diseño y desarrollo	La organización debe identificar, revisar y controlar los cambios hechos durante el diseño y desarrollo de los productos y servicios, o posteriormente en la medida necesaria para asegurarse de que no haya un impacto adverso en la conformidad con los requisitos. La organización debe conservar la información documentada sobre: a) los cambios del diseño y desarrollo; b) los resultados de las revisiones; c) la autorización de los cambios; d) las acciones tomadas para prevenir los impactos adversos.	Todos los procesos.

8.	OPERACIÓN	8.4	CONTROL DE LOS PROCESOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS SUMINISTRADOSEXTERNAMENTE	8.4.1	Generalidades	La organización debe asegurarse de que los procesos, productos y servicios suministrados externamente son conformes a los requisitos. La organización debe determinar los controles a aplicar a los procesos, productos y servicios suministrados externamente cuando: a) los productos y servicios de proveedores externos están destinados a incorporarse dentro de los propios productos y servicios de la organización; b) los productos y servicios son proporcionados directamente a los clientes por proveedores externos en nombre de la organización; c) un proceso, o una parte de un proceso, es proporcionado por un proveedor externo como resultado de una decisión de la organización. La organización debe determinar y aplicar criterios para la evaluación, la selección, el seguimiento del desempeño y la reevaluación de los proveedores externos, basándose en su capacidad para proporcionar procesos o productos y servicios de acuerdo con los requisitos. La organización debe conservar la información documentada de estas actividades y de cualquier acción necesaria que surja de las evaluaciones.	Todos los procesos.
8.	OPERACIÓN	8.4	CONTROL DE LOS PROCESOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS SUMINISTRADOSEXTERNAMENTE	8.4.2	Tipo y alcance del control	La organización debe asegurarse de que los procesos, productos y servicios suministrados externamente no afectan de manera adversa a la capacidad de la organización de entregar productos y servicios conformes de manera coherente a sus clientes. La organización debe: a) asegurarse de que los procesos suministrados externamente permanecen dentro del control de su sistema de gestión de la calidad; b) definir los controles que pretende aplicar a un proveedor externo y los que pretende aplicar a las salidas resultantes; c) tener en consideración: 1) el impacto potencial de los procesos, productos y servicios suministrados externamente en la capacidad de la organización de cumplir regularmente los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables; 2) la eficacia de los controles aplicados por el proveedor externo; d) determinar la verificación, u otras actividades necesarias para asegurarse de que los procesos, productos y servicios suministrados externamente cumplen los requisitos.	Gestion administrativa / gestion de la calidad
8.	OPERACIÓN	8.4	CONTROL DE LOS PROCESOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS SUMINISTRADOSEXTERNAMENTE	8.4.3	Información para los proveedores externos	La organización debe asegurarse de la adecuación de los requisitos antes de su comunicación al proveedor externo. La organización debe comunicar a los proveedores externos sus requisitos para: a) los procesos, productos y servicios a proporcionar; b) la aprobación de: 1) productos y servicios; 2) métodos, procesos y equipos; 3) la liberación de productos y servicios; c) la competencia, incluyendo cualquier calificación requerida de las personas; d) las interacciones del proveedor externo con la organización; e) el control y el seguimiento del desempeño del proveedor externo a aplicar por parte de la organización; f) las actividades de verificación o validación que la organización, o su cliente, pretende llevar a cabo en las instalaciones del proveedor externo.	Gestion administrativa / gestion de la calidad
8.	OPERACIÓN	8.5	PRODUCCIÓN Y PROVISIÓN DEL SERVICIO	8.5.1	Control de la producción y de la provisión del servicio	La organización debe implementar la producción y provisión del servicio bajo condiciones controladas. Las condiciones controladas deben incluir, cuando sea aplicable: a) la disponibilidad de información documentada que defina: 1) las características de los productos a producir, los servicios a prestar, o las actividades a desempeñar; 2) los resultados a alcanzar; b) la disponibilidad y el uso de los recursos de seguimiento y medición adecuados; c) la implementación de actividades de seguimiento y medición en las etapas apropiadas para verificar que se cumplen los criterios para el control de los procesos o sus salidas, y los criterios de aceptación para los productos y servicios; d) el uso de la infraestructura y el entorno adecuados para la operación de los procesos; e) la designación de personas competentes, incluyendo cualquier calificación requerida; f) la validación y revalidación periódica de la capacidad para alcanzar los resultados planificados de los procesos de producción y de prestación del servicio, cuando las salidas resultantes no puedan verificarse mediante actividades de seguimiento o medición posteriores; g) la implementación de acciones para prevenir los errores humanos; h) la implementación de actividades de liberación, entrega y posteriores a la entrega.	Procesos misionales

8.	OPERACIÓN	8.5	PRODUCCIÓN Y PROVISIÓN DEL SERVICIO	8.5.2	Identificación y trazabilidad	La organización debe utilizar los medios apropiados para identificar las salidas, cuando sea necesario, para asegurar la conformidad de los productos y servicios. La organización debe identificar el estado de las salidas con respecto a los requisitos de seguimiento y medición a través de la producción y prestación del servicio. La organización debe controlar la identificación única de las salidas cuando la trazabilidad sea un requisito, y debe conservar la información documentada necesaria para permitir la trazabilidad.	Todos los procesos.
8.	OPERACIÓN	8.5	PRODUCCIÓN Y PROVISIÓN DEL SERVICIO	8.5.3	Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos	La organización debe cuidar la propiedad perteneciente a los clientes o a proveedores externos mientras esté bajo el control de la organización o esté siendo utilizado por la misma. La organización debe identificar, verificar, proteger y salvaguardar la propiedad de los clientes o de los proveedores externos suministrada para su utilización o incorporación dentro de los productos y servicios. Cuando la propiedad de un cliente o de un proveedor externo se pierda, deteriore o de algún otro modo se considere inadecuada para su uso, la organización debe informar de esto al cliente o proveedor externo y conservar la información documentada sobre lo ocurrido.	Apoyo jurídico/ gestion de la informacion
8.	OPERACIÓN	8.5	PRODUCCIÓN Y PROVISIÓN DEL SERVICIO	8.5.4	Preservación	La organización debe preservar las salidas durante la producción y prestación del servicio, en la medida necesaria para asegurarse de la conformidad con los requisitos.	Gestion de la informacion
8.	OPERACIÓN	8.5	PRODUCCIÓN Y PROVISIÓN DEL SERVICIO	8.5.5	Actividades posteriores a la entrega	La organización debe cumplir los requisitos para las actividades posteriores a la entrega asociadas con los productos y servicios. Al determinar el alcance de las actividades posteriores a la entrega que se requieren, la organización debe considerar: a) los requisitos legales y reglamentarios; b) las consecuencias potenciales no deseadas asociadas a sus productos y servicios; c) la naturaleza, el uso y la vida útil prevista de sus productos y servicios; d) los requisitos del cliente; e) la retroalimentación del cliente.	Apoyo jurídico/ gestion de la informacion/ gestion comercial
8.	OPERACIÓN	8.5	PRODUCCIÓN Y PROVISIÓN DEL SERVICIO	8.5.6	Control de los cambios	La organización debe revisar y controlar los cambios para la producción o la prestación del servicio, en la extensión necesaria para asegurarse de la continuidad en la conformidad con los requisitos. La organización debe conservar información documentada que describa los resultados de la revisión de los cambios, las personas que autorizan el cambio y de cualquier acción necesaria que surja de la revisión.	Gestion de la informacion/ Gestion de la calidad

8.	OPERACIÓN	8.6	LIBERACIÓN DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS	8.6	LIBERACIÓN DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS	La organización debe implementar las disposiciones planificadas, en las etapas adecuadas, para verificar que se cumplen los requisitos de los productos y servicios. La liberación de los productos y servicios al cliente no debe llevarse a cabo hasta que se hayan completado satisfactoriamente las disposiciones planificadas, a menos que sea aprobado de otra manera por una autoridad pertinente y, cuando sea aplicable, por el cliente. La organización debe conservar la información documentada sobre la liberación de los productos y servicios. La información documentada debe incluir: a) evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación; b) trazabilidad a las personas que autorizan la liberación.	Gestion de la calidad / procesos misionales
8.	OPERACIÓN	8.7	CONTROL DE LAS SALIDAS NO CONFORMES	8.7.1	NA	La organización debe asegurarse de que las salidas que no sean conformes con sus requisitos se identifiquen y se controlan para prevenir su uso o entrega no intencionada. La organización debe tomar las acciones adecuadas basándose en la naturaleza de la no conformidad y en su efecto sobre la conformidad de los productos y servicios. Esto se debe aplicar también a los productos y servicios no conformes detectados después de la entrega de los productos, durante o después de la provisión de los servicios. La organización debe tratar las salidas no conformes de una o más de las siguientes maneras: a) corrección; b) separación, contención, devolución o suspensión de provisión de productos y servicios; c) información al cliente; d) obtención de autorización para su aceptación bajo concesión. Debe verificarse la conformidad con los requisitos cuando se corrigen las salidas no conformes.	Gestion de la calidad /
8.	OPERACIÓN	8.7	CONTROL DE LAS SALIDAS NO CONFORMES	8.7.2	NA	La organización debe conservar la información documentada que: a) describa la no conformidad; b) describa las acciones tomadas; c) describa todas las concesiones obtenidas; d) identifique la autoridad que decide la acción con respecto a la no conformidad.	Gestion de la calidad
9	EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO	9.1	SEGUIMIENTO, MEDICIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN	9.1.1	Generalidades	La organización debe determinar: a) qué necesita seguimiento y medición; b) los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación necesarios para asegurar resultados válidos; c) cuándo se deben llevar a cabo el seguimiento y la medición; d) cuándo se deben analizar y evaluar los resultados del seguimiento y la medición. La organización debe evaluar el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad. La organización debe conservar la información documentada apropiada como evidencia de los resultados.	Todos los procesos.
9	EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO	9.1	SEGUIMIENTO, MEDICIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN	9.1.2	Satisfacción del cliente	La organización debe realizar el seguimiento de las percepciones de los clientes del grado en que se cumplen sus necesidades y expectativas. La organización debe determinar los métodos para obtener, realizar el seguimiento y revisar esta información.	Todos los procesos.
9	EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO	9.1	SEGUIMIENTO, MEDICIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN	9.1.3	Análisis y evaluación	La organización debe analizar y evaluar los datos y la información apropiados que surgen por el seguimiento y la medición. Los resultados del análisis deben utilizarse para evaluar: a) la conformidad de los productos y servicios; b) el grado de satisfacción del cliente; c) el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad; d) si lo planificado se ha implementado de forma eficaz; e) la eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades; f) el desempeño de los proveedores externos; g) la necesidad de mejoras en el sistema de gestión de la calidad.	Gestion de la calidad
9	EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO	9.2	AUDITORÍA INTERNA	9.2.1	NA	9.2.1 La organización debe llevar a cabo auditorías internas a intervalos planificados para proporcionar información acerca de si el sistema de gestión de la calidad: a) es conforme con: 1) los requisitos propios de la organización para su sistema de gestión de la calidad; 2) los requisitos de esta Norma Internacional; b) se implementa y mantiene eficazmente.	Gestion de la calidad

9	EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO	9.2	AUDITORÍA INTERNA	9.2.2	NA	9.2.2 La organización debe: a) planificar, establecer, implementar y mantener uno o varios programas de auditoría que incluyan la frecuencia, los métodos, las responsabilidades, los requisitos de planificación y la elaboración de informes, que deben tener en consideración la importancia de los procesos involucrados, los cambios que afecten a la organización y los resultados de las auditorías previas; b) definir los criterios de la auditoría y el alcance para cada auditoría; c) seleccionar los auditores y llevar a cabo auditorías para asegurarse de la objetividad y la imparcialidad del proceso de auditoría; d) asegurarse de que los resultados de las auditorías se informen a la dirección pertinente; e) realizar las correcciones y tomar las acciones correctivas adecuadas sin demora injustificada; f) conservar información documentada como evidencia de la implementación del programa de auditoría y de los resultados de las auditorías.	Gestion de la calidad / gestion humana
---	--------------------------	-----	-------------------	-------	----	---	--

9	EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO	9.3	REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	9.3.1	Generalidades	La alta dirección debe revisar el sistema de gestión de la calidad de la organización a intervalos planificados, para asegurarse de su conveniencia, adecuación, eficacia y alineación continuas con la dirección estratégica de la organización.	planeacion y direccionamiento estrategico/ gestion de la calidad / gestion comercial
9	EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO	9.3	REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	9.3.2	Entradas de la revisión por la dirección	La revisión por la dirección debe planificarse y llevarse a cabo incluyendo consideraciones sobre: a) el estado de las acciones de las revisiones por la dirección previas; b) los cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al sistema de gestión de la calidad; c) la información sobre el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad, incluidas las tendencias relativas a: 1) la satisfacción del cliente y la retroalimentación de las partes interesadas pertinentes; 2) el grado en que se han logrado los objetivos de la calidad; 3) el desempeño de los procesos y conformidad de los productos y servicios; 4) las no conformidades y acciones correctivas; 5) los resultados de seguimiento y medición; 6) los resultados de las auditorías; 7) el desempeño de los proveedores externos; d) la adecuación de los recursos; e) la eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades (véase 6.1); f) las oportunidades de mejora.	planeacion y direccionamiento estrategico/ gestion de la calidad / gestion comercial
9	EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO	9.3	REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	9.3.3	Salidas de la revisión por la dirección	Las salidas de la revisión por la dirección deben incluir las decisiones y acciones relacionadas con: a) las oportunidades de mejora; b) cualquier necesidad de cambio en el sistema de gestión de la calidad; c) las necesidades de recursos. La organización debe conservar información documentada como evidencia de los resultados de las revisiones por la dirección.	planeacion y direccionamiento estrategico/ gestion de la calidad / gestion comercial
10	MEJORA	10.1	GENERALIDADES	NA	NA	La organización debe determinar y seleccionar las oportunidades de mejora e implementar cualquier acción necesaria para cumplir los requisitos del cliente y aumentar la satisfacción del cliente. Éstas deben incluir: a) mejorar los productos y servicios para cumplir los requisitos, así como considerar las necesidades y expectativas futuras; b) corregir, prevenir o reducir los efectos no deseados; c) mejorar el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad.	Todos los procesos.
10	MEJORA	10.2	NO CONFORMIDAD Y ACCIÓN CORRECTIVA	10.2.1	NA	Cuando ocurra una no conformidad, incluida cualquiera originada por quejas, la organización debe: a) reaccionar ante la no conformidad y, cuando sea aplicable: 1) tomar acciones para controlarla y corregirla; 2) hacer frente a las consecuencias; b) evaluar la necesidad de acciones para eliminar las causas de la no conformidad, con el fin de que no vuelva a ocurrir ni ocurra en otra parte, mediante: 1) la revisión y el análisis de la no conformidad; 2) la determinación de las causas de la no conformidad; 3) la determinación de si existen no conformidades similares, o que potencialmente puedan ocurrir; c) implementar cualquier acción necesaria; d) revisar la eficacia de cualquier acción correctiva tomada; e) si fuera necesario, actualizar los riesgos y oportunidades determinados durante la planificación; y f) si fuera necesario, hacer cambios al sistema de gestión de la calidad. Las acciones correctivas deben ser apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.	Todos los procesos.
10	MEJORA	10.2	NO CONFORMIDAD Y ACCIÓN CORRECTIVA	10.3.2	NA	La organización debe conservar información documentada como evidencia de: a) la naturaleza de las no conformidades y cualquier acción tomada posteriormente; b) los resultados de cualquier acción correctiva.	Todos los procesos.
10	MEJORA	10.3	MEJORA CONTINUA	10.3	MEJORA CONTINUA	La organización debe mejorar continuamente la conveniencia, adecuación y eficacia del sistema de gestión de la calidad. La organización debe considerar los resultados del análisis y la evaluación, y las salidas de la revisión por la dirección, para determinar si hay necesidades u oportunidades que deben considerarse como parte de la mejora continua.	Todos los procesos.

INTERRELACION DE PROCESOS

Versión
Código
Fecha de
aprobación

	Planeacion Estrategica	Gestion de la Calidad	Gestion Comercial	Ayudas Diagnosticas	Tratamiento	Consulta	Gestion Financiera	Apoyo juridico	Gestion de la informacion	Gestion Administrativa	Gestion Humana	Infraestructura y Equipos
Planeacion Estrategica		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Gestion de la Calidad	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Gestion Comercial	X	X		X	X	X		X				
Ayudas Diagnosticas	X	X	X		X	X				X	X	X
Tratamiento	X	X	X	X		X				X	X	X
Consulta	X	X	X	X	X					X	X	X
Gestion Financiera	X	X	X							X		
Apoyo juridico			X							X	X	
Gestion de la informacion		X		X	X	X				X	X	
Gestion Administrativa	X	X		X	X	X	X					
Gestion Humana	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Infraestructura y Equipos	X	X		X	X	X				X	X	

CONTROL DE CAMBIOS			
Actividades que sufrieron cambios	Observación del cambio	Motivo del cambio	Fecha del cambio
No aplica. Primer version de este documento	Elaboracion de la matriz de interaccion entre procesos.		14/11/2018
Elaboró	x	Revisó	Aprobó

[Volver](#)

[Contenido](#)

[Adelante](#)

ANEXO L. CARACTERIZACIONES DE PROCESOS



CARACTERIZACIÓN

Código
Versión 1
Fecha 14/11/2018

NOMBRE	PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO
ALCANCE	Inicia con el diagnostico y termina con el cumplimiento del plan estrategico
RESPONSABLE	Gerente General
OBJETIVO	Determinar lineamientos y planes, que direccionen al centro cardiologico de Bogota a aumentar la satisfaccion del cliente, su rentabilidad y participacion del mercado.

DETALLES DEL PROCESO

CICLO PHVA	ENTRADAS	PROVEEDOR	ACTIVIDAD	SALIDAS	CLIENTE
P	Información institucional, del entorno, disposiciones y normatividad en salud. Requerimientos logísticos y de personal para el desarrollo de la actividad. Metodologías de trabajo para la elaboración del plan y sus componentes	Organismos de control, competencia, clientes, usuarios, colaboradores	Elaborar diagnostico interno y externo de la organización. Definir, revisar y ajustar plataforma estrategica Determinar objetivos y metas	Matriz DOFA Plataforma estratégica (Visión, Misión, Objetivos, Metas, Principios, Valores, Políticas) Plan estratégico (Planes, programas y proyectos) Indicadores de seguimiento al plan	Gerencia

P	Matriz DOFA	Gerencia	Asignar recursos para la consecucion de objetivos Alinear a las diferentes areas hacia cumplimiento de la estrategia	Cumplimiento de objetivos y metas	Todos los procesos
P	Informacion externa Matriz DOFA Plataforma estratégica (Visión, Misión, Objetivos, Metas, Principios, Valores, Políticas)	Gerencia	Identificar y realizar convenios y alianzas	Mapeo de convenios y alianzas estrategicas	Gerencia, gestion administrativa y apoyo juridico.
H	Plataforma estratégica (Visión, Misión, Objetivos, Metas, Principios, Valores, Políticas) Plan estratégico (Planes, programas y proyectos) Indicadores de seguimiento al plan	Gerencia	Socializar plataforma estrategica	Lista de asistencia	Todos los procesos

H	Plataforma estratégica (Visión, Misión, Objetivos, Metas, Principios, Valores) Plan estratégico (Planes, programas y proyectos) Indicadores de seguimiento al plan	Gerencia	Ejecutar plataforma estrategica		Todos los procesos
H	Mapeo de convenios y alianzas estrategicas	Gerencia, gestion administrativa y apoyo juridico.	Ejecutar convenios y alianzas	Planes ejecutados, estrategias implementadas	Gerencia y gestion administrativa
V	Plataforma estratégica (Visión, Misión, Objetivos, Metas, Principios, Valores) Plan estratégico (Planes, programas y proyectos) Indicadores de seguimiento al plan	Gerencia y gestion administrativa	Evaluar el cumplimiento de la plataforma, plan, alianzas y convenios frente a lo ejecutado	Matriz de seguimiento y cumplimiento de plataforma y plan estrategico. Incumplimiento de metas No conformidades	Todos los procesos

A	- Matriz de seguimiento y cumplimiento de plataforma y plan estrategico. - Incumplimiento de metas - No conformidades - Procedimiento para el tratamiento de no conformidades	Gerencia	Implementar las acciones para el mejoramiento del proceso, cuando haya lugar.	Matriz de tratamiento a no conformidades	Todos los procesos
----------	--	----------	---	--	--------------------

RECURSOS					
Talento Humano Competente Instalaciones físicas adecuadas Hardware y Software Recursos económicos					

INDICADORES DEL PROCESO				
INDICADOR	INDICADOR	META	FRECUENCIA	FUENTE
1	% de Participacion del mercado	15% del mercado	Trimestral	Reporte de acciones de la comrptecia
2	Relacion costo/beneficio	70/30	Trimestral	Informe contable

PRINCIPALES RIESGOS Y CONTROLES				
N°	RIESGO	CONTROL ESTABLECIDO	MONITOREO	RESPONSABLE
1	Registro de informacion inconsistente	- Verificar las fuentes de informacion - Generar alertas con respecto al registro y consistencia de información reportada	Bimensual	Gestion Administrativa

2	Acciones agresivas de la competencia para captar mayor mercado	Seguimiento a la competencia	Mensual	Gerencia
3	Aumento de costos en la prestación del servicio	Establecer topes de costos. Elaborar Plan de compras por año	Mensual	Gestión Financiera
4	Cambios en la legislación de salud	Seguimiento a cambios normativos	Mensual	Apoyo jurídico

REQUISITOS DEL PROCESO	
DEL CLIENTE	Necesidades y expectativas de las partes interesadas
LEGALES	Ver matriz de requisitos legales
IMPLICITOS	
ORGANIZACIÓN	Realizar planeación teniendo en cuenta a los colaboradores, necesidades y expectativas de clientes y usuarios, tendencias del mercado y movimientos de la competencia
AMBIENTE PARA LA OPERACIÓN DEL PROCESO	Condiciones favorables y/o adecuadas en cuanto a temperatura, ambiente, ruido, iluminación, ventilación, ergonomía, relaciones interpersonales, trabajo en equipo, No requiere condiciones ambientales especiales, de acuerdo con lo determinado por el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo del CCB

PRODUCTO NO CONFORME				
Servicio o producto que se entrega al cliente	Descripción del servicio o producto	Identificación de la no conformidad en el producto y/o servicio	*Acciones correctivas apropiadas según la naturaleza del servicio	Quien autoriza la entrega del producto al cliente
Plataforma estratégica	Documento que da línea para el desarrollo de la misión de la organización	Plataforma estratégica que no guarde coherencia con las necesidades y expectativas de las partes interesadas	a) Corregir	Gerencia

Plan estrategico	Documento que da linea de accion a la organización para el logro de su vision	Plan esrategico formulado que no se ajuste a la realidad del mercado y capacidades de la organización	a) Corregir	Gerencia
------------------	---	---	-------------	----------

* a) Corregir; b) Suspender; c) Informar al cliente;d) Obtener autorización para la aceptación del servicio bajo concesión.

DOCUMENTACION
Procedimiento para el tratamiento de producto no conforme Plataforma estratégica (Visión, Misión, Objetivos, Metas, Principios, Valores, Políticas) Plan estratégico (Planes, programas y proyectos) Indicadores de seguimiento al plan Mapeo de convenios y alianzas estrategicas Matriz de seguimiento y cumplimiento de plataforma y plan estrategico. Matriz de tratamiento a no conformidades

CONTROL DE CAMBIOS			
Actividades que sufrieron cambios	Observación del cambio	Motivo del cambio	Fecha del cambio
No aplica. Primer versio	Elaboracion de caracterizacion del proceso		14/11/2018

Elaboró	x	Revisó	Aprobó

CARACTERIZACIÓN

Código
Versión 1
Fecha 14/11/2018

NOMBRE	GESTIÓN COMERCIAL
ALCANCE	Inicio con la identificación de oportunidades del mercado y termina el cumplimiento del plan comercial
RESPONSABLE	Gerencia
OBJETIVO	Fidelizar e incrementar el numero de clientes

DETALLES DEL PROCESO					
CICLO PHVA	ENTRADAS	PROVEEDOR	ACTIVIDAD	SALIDAS	CLIENTE
P	Matriz DOFA Plan estratégico Análisis de la competencia	Gestión Comercial	Identificar oportunidades en el mercado	Selección de oportunidades de mercado	Gestión Comercial
P	Selección de oportunidades de mercado	Gestión Comercial	Detectar potenciales clientes	Selección de potenciales clientes	Gestión Comercial
P	Selección de potenciales clientes	Gestión Comercial	Detectar necesidades y expectativas de clientes	Matriz de necesidades y expectativas	Gestión Comercial
P	Matriz DOFA Matriz de necesidades y expectativas	Gestión Comercial	Determinar recursos necesarios para cumplir la necesidades y expectativas del cliente	Informe técnico, operativo y financiero para el cumplimiento de las necesidades y expectativas de los clientes	Gestión Comercial Gestión administrativa, Gestión financiera, Infraestructura y equipos Gestión de la información Gestión del talento humano

P	Selección de oportunidades de mercado Selección de potenciales clientes Matriz de necesidades y expectativas Informe técnico, operativo y financiero para el cumplimiento de las necesidades y expectativas de los clientes	Gestión Comercial Gestión administrativa, Gestión financiera, Infraestructura y equipos Gestión de la información Gestión del talento humano	Elaborar plan comercial	Plan Comercial	Gestión Comercial
H	Plan Comercial	Gestión Comercial	Ejecutar plan comercial	Plan Comercial ejecutado	Gestión Comercial
H	Plan Comercial Selección de clientes potenciales	Gestión Comercial	Visitar clientes potenciales	Requerimientos de servicios	Gestión Comercial Ventas
H	Requerimientos de servicios	Gestión Comercial	Presentar propuesta de servicios	Solicitud de contratación	Gestión Comercial y ventas
H	Solicitud de contratación	Gestión Comercial Apoyo jurídico	Elaborar contrato	Contrato	Cliente
V	Plan comercial	Gestión Comercial	Realizar seguimiento al cumplimiento del plan comercial	Matriz de seguimiento y cumplimiento del plan comercial Incumplimiento de metas No conformidades	Gestión comercial Gestión de la calidad
V	Contratos	Apoyo jurídico	Realizar seguimiento a los contratos	Matriz de seguimiento a contratos	Gestión comercial Gestión de la calidad

V	Matriz de seguimiento a contratos Matriz de necesidades y expectativas	Gestión comercial Gestión de la Calidad	Realizar seguimiento y evaluación de la satisfacción de las necesidades y expectativas de los clientes.	Matriz de necesidades y expectativas ajustada	Gestión comercial Gestión de la calidad
A	Matriz de seguimiento y cumplimiento del plan comercial Incumplimiento de metas No conformidades Matriz de seguimiento a contratos Matriz de necesidades y expectativas ajustada	Gestión comercial Gestión de la Calidad	Implementar las acciones para el mejoramiento del proceso, cuando haya lugar.	Matriz de tratamiento a no conformidades	Gestión comercial Gestión de la Calidad

RECURSOS

Talento Humano Competente
Instalaciones físicas adecuadas
Hardware y Software
Recursos económicos

INDICADORES DEL PROCESO

N°	INDICADOR	META	FRECUENCIA	FUENTE
3	Nivel de satisfacción de necesidades y expectativas de los clientes	95% de satisfacción	Trimestral	Encuestas de satisfacción al cliente Informe de sesiones Focus group
4	Numero de clientes nuevos	Aumentar el numero de clientes en un 60%	Trimestral	Registro de clientes
5	Incremento de Ventas	Aumentar el numero de ventas en un 30%	Trimestral	Facturacion
6	Desercion de clientes	2%	Trimestral	Registro de ventas Registro de seguimiento a clientes

PRINCIPALES RIESGOS Y CONTROLES				
N°	RIESGO	CONTROL ESTABLECIDO	MONITOREO	RESPONSABLE
3	Acciones agresivas de la competencia para captar mayor mercado	Seguimiento a la competencia	Mesual	Gerencia

REQUISITOS DEL PROCESO	
DEL CLIENTE	Elaboracion conjunta de contratos
LEGALES	Ver matriz de requisitos legales
IMPLÍCITOS	ISO 9001:2015
ORGANIZACIÓN	Cumplir el plan comercial
AMBIENTE PARA LA OPERACIÓN DEL PROCESO	Condiciones favorables y/o adecuadas en cuanto a temperatura, ambiente, ruido, iluminación ventilación, ergonomía, relaciones interpersonales, trabajo en equipo, No requiere condiciones ambientales especiales, de acuerdo con lo determinado por el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo del CCB

PRODUCTO NO CONFORME				
Servicio o producto que se entrega al cliente	Descripción del servicio o producto	Identificación de la no conformidad en el producto y/o servicio	*Acciones correctivas apropiadas según la naturaleza del servicio	Quine autoriza la entrega del producto al cliente
Plan comercial	Documento que contiene la estrategia comercial	Formulación de una estrategia comercial ineficaz	a)	Gerencia
Contrato	Documento que establece el acuerdo entre el cliente y el CCB para la prestación de servicios	Contrato que no identifique las necesidades y expectativas del cliente	a)	Apoyo juridico

* a) Corregir; b) Suspender; c) Informar al cliente; d) Obtener autorización para la aceptación del servicio bajo concesión.

DOCUMENTACIÓN

Plan Estrategico
 Matriz DOFA
 Encuestas de satisfaccion al cliente
 Informe de sesiones Focus group
 Facturacion
 Registro de ventas
 Registro de seguimiento a clientes
 Registro de clientes

CONTROL DE CAMBIOS			
Actividades que sufrieron cambios	Observación del cambio	Motivo del cambio	Fecha del cambio
No aplica. Primer versión de este documento	Elaboración de caracterización del proceso		14/11/2018

Elaboró	x	Revisó	Aprobó

NOMBRE	GESTIÓN DE LA CALIDAD
ALCANCE	Inicia con la planeacion y termina con implementacion de acciones de mejora
RESPONSABLE	Coordinador de Calidad
OBJETIVO	Mantener y mejorar la operación del SGC

DETALLES DEL PROCESO					
CICLO PHVA	ENTRADAS	PROVEEDOR	ACTIVIDAD	SALIDAS	CLIENTE
P	ISO 9001:2015 Plataforma estrategica y plan estrategico	Planeacion estrategica Gestion de la calidad	Definir programa y plan de auditorias internas Planear reuniones con las diferentes areas para la revision y ajuste de los procesos y procedimientos Definir acciones para la toma de conciencia sobre el SGC Preparar informes para revision por la alta direccion Brindar asistencia tecnica a las diferentes areas para la operacion y mejora	Plan de auditorias, Cronograma de reuniones	Todos los procesos
H	•ISO 9001:2015 •Plataforma estrategica y plan estrategico •Mapa de procesos •Matriz de partes interesadas •Caracterizaciones de procesos •Matriz de riesgos y oportunidades •Política de Calidad •Objetivos de calidad •Plan para cumplir los objetivos de calidad •Plan para abordar cambios •Plan de comunicación •Matriz documental •Procedimiento para el diseño y control de servicios •Matriz de indicadores •Matriz de Producto no conforme - PNC •Programa y plan de auditorias •procedimiento para el tratamiento de no conformidades y acciones de mejora	Todos los procesos	Realizar de auditorias internas Realizar reuniones con las diferentes areas para la revision y ajuste de los procesos y procedimientos ejecutar acciones para la toma de conciencia sobre el SGC Realizar informes para revision por la alta direccion Brindar asistencia tecnica a las diferentes areas para la operacion y mejora	Informes Auditorías Internas. Listas de asistencia Actas	Gestion de la calidad Planeacion estrategica

V	ISO 9001:2015 Plataforma estrategica y plan estrategico Informes Auditorias Internas. Acciones Correctivas. Oportunidades de Mejora Riesgos y oportunidades	Planeacion estrategica Gestion de la calidad	Verificar: • La conformidad del SGC con los requisitos propios de la organización, los requisitos de la norma y que el SGC se mantiene eficazmente • Efectividad de estrategias de difusión y mantenimiento del Sistema de Gestión de Calidad. • Efectividad de mecanismos y estrategias para conocer y realizar seguimiento a la percepción del cliente (interno y externo) respecto al cumplimiento de sus requisitos y la satisfacción y la calidad de los servicios prestados. • La conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad continua del SGC. • La eficacia de las oportunidades de mejora y de las acciones implementadas tendientes a cumplir con los requisitos del cliente y aumentar la satisfacción del mismo	Informe de revision por la alta direccion	Todos los procesos
A	Informe de revision por la alta direccion Informes de auditorias	Planeacion estrategica Gestion de la calidad	Implementar las acciones para el mejoramiento del proceso, cuando haya lugar.	Plan de mejora Acciones de mejora	Todos los procesos

RECURSOS					
Talento Humano Competente Instalaciones físicas adecuadas Hardware y Software Recursos económicos					

INDICADORES DEL PROCESO				
N°	INDICADOR	META	FRECUENCIA	FUENTE
3	Nivel satisfaccion de necesidades y expectativas de los clientes	95% de satisfacción	Trimestral	Encuestas de satisfaccion al cliente Focus group
7	Eficacia de las auditorias internas	5% de incumplimiento en los requisiitos de la norma ISO 9001:2015	Anual	Informe de auditoria del SGC
8	Gestion de la mejora	Grado de implementacion de acciones de mejora 95%	Anual	Control del estado de las acciones correctivas, preventivas y de mejora
9	Seguimiento y medicion de los objetivos de calidad	Cumplimiento del 100% de los objetivos	Semestral	Ficha técnica de indicadores del SGC

PRINCIPALES RIESGOS Y CONTROLES				
N°	RIESGO	CONTROL ESTABLECIDO	MONITOREO	RESPONSABLE

5	Manejo de documentos obsoletos en los diferentes procesos.	Publicar los documentos en la página web del SIG. Comunicar a la comunidad los cambios de los documentos.	Semestral	Coodinador de Calidad
6	Demora en la presentación de informes de auditorías.	Seguimiento al programa de auditoria Seguimiento al plan de auditoria	Anual	Auditor interno

REQUISITOS DEL PROCESO				
DEL CLIENTE	Necesidades y expectativas de las partes interesadas			
LEGALES	Ver Matriz de Requisitos Legales			
IMPLICITOS	ISO 9001:2015 ISO 9011:2015			
ORGANIZACIÓN	Toda la documentacion del SGC debe estar codificada			
AMBIENTE PARA LA OPERACIÓN DEL PROCESO	Condiciones favorables y/o adecuadas en cuanto a temperatura, ambiente, ruido, iluminación ventilación, ergonomía, relaciones interpersonales, trabajo en equipo, No requiere condiciones ambientales especiales, de acuerdo con lo determinado por el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo del CCB			

PRODUCTO NO CONFORME				
Servicio o producto que se entrega al cliente	Descripción del servicio o producto	Identificación de la no conformidad en el producto y/o servicio	*Acciones correctivas apropiadas según la naturaleza del servicio	Quine autoriza la entrega del producto al cliente
Planeacion y estructuracion del SGC	Lineamientos para la operación del SGC	Definicion de lineamietos de operación del SGC que no esten acordes a la realidad operacional del CCB	a) y b)	Gerencia
Auditorias internas	Verificacion de los requisitos de la norma ISO 9001 y requisitos legales	Informe de auditoria que no refleje lo auditado	a)	Auditor Interno

* a) Corregir; b) Suspender; c) Informar al cliente;d) Obtener autorización para la aceptación del servicio bajo concesión.

DOCUMENTACIÓN	
•Encuestas de satisfacción al cliente •ISO 9001:2015 •Plataforma estratégica •Plan estratégico •Informe de Focus Group •Informe de auditoría del SGC •Control del estado de las acciones correctivas, preventivas y de mejora •Ficha técnica de indicadores del SGC •Mapa de procesos •Matriz de partes interesadas •Caracterizaciones de procesos •Matriz de riesgos y oportunidades •Política de Calidad •Objetivos de calidad	•Plan para cumplir los objetivos de calidad •Plan para abordar cambios •Plan de comunicación •Matriz documental •Procedimiento para el diseño y control de servicios •Matriz de indicadores •Matriz de Producto no conforme – PNC •Programa y plan de auditorias •Procedimiento para el tratamiento de no conformidades y acciones de mejora •Informes Auditorías Internas. •Informe de Acciones Correctivas y oportunidades de mejora •Informe de revisión por la alta dirección •Plan de mejora

CONTROL DE CAMBIOS			
Actividades que sufrieron cambios	Observación del cambio	Motivo del cambio	Fecha del cambio
No aplica. Primer versio	Elaboracion de caracterizacion del proceso		14/11/2018

Elaboró	x	Revisó	Aprobó

		CARACTERIZACIÓN			Código Versión Fecha																								
<table><tr><td>NOMBRE</td><td colspan="5">AYUDAS DIAGNÓSTICAS</td></tr><tr><td>ALCANCE</td><td colspan="5">Inicia con la solicitud del servicio y finaliza con la entrega de resultados al usuario</td></tr><tr><td>RESPONSABLE</td><td colspan="5">Coordinador de ayudas diagnosticas</td></tr><tr><td>OBJETIVO</td><td colspan="5">Realizar el proceso de ayudas diagnosticas asegurando la entrega de resultados confiables, que faciliten la identificación de enfermedades cardiovasculares de los usuarios, para su posterior tratamiento y cuidado.</td></tr></table>						NOMBRE	AYUDAS DIAGNÓSTICAS					ALCANCE	Inicia con la solicitud del servicio y finaliza con la entrega de resultados al usuario					RESPONSABLE	Coordinador de ayudas diagnosticas					OBJETIVO	Realizar el proceso de ayudas diagnosticas asegurando la entrega de resultados confiables, que faciliten la identificación de enfermedades cardiovasculares de los usuarios, para su posterior tratamiento y cuidado.				
NOMBRE	AYUDAS DIAGNÓSTICAS																												
ALCANCE	Inicia con la solicitud del servicio y finaliza con la entrega de resultados al usuario																												
RESPONSABLE	Coordinador de ayudas diagnosticas																												
OBJETIVO	Realizar el proceso de ayudas diagnosticas asegurando la entrega de resultados confiables, que faciliten la identificación de enfermedades cardiovasculares de los usuarios, para su posterior tratamiento y cuidado.																												
DETALLES DEL PROCESO																													
ACTIVIDADES	ENTRADAS	PROVEEDOR	DESCRIPCION	SALIDAS	CLIENTE																								
P	Solicitud del servicio u orden médica	Cliente	Determinar la disponibilidad de los recursos para la prestación del servicio Programación de las agendas	Agenda para la prestación de los servicios Cita para el procedimiento	Gestión administrativa Usuario																								
H	Cita para la realización del procedimiento	Gestion administrativa	Admisión de usuario Facturación de la ayuda diagnostica Realizar solicitudes a los procesos de mantenimiento de equipos e informatica Responder a requerimientos de solicitud de información. Recepcionar y analizar informes. Alimentar y reportar indicadores. Informes gerencial de gestión del proceso. Realizar capacitaciones al personal basado en las oportunidades de mejora definidas. Definir, elaborar y socializar el soporte documental correspondiente al que hacer del subproceso. Ejecutar el procedimiento de cada servicio: Servico de: Prueba de esfuerzo Mesa basculante Test de mapa Test de holter Electrocardiograma Ecocardiograma Índice tobillo brazo Estudio rigidez arterial	Resultados Factura Usuario Informado	Contabilidad y facturación Usuario y su familia y/o acompañante ARP Medicina Prepagada Planes complementarios Aseguradoras																								

V	Informes de auditorías	Coordinador de Calidad	Verificar el programa Y. Agendas enviadas ☐ Verificar disponibilidad de recursos para generar novedades ☐ Validar la adecuada gestión a las diferentes solicitudes allegadas al servicio ☐ Rondas de inspección a las instalaciones ☐ Evidenciar oportunidades de mejora. ☐ Análisis a los indicadores. ☐ Atender auditorías ☐ Evaluar la efectividad y la adherencia de las capacitaciones realizadas. ☐ Supervisión del talento humano ☐ Evaluación del talento humano	Informe de cada proceso evaluado	Director de Calidad Gestión Administrativa
A	Informes de indicadores		Solicitar ajustes pertinentes a las agendas Reportar resultados de inspecciones. Planes mejora.	Informe de seguimiento Actas de comité	Director de Calidad

INDICADORES DEL PROCESO			
INDICADOR	META	FRECUENCIA	FUENTE
Oportunidad en la entrega de resultados de ayudas d	>=98%	Mensual	Registro de Procedimientos realizados y registro de procedimientos entregados
Confiabilidad de resultados de ayudas diagnosticas	<=2%	Mensual	Registro de resultados
RECURSOS			
Salas de procedimiento			
Sala de espera			
Registro físico o magnético			
Equipos			
Papelería			
Insumos para la prestación de los servicios			
Personal (Médicos, Enfermeras)			
Software			
PRINCIPALES RIESGOS Y CONTROLES			
RIESGO	CONTROLES	MONITOREO	RESPONSABLE
Equipos que emiten resultados erróneos	Mantenimiento preventivo Calibración de los equipos según la norma	Trimestral	Jefe de mantenimiento
REQUISITOS DEL PROCESO			
DEL CLIENTE	El examen solicitado		
LEGALES	Ley 1122 de 2007 "Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones" RESOLUCIÓN NÚMERO 2003 DE 2014 "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud " Decreto 780 de 2016. "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social" Decreto 903 de 2014 "Por el cual se dictan las disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud" Resolución 2082 de 2014 " Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud" Resolución 0256 de 2016 "Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud"		
IMPLÍCITOS	Equipos calibrados para la prestación del servicio Mantenimiento de los equipos al día		
ORGANIZACIÓN	Cumplimiento de los procedimientos definidos para cada servicio.		

DETALLE AMBIENTAL				
ASPECTO			IMPACTO	
Consumo de energía			Hay consumo de energía lo que se traduce en emisiones de CO2 y los elementos de la ayuda diagnóstica que se convierten en residuos peligrosos.	
Residuos				

PRODUCTO NO CONFORME				
Servicio o producto que se entrega al cliente	Descripción del servicio o producto	Identificación de la no conformidad en el producto y/o servicio	*Acciones correctivas apropiadas según la naturaleza del servicio	Persona que autoriza la entrega del servicio al cliente
Procedimientos de ayudas diagnosticas	Servicios que presta el centro cardiologico de bogota para detectar enfermedades del corazon	Resultado erroneo de la ayuda diagnostica	a) Corregir	Coordinador de ayudas diagnosticas
* a) Corregir; b) Suspendir; c) Informar al cliente;d) Obtener autorización para la aceptación del servicio bajo concesión.				
DOCUMENTACIÓN				
REMITIRSE A LOS PROCEDIMIENTOS DE: ELECTROCARDIOGRAMA,PRUEBA DE ESFUERZO, MESA BASCULANTE, TEST DE MAPA, TEST DE HOLTER, ELECTROCARDIOGRAMA, ECOCARDIOGRAMA, ÍNDICE TOBILLO BRAZO, ESTUDIO RIGIDEZ ARTERIAL				
CONTROL DE CAMBIOS				
Actividades que sufrieron cambios	Observación del cambio		Motivo del cambio	Fecha del cambio
No aplica. Primer version de	Elaboracion de caracterizacion del proceso			14/11/2018
Elaboró	x	Revisó		Aprobó

--	--	--	--	--	--

	CARACTERIZACIÓN	Código Versión Fecha
--	------------------------	----------------------------

NOMBRE	CONSULTA
ALCANCE	Inicia con la solicitud del servicio y finaliza con la atención medica
RESPONSABLE	Coordinador Medico
OBJETIVO	Brindar atención al usuario que asiste a consulta, de una manera oportuna y con calidad, satisfaciendo sus necesidades en salud con criterios de humanización, minimizando los riesgos en salud.

DETALLES DEL PROCESO					
ACTIVIDADES	ENTRADAS	PROVEEDOR	DESCRIPCION	SALIDAS	CLIENTE
P	Paciente o acudiente	Cliente y usuario	Solicitud de citas y asignacion de citas	Cita asignada	Cliente o Usuario
H	Orden medica con cita asignada	Cliente o usuario	Facturacion del servicio	Servicio facturado	Cliente, usuario y facturacion.
	Paciente	Cliente o usuario	Atencion al paciente, valoracion, historia clinica diligenciada y tratamiento instaurado	Diagnostico y ordenes medicas	Cliente y usuario
	Paciente con historia clinica y registros clinicos	Cliente o usuario	Egreso del paciente y paciente conplan de manejo establecido	Cliente, usuario o sitio de remision.	Cliente y usuario
V	Informes de auditorías	Coordinador de Calidad	Evidenciar oportunidades de mejora. Análisis a los indicadores. Atender auditorías Evaluar la efectividad y la adherencia de las capacitaciones realizadas. Supervisión del talento humano Evaluación del talento humano Comprobar el cumplimiento de las citas a la consulta asignadas Asegurar que el paciente asista a la consulta Verificar la asistencia a la consulta programada Evaluar el cumplimiento de los hallazgos detectados en las auditorias	Informe de cada proceso evaluado	Director de Calidad Gestión Administrativa
A	Resultados de las auditorias	Coordinador de Calidad	Planes de Mejora, acciones correctivas y de mejora Solicitar ajustes pertinentes a as agendas	Plan de mejoramiento del area	Calidad, Control

INDICADORES DEL PROCESO				
NUMERO	INDICADOR	META	FRECUENCIA	FUENTE
1	Oportunidades en cita de consulta	95%	Trimestral	Buzon de quejas y reclamos

RECURSOS
Salas de procedimiento
Sala de espera
Registro físico o magnético
Equipos
Papelería
Insumos para la prestación de los servicios
Personal (Medicos, Enfermeras)
Software

PRINCIPALES RIESGOS Y CONTROLES			
RIESGO		MONITOREO	RESPONSABLE
Numero de citas insuficientes	Monitoreo de la demanda	Mensual	Director administrativo
Error de la digitacion	Agenda	Mensual	Director administrativo
Remision de paciente no pertinente, Formatos mal diligenciados	Auditorias de historias clinicas	Trimestral	Coordinador Medico, auditor interno
Falta de seguimiento al paciente, No identificacion del riesgo del paciente	Auditorias de historias clinicas, analisis de eventos adversos, seguimiento quejas y reclamos, evaluacion periodica de conocimientos en protocolos de atencion a profesionales de educacion continua.	Trimestral	Coordinador médico

REQUISITOS DEL PROCESO			
DEL CLIENTE	El examen solicitado		
LEGALES	Resolución 1446-2006, Ministerio de proteccion social Circular externa 056-2009, superintendencia nacional de salud Resolución 1552-2013, Ministerio de salud y proteccion social Ley 1122 de 2007. "Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones" RESOLUCIÓN NÚMERO 2003 DE 2014 "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud " Decreto 780 de 2016. "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social" Decreto 903 de 2014 "Por el cual se dictan las disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud" Resolución 2082 de 2014 " Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud" Resolución 0256 de 2016 "Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud"		
IMPLÍCITOS	Consulta oportuna al paciente		
ORGANIZACIÓN	Cumplimiento de los procedimientos definidos para cada servicio.		
DETALLE AMBIENTAL			
ASPECTO		IMPACTO	
Consumo de papel		Alto consumo de papel por entrega de resultados en fisico, aun no ha sido digitalizado el resultado de todos	

PRODUCTO NO CONFORME				
Servicio o producto que se entrega al cliente	Descripción del servicio o producto	Identificación de la no conformidad en el producto y/o servicio	*Acciones correctivas apropiadas según la naturaleza del servicio	Persona que autoriza la entrega del servicio al cliente
Consulta	Servicios que presta el centro cardiologico de bogota para detectar enfermedades del corazon	la no realización de la consulta especializado por un medico no calificado	a) Corregir	coordinador medico
* a) Corregir; b) Suspendir; c) Informar al cliente;d) Obtener autorización para la aceptación del servicio bajo concesión.				
DOCUMENTACIÓN				
DIRIJASE AL PLAN DE MEJORAMIENTO DEL AREA				
CONTROL DE CAMBIOS				
Actividades que sufrieron cambios	Observación del cambio		Motivo del cambio	Fecha del cambio
No aplica. Primer version de este	Elaboracion de caracterizacion del proceso			14/11/2018
Elaboró	x	Revisó	Aprobó	

	CARACTERIZACIÓN	Código Versión Fecha
--	------------------------	----------------------------

NOMBRE	TRATAMIENTO
ALCANCE	Inicia con la solicitud del servicio y finaliza con la realización del tratamiento
RESPONSABLE	Coordinador Medico
OBJETIVO	Brindar al usuario opciones de tratamiento, de una manera oportuna y con calidad, satisfaciendo sus necesidades en salud con criterios de humanización, minimizando los riesgos en salud.

DETALLES DEL PROCESO					
ACTIVIDADES	ENTRADAS	PROVEEDOR	DESCRIPCIÓN	SALIDAS	CLIENTE
P	Paciente o acudiente	Cliente y usuario	Solicitud de la cita para la realización del tratamiento	Cita asignada	Cliente o Usuario
H	Paciente con orden medica con indicacion del tratamiento	Cliente o usuario	Facturacion del servicio	Servicio facturado	Cliente, usuario y facturacion.
	Paciente	Cliente o usuario	Atencion al paciente, valoracion, historia clinica diligenciada y realización del tratamiento según corresponda: Contrapulsación externa	Paciente con el tratamiento realizado	Cliente y usuario
	Paciente con historia clinica y registros clinicos	Cliente o usuario	Egreso del paciente con plan de manejo establecido	Cliente, usuario o sitio de remision.	Cliente y usuario
V	Informes de auditorías	Coordinador de Calidad	Evidenciar oportunidades de mejora. Análisis a los indicadores. Atender auditorias Evaluar la efectividad y la adherencia de las capacitaciones realizadas. Supervisión del talento humano Evaluación del talento humano Comprobar el cumplimiento de las citas a la consulta asignadas Asegurar que el paciente asista a la consulta Verificar la asistencia a la consulta programada Evaluar el cumplimiento de los hallazgos detectados en las auditorias	Informe de cada proceso evaluado	Director de Calidad Gestión Administrativa
A	Resultados de las auditorias	Coordinador de Calidad	Planes de Mejora, acciones correctivas y de mejora Solicitar ajustes pertinentes a as agendas	Plan de mejoramiento del area	Calidad, Control

INDICADORES DEL PROCESO				
NUMERO	INDICADOR	META	FRECUENCIA	FUENTE
1	Oportunidades en la realización del tratamiento	95%	Trimestral	Registro de llegada e inicio del tratamiento

RECURSOS
Salas de procedimiento
Sala de espera
Registro físico o magnético
Equipos
Papelería
Insumos para la prestación de los servicios
Personal (Medicos, Enfermeras)
Software

PRINCIPALES RIESGOS Y CONTROLES			
RIESGO		MONITOREO	RESPONSABLE
Numero de citas para tratamiento insuficientes	Monitoreo de la demanda	Trimestral	
Falta de seguimiento al paciente, No identificación del riesgo del pa	Auditorias de historias clinicas, analisis de eventos adversos, seguimiento quejas y reclamos, evaluacion periodica de conocimientos en protocolos de atencion a profesionales de educacion continua.	Mensual	

REQUISITOS DEL PROCESO				
DEL CLIENTE	El examen solicitado			
LEGALES	Resolución 1446-2006, Ministerio de protección social Circular externa 056-2009, superintendencia nacional de salud Resolución 1552-2013, Ministerio de salud y protección social Ley 1122 de 2007 "Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones" RESOLUCIÓN NÚMERO 2003 DE 2014 "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud " Decreto 780 de 2016. "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social" Decreto 903 de 2014 "Por el cual se dictan las disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud" Resolución 2082 de 2014 " Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud" Resolución 0256 de 2016 "Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud"			
IMPLÍCITOS	Tratamiento oportuno al paciente			
ORGANIZACIÓN	Cumplimiento de los procedimientos definidos para cada servicio.			
DETALLE AMBIENTAL				
ASPECTO			IMPACTO	
Consumo de papel			Alto consumo de papel por entrega de resultados en físico, aun no ha sido	

DOCUMENTACION				
REMITASE AL PROCEDIMIENTO DE CONTRAPULSACION EXTERNA				
PRODUCTO NO CONFORME				
Servicio o producto que se entrega al cliente	Descripción del servicio o producto	Identificación de la no conformidad en el producto y/o servicio	*Acciones correctivas apropiadas según la naturaleza del servicio	Persona que autoriza la entrega del
Tratamiento	Servicios que presta el centro cardiologico de bogota para detectar enfermedades del corazon	la no realización del tratamiento por el personal competente	a) Corregir	Coordinador medico
* a) Corregir; b) Suspender; c) Informar al cliente;d) Obtener autorización para la aceptación del servicio bajo concesión.				

DOCUMENTACIÓN				
CONTROL DE CAMBIOS				
Actividades que sufrieron cambios	Observación del cambio		Motivo del cambio	Fecha del cambio
No aplica. Primer version de e	Elaboracion de caracterizacion del proceso			14/11/2018
Elaboró	x	Revisó	Aprobó	

CARACTERIZACIÓN

Código
Versión
Fecha

NOMBRE	SUB PROCESO DE GESTION DEL TALENTO HUMANO
ALCANCE	Inicia desde la necesidad de personal y finaliza con la medición, análisis y mejora del desempeño de los colaboradores
RESPONSABLE	Jefe de Talento Humano
OBJETIVO	Gestionar y administrar el recurso humano desde su ingreso, permanencia y retiro.

DETALLES DEL PROCESO					
CICLO PHVA	ENTRADAS	PROVEEDOR	ACTIVIDAD	SALIDAS	CLIENTE
P	Informacion, necesidades de personal	Gerencias y Jefes de procesos, todos los procesos	Definir y revisar periodicamente necesidades de personal (Plan de cargos)	Plan de cargos	Todos los procesos
	Hoja de vida, Seleccion	Todos los procesos	Proyeccion prosupuestal	Colaboradores seleccionado	
	Solicitud de colaboradores, Requisistos de colaboradores		Proyeccion de personal	Perfiles plan de contratacion	
	Aprobación de cargos	Gerencia, Jefes de procesos	Definir, y documentar funciones, responsabilidades y perfiles para cada uno de los cargos		
	CONTRATACION		Recepcion de requerimiento de colaboradores	Colaboradores contratados	Todos los procesos

H

Colaborador seleccionado	Todos los procesos	Recibir aprobacion	Contrato de trabajo	Entidades de seguridad social
Documentos para vinculacion		Selecccion de colaboradores	Afiliaciones SSI	
Formato institucional hoja de vida		Vinculacion de colaboradores (contratacion, inclusion a los sistemas)	Inducciones de colaborades contratados	
Colaboradores contratados		Definir y desarrollar programa de formación que incluya inducción, capacitación, entrenamiento de acuerdo con necesidades identificadas	Plan de formacion y capacitacion	
Inducción, formación y capacitacion		Formacion y capacitacion.Evaluar competencia del personal frente a perfiles para identificar necesidades de formación.	Planillas de asistencia	
Informacion de Desempeño		Mantener archivo del personal	Inducciones de colaborades contratados	
Clima organizacional		Realizar seguimiento a la eficacia del programa de formación del personal	Plan de formacion y capacitacion	

	Diagnostico del riesgo sicosocial	Todos los procesos: comite de convivencia laboral	Hacer evaluación periódica del desempeño y de la formación del personal	Planillas de asistencia	
	RSQ		Llevar a cabo procesos disciplinarios cuando sea necesario	Actividades para el mejoramiento del clima organizacional	
	Información novedades nomina		Actividades para el mejoramiento del clima organizacional	Consolidacion de prestaciones sociales	Liquidacion financiera
	Hoja de vida, Contrato de trabajo, SEGURIDAD SOCIAL, Cambios por incapacidades, Autoliquidacion de aportes y prestaciones sociales, ACTUALIZACION ANUAL DE NOMINA, Liquidacion primas,Liquidacion vacaciones colectivas		Administrar nómina pagos laborales y seguridad social del personal teniendo especial cuidado en el cumplimiento de las normas legales vigentes.	Nomina, Actualizacion anual del sistema	
V	RETIRO	Todos los procesos	Cumplimiento en el perfil del cargo del eprsonal a vincular, Eficacia de la formacin y / o capacitacion, Evaluacion de Desempeño	Preaviso	Todos los procesos
	Evaluacion de desempeño		Realizar actividades para el mejoramiento del clima laboral	Certificacion laboral, Resultados de evaluaciones de desempeño	

A	Perfiles de de cargo	Gestion Humana	Ajustar perfiles	Perfiles de cargo actualizados	Todos los procesos
----------	----------------------	----------------	------------------	--------------------------------	--------------------

RECURSOS					
Talento Humano Competente, Instalaciones físicas adecuadas, Hardware y Software, Recursos económicos.					

INDICADORES DEL PROCESO			
INDICADOR	META	FRECUENCIA	FUENTE
Personal Actualizado	80%	Semestral	Hojas de vida
Personal Competente	90%	Semestral	Perfil laboral, perfil del cargo

PRINCIPALES RIESGOS Y CONTROLES				
N°	RIESGO	CONTROL ESTABLECIDO	MONITOREO	RESPONSABLE
1	Accidentes laborales	Monitoreo de procedimientos e instalaciones	Trimestral	Jefe de gestion humana

REQUISITOS DEL PROCESO	
DEL CLIENTE	Personal calificado para prestar los servicios que ofrece el centro cardiologico de Bogota. Personal con sentido humano
LEGALES	Decreto 1406 de 1999 Art. 10, Mediante el cual se autoriza el Redondeo de IBC al 1000 y Cotizaciones al 100. Decreto 1406 de 1999 Cap. III Art. 16, Por el cual se clasifica el aportante según el número de empleados. Decreto 1465 de 2005, Por medio del cual se reglamentan los artículos 9° de la Ley 21 de 1982, el parágrafo 1° del artículo 1° de la Ley 89 de 1988, 287 de la Ley 100 de 1993, El numeral 4 del artículo 30 de la Ley 119 de 1994, 15 de la Ley 797 de 2003 y 10 de la Ley 828 de 2003.
IMPLICITOS	Seleccionar y contrtatar personas dispuestas a cumplir con las piliticas, procesos, procedimientos y directrices institucionales.
ORGANIZACIÓN	Contratar personas que se idenfiquen con la politica organizacional en cuanto a la prestacion de servicios al cliente. El perfil profesional y laboral del candidato dede estar acorde al perfil del cargo difinido por la organizacion

PRODUCTO NO CONFORME				
Servicio o producto que se entrega al cliente	Descripción del servicio o producto	Identificación de la no conformidad en el producto y/o servicio	*Acciones correctivas apropiadas según la naturaleza del servicio	Quine autoriza la entrega del producto al cliente
GESTION HUMANA	Proceso de seleccion y contratacion	Contratar personal no calificado	a) Corregir	GESTION HUMANA

* a) Corregir; b) Suspendir; c) Informar al cliente;d) Obtener autorización para la aceptación del servicio bajo concesión.

DOCUMENTACIÓN
"Análisis de Competencias Perfil del cargo Manual de Funciones. Reglamento Interno de Trabajo Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial Estatuto Orgánico. Documentacion relacionada con la implementacion del sistema de seguridad y salud en el trabajo Plan de Cargos Plan de Formacion y Capacitacion

CONTROL DE CAMBIOS			
Actividades que sufrieron cambios	Observación del cambio	Motivo del cambio	Fecha del cambio
No aplica. Primer versió	Elaboración de caracterización del proceso		14/11/2018

Elaboró	x	Revisó	Aprobó

	CARACTERIZACIÓN	Código Versión Fecha
--	------------------------	----------------------------

NOMBRE	GESTION DE LA NFORMACION
ALCANCE	Inicia desde la recepcion y produccion de la informacion hasta su disposicion final
RESPONSABLE	Administrador
OBJETIVO	Administrar la informacion a traves de herramientas documentales y/o tecnologías que permitan su organización, control, estandarizacion y conservacion para la mejora de la prestacion del servicio

DETALLES DEL PROCESO					
ACTIVIDADES	ENTRADAS	PROVEEDOR	DESCRIPCION	SALIDAS	CLIENTE
P	Normativa	Entes de legislación, regulacion y control	Identificar los requisitos legales y reglamentarios aplicables	Listado maestro de documentos eternos	Procesos del sistema de gestion de la informacion
	Necesidades en materia de informacion	Todos los procesos	Asegurar la conformacion de comites reglamentarios Identificar las necesidad para la gestion de la informacion	Plan estrategico de las tecnologías de la informacion y telecomunicaciones Plan estrategico de las tecnologías de la informacion y telecomunicaciones	Direccionamiento organizacional
	Planificacion y desarrollo Entes de legislación, regulación y control	Plan de desarrollo	Planear las actividades para la gestion de la información	Planes de accion Politica de conservacion y seguridad de la informacion Plan de mantenimiento preventivo y conservacion de la	Gestion de la calidad
	Administracion financiera	Presupuesto	Asegurar la disponibilidad de recursos	Disponibilidad presupuestal	Administracion financiera
H	Toos los procesos y partes interesadas	Plan instituconal de archivos	Ejecutar el plan institucional de archivos	Cuadro de clasificacion documental Tablas de retencion y valoracion documental Archivos identificados y organizados Programa de gestion documental Registros de inventario documental	Direccionamiento de la organizacion
		Plan estrategico de las tecnoogias de la informacion y telecomunicaciones	Ejecutar el plan estrategico de las tecnologías de la informacion y las telecomunicaciones	Ejecucion de politicas de conservacion y seguridad de la informacion	
				Registros de ejecucion plan estrategico de las tecnologías de la informacion y de las telecomunicaciones Registros de administracion de los sistemas de informacion, bases de datos y red	

		Plan de accion	Ejecutar el plan de accion	Registro de la ejecucion del plan de accion	
		Actos administrativos e conformacion de comites	Dirijr, coordinar y asegurar la efectividad de los diferentes clientes	Actas de comites	
			Gestionar informes	Informes	
		Plan de mantenimiento preventivo	Ejecutar el plan de mantenimiento preventivo	Registro de los manteniiientos	
V	Evaluacion independiente Mejora continua Direccionamiento organizacional	Informes del proceso Informes de auditorias Planes de mejoramiento institucional, por proceso	Revisar y/o Actualizar periódicamente los documentos del SGI. Revisar periódicamente la aplicación de los procedimientos de Gestión de la Información. Revisar periódicamente el cumplimiento normativo de la gestión de la información. Efectuar seguimiento a los planes y políticas. Desarrollar campañas de toma de conciencia frente al uso de la información. Reprogramar actividades Realizar seguimiento a los indicadores. Analizar los planes de mejoramiento institucional y por procesos.	Informe de cada proceso evaluado	Director de Calidad Gestión Administrativa
A	Resultados de las auditorias	Análisis de del proceso la gestión Indicadores calculados Propuestas de oportunidades de mejora	Tomar acciones para la mejora	Correcciones Acciones Correctivas Acciones Preventivas Acciones de Mejora(Planes de Mejoramiento)	Calidad y control Direccionamiento organizacional

INDICADORES DEL PROCESO			
INDICADOR	META	(Planes de Mejoramiento)	FUENTE
Seguridad de la información	80-90%	Trimestral	Sistemas de información físico o virtual

RECURSOS
Salas de procedimiento
Sala de espera
Registro físico o magnético
Equipos
Papelería
Insumos para la prestación de los servicios
Personal (Medicos, Enfermeras)
Software

PRINCIPALES RIESGOS Y CONTROLES			
RIESGO		MONITOREO	FUENTE
Error en la digitación	Auditoria de historias clinicas	Trimestral	Historias clinicas
La no conservación de la informacion			

REQUISITOS DEL PROCESO	
DEL CLIENTE	El examen solicitado

LEGALES	Resolución 1446-2006, Ministerio de protección social Circular externa 056-2009, superintendencia nacional de salud Resolución 1552-2013, Ministerio de salud y protección social Ley 1122 de 2007 "Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones" RESOLUCIÓN NÚMERO 2003 DE 2014 "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud " Decreto 780 de 2016. "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social" Decreto 903 de 2014 "Por el cual se dictan las disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud" Resolución 2082 de 2014 " Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud" Resolución 0256 de 2016 "Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud"		
IMPLÍCITOS	Documentación informada completa		
ORGANIZACIÓN	Cumplimiento de los procedimientos definidos para cada servicio.		
DETALLE AMBIENTAL			
ASPECTO		IMPACTO	
Consumo de papel		Alto consumo de papel por entrega de resultados en físico, aun no ha sido digitalizado el resultado de todos los procedimientos	

DOCUMENTACIÓN				
DIRIJASE AL PLAN DE MEJORAMIENTO DEL AREA				
PRODUCTO NO CONFORME				
Servicio o producto que se entrega al cliente	Descripción del servicio o producto	Identificación de la no conformidad en el producto y/o servicio	*Acciones correctivas apropiadas según la naturaleza del servicio	Persona que autoriza la entrega del
Gestión de la información	Administración de la información	la no conservación de la información	a) Corregir	coordinador medico
* a) Corregir; b) Suspender; c) Informar al cliente;d) Obtener autorización para la aceptación del servicio bajo concesión.				

CONTROL DE CAMBIOS

Actividades que sufrieron cam Observación del cambio
No aplica. Primer version de e Elaboracion de caracterizacion del proceso

Motivo del cambio

Fecha del cam
14/11/2018

Elaboró

x

Revisó

Aprobó

	CARACTERIZACIÓN	Código Versión Fecha	1 14/11/2018
--	------------------------	----------------------------	-----------------

NOMBRE	GESTION FINANCIERA
ALCANCE	Inicia con la programación y ejecución presupuestal y termina con la adquisición de bienes y servicios
RESPONSABLE	Contador
OBJETIVO	Realizar la planeación, ejecución y control de los recursos financieros del centro cardiologico.

DETALLES DEL PROCESO					
ACTIVIDADES	ENTRADAS	PROVEEDOR	DESCRIPCIÓN	SALIDAS	CLIENTE
P	Requisiciones de compra y servicio proyectos por áreas	Todos los procesos	Elaborar el presupuesto anual	Plan anual de caja. Acuerdo presupuestal. Acta del consejo directivo con aprobación del presupuesto. Solicitud de requisición de compras de bienes y servicios.	Todos los procesos
	Solicitud de requisición de compras de bienes y servicios	Gestión financiera	Invitación a proveedores	Cotizaciones y/o propuestas	Proveedores
H	Información de proveedor, cotizaciones	Proveedor	Selección y evaluación de proveedores	Proveedor seleccionado	Gestión financiera
	Proveedor seleccionado	Gestión financiera	Elaborar ordenes de compras o contratos	Ordenes de compras y/o contratos	Gestión financiera
V	Proveedor	Producto y/o servicio entregado por el proveedor	Recepción y verificación de los bienes o servicios comprados	Factura Aceptación del servicio aprobación del pago al proveedor	Gestión financiera
	Todos los procesos Proveedor	Desempeño del proveedor	Evaluación de proveedor	Resultado de la evaluación del proveedor	Todos los procesos

	Gestion financiera	Informe de desempeño del proveedor y del proceso	Medición de los indicadores del proceso	Informe de gestión y seguimiento de indicadores	Direccionamiento organizacional y planeacion estrategica.
A	Gestion Financiera Gestión calidad	Resultados de los indicadores del proceso necesidades de mejora	Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora.	Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora.	Gestión calidad
	Proveedor Todos los procesos	Bienes y servicios entregados por el proveedor no conformes	Devolución y/o garantía de productos no conformes	Solicitud de devolución	Proveedores
RECURSOS					
Talento Humano Competente Instalaciones físicas adecuadas Hardware y Software Recursos económicos					
INDICADORES DEL PROCESO					
N°	INDICADOR	META	FRECUENCIA	FUENTE	
1	Cantidad pedidos solicitados x100% total pedidos realizados	Garantizar el 90% de5 los suministros, bienes5 y/o servicios que5 fueron solicitados y5 serán entregados a los5 usuarios.	Anual	Informes, facturas	
2	"Proveedores aprobados x 100% Total proveedores evaluados "	De acuerdo a la5 evaluación interna que5 se realizara, el 80% de5 los proveedores deben5 dar como aprobados	Anual	Evaluaciones	
PRINCIPALES RIESGOS Y CONTROLES					
N°	RIESGO		MONITOREO	RESPONSABLE	
1	No cumplir con el presupuesto anual	Verificación de los bienes o servicios comprados	Trimestral	JEFE GESTION FINANCIERAA	
REQUISITOS DEL PROCESO					
DEL CLIENTE		Proveedores autorizados en el centro cardiologico de Bogota			

LEGALES		Resolución 1446-2006, Ministerio de protección social Circular externa 056-2009, superintendencia nacional de salud Resolución 1552-2013, Ministerio de salud y protección social Ley 1122 de 2007 "Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones" RESOLUCIÓN NÚMERO 2003 DE			
IMPLÍCITOS		Seleccionar proveedores para las compras de los bienes y servicios.			
ORGANIZACIÓN		Contratar y evaluar proveedores necesarios para los bienes y servicios que se necesitan en el centro cardiologico.			
PRODUCTO NO CONFORME					
N°	Servicio o producto que se entrega al cliente	Descripción del servicio o producto	Identificación de la no conformidad en el producto y/o servicio	*Acciones correctivas apropiadas según la naturaleza del servicio	Quine autoriza la entrega del producto al cliente
1	GESTION FINANCIERA	Consiste en administrar los recursos que se tienen en una empresa para asegurar que serán suficientes para cubrir los gastos para que esta pueda funcionar. (Presupuesto anual)	No ejecutar el presupuesto anual		Contador
* a) Corregir; b) Suspender; c) Informar al cliente;d) Obtener autorización para la aceptación del servicio bajo concesión.					
DOCUMENTACION					
Lista de chequeo, evaluación y reevaluación de proveedores, Procedimiento de Adquisición de bienes y servicios. Formato de acciones correctivas y preventivas					
CONTROL DE CAMBIOS					
Actividades que sufrieron cambios	Observación del cambio			Motivo del cambio	Fecha del cambio
No aplica. Primer version de este documento	Elaboracion de caracterizacion del proceso				14/11/2018
Elaboró	x	Revisó		Aprobó	

	CARACTERIZACIÓN	Código Versión Fecha	1 14/11/2018
--	------------------------	----------------------------	-----------------

NOMBRE	INFRAESTRUCTURA Y EQUIPOS
ALCANCE	Inicia desde la solicitud los líderes de proceso y termina en el mantenimiento de infraestructura y equipos.
RESPONSABLE	Administrador
OBJETIVO	Mantener los equipos y la infraestructura del centro cardiologico en óptimas condiciones para el normal funcionamiento, garantizando la seguridad del paciente.

DETALLES DEL PROCESO					
ACTIVIDADES	ENTRADAS	PROVEEDOR	DESCRIPCIÓN	SALIDAS	CLIENTE
P	Programa y presupuesto mantenimiento infraestructura	Proceso Infraestructura Equipo y Mantenimiento	Establecer el programa anual de mantenimiento de equipos	Programa anual de mantenimiento de equipos. Solicitudes de necesidades bienes y servicios.	Gestión de Calidad
	Solicitud de trabajos a mantenimiento	Gestion Administrativa y Financiera	Establecer el programa anual de mantenimiento de Infraestructura física	* Programa anual de mantenimiento de infraestructura física * Solicitudes de necesidades bienes y servicios.	Gestion Administrativa y Financiera. Gestión de Calidad
H	Solicitud de mantenimiento (reporte interno)	Todos las gestiones	*Ejecutar las actividades de mantenimiento * Realizar el inventario general de bienes de la institución	* Informes de mantenimientos realizados (correctivos y preventivos) * Inventario actualizado	Gestión de Calidad Gestion administrativa
V	Personal entrenado, capacitado y evaluado	Gestion Administrativa y Financiera	Verificar el estado de la infraestructura física y y equipos para identificar necesidades de intervención	Lista de chequeo diligenciada	Gestión de Calidad
A	Hoja de vida equipos	Prestación del servicio	Realizar las mejoras requeridas Identificar e implementar Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora	Mejoras implementadas Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora	Gestión de Calidad y direccionamiento estrategico
RECURSOS					

Talento Humano Competente
 Instalaciones físicas adecuadas
 Hardware y Software
 Recursos económicos

INDICADORES DEL PROCESO				
NUMERO	INDICADOR	META	FRECUENCIA	FUENTE
23	Total de mantenimientos realizados	4 mantenimientos anuales	Anual	Hojas de vida de mantenimiento

PRINCIPALES RIESGOS Y CONTROLES				
NUMERO	RIESGO		MONITOREO	RESPONSABLE
14	No realizar el respectivo mantenimiento a equipos e infraestructura	Monitoreo de procedimientos	Trimestral	EFE GESTION DE CALIDAD

REQUISITOS DEL PROCESO				
DEL CLIENTE	Personal calificado para prestar los servicios de mantenimiento a infraestructura y equipos en el centro cardiologico de Bogota			
LEGALES	Resolución 1446-2006, Ministerio de proteccion social Circular externa 056-2009, superintendencia nacional de salud Resolución 1552-2013, Ministerio de salud y proteccion social Ley 1122 de 2007 "Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones" RESOLUCIÓN NÚMERO 2003 DE 2014 "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud" Decreto 780 de 2016. "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social" Decreto 903 de 2014 "Por el cual se dictan las disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud" Resolución 2082 de 2014 " Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud" Resolución 0256 de 2016 "Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud" ISO 9001 2015 Generalidades del SGC: Caracterización del proceso mantenimiento, Infraestructura: "Solicitud de trabajos mantenimiento", Control de los dispositivos de seguimiento y control: verificación de software y plataforma digital, Seguimiento y medición de los procesos.			
IMPLÍCITOS	Seleccionar personal idoneo y entrenado para realizar el respectivo mantenimiento.			
ORGANIZACIÓN	Contratar y evaluar proveedores necesarios para los bienes y servicios que se necesitan en el centro cardiologico.			
PRODUCTO NO CONFORME				
Servicio o producto que se entrega al cliente	Descripción del servicio o producto	Identificación de la no conformidad en el producto y/o servicio	*Acciones correctivas apropiadas según la naturaleza del servicio	Quine autoriza la entrega del producto al cliente
INFRAESTRUCTURA Y EQUIPOS	Realizar mantenimiento a la infraestructura y equipos del CCB.	No realizar el mantenimiento a la infraestructura y equipos del CCB	* a) Corregir	Administrador
* a) Corregir; b) Suspender; c) Informar al cliente;d) Obtener autorización para la aceptación del servicio bajo concesión.				
DOCUMENTACIÓN				
Listas de chequeo,				
CONTROL DE CAMBIOS				
Actividades que sufrieron cambios	Observación del cambio	Motivo del cambio	Fecha del cambio	
No aplica. Primer version de este documento	Elaboracion de caracterizacion del proceso		14/11/2018	
Elaboró	x	Revisó	Aprobó	

	CARACTERIZACIÓN	Código Versión Fecha	1 14/11/2018
--	------------------------	----------------------------	-----------------

NOMBRE	GESTION ADMINISTRATIVA
ALCANCE	Inicia desde la definición de las necesidades de infraestructura física, servicios de apoyo, bienes e inmuebles requeridos para el funcionamiento del Centro Cardiológico, hasta el seguimiento del desempeño del proceso y toma de acciones para el mejoramiento.
RESPONSABLE	Administrador
OBJETIVO	Establecer una gestión administrativa eficiente en el cual se desarrollen estrategias que permitan darle cumplimiento a las necesidades de los clientes del centro cardiológico.

DETALLES DEL PROCESO					
ACTIVIDADES	ENTRADAS	PROVEEDOR	DESCRIPCIÓN	SALIDAS	CLIENTE
P	Necesidades de mantenimiento correctivo de equipos, bienes e inmuebles	Todos los procesos	Planeación de las actividades del Proceso: Formular Plan de mantenimiento preventivo y correctivo de: equipos, herramientas, bienes e inmuebles.	Plan de mantenimiento preventivo de equipos, herramientas Cronograma Reparaciones a bienes inmuebles por solicitud de los procesos.	Todos los procesos
	PQRSD	Todos los procesos	Recepcion y distribucion de PQRSD	Planilla de distribucion de correspondencia	Todos los procesos
H	Necesidades de servicios de aseo y vigilancia, facturas de cobro de las empresas de servicio público, contratos de arriendo de inmuebles, cotizaciones de valor de suministros y elementos de consumo	Todos los procesos	Suministrar los servicios de necesidades internas para el desarrollo de las actividades y prestación de servicios a la comunidad como: vigilancia y aseo, arrendamiento, pago de servicios públicos, suministros y elementos de consumo	Ejecución de servicio de vigilancia y aseo, Pago de las facturas de servicios públicos, Pago de arrendamientos, elementos e insumos para la satisfacción de las necesidades	Todos los procesos
	Contratos, convenios con su respectivos soportes, certificaciones, como datos	Todos los procesos, Proveedores	Realizar el ingreso de los equipos o Devolutivos adquiridos por la administración	Entrada al Almacén de equipos, herramientas, Entradas de Almacén de equipos Devolutivos	Todos los procesos
V	Cronogramas de actividades, medición de Indicadores	Proceso de Gestion Administrativa	Seguimiento al cumplimiento de los planes y cronogramas de actividades.	Informes de seguimiento y ejecución de actividades planeadas	Direccionamiento organizacional y planeacion estrategica
A	Planes de mejoramiento, Informes de autoevaluación del proceso	Proceso de Gestion Administrativa	Implementar acciones de Mejoramiento como evidencia de la mejora continua en el proceso	Acciones de mejora	Proceso de Gestion Administrativa

RECURSOS					
Talento Humano Competente Instalaciones físicas adecuadas Hardware y Software Recursos económicos					
INDICADORES DEL PROCESO					
N°	INDICADOR	META	Frecuencia	FUENTE	
1	Cumplimiento plan de mantenimiento	90%	Trimestral	Informes, formatos	
2	Cumplimiento cronograma de actividades	80%	Trimestral	Indicadores, formatos.	
PRINCIPALES RIESGOS Y CONTROLES					
N°	RIESGO		MONITOREO	RESPONSABLE	
1	No cumplir con el presupuesto anual	Verificación de los bienes o servicios comprados	Trimestral	JEFE GESTION FINANCIERAA	
REQUISITOS DEL PROCESO					
DEL CLIENTE		Proveedores autorizados en el centro cardiologico de Bogota			
LEGALES		Resolución 1446-2006, Ministerio de proteccion social Circular externa 056-2009, superintendencia nacional de salud Resolución 1552-2013, Ministerio de salud y proteccion social Ley 1122 de 2007 "Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones" RESOLUCIÓN NÚMERO 2003 DE 2014 "Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud " Decreto 780 de 2016. "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social" Decreto 903 de 2014 "Por el cual se dictan las disposiciones en relación con el Sistema Único de Acreditación en Salud" Resolución 2082 de 2014 " Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud" Resolución 0256 de 2016 "Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud" ISO 9001 2015			
IMPLÍCITOS		Seleccionar proveedores para las compras de los bienes y servicios.			
ORGANIZACIÓN		Contratar y evaluar proveedores necesarios para los bienes y servicios que se necesitan en el centro cardiologico.			
PRODUCTO NO CONFORME					
N°	Servicio o producto que se entrega al cliente	Descripción del servicio o producto	Identificación de la no conformidad en el producto y/o servicio	*Acciones correctivas apropiadas según la naturaleza del servicio	Quine autoriza la entrega del producto al cliente
1	GESTION ADMINISTRATIVA	Realizar cronogramas para el plan anual de mantenimiento preventivo de equipos y herramientas.	No ejecutar el cronograma de actividades en el CCB.	* a) Corregir	Administrador
* a) Corregir; b) Suspender; c) Informar al cliente;d) Obtener autorización para la aceptación del servicio bajo concesión.					
DOCUMENTACION					
Lista de chequeo,Procedimiento de Adquisición de bienes y servicios. Formato de acciones correctivas y preventivas					
CONTROL DE CAMBIOS					
Actividades que sufrieron cambios		Observación del cambio		Motivo del cambio	Fecha del cambio
No aplica. Primer version de este documento		Elaboracion de caracterizacion del proceso			14/11/2018
Elaboró		Revisó		Aprobó	

CARACTERIZACIÓN

Código CPE-4
Versión 1
Fecha 14/11/2018

NOMBRE	APOYO JURIDICO
ALCANCE	Inicia con la solicitud de apoyo juridico y termina con la satisfacción de dichos requerimientos
RESPONSABLE	Abogado contratado
OBJETIVO	Brindar apoyo y representacion juridica al CCB para la toma de desisiones de la organizacion, que a su vez permita minimizar o mitigar cualquier situacion juridica que impacte financieramente la organizacion; ante instancias administrativas y judiciales

DETALLES DEL PROCESO					
CICLO PHVA	ENTRADAS	PROVEEDOR	ACTIVIDAD	SALIDAS	CLIENTE
P	Solicitudes de apoyo juridico para la atención de : Conceptos Jurídicos Demandas Contratos para la prestacion de servicios del CCB	CCB- Todos los procesos	Determinar necesidad del concepto Definir metodología de trabajo	Correo con tiempo de entrega del concepto y/o Contrato	CCB- Todos los procesos
"P	Demandas Informacion del caso por parte del CCB Intereses del CCB	CCB- Todos los procesos	Planificar la Representación Jurídica de la Entidad	Plan de representacion juridica	CCB- Todos los procesos
H	Solicitudes de Conceptos Jurídicos Contratos para la prestacion de servicios del CCB	CCB- Todos los procesos	Emitir concepto juridico	Concepto juridico Contrato	CCB- Todos los procesos
H	Contratos para la prestacion de servicios del CCB Plan estrategico Plan Comercial	Gestion comercial	Emitir visto bueno sobre el contrato	Contrato aprobado	Gestion comercial
H	Demandas Plan de representacion Juridica	CCB- Todos los procesos	Ejercer la representacion legal del CCB ante entidades administrativas y judiciales	Resolucion del juez	CCB- Todos los procesos
V	Programa y Plan de auditorias del CCB	Gestion de la calidad	Realizacion de auditoria	Informe de auditoria interna del CCB	Gestion de la calidad
A	Informes de auditorias Fallos de demandas	Planeacion estrategica Gestion de la calidad	Implementar las acciones para el mejoramiento del proceso, cuando haya lugar.	Plan de mejora Acciones de mejora Impugnaciones Apelaciones	Todos los procesos

RECURSOS

Talento Humano Competente
Instalaciones físicas adecuadas
Hardware y Software
Recursos económicos

INDICADORES DEL PROCESO				
N°	INDICADOR	META	FRECUENCIA	FUENTE
26	Atención total de los procesos judiciales	100% de los procesos judiciales atendidos	Trimestral	Informe mensual de gestión del abogado asesor
27	Atención jurídica oportuna a los procesos contractuales	100% de los procesos contractuales atendidos	Trimestral	Informe mensual de gestión del abogado
28	Impacto de financiera por pérdidas de casos ante instancias jurídicas o administrativas	0%	Trimestral	Balance general. Pagos por conceptos de

PRINCIPALES RIESGOS Y CONTROLES				
N°	RIESGO	CONTROL ESTABLECIDO	MONITOREO	RESPONSABLE
15	Desatención de asuntos legales o judiciales	Informar cualquier eventualidad que impida la atención oportuna del asunto Establecimiento de términos para expedición de respuestas basados en los legalmente establecidos	Trimestral	Profesional jurídico
16	Desacuerdo en las Asesorías sobre contratos	Consulta o apoyo de profesionales de otras disciplinas.	Trimestral	Profesional jurídico
17	Incumplimiento de requisitos legales	Generar matriz de requisitos legales y procedimiento para su actualización y cumplimiento Informar a la Gerencia sobre los requisitos legales nuevos a cumplir. Generar alerta sobre aquellos requisitos legales que estén sujetos a renovación periódica cuando corresponda su renovación	Trimestral	Profesional jurídico

REQUISITOS DEL PROCESO	
DEL CLIENTE	Respuesta a clientes o usuarios en máximo 10 días hábiles a sus solicitudes
LEGALES	Ver Matriz de Requisitos Legales
IMPLICITOS	ISO 9001:2015 ISO 9011:2015
ORGANIZACIÓN	El proveedor debe responder a la organización en un tiempo no superior a 5 días calendario. Los Conceptos jurídicos deben ser emitidos amplia y suficientemente
AMBIENTE PARA LA OPERACIÓN DEL PROCESO	Condiciones favorables y/o adecuadas en cuanto a temperatura, ambiente, ruido, iluminación ventilación, ergonomía, relaciones interpersonales, trabajo en equipo, No requiere condiciones ambientales especiales, de acuerdo con lo determinado por el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo del CCB

PRODUCTO NO CONFORME				
Servicio o producto que se entrega al cliente	Descripción del servicio o producto	Identificación de la no conformidad en el producto y/o servicio	*Acciones correctivas apropiadas según la naturaleza del servicio	Quine autoriza la entrega del producto al cliente
Conceptos Jurídicos	Documento que atiende un requerimiento legal de un usuario o cliente interno o externo de la organización	Concepto jurídico incompleto.	a) y c)	Gerencia

Representacion legal ante entidades administrativas y judiciales	Representacion de la organizacion ante: '- la interposicion de demandas '- la interposicion de demandas por usuarios, clientes internos o externos; '-entidades de control que inicien procesos administrativos.	Representacion deficiente, inoportuna e incompleta	c), b) y a)	
--	---	--	-------------	--

* a) Corregir; b) Suspender; c) Informar al cliente;d) Obtener autorización para la aceptación del servicio bajo concesión.

DOCUMENTACIÓN				
Programa de auditorias Plan de auditoria Plan Comercial Plan estrategico Informe mensual de gestion del abogado externo				

CONTROL DE CAMBIOS			
Actividades que sufrieron cambios	Observación del cambio	Motivo del cambio	Fecha del cambio
No aplica. Primer versio	Elaboracion de caracterizacion del proceso		14/11/2018

Elaboró	x	Revisó	Aprobó

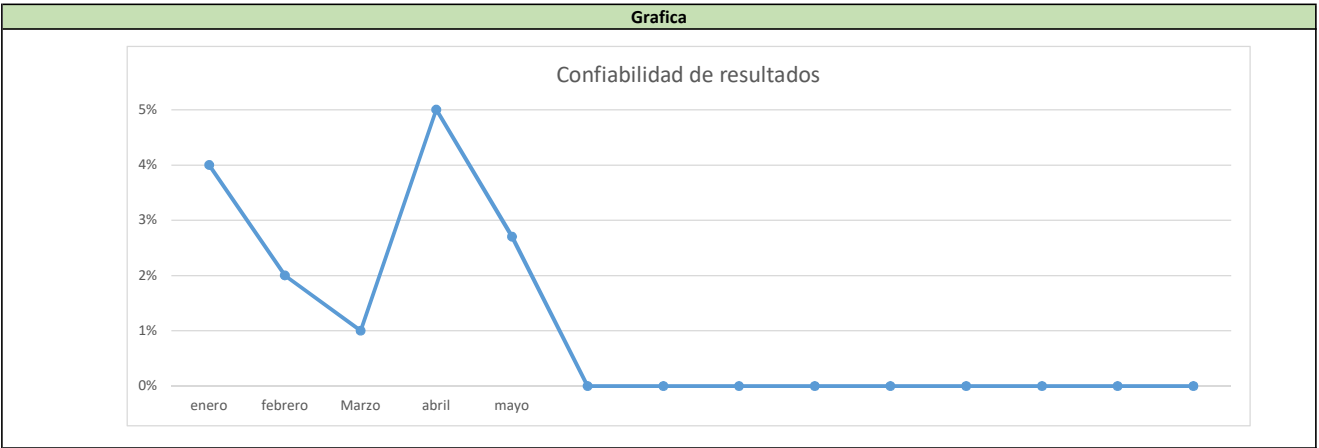
ANEXO M. FICHAS DE INDICADORES

Nombre	Versión	1
Confiabilidad de resultados de ayudas diagnosticas	Código	
	Fecha de aprobación	DD-MM-AAAA

Objetivo del Indicador	Objetivo del Proceso
Determinar la confiabilidad de los resultados de ayudas diagnosticas	Realizar el proceso de ayudas diagnosticas asegurando la entrega de resultados confiables que faciliten la identificación de enfermedades cardiovasculares de los usuarios, para su posterior tratamiento y cuidado

Formula	Unidad	Meta	Fuente de Información	Frecuencia de medición
(1-(Numero de resultados confiables/Numero de procedimientos realizados))*100	%	<=2%	Registro de resultados	Mensual

Frecuencia de Análisis	Responsable de la Medición	Tendencia	Tipo de Indicador	Nivel Critico	Nivel Aceptable	Nivel Satisfactorio
Mensual	Coordinador Medico	descendente	Eficacia	>3%	2,01% - 3 %	<=2%



Fecha de la medición	Numerador	Denominador	Resultado
enero	96	100	4%
febrero	98	100	2%
Marzo	99	100	1%
abril	95	100	5%
mayo	97,3	100	3%
			0%
			0%
			0%
			0%
			0%
			0%
			0%
			0%
			0%

Fecha de la medición	Análisis del resultado	Acciones propuestas
enero		
febrero		
Marzo		
abril		

Nombre	Versión	1
Oportunidad en la entrega de resultados de ayudas diagnosticas	Código	
	Fecha de aprobación	DD-MM-AAAA

Objetivo del Indicador	Objetivo del Proceso
Determinar la oportunidad en la entrega de resultados de ayudas diagnosticas	Realizar el proceso de ayudas diagnosticas asegurando la entrega de resultados confiables que faciliten la identificación de enfermedades cardiovasculares de los usuarios, para su posterior tratamiento y cuidado

Formula	Unidad	Meta	Fuente de Información	Frecuencia de medición
(numero de resultados de ayudas diagnosticas entregados a tiempo/Numero de procedimientos de ayudas diagnosticas realizados)*100	%	>=98%	Registro de Procedimientos realizados y registro de procedimientos entregados	Mensual

Frecuencia de Análisis	Responsable de la Medición	Tendencia	Tipo de Indicador	Nivel Critico	Nivel Aceptable	Nivel Satisfactorio
Mensual	Jefe area de adminiciones	Ascendente	Eficiencia	<95%	95% - 97,9 %	>=98%



Fecha de la medición	Numerador	Denominador	Resultado
enero	96	100	96%
febrero	98	100	98%
Marzo	99	100	99%
abril	95	100	95%
mayo	97	100	97%
Junio	90	100	90%
			0%
			0%
			0%
			0%
			0%
			0%
			0%
			0%

Fecha de la medición	Análisis del resultado	Acciones propuestas
enero		
febrero		
Marzo		
abril		

ANEXO N. FORMATOS

 centro cardiológico de Bogotá	ACTA	Versión	
		Código	
		Fecha de aprobación	

No.
ASUNTO:
FECHA:
HORA:
LUGAR:

ASISTENTES: (personas que fueron citadas y asisten a la reunión, según lista de asistencia)

Nombre y apellidos	Entidad	Cargo	Teléfono	Correo electrónico

AUSENTES: (personas que fueron citas y no asistieron a la reunión, según lista de asistencia)

Nombre y apellidos	Entidad	Cargo

ORDEN DEL DÍA:

- 1º. Verificación de Asistencia
- 2º. Lectura y aprobación del acta anterior
- 3º. Temas a tratar
- 4º. Varios.

DESARROLLO

1º. Verificación de Asistencia

Se efectúa la verificación del quórum y se da inicio a la reunión.

2º. Lectura y aprobación del acta anterior

Se da lectura al Acta anterior, tomando nota de los ajustes propuestos

 centro cardiológico de Bogotá	ACTA	Versión	
		Código	
		Fecha de aprobación	

3° Desarrollo de los temas

Se desarrollan los temas relatando lo sucedido en la reunión, se sacan conclusiones y a continuación se definen tareas, responsables y fecha de entrega en el siguiente cuadro

TAREAS: (En este espacio se deja claramente enumeradas las tareas que surjan en desarrollo de la reunión. Si no quedan tareas, este numeral se elimina)

TAREA	RESPONSABLE	FECHA DE ENTREGA	OBSERVACIONES

4°. Varios.

Se desarrollan los temas, se sacan conclusiones

CONVOCATORIA: (Es la fecha para la próxima reunión. Si no hay lugar a una próxima reunión, se elimina este numeral)

FIRMAS (Autógrafo)
NOMBRES Y APELLIDOS

(Autógrafo)
NOMBRES Y APELLIDOS

Proyectó:

Revisó:

Aprobó:

 centro cardiológico de Bogotá	CARACTERIZACIÓN	Código Versión Fecha
--	------------------------	----------------------------

NOMBRE	
ALCANCE	
RESPONSABLE	
OBJETIVO	

DETALLES DEL PROCESO					
CICLO PHVA	ENTRADAS	PROVEEDOR	ACTIVIDAD	SALIDAS	CLIENTE
P					
H					
V					
A					

RECURSOS

INDICADORES DEL PROCESO				
INDICADOR	INDICADOR	META	FRECUENCIA	FUENTE

PRINCIPALES RIESGOS Y CONTROLES				
N°	RIESGO	CONTROL ESTABLECIDO	MONITOREO	RESPONSABLE

REQUISITOS DEL PROCESO	
DEL CLIENTE	
LEGALES	
IMPLICITOS	
ORGANIZACIÓN	
AMBIENTE PARA LA OPERACIÓN DEL PROCESO	

PRODUCTO NO CONFORME				
Servicio o producto que se entrega al cliente	Descripción del servicio o producto	Identificación de la no conformidad en el producto y/o servicio	*Acciones correctivas apropiadas según la naturaleza del servicio	Quine autoriza la entrega del producto al cliente

* a) Corregir; b) Suspender; c) Informar al cliente;d) Obtener autorización para la aceptación del servicio bajo concesión.

DOCUMENTACIÓN

CONTROL DE CAMBIOS			
Actividades que sufrieron cambios	Observación del cambio	Motivo del cambio	Fecha del cambio

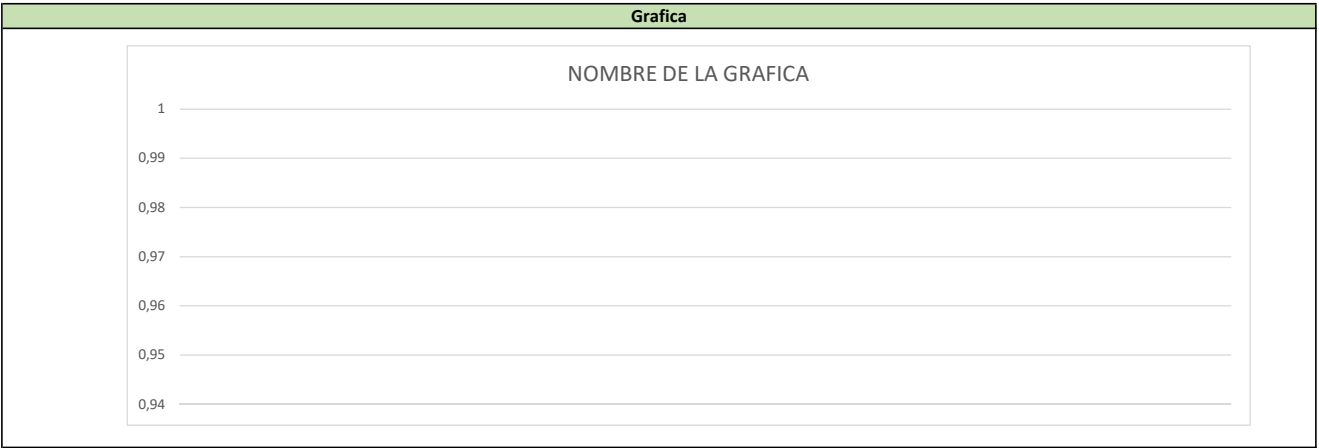
Elaboró	x	Revisó		Aprobó	
---------	---	--------	--	--------	--

Nombre	Versión	
	Código	
	Fecha de aprobación	

Objetivo del Indicador	Objetivo del Proceso

Formula	Unidad	Meta	Fuente de Información	Frecuencia de medición

Frecuencia de Análisis	Responsable de la Medición	Tendencia	Tipo de Indicador	Nivel Critico	Nivel Aceptable	Nivel Satisfactorio



Fecha de la medición	Numerador	Denominador	Resultado
			0%
			0%
			0%
			0%
			0%
			0%
			0%
			0%
			0%
			0%
			0%
			0%
			0%
			0%

Fecha de la medición	Análisis del resultado	Acciones propuestas

		REGISTRO DE ASISTENCIA/ATTENDANCE REGISTER				
		Dependencia/Dependence:				
Tema/Issue:			Objetivo/Objective:			
Fecha/Date:	Lugar/Venue:					
Hora de inicio/ Start Time:	Hora de terminación/ Completion Time:					
Nombres y Apellidos /First name(s)/Surname(s)	Cedula de ciudadanía/ID Number	Entidad /Entity	Cargo/Job Title	Teléfono /Phone Number	Correo electrónico/E- mail address	Firma/Signature

FICHA DE CARACTERIZACION DE SERVICIOS			
Nombre del producto / servicio:			
Características			
Descripción de clientes o partes interesadas:			
Area Responsable			
REQUISITOS			
CLIENTE	LEGALES	IMPLICITOS	ORGANIZACIONALES
FLUJOGRAMA			
¿La información del producto/servicio es confidencial?			
¿El producto /servicio cuenta con datos personales?			
Elaboró:		Fecha:	

	PROTOCOLO DE PROCEDIMIENTOS	Versión	2
		Código	
		Fecha de aprobación	

1. NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO
2. OBJETO
3. ALCANCE
4. RESPONSABLE
5. DEFINICIONES
6. MARCO DE REFERENCIA
7. DOCUMENTOS DE REFERENCIA
8. POBLACIÓN OBJETO
9. INSUMOS
10. PROPÓSITO DIAGNOSTICO DEL EXAMEN
11. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
12. PROCEDIMIENTO
13. PRECAUCIONES
14. RECOMENDACIONES
15. DURACIÓN DEL EXAMEN

	PROTOCOLO DE PROCEDIMIENTOS	Versión	2
		Código	
		Fecha de aprobación	

CONTROL DOCUMENTAL

CONTROL DE CAMBIOS			
Actividades que sufrieron cambios	Observación del cambio	Motivo del cambio	Fecha del cambio
No aplica. Primer version de este documento	Elaboracion del listado maestro de documentos		###

Elaboró	x	Revisó		Aprobó	



PARTES INTERESADAS

Versión	
Código	
Fecha de aprobación	

Proceso: Ayudas Diagnosticas

Area:

CATEGORÍA	PARTE INTERESADA	TEMAS DE INTERÉS	TIPO	PROCESO CON EL QUE INTERACTÚA	CANAL DE COMUNICACIÓN CON EL USUARIO	NECESIDAD	EXPECTATIVA	CRITERIOS DE EVALUACIÓN		TRATAMIENTO DE LA NECESIDAD	TRATAMIENTO DE LA EXPECTATIVA	COMPROMISO DEL AREA
								Poder (capacidad de la parte interesada para efectuar cambios en nuestro sistema de gestión de calidad)	Impacto (Qué tanto influyen esos cambios)			

CONTROL DE CAMBIOS			
Actividades que sufrieron cambios	Observación del cambio	Motivo del cambio	Fecha del cambio
No aplica. Primer versión de este documento	Elaboración de las partes interesadas		14/11/2018
Elaboró	x	Revisó	Aprobó

[Volver](#)

[Contenido](#)

[Adelante](#)

ANEXO O. MANUAL DE CALIDAD

CONTENIDO

1	MANUAL DE CALIDAD
1.1	Objetivo
1.2	Alcance
1.3	Términos y definiciones
1.4	Revisión y actualizaciones del manual
2	PLATAFORMA ESTRATEGICA
2.1	Contexto estratégico (DOFA)
2.2	Reseña Histórica
2.3	Misión, Visión, Principios y valores
2.4	Organigrama
3	PLATAFORMA DE CALIDAD
3.1	¿Por que un Sistema de Gestion de Calidad?
3.2	Política de calidad
3.3	Objetivos de calidad
3.4	Plan para alcanzar objetivos de calidad
3.5	Roles y responsabilidades
3.6	Mapa de procesos
4	DOCUMENTACIÓN DEL SISTEMA
4.1	Catálogo de procesos y procedimientos
4.2	Control de documentos
4.3	Control de Registros
4.4	Programa y plan de auditorias
4.5	Listas de chequeo para auditorias
4.6	Producto no Conforme
4.7	Gestión de no conformidades y oportunidades de mejora
4.8	Matriz de requisitos legales
4.9	Matriz de riesgos y oportunidades
4.10	Matriz de Indicadores
4.11	Fichas de indicadores
4.12	Interrelacion de procesos

CONTROL DE CAMBIOS

Actividades que sufrieron cambios	Observación del cambio	Motivo del cambio	Fecha del cambio
No aplica. Primer version de este documento	Elaboracion del Manual		14/11/2018
Elaboró	x	Revisó	Aprobó

El Manual tiene por objeto describir las disposiciones adoptadas por el Centro Cardiológico de Bogotá frente a la planeación y estructuración del Sistema de Gestión de Calidad, lo anterior mediante la aplicación de un modelo basado en el enfoque por procesos, pensamiento basado en riesgo y la mejora continua.

Este manual detalla las características del Sistema de Gestión de la Calidad, articula e integra los diferentes elementos que lo componen y busca ser un instrumento para su difusión, apropiación e implementación. Este documento establece las directrices generales y alcance, de manera que se asegure su funcionamiento y articulación, cumpliendo con los requisitos del cliente y los establecidos dentro de la Normatividad Legal.

Para asegurar su implementación, desarrollo, evolución continua, y la aplicación de los principios: Enfoque hacia el cliente, liderazgo, participación activa de los colaboradores, enfoque basado en procesos, mejora continua, coordinación, cooperación con los cuales se adelantan las actividades en los procesos estratégicos, misionales y de apoyo, se requiere el compromiso permanente por parte de la alta dirección, responsables de los procesos y colaboradores en general.

CONTROL DE CAMBIOS			
Actividades que sufrieron cambios	Observación del cambio	Motivo del cambio	Fecha del cambio
No aplica. Primer versión de este documento	Elaboración del objetivo		14/11/2018
Elaboró	x	Revisó	Aprobó
Volver		Contenido	Adelante

La planificación y estructuración del sistema de gestión de calidad se realizará en el Centro Cardiológico de Bogotá, ubicado en la Carrera 16 #82-36, lo cual tomará 7 meses contados a partir del mes de abril de 2018.

Este sistema tendrá como alcance todos los procesos y servicios que ofrece el Centro Cardiológico, teniendo en cuenta los diferentes componentes de la organización como los humanos, financieros, logísticos, operativos, tecnología, usuarios, competencia entre otros. No incluye la implementación del sistema de gestión de calidad.

La investigación contempla los siguientes entregables:

- Diagnóstico de la organización frente al cumplimiento de los requisitos de la NTC ISO 9001:2015.
- Plataforma estratégica
- Plataforma de calidad.
- Manual de Calidad
- Caracterización de procesos

CONTROL DE CAMBIOS			
Actividades que sufrieron cambios	Observación del cambio	Motivo del cambio	Fecha del cambio
No aplica. Primer version de este documento	Elaboracion del alcance		14/11/2018
Elaboró	x	Revisó	Aprobó
Volver		Contenido	Adelante

Sistema de gestión de Calidad	Parte de un sistema de gestión relacionada con la Calidad. (Normas fundamentales sobre gestión de la calidad, quinta edición. Icontec. 2015)
Calidad	Grado en el que un conjunto de características inherentes de un objeto cumple con los requisitos. (Normas fundamentales sobre gestión de la calidad, quinta edición. Icontec. 2015)
Cliente	Persona u organización que podría recibir o que recibe un producto o un servicio destinado a esa persona u organización o requerido por ella. (Normas fundamentales sobre gestión de la calidad, quinta edición. Icontec. 2015)
Crecimiento	es lo que se considera el proceso de mejora de una compañía que la impulsa alcanzar determinadas cotas de éxito.
Rentabilidad	Es una noción que se aplica a toda acción económica en la que se utilizan medios materiales, humanos y financieros con el fin de obtener ciertos resultados.
Sostenibilidad	Es una fuente de reducción de costos y aumento de ingresos, factor clave para fomentar el crecimiento en nuevos mercados con la vista puesta en la recuperación económica.
Gestión	Actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización. (Normas fundamentales sobre gestión de la calidad, quinta edición. Icontec. 2015)
Mejora	Actividad para mejorar el desempeño. (Normas fundamentales sobre gestión de la calidad, quinta edición. Icontec. 2015)
Mejora de la calidad	Parte de la gestión de la calidad orientada a aumentar la capacidad de cumplir con los requisitos de la calidad. (Normas fundamentales sobre gestión de la calidad, quinta edición. Icontec. 2015)
Conformidad	Cumplimiento de un requisito. (Normas fundamentales sobre gestión de la calidad, quinta edición. Icontec. 2015)
No conformidad	Incumplimiento de un requisito. (Normas fundamentales sobre gestión de la calidad, quinta edición. Icontec. 2015)
Sistema de gestión	Conjunto de elementos de una organización interrelacionados o que interactúan para establecer políticas, objetivos y procesos para lograr estos objetivos. (Normas fundamentales sobre gestión de la calidad, quinta edición. Icontec. 2015)
Servicios de salud	Son aquellos que están destinados a brindar prestaciones de salud, de promoción, de prevención, de recuperación y rehabilitación en forma ambulatoria, domiciliaria o internamiento, son clasificados de acuerdo a la capacidad resolutoria, niveles de atención y complejidad.
Servicios de salud ambulatorios	son pruebas o procedimientos médicos que pueden realizarse en un centro médico sin pasar la noche allí. Muchos procedimientos y pruebas pueden realizarse en pocas horas.
El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS)	es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos del sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de servicios de salud del país. El SOGCS está integrado por cuatro componentes a saber: Sistema Único de Habilitación (SUH), Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Sistema Único de Acreditación (SUA) y el Sistema de Información para la Calidad en Salud.
Sistema Único de Habilitación	Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios. (Ministerio de Salud. Gobierno de Colombia. 2016)
Plan de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC)	Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.
Sistema Único de Acreditación (SUA)	es el conjunto de procesos, procedimientos y herramientas de implementación voluntaria y periódica por parte de las entidades a las que se refiere el artículo 2 del presente decreto, los cuales están destinados a comprobar el cumplimiento gradual de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios, para la atención en salud, bajo la dirección del Estado y la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud.
El Sistema de Información para la Calidad en salud	Es el conjunto de procesos por el cual se realiza el seguimiento y evaluación de la gestión de la calidad de la atención en salud, brindar información a los usuarios para elegir libremente con base a la calidad de los servicios, de manera que puedan tomar dediciones informadas en el momento de ejercer los derechos que para y ofrecer insumos para el referenciación por calidad que permita materializar los incentivos de prestigio del Sistema.
Ley 1122 de 2007	Tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios.

Seguridad del paciente

Se define como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. Implica la evaluación permanente de los riesgos asociados a la atención en salud para diseñar e implantar las barreras de seguridad necesarias.

CONTROL DE CAMBIOS			
Actividades que sufrieron cambios	Observación del cambio	Motivo del cambio	Fecha del cambio
No aplica. Primer version de este documento	Elaboracion de los termininos y definiciones		14/11/2018
Elaboró	x	Revisó	Aprobó
Volver		Contenido	Adelante

El Manual se actualizará atendiendo los cambios que se sucedan en organización, mediante revisiones periódicas por parte de los responsables de los procesos del Sistema Gestión de Calidad. Cada vez que se generen nuevas versiones se deben tener en cuenta las siguientes condiciones generales:

- Los responsables de los procesos deben comunicar al Coordinador de Calidad cualquier modificación que afecte el Sistema para ser incluido en el Manual.
- Los cambios deben ser realizados de acuerdo al procedimiento de Control de Documentos y divulgados a las diferentes áreas.
- La revisión del Manual debe efectuarse una vez al año como mínimo.
- El Manual y todos los demás documentos que forman parte del Sistema de Gestión de Calidad estarán publicados para consulta en la Pagina Web del Centro Cardiológico de Bogotá

CONTROL DE CAMBIOS			
Actividades que sufrieron cambios	Observación del cambio	Motivo del cambio	Fecha del cambio
No aplica. Primer version de este documento	Elaboracion de los parametros para actualizacion y revisiones del manual		14/11/2018
Elaboró	x	Revisó	Aprobó
Volver		Contenido	Adelante

DEBILIDADES		OPORTUNIDADES	
D1	Ausencia de plataforma estratégica	O1	Alta demanda de servicios cardiológicos
D2	Falta de promoción de nuevos servicios	O2	Necesidades del mercado sobre cardioncología, falla cardiaca y rehabilitación cardiaca
D3	Subutilización de la capacidad instalada	O3	Aparición de nuevos segmentos de mercado
D4	Carencia de un Sistema de Gestión de Calidad	O4	Desarrollo tecnológico de nuevos equipos
D5	Ausencia de fuerza de ventas	O5	Tendencias favorables del mercado
D6		O6	Fuerte poder adquisitivo del segmento meta
FORTALEZAS		AMENAZAS	
F1	Posicionamiento en el mercado.	A1	Entrada de nuevos competidores
F2	Tecnologías apropiadas para la prestación del servicio.	A2	Competencia agresiva
F3	Eficiencia en la prestación de los servicios	A3	Cambios en las políticas de gobierno
F4	Servicios económicos y de mayor cobertura	A4	Aumento de precios de equipos y materiales tecnológicos
F5	Trayectoria en el mercado.	A5	Tendencias desfavorables del mercado
F6	Cumplimiento de requisitos legales	A6	Disminución de la capacidad adquisitiva del mercado meta
F7	Fuerte capacidad de inversión	A7	
F8	Diversidad en servicios que se ofertan	A8	
F9	Personal competente	A9	

CONTROL DE CAMBIOS			
Actividades que sufrieron cambios	Observación del cambio	Motivo del cambio	Fecha del cambio
No aplica. Primer versión de este documento	Elaboración del contexto estratégico (DOFA)		14/11/2018
Elaboró	x	Revisó	Aprobó
Volver		Contenido	Adelante

Fue fundado en 1987, por el doctor Gabriel Alberto Robledo Káiser, y desde ese momento ha brindado servicios de salud cardiovascular. “El Doctor Gabriel Alberto Robledo Káiser nació el 27 de septiembre de 1950 en Bogotá. De madre alemana y padre colombiano, ha vivido en Bogotá toda su vida. Realizó sus estudios de medicina en la Pontificia Universidad Javeriana, en donde obtiene su título de Médico Cirujano en el año de 1977. Después de realizar su internado y su médica tura rural en el pequeño pueblo de Garagoa, Boyacá, viaja a los Estados Unidos, en donde realiza estudios de posgrado en el Saint Barnabas Medical Center en Denville, New Jersey. Al regreso de su paso por el suelo norteamericano, el Dr. Robledo inicia su Residencia en Medicina Interna y Cardiología en la Escuela Colombiana de Medicina Clínica A. Shaio en la ciudad de Bogotá, donde es jefe de residentes e Internos durante un año. Ya como Médico Cardiólogo, en el año de 1987 funda el Centro Cardiológico de Bogotá. Dentro de su larga carrera médica, el Dr. Robledo se ha desempeñado como Cardiólogo del Instituto Nacional de Cancerología; Instructor de Cardiología del Hospital Universitario de La Samaritana; Asesor Médico en Cardiología de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina ASCOFAME; presidente de la AEFAS; y Coordinador del Comité de Hipertensión Arterial de la Sociedad Colombiana de Cardiología, entre otros. Además, ha sido autor y coautor de distintas publicaciones Actualmente el Dr. Gabriel Robledo es el director del Centro Cardiológico de Bogotá y presidente de la Fundación Precardia, además de desempeñarse como asesor médico de varios Laboratorios Farmacéuticos, e instructor certificado por la Asociación Americana del Corazón en BLS, ACLS”.

Como amenazas se encuentran exámenes a un menor valor en otras empresas, teniendo en cuenta que estas manejan clientes de EPS y en esta empresa solo se manejan como usuarios de las prepagadas, planes complementarios o particulares.

Encontramos otra amenaza cuando el consumidor encuentra servicios de medicina general que el siente que puede manejar el problema de salud.

Se ofrecen paquetes para disminuir los costos a los usuarios, brindando mayor cobertura a los consumidores y ofreciendo servicios con calidad a un menor costo.

Como oportunidad vemos el crecimiento que ha tenido en los últimos años la Entidad buscando mejorar los servicios, incrementando las utilidades, cambiando la infraestructura, mejorando los espacios de atención al usuario, ampliando la posibilidad de procedimientos dentro del Centro Cardiológico, lo que aumenta a futuro la rentabilidad de la empresa buscando más negociaciones y ampliando la cobertura del consumidor y satisfacer la demanda.

Cuenta con 15 empleados y atiende aproximadamente 1890 pacientes al mes.

CONTROL DE CAMBIOS			
Actividades que sufrieron cambios	Observación del cambio	Motivo del cambio	Fecha del cambio
No aplica. Primer versión de este documento	Elaboración de la reseña histórica		14/11/2018
Elaboró	x	Revisó	Aprobó
Volver		Contenido	Adelante

Misión

Brindar servicios integrales de cardiología orientados al tratamiento, consulta y ayudas diagnósticas enfocados en la seguridad del paciente, sus necesidades generando confianza y mejorando la calidad de vida.

Visión

En el 2020 Incrementaremos el mercado y seremos reconocidos por la satisfacción de nuestros usuarios, la atención oportuna y la cultura del servicio humanizado y seguro

Valores

Honestidad. Obrar con transparencia y clara orientación oral cumpliendo con las responsabilidades asignadas en el uso de la información, de los recursos materiales y financieros. Mostrar una conducta ejemplar dentro y fuera de la empresa.

Responsabilidad. Asumir las consecuencias de lo que se hace o se deja de hacer en la empresa y su entorno. Tomar acción cuando sea menester; obrar de manera que se contribuya al logro de los objetivos de la empresa.

Equidad. Otorgar a cada cual, dentro de la empresa, lo que le corresponde según criterios ciertos y razonables.

Trabajo en equipo. Siendo una empresa con proyección, el centro cardiológico de Bogotá plantea la colaboración entre sus integrantes, formando un equipo de trabajo con altos resultados de calidad y excelencia.

Sentido de pertenencia. las personas que laboran en el centro cardiológico de Bogotá tienen el privilegio de elaborar en el campo profesional que les gusta con gran compromiso responsabilidad y confianza.

Respeto. Desarrollar una conducta que considere en su justo valor los derechos fundamentales de nuestros semejantes y de nosotros mismo. Así mismo aceptar y cumplir las leyes, las normas sociales y las de la naturaleza.

Principios

Innovación. Mantener los equipos y procesos actualizados con la tecnología más avanzada, para garantizar una continua producción e incremento en la productividad y competitividad de nuestras operaciones

Calidad. Perfeccionar nuestros procesos, a través de una mejora continua, para lograr eficacia, eficiencia y productividad buscando alcanzar la excelencia, en beneficio y satisfacción de nuestro personal y clientes.

Compromiso en el servicio. Destacarse por el elevado nivel de los servicios que se ofrecen en la empresa

Responsabilidad social con la comunidad. Integrar de modo permanente las actividades de la empresa con su entorno social; participar en las actividades y eventos comunitarios e impulsar el desarrollo sustentable de la sociedad.

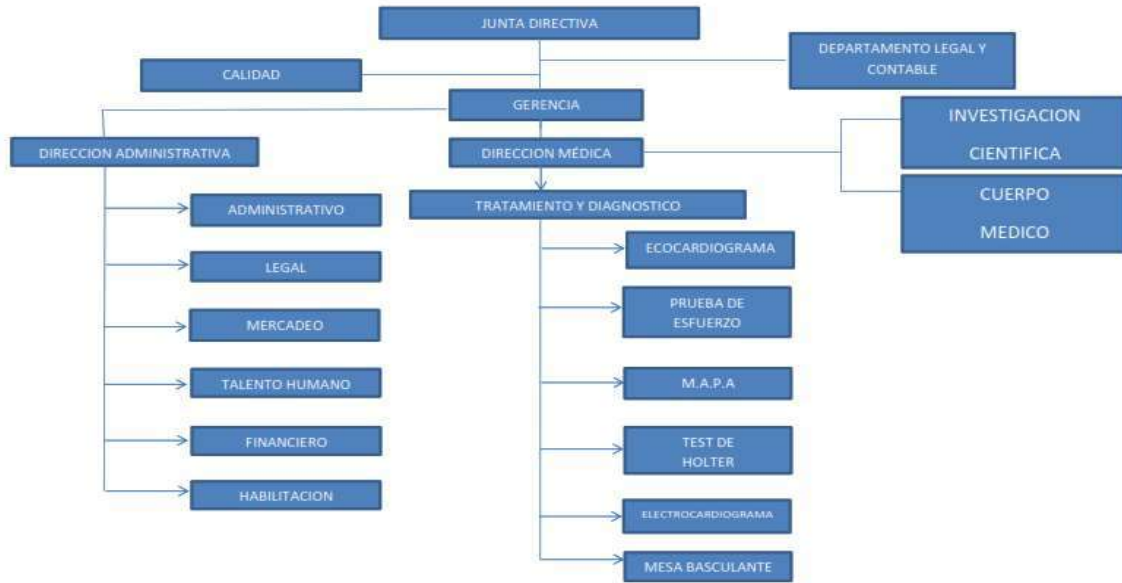
Desarrollo y bienes del recurso humano. Proporcionar una adecuada calidad de vida a nuestros trabajadores; velar por su seguridad física, social y emocional; brindarles los servicios que los valoren como personas; promover su crecimiento a través del entrenamiento y desarrollo profesional y social, estimular su autorrealización.

CONTROL DE CAMBIOS			
Actividades que sufrieron cambios	Observación del cambio	Motivo del cambio	Fecha del cambio
No aplica. Primer versión de este documento	Elaboración de la misión, visión, principios y valores		14/11/2018
Elaboró	x	Revisó	Aprobó

[Volver](#)

[Contenido](#)

[Adelante](#)



CONTROL DE CAMBIOS			
Actividades que sufrieron cambios	Observación del cambio	Motivo del cambio	Fecha
No aplica. Primer versión de este documento	Elaboración del organigrama		###
Elaboró	x	Revisó	Aprobó

[Volver](#)

[Contenido](#)

[Adelante](#)

¿POR QUE UN SGC?

La competitividad es un tema de vanguardia que con el tiempo ha trascendido escalonadamente, exigiendo mejores beneficios y características de sus productos y servicios a todo tipo de empresas. Las organizaciones cada día piensan en metodologías que optimicen sus procesos, con miras a fortalecer su estructura, ofrecer nuevos y mejores servicios.

Con la planificación y estructuración de un sistema de gestión de calidad basado en la NTC ISO 9001: 2015, se ayuda a mejorar el desempeño de la empresa, agregando valor a sus servicios, haciéndola más productiva y a su vez competitiva, a partir de una mayor organización y control de sus actividades, incentivando el interés para las competencias de cualquier profesional, especialmente en el área de la salud.

Un sistema de gestión de calidad es la estructura organizativa, los procedimientos, procesos y los recursos necesarios para llevar a cabo la gestión de calidad, en procura de satisfacer plenamente al cliente de la organización.

Por esta razón el centro cardiológico de Bogotá ha decidido trabajar en la realización de la planificación e implementación de un sistema de gestión de calidad, puesto que ha entendido que para incrementar la satisfacción de los clientes y mantener la fidelización de los mismos es indispensable contar con un sistema organizado.

Para ser competitivos, hay un camino: adoptar la normatividad internacional e integrar en la empresa las normas ISO 9001 2015. A través de ella, se tendrá la oportunidad de establecer un sistema de calidad que permitirá reorganizar la empresa al mismo tiempo que se proporciona al cliente servicios de calidad enfocados al cliente y sus necesidades, planificar y llevar a cabo una estrategia de mejora continua, proporcionando un complemento representativo en los procesos de adjudicación de contratos.

Como posibles dificultades tenemos la disponibilidad de tiempo para reunirnos con la junta directiva y la falta de información requerida, para esto se mantendrá una fluida comunicación entre la empresa y los estudiantes de manera que ambas partes presenten avances y beneficios.

Beneficios

- Asegura la comprensión adecuada y permanente de las necesidades y expectativas de las partes interesadas
- Establece los requisitos del cliente y estandariza la prestación del servicio.
- Permite mejorar continuamente la eficacia, eficiencia y efectividad de la gestión del CCB.
- Identifica las situaciones que puedan impedir el logro de los objetivos propuestos y minimiza su materialización (Riesgos).
- Desarrolla y mantiene la documentación necesaria para el funcionamiento del Sistema Integrado de Gestión.
- Garantiza el compromiso de la Alta Dirección, asegurando la identificación continua de las partes interesadas, la asignación de los recursos y la gestión sobre los procesos y programas del CCB, de manera que su política y objetivos integrales se alcancen.

CONTROL DE CAMBIOS			
Actividades que sufrieron cambios	Observación del cambio	Motivo del cambio	Rec ha del
No aplica. Primer versión de este documento	Elaboración de la justificación del SGC		###
Elaboró	x	Revisó	Aprobó

[Volver](#)

[Contenido](#)

[Adelante](#)



POLÍTICA DE CALIDAD

Versión	
Código	
Fecha de aprobación	

El centro cardiológico de Bogotá presta servicios de salud en diagnóstico, consulta y tratamiento de enfermedades del corazón, de manera oportuna y segura, asegurando al paciente y sus familias el respeto de su dignidad y de sus derechos.
Estamos comprometidos con el cumplimiento de los estándares de calidad, de los requisitos legales, con el mejoramiento continuo y la satisfacción de las partes interesadas.

CONTROL DE CAMBIOS			
Actividades que sufrieron cambios	Observación del cambio	Motivo del cambio	Fecha del cambio
No aplica. Primer versión de este documento	Elaboración de la Política de Calidad		14/11/2018
Elaboró	x	Revisó	Aprobó

[Volver](#)

[Contenido](#)

[Adelante](#)

- Prestar un servicio humano, oportuno y seguro
- Cumplir con los estándares de calidad
- Infraestructura adecuada de acuerdo con el objeto de la empresa
- Personal competente
- Satisfacción del cliente interno y externo
- Mejorar continuamente

[PLAN PARA ALCANZAR LOS OBJETIVOS DE CALIDAD](#)

CONTROL DE CAMBIOS			
Actividades que sufrieron cambios	Observación del cambio	Motivo del cambio	Fecha del cambio
No aplica. Primer versión de este documento	Elaboración de los objetivos de calidad		14/11/2018
Elaboró	x	Revisó	Aprobó

[Volver](#)

[Contenido](#)

[Adelante](#)

La planificación y estructuración del Sistema de Gestión de Calidad fue responsabilidad de los estudiantes de maestría de la de calidad y gestión integrar de la Universidad Santo Tomas, sin embargo la implementación, desarrollo y mantenimiento del Sistema será responsabilidad del Representante Legal del CCB, quien será el responsable del direccionamiento estratégico, el seguimiento al cumplimiento de los elementos que lo conforman y la asignación de recursos necesarios para su funcionamiento.

Roles

Alta Dirección: Está conformada por Gerente General y el Administrador del CCB

Líder de Proceso: Responsable del monitoreo y administración de los procesos definidos en el SGC, según corresponda.

Coordinador de Calidad: Persona con la responsabilidad de asesorar y acompañar a las áreas del CCB en el proceso de implementación, fortalecimiento y mejoramiento continuo del SGC.

Colaboradores: Personas que ejecutan las actividades de los procesos definidos en el SGC

CONTROL DE CAMBIOS			
Actividades que sufrieron cambios	Observación del cambio	Motivo del cambio	Fecha del cambio
No aplica. Primer versión de este documento	Elaboración de los roles y responsabilidades		14/11/2018
Elaboró	x	Revisó	Aprobó

[Volver](#)

[Contenido](#)

[Adelante](#)



PARTES INTERESADAS

Versión	
Código	
Fecha de aprobación	

Proceso: Ayudas Diagnosticas

Area:

CATEGORÍA	PARTE INTERESADA	TEMAS DE INTERÉS	TIPO	PROCESO CON EL QUE INTERACTÚA	CANAL DE COMUNICACIÓN CON EL USUARIO	NECESIDAD	EXPECTATIVA	CRITERIOS DE EVALUACIÓN		TRATAMIENTO DE LA NECESIDAD	TRATAMIENTO DE LA EXPECTATIVA	COMPROMISO DEL AREA
								Poder (capacidad de la parte interesada para efectuar cambios en nuestro sistema de gestión de calidad)	Impacto (Qué tanto influyen esos cambios)			
Gobierno	Secretaria de Salud de Bogota	Inspección del CCB	Externa	Ayudas Diagnosticas	Comunicaciones oficiales	Verificar el cumplimiento de requisitos legales	Determinar el cumplimiento de los requisitos legales	Alto	Alto	Hacer seguimiento	Tener los permisos al día.	Tener carpeta con todos los documentos y personal e instalaciones preparadas para la visita

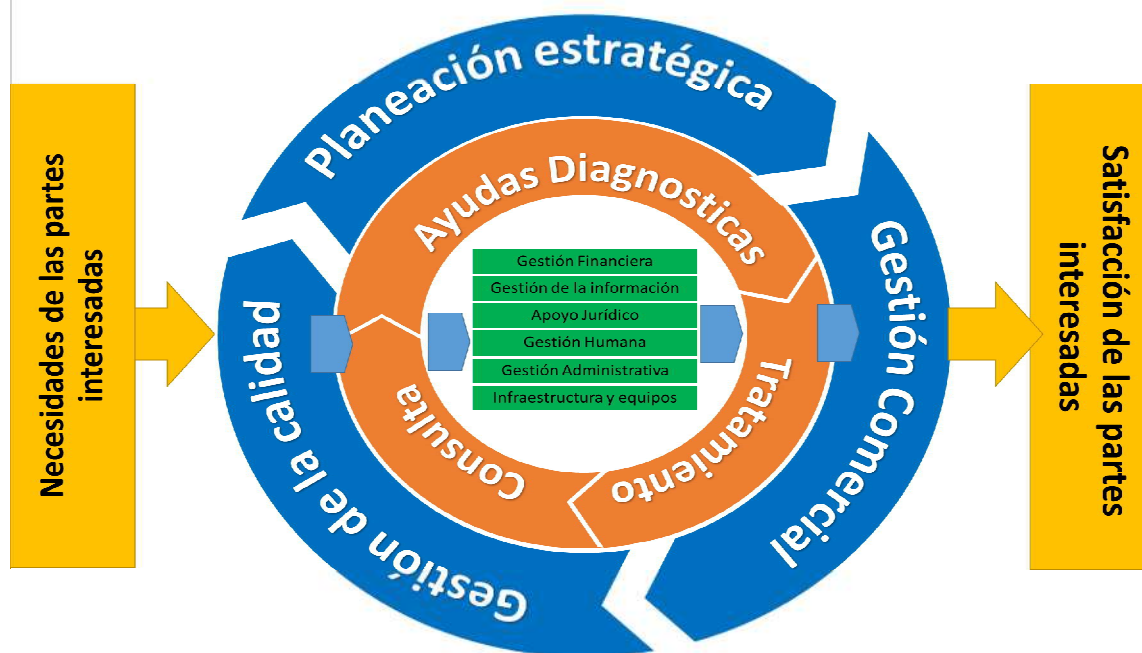
CONTROL DE CAMBIOS			
Actividades que sufrieron cambios	Observación del cambio	Motivo del cambio	Fecha del cambio
No aplica. Primer versión de este documento	Elaboración de las partes interesadas		14/11/2018
Elaboró	x	Revisó	Aprobó

[Volver](#)

[Contenido](#)

[Adelante](#)

MAPA DE PROCESOS CENTRO CARDIOLOGICO DE BOGOTÁ



CONTROL DE CAMBIOS			
Actividades que sufrieron cambios	Observación del cambio	Motivo del cambio	Fecha del cambio
No aplica. Primer versión de este documento	Elaboración del Mapa de Procesos		14/11/2018
Elaboró	x	Revisó	Aprobó

[Volver](#)

[Contenido](#)

[Adelante](#)

Procesos	Procedimientos	
Planeación y direccionamiento estratégico	Procedimiento para determinar, revisar y hacer seguimiento de las cuestiones externas e internas	Procedimiento para la planificación del cambio
	Procedimiento para identificar, revisar y hacer seguimiento a las necesidades y expectativas de las partes interesadas	
Gestión de la Calidad	Procedimiento para auditorías	Procedimiento para la toma de conciencia
	Procedimiento Control de Producto o Servicio No Conforme	Procedimiento para la planeación y realización de
	Procedimiento Gestión de No Conformidades y Oportunidades de Mejora	Procedimiento para la revisión por la alta dirección del SGC
Gestión Comercial	Procedimiento para evaluar la satisfacción al cliente frente a los servicios prestados	Procedimiento para la elaboración de contratos
	Procedimiento para la gestión de ventas	Procedimiento para la elaboración del plan anual de mercadeo
Ayudas Diagnosticas	Procedimiento Prueba de esfuerzo	Procedimiento Electrocardiograma
	Procedimiento Mesa basculante	Procedimiento Ecocardiograma
	Procedimiento Test de mapa	Procedimiento Índice tobillo brazo
	Procedimiento Test de holter	Procedimiento Estudio rigidez arterial
Tratamiento	Procedimiento para el servicio de tratamiento	
Consulta	Procedimiento para el servicio de consulta	
Gestión Financiera	Procedimiento para la realización de pagos	Procedimiento para realización de la contabilidad
	Procedimiento para la realización de cobros	Procedimiento para la recuperación de cartera
Apoyo jurídico	Procedimiento para la revisión de contratos	Procedimiento jurídico ante instancias administrativas y judiciales
	Procedimientos para la emisión de conceptos jurídicos	
Gestión de la información	Procedimiento para la creación y actualización de la documentación	Procedimiento para la documentación del conocimiento de la organización
	Procedimiento para el control de documentos	Procedimiento para realización de comunicaciones internas y externas
	Procedimiento Control de registros y administración de archivos	Procedimiento para gestión de TIC's
Gestión Administrativa	Procedimiento para el control de productos y servicios contratados externamente	Procedimiento para atención de usuarios
	Procedimiento para la atención de PQRS	Procedimiento para la gestión de servicios generales y seguridad
Gestión del Talento Humano	Procedimiento para la selección de personal	Procedimiento para la gestión de nomina y seguridad social de los empleados
	Procedimiento para identificar perfiles y competencias de acuerdo con las necesidades de la organización	Procedimiento para la gestión de capacitaciones

Infraestructura y Equipos	Procedimiento para el mantenimiento de la infraestructura y los equipos	Procedimiento para asegurar la trazabilidad de los resultados de los equipos
Procedimientos transversales	Procedimiento para identificar riesgos y oportunidades y las acciones para su gestión	Procedimiento para la preservación de resultados
	Procedimiento para hacer seguimiento y medición de los objetivos	Procedimiento para el diseño y desarrollo de nuevos servicios
	Procedimiento de Producto no Conforme	Procedimiento Gestión de No Conformidades y Oportunidades de Mejora

CONTROL DE CAMBIOS			
Actividades que sufrieron cambios	Observación del cambio	Motivo del cambio	Fecha del cambio
No aplica. Primer versión de este documento	Elaboración del Catalogo de Procesos y Procedimientos		14/11/2018
Elaboró	x	Revisó	Aprobó
Volver		Contenido	Adelante

Los documentos estarán publicados en la Pagina Web del CCB, para conocimiento y aplicación de los colaboradores

El procedimiento para el control de documentos se establecerá con el fin de garantizar que los documentos sean revisados adecuada y oportunamente, aprobados y emitidos en su última versión y estén disponibles para el uso y consulta de los usuarios. Está a cargo de la dirección administrativa e incluirá los Listados Maestros de Documentos internos y Externos, en los cuales se relacionan todos los documentos del SIG y las modificaciones realizadas. Mediante este se da cumplimiento a los numerales 4.4.2. y 7.5 de la norma ISO 9001:2015.

[FORMATOS](#)

CONTROL DE CAMBIOS			
Actividades que sufrieron cambios	Observación del cambio	Motivo del cambio	Fecha del cambio
No aplica. Primer versión de este documento			14/11/2018
Elaboró	x	Revisó	Aprobó

[Volver](#)

[Contenido](#)

[Adelante](#)

Se establecerá el procedimiento control de registros y administración de archivos para dar las directrices para la identificación, almacenamiento, protección, recuperación, tiempo de retención y disposición de los registros que genere la operatividad del SGC, dando cumplimiento así a lo requerido en los numerales 4.4.2. De la norma ISO 9001:2015

Este procedimiento estará a cargo de la Dirección Administrativa y su registro son las tablas de retención documental.

CONTROL DE CAMBIOS			
Actividades que sufrieron cambios	Observación del cambio	Motivo del cambio	rec ha del
No aplica. Primer version de este documento			###
Elaboró	x	Revisó	Aprobó

[Volver](#)

[Contenido](#)

[Adelante](#)

El objetivo de este procedimiento será establecer las actividades mínimas requeridas para programación, planificación, ejecución y seguimiento de las Auditorías Internas del Sistema de Gestión de Calidad, con el fin de determinar si éste es conforme con los requisitos y criterios establecidos, todo lo anterior basado en el procedimiento auditoría interna al sistema integrado de gestión.

[PROGRAMA DE AUDITORIAS](#)
[PLAN DE AUDITORIAS](#)
[LISTA DE CHEQUEO PARA AUDITORIAS](#)

CONTROL DE CAMBIOS			
Actividades que sufrieron cambios	Observación del cambio	Motivo del cambio	Fecha del cambio
No aplica. Primer version de este documento	Elaboracion del programa y plan de auditorias		14/11/2018
Elaboró	x	Revisó	Aprobó

[Volver](#)

[Contenido](#)

[Adelante](#)

El objetivo del procedimiento Control de Producto No Conforme, será la identificación, revisión oportuna, control y tratamiento del producto o servicio que no sea conforme con los requisitos establecidos por el CCB, previniendo así su uso o entrega no intencional.

El CCB ejercerá la verificación del producto o servicio prestado a través de los controles en los procesos, además permitirá establecer los requisitos que se deberán cumplir para la entregas, al mismo tiempo permite la autoevaluación del responsable y de la generación de Acciones Correctivas y/o Preventivas, si se requiere.

El procedimiento de Producto no Conforme aplicará a todos los procesos de la organización.

Es importante precisar que también existe la ficha de caracterización de servicios que contendrá la información relevante de los requisitos y sus características

[Formato ficha de caracterización de servicios](#)

CONTROL DE CAMBIOS			
Actividades que sufrieron cambios	Observación del cambio	Motivo del cambio	Fecha del cambio
No aplica. Primer version de este documento	Elaboracion del producto no conforme		###
Elaboró	x	Revisó	Aprobó

[Volver](#)

[Contenido](#)

[Adelante](#)

El CCB contará con un procedimiento Gestión de No Conformidades y Oportunidades de Mejora, que contendrá las actividades necesarias para su tratamiento, seguimiento y cierre, mediante un análisis adecuado de las causas que las generan, el diseño de un plan de acciones oportuno y el análisis de eficacia de las acciones correctivas propuestas, con el objeto de que no se afecte la calidad de los productos y la mejora continua del SGC

CONTROL DE CAMBIOS			
Actividades que sufrieron cambios	Observación del cambio	Motivo del cambio	Fecha
No aplica. Primer version de este documento			###
Elaboró	x	Revisó	Aprobó

[Volver](#)

[Contenido](#)

[Adelante](#)

	MATRIZ DE REQUISITOS LEGALES											Versión	
												Código	
												Fecha de	
												aprobación	

CATEGORIA O FACTOR DE RIESGO	TIPO DE REQUISITO	TIPO DE NORMA	IDENTIFICACION - NUMERO	AÑO	ARTICULOS APLICABLES	AUTORIDAD COMPETENTE	TEMA	EXIGENCIA	METODOLOGIA DE EVALUACION	EVIDENCIA DEL CUMPLIMIENTO	SI	NO	OBSERVACIONES / PLAN DE ACCIÓN
La Ley de Salud Mental	Salud Mental.	Ley	1616	2013	Artículos que aplican: 1,3,5,6,23,2438,44,45.	Congreso de Colombia	Por medio del cual se expide la Ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones.	N.A	N.A	N.A			Esta ley es de carácter informativo
Política Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se establece el Sistema Nacional de Gestión de Riesgo de desastres.	Ejecutar procesos de Gestión de Riesgos.	Ley	1523	2012	Artículos que aplican:1,2,3,4,5,6,7,8,32,33,35,37,45,55,56,57,58,59,60,61,62,64,65,69,7071,72,73,90,93,96.	Congreso de Colombia	Por el cual se adopta la Política Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se establece el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres y se dictan otras disposiciones.	Planes de emergencias, planes de evacuación y brigadistas.	Realización plan de emergencia y evacuación.	Capacitaciones,socializaciones grupales.	x		
Sistemas General de Riesgos Laborales	Acatar la reglamentación pertinente de los artículos aplicables.	Ley	1562	2012	Los artículos que aplican son: 1,2,3,4,5,6,7,13,30,33	Congreso de Colombia	Por el cual se modifica el Sistema General de Riesgos Laborales.	Prevenir proteger y atender a los trabajadores de los efectos de las enfermedades y los accidentes que pueden ocurrirles en ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrollen.	N.A	N.A			No tiene exigencia para la empresa, es un documento informativo.
Prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas.	Garantizar atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas.	Ley	1566	2012	Los artículos que aplican son:1,2,3,4,5,6,8,12.	Congreso de Colombia	Por el cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas.	Campañas de prevención y jornadas de salud.	Mediante medios masivos como lo son las redes sociales.	Registros fotográficos, folletos, volantes sobre las campañas - Programa UCM saludable	x		Documento informativo relacionado con la salud de los trabajadores.
Prevención del consumo de tabaco.	Salud Pública.	Ley	1335	2009	Los artículos que aplican son: 1,2,4,7,8,14,15,16,17,18,19,20,21,24,26,27,2931,35,36.	Ministerio de Protección Social	Por los cuales se previenen daños a la salud de los menores de edad de la población no fumadora y se estipulan Políticas Públicas para la prevención del consumo del tabaco y el abandono de la dependencia de tabaco del fumador y sus derivados en la población colombiana.	Campañas de prevención y jornadas de salud.	Mediante realización campañas educativas.	Registros fotográficos, folletos, volantes sobre las campañas.	x		Documento informativo relacionado con la salud de los trabajadores.
Define obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de Salud Pública.	Salud Pública.	Ley	1355	2009	Los artículos que aplican son: 1,22	Congreso de Colombia	Por medio del cual se define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de Salud Pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención.	N.A	N.A	N.A			Este documento es de carácter informativo
Normas de seguridad en piscinas.	Normas de seguridad en piscinas.	Ley	1209	2008	Los artículos que aplican son:1,2,3,4,5,6,7,8,11,12,13,14,15,16,1718,19.	Congreso de Colombia	Por medio del cual se establecen normas de seguridad en piscinas.	Brindar seguridad y adecuar las instalaciones de piscinas con el fin de evitar accidentes, problemas de salud y proteger la vida de los usuarios.	Inpección de seguridad en piscina, tratamiento de agua mensual, mantenimiento diario, entrenadores capacitados.	Registros pertinentes.	x		Propiscinas y Aquatest hacen la revisión diaria y mensual del agua de la piscina.
Prevenir, corregir y sancionar el acoso laboral.	Prevenir, corregir y sancionar el acoso laboral.	Ley	1010	2006	Aplican todos los artículos menos el 12.	Congreso de Colombia	Por medio del cual se adoptan medidas para prevenir, corregir y sancionar el acoso laboral y otros hostigamientos en el marco de la relaciones de trabajo.	Conformar el Comité de Convivencia Laboral.	Reuniones trimestrales de Comité Convivencia Laboral.	Registros como los son las actas de reuniones, listas de asistencia, tratamiento de acoso laboral.	x		

Sistema General de Riesgos Laborales	Seguridad y Salud en el Trabajo	Ley	776	2002	Aplican todos los artículos menos: 6,19,20,22	Congreso de Colombia	Por el cual se dictan normas sobre la organización, administración y presentaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales.	Los empleadores están obligados a ubicar al trabajador incapacitado parcialmente en el cargo que desempeñaba, o proporcionarle un trabajo compatible con sus capacidades y aptitudes para la cual deberán efectuar los movimientos de personal que sean necesarios.	Reporte de accidente de trabajo y enfermedad laboral.	Registro del reporte	x	Cumplimiento de artículos aplicables
Sistema de Seguridad Social Integral.	Afiliación a todos los trabajadores al Sistema de Seguridad Social.	Ley	100	1993	Los artículos que aplican son: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,259,260,271,288,289.	Congreso de la República de Colombia	Por el cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral	Todo trabajador debe de estar afiliado a salud y pensión.	Por medio de planillas.	Planillas y pagos respectivos.	x	Cumplimiento de artículos aplicables
Seguridad en la utilización de productos químicos en el trabajo.	Seguridad en la utilización de productos químicos en el trabajo.	Ley	55	1993	Los artículos que aplican son: 1,2,3,4,5,6,7,8,10,11,12,13,14,15,16,17,27.	Congreso de Colombia	Por medio del cual se aprueba el convenio se aprueba el convenio numero170 y la recomendación numero177 sobre la seguridad en la utilización de productos químicos en el trabajo.	Acogerse a los artículos aplicables.	Mediante inspección de seguridad, utilización de elementos de protección personal correspondientes y lo consiguiente a los artículos aplicables.	Registros de inspección, capacitación, fichas técnicas de los productos.	x	
Medidas sanitarias.	Cumplimiento de las medidas sanitarias.	Ley	9	1979	Los artículos que aplican son: 1,2,3,6,7,8,9,10,11,12,14,15,22,23,24,25,28,29,31,32,34,36,37,39,50,51,52,56,58,60,61,62,64,65,66,67,68,69,71,77,80,81,82,84,85,88,89,90,92,93,94,95,96,98,101,102,103,104,105,107,108,109,110,111,112,113,114,115,116,117,118,119,120,121,123,125,126,127,128,129,130,132,133,134,140,150,151,155,156,158,160,161,162,163,164,165,166,167,170,172,173,174,175,176,177,179,180,182,183,184,185,186,187,188,192,193,194,195,196,197,198,199,202,203,204,205,206,207,209,211,212,213,214,215,216,217,219,220,222,223,224,225,226,227,228,229,230,243,244,246,247,254,255,258,259,260,275,276,277,288,290,291,293,304,305,306,478,491,494,495,496,499,503,504,507,508,509,509,510,511,550,567,568,569,577,578,579,580,581,582,583,584,595,596,597,598,599,603,607.	Congreso de Colombia	Por el cual se dictan medidas sanitarias.	Practicar las medidas sanitarias necesarias para proteger el medio ambiente y para asegurar el bienestar y la salud humana.	Mediante el cumplimiento de los artículos aplicables de la ley.	Instalaciones e infraestructura adecuada a la norma	x	
Decreto de transición de la implementación del SG-SST	Ampliación del plazo para la implementación del SG-SST	Decreto	O52	2017	Todo el decreto	Ministerio de Trabajo	Por medio del cual se modifica el artículo 2.2.4.6.37. del Decreto 1072 de 2015 Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo, sobre la transición para la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)	Dar inicio a la ejecución del SG-SST de manera progresiva, paulatina y sistemática de las fases de implementación descritas.	Manual del SG-SST	Documentación y registros de la implementación del SG-SST	x	La implementación del SG-SST está en la fase de documentación, hace falta la fase de ejecución del SG-SST
Por la cual se establecen parámetros y requisitos para desarrollar, certificar y registrar la capacitación virtual en el SG-SST	Realización del curso virtual de las 50 horas	Decreto	4927	2016	Artículos 1 al 4, artículo 11, 15, 16, 17 y 18	Ministerio de Trabajo	Definir parámetros para desarrollar, certificar y registrar procesos de capacitación virtual gratuita con una intensidad de 50 horas.	Realizar el curso virtual de las 50 horas a todos los trabajadores de la universidad, incluyendo contratistas.	Inscripción y realización del curso virtual	Certificados	x	Comenzar haciendo la difusión de la realización del curso virtual a los comités de convivencia y partitario de la universidad
Por medio del cual se modifica el artículo 2.2.4.6.37 del Capítulo 6 del Título 4 de la parte 2 del libro 2, del Decreto 1072 de 2015 Decreto único reglamentario del sector trabajo.	Se modifica plazo sobre transición para la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo	Decreto	171	2016	Todo el decreto	El presidente de la República	Decreto que especifica la ampliación del plazo para implementar el SG-SST en todas las empresas del país.	Implementar el SG-SST en las empresas a mas tardar hasta el 31 de enero del año 2017.	Verificación de acciones que conlleven al cumplimiento del decreto	Documentación e implementación del SG-SST	x	
Por el cual se corrigen unos yerros del Decreto 1072 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo.	Decreto de corrección	Decreto	1528	2015	Todos los artículos	Ministerio del Trabajo	Por el cual se corrigen unos yerros del Decreto 1072 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo, contenidos en los artículos 2.2.4.2.1.6., 2.2.4.6.42. Y 2.2.4.10.1. del título 4 del libro 2 de la parte 2, referente a Riesgos Laborales	Documento informativo	NA	NA		Documento informativo relacionado con correcciones del decreto 1072 de 2015
Decreto único reglamentario del Sector Trabajo	Decreto compilatorio de normas reglamentarias existentes	Decreto	1072	2015	Todos los artículos menos: Libro 1 [Parte 1(Título 1, Título 2, Título 3); Parte 2 (Título 1, Título 2, Título 3, Título 4)]; Capítulo 5, Capítulo 6, Título 2, Título 3, Sección 4, Sección 4 (Capítulo 5, Capítulo 8, Capítulo 10); Título 5 (Capítulo 2); Título 6[Sección 1 (Capítulo 1, Capítulo 2, Capítulo 3, Capítulo 4, Capítulo 5, Capítulo 6, Capítulo 8); Sección 2]; Título 7 (Capítulo 1, Capítulo 3, Capítulo 4, Capítulo 5, Capítulo 6, Capítulo 7); Título 8; Título 9 (Capítulo 2, Capítulo 3)	Ministerio de Trabajo	Decreto único reglamentario sector trabajo	Cumplimiento de artículos aplicables de cada decreto relacionado	Verificación de acciones que conlleven al cumplimiento del decreto	Por medio de registros y demás documentos que exija el decreto	X	Se está avanzando en la implementación del SG-SST

Tabla de Enfermedades Laborales	Seguridad y Salud en el Trabajo	Decreto	1477	2014	Todos	Presidente de la República de Colombia	Por el cual se expide la tabla de enfermedades laborales	El presente decreto tiene por objeto expedir la tabla de enfermedades laborales que tendrá doble entrada: 1. agentes de riesgo para facilitar la prevención de enfermedades en las actividades laborales; 2. grupo de enfermedades para determinar el diagnóstico médico en los trabajadores afectados.	Mediante inspección de puestos de trabajo, entrega de EPP, dotación de sillas ergonómicas, pausas activas, estándares de seguridad y de análisis ausentismos laboral, exámenes médicos de ingreso y periódicos.	Sistema de Vigilancia Epidemiológica para enfermedad osteomuscular y registros pertinentes.	X	No tiene exigencia para la empresa, es un documento informativo y aplicable a la empresa.
Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral	Seguridad y Salud en el Trabajo	Decreto	1507	2014	Ninguno	Ministerio de Trabajo y Seguridad Social	Por el cual se expide el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral.	El presente decreto tiene por objeto expedir el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral.	N.A	N.A		No tiene exigencia para la empresa, es un documento informativo y aplicable a la empresa en caso que se presente invalidez.
Sistema de Garantía de Calidad del Sistema General de Riesgos Laborales	Sistema General de Riesgos laborales	Decreto	2923	2011	Todos los artículos menos el artículo 8	Presidente de la República de Colombia	Por el cual se establece el Sistema de Garantía del Sistema General de Riesgos Profesionales.	N.A	N.A	N.A		No tiene exigencia para la empresa, es un documento informativo y aplicable a la empresa.
Medidas de piscinas y estructuras similares de uso colectiva y de propiedad privada	Seguridad y Prácticas Sanitarias	Decreto	2171	2009	Todos menos los artículos 10, 14, 15, 16, 17	Ministerio de Protección Social	Por medio del cual se señalan las medidas aplicables a las piscinas y estructuras similares de uso colectivo y de propiedad privada.	Determinar las medidas regulatorias de la seguridad aplicables a piscinas y estructuras similares así como establecer las buenas prácticas sanitarias tendientes a prevenir y controlar los riesgos que afecten la vida y la salud de las personas.	Tomar medidas de seguridad aplicables a piscinas y estructuras aplicables.	Registros de mantenimiento diario y mensual del agua de la piscina.	x	Propiscinas y Aqueates hacen la revisión diaria y mensual del agua de la piscina.
Por el cual se reglamenta parcialmente la prevención y el manejo de los residuos o desechos peligrosos generados en el marco de la gestión integral.	Manejo de residuos y desechos peligrosos	Decreto	4741	2005	Artículos 1 al 13, 17 al 19, 23, 27 y 28, 32 al 40	Presidente de la República de Colombia	Las disposiciones del presente decreto se aplican en el territorio nacional a las personas que generen, gestionen o manejen residuos o desechos peligrosos.	Dar cumplimiento a los artículos aplicables en relación a la disposición de residuos peligrosos.	Plan de gestión integral de residuos peligrosos - Certificaciones de disposición final del RESPEL	Plan de Gestión Integral de Residuos Peligrosos - Certificados de disposición final.	x	Hacer el Plan de Gestión Integral de Residuos Peligrosos
Se modifica la Tabla de Clasificación de Actividades Económicas para el Sistema General de Riesgos Profesionales.	N.A	Decreto	1607	2002	Aplican los artículos: 1,2,3,4,5.	Presidente de la República de Colombia	Por el cual se modifica la Tabla de Clasificación de Actividades Económicas para el Sistema General de Riesgos Profesionales y se dictan otras disposiciones.	Tener en cuenta la clasificación de actividades económicas para la apertura de centros de trabajo y afiliaciones.	Afiliación teniendo en cuenta los centros de trabajo.	Certificados de afiliación.	x	La afiliación se realiza teniendo en cuenta la actividad económica del centro de trabajo
"Por el cual se reglamenta el manejo y transporte terrestre automotor de mercancías peligrosas por carretera".	Transporte de sustancias peligrosas en carretera	Decreto	1609	2002	Artículo 3, 12,29, 47,50	Ministerio de Transporte	El presente decreto aplica al transporte terrestre y manejo de mercancías peligrosas, los cuales comprenden todas las operaciones y condiciones relacionadas con la movilización de estos productos, la seguridad en los envases y embalajes, la preparación, envío, carga, segregación, transbordo, trasiego, almacenamiento en tránsito, descarga y recepción en el destino final. El manejo y transporte se considera tanto en condiciones normales, como las ocurridas en accidentes que se produzcan durante el traslado y almacenamiento en tránsito.	Tener en cuenta lo que dice el Decreto en relación a la recepción de sustancias peligrosas y dar cumplimiento a los artículos aplicables.	Auditorías a las empresas proveedoras, PON	Resultados de las auditorías, PON redactados y socializados	x	Se debe hacer plan de trabajo para realizar auditorías a las empresas proveedoras de sustancias químicas e incluir en el Plan de Emergencias los PON aplicables del Decreto

Integración, financiación, y funcionamiento de las Juntas de Calificación de Invalidez.	Junta de Calificación de Invalidez.	Decreto	2463	2001	Aplican los artículos: 1,2,10,23,24,25,26,27,30,33,34,35,36,37,38,39,43,58.	Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.	Por el cual se reglamenta la integración, financiación y funcionamiento de las Juntas de Calificación de Invalidez.	El presente decreto se aplicara a todos los trabajadores y servidores públicos y privados, trabajadores independientes afiliados al Sistema de Seguridad Social y Pensión por Invalidez.	Afiliando a los trabajadores al Sistema de Seguridad Social y Pensión.	Reportes de afiliación.	x	No tiene exigencia para la empresa, es un documento informativo y aplicable a la empresa.
Reglamento parcialmente de la Ley 100 de 1993 y el Decreto- Ley 1295 de 1994.	Modificación de la Ley 100 de 1993 y el Decreto-Ley 1295 de 1994.	Decreto	1530	1996	Aplican los artículos: 1, 2,3, 4, 9,10,11,14, 16.	Presidente de la República de Colombia	Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 100 de 1993 y el Decreto- Ley 1295 de 1994.	Cumplir con los artículos aplicables.	Afiliación a los trabajadores al Sistema de Riesgos Laborales y realización actividades contempladas en los artículos aplicables.	Formularios de afiliación, Programa de Salud Ocupacional.	x	Programa de Salud Ocupacional - Reportes de afiliación.
Convenio 170 sobre la seguridad en la utilización de los productos químicos en el trabajo.	Convenio 170 sobre la utilización de los productos químicos en el trabajo.	Decreto	1973	1995	Decreto: 1, 2 convenio: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18.	Ministerio de Relaciones Exteriores.	Por el cual se promulga el convenio 170 sobre la seguridad en la utilización de los productos químicos en el trabajo adoptado por la conferencia general.	El presente convenio se aplica a todas las ramas de actividad económica en las que se utilizan productos químicos.	Cumplir con los artículos aplicables.	Hojas de seguridad. Manual de residuos peligrosos	x	
Organización y administración del Sistema General de Riesgos Laborales.	Organización y administración del Sistema General de Riesgos Laborales	Decreto	1295	1994	Aplican los artículos: 1,2,3,4,5,7,8,9,10,11,13,14,15,16,17,18, 19, 20,21,23,24,25,26,27,28,30,31,32,33,34,35,36, 37,38,39,40,41,42,43,44,45,46,47,48,49,50,51,52,53,54,55,56,58,61,62,63,91,92,93,94,95,96,97,98.	Gobierno de la República de Colombia	Por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Laborales.	Establecer actividades de promoción y prevención tendientes a mejorar las condiciones de trabajo y salud de la población trabajadora, protegiéndola contra los riesgos derivados de la organización de trabajo que pueden afectar la salud individual o colectiva en los lugares de trabajo tales como: los físicos, químicos, biológicos, ergonómicos, psicosociales, de saneamiento y de seguridad. Fijar las prestaciones de la salud de los trabajadores y las prestaciones económicas por incapacidad temporal a que haya lugar frente a las contingencias de accidentes de trabajo o enfermedad profesional. Reconocer y pagar a los afiliados las prestaciones económicas por incapacidad permanente parcial o invalidez que se deriven de las contingencias de accidente de trabajo o enfermedad profesional y muerte de origen profesional.	Afiliación, de y actividades de promoción y prevención.	Certificados de afiliación y artículos aplicables.	x	
Sistematizar, coordinar y reglamentar algunas disposiciones en relación con el porte y consumo de estupefacientes y sustancias psicotrópicas.	Todo establecimiento educativo, estatal o privado deberá incluir en su proyecto educativo institucional procesos de prevención integral.	Decreto	1108	1994	Los artículos que aplican son: 1,2,5,6,9,10,11,12,13,16,17,18,19,21,24,27,34,35,36,37,38,39,40,41,42,43,44,45,46,47,48,49,50,51,52,53,54,55,56,58,61,62,63,91,92,93,94,95,96,97,98.	Presidente de la República de Colombia	Por el cual se sistematizan, coordinan y reglamentan algunas disposiciones en relación con el porte y consumo de estupefacientes y sustancias psicotrópicas.	Campañas de prevención y jornadas de salud.	Mediante realización de campañas educativas.	Registros de fotográficos, folletos, volantes sobre las campañas.	x	Documento informativo relacionado con la salud humana.
Tabla de Enfermedades Profesionales.	Seguridad y Salud en el Trabajo	Decreto	1832	1994	Los artículos que aplican son: 1,2,3,4,5.	Presidente de la República de Colombia	Por el cual se adopta la tabla de enfermedades profesionales.	N.A	N.A	N.A		Este decreto esta derogado por el decreto 1477 del 2014
Convenio numero 159 suscrito con la organización internacional del trabajo sobre readaptación profesional y el empleo de personas inválidas.	Readaptación profesional y el empleo de personas inválidas.	Decreto	2177	1989	Los artículos que aplican: 1,2,3,4,11,16,17,18,23,24,25,27,28.	Ministerios de Trabajo y Seguridad Social.	Por el cual se desarrolla la ley 82 de 1988 aprobatorio del convenio numero 159 suscrito con la organización internacional del trabajo sobre readaptación profesional y el empleo a personas inválidas.	Readaptación profesional y el empleo a personas inválidas.	N.A	N.A		La Universidad no cuenta con personas discapacitadas en su planta de personal.
Bases para la organización y administración de Salud Ocupacional en el país.	Reglamentación Salud Ocupacional.	Decreto	614	1984	Aplican los artículos:1,2,3,4,6,9, 10,11,24,24,26,27,28,30,31,32,33,34,43,44,45,46,49,50.	Presidente de la República de Colombia	Por el cual se determinan las bases para la organización y administración de Salud Ocupacional en el país.	Cumplir con los artículos aplicables.	Todas las actividades relacionadas con Salud Ocupacional.	Registros fotográficos, procedimientos, documentos.	x	
Desarrollo, capacitación y registro de la capacitación virtual en el SG-SST	Curso virtual del SG-SST	Resolución	4927	2016	Todos los articulos (menos el artículo 14)	Ministerio de Trabajo	Por el cual se establecen los parámetros y requisitos para desarrollar, certificar y registrar la capacitación virtual en el SG-SST	Realización del curso virtual de 50 horas a las personas que lideren, coordinen o ejecuten el SG-SST	Realización del curso virtual	Certificado	X	

Unificar y actualizar la normatividad sobre el control de sustancias y productos químicos.	Utilización de productos químicos.	Resolución	0,001	2015	Los artículos que aplican son: 1,2,3,4,5,6,7,8,10,11,12,15,16,17,18,23,24,25,26,29,30,31, 32,34,35,40,41,42,43.	Consejo Nacional de Estupefacientes	Por el cual se unifica y actualiza la normatividad sobre el control de sustancias y productos químicos.	La presente resolución aplica a todas las personas naturales o jurídicas que utilicen productos químicos.	Cumplir con los artículos aplicables.	Registro de empresa en el SICOQ	x		Se esta avanzando para dar cumplimiento a la norma.
Reporte de AT y EL	Ajustar los formatos adoptados mediante la Resolución número 00156 de 2005 para el reporte de los accidentes de trabajo a las obligaciones derivadas del Decreto número 1072 de 2005, en cabeza de los empleadores;	Resolucion	2851	2015	Todo	Ministerio del Trabajo	Por la cual se modifica el artículo 3° de la Resolución número 156 de 2005.	*Artículo 3°. Obligación de los empleadores y contratantes. De conformidad con el literal e) del artículo 21 y el artículo 62 del Decreto Ley 1295 de 1994, los artículos 2.2.4.2.2.1, 2.2.4.1.6 y 2.2.4.1.7. del Decreto número 1072 de 2015, el empleador o contratante deberá notificar a la entidad promotora de salud a la que se encuentre afiliado el trabajador, a la correspondiente administradora de riesgos laborales y a la respectiva Dirección Territorial u Oficina Especial del Ministerio del Trabajo donde hayan sucedido los hechos sobre la ocurrencia del accidente de trabajo o de la enfermedad laboral. Copia del informe deberá suministrarse al trabajador y cuando sea el caso, a la institución prestadora de servicios de salud que atienda dichos eventos.	Cumplir con la exigencia.	Registro de AT y EL en la ARL y copia de envío a las demás entidades			A la fecha no se han presentado EL ni AT mortales
Planilla Integrada de Liquidación de Aportes.	Afiliación estudiantes.	Resolución	225	2015	Los artículos que aplican son: 1,2,3,4,6.	Ministerio de Salud y de Protección Social	Por el cual se crea la planilla K estudiantes y los tipos de cotizantes 23 estudiantes Decreto 055 2015 y 55 afiliado participe -dependiente en la planilla integrada de liquidación de aportes - PILA.	Pago de aportes de los estudiantes.	Pago de aportes de estudiantes.	Certificados de pago.	x		Realizando el pago mensual correspondiente de los estudiantes afiliados.
Transporte de mercancías peligrosas	Las disposiciones contenidas en la presente resolución son aplicables a los conductores que transporten mercancías peligrosas en vehículos de carga públicos o privados que circulen en el territorio nacional.	Resolución	1223	2014	Ninguno	Ministerio de Transporte	Requisitos del curso básico de capacitación para conductores que transporten mercancías peligrosas	Capacitación a conductores que transporten mercancías peligrosas	Certificado de capacitación de vehículos que transportan mercancías peligrosas.	Certificado de capacitación	x		Se debe verificar si hay que hacerles la solicitud del certificado a las personas que traen los residuos peligrosos a la universidad
Modificación de la Resolución 1409 del 2012.	Seguridad en tareas de alto riesgo.	Resolución	3368	2014	Aplican todos los artículos menos el 6.	Ministerio de trabajo.	Por el cual se modifica parcialmente la Resolución 1409 del 2012 y se dictan otras disposiciones.	Certificar coordinador de trabajo en alturas	Gestionar el curso para coordinador de trabajo en alturas.	Certificados del curso de entrenamiento.	x		Curso de entrenamiento en Coordinador de Trabajo en Altura
Requisitos para el otorgamiento y renovación de las Licencias de Salud Ocupacional.	Salud Cocupacional	Resolución	4502	2012	Los artículos que aplican: 1,2,3,4,6,7,8,9,11,13.	El Ministerio de Salud y de Protección Social.	Por el cual se reglamenta el procedimiento, requisitos para el otorgamiento y renovación de las Licencias de Salud Ocupacional y se dictan otras disposiciones .	N.A	N.A	N.A			Este documento es mas de carácter informativo.
Conformación y funcionamiento del Comité de Convivencia Laboral.	Conformación del Comité de Convivencia laboral.	Resolución	652	2012	Los artículos que aplican son:1,2,3,5,6,6,7,8,9,10,11,13,14,15.	Ministerio de trabajo.	Por el cual se establece la conformación y el funcionamiento del comité de convivencia en entidades públicas y empresas privadas y se dictan otras disposiciones.	Conformar y funcionar el comité de convivencia laboral.	Reuniones trimestrales comité de convivencia laboral.	Actas de las reuniones que realice el comité y estudios de casos.	x		
Modificación de la resolución 652 del 2012	Conformación del comité de convivencia Laboral.	Resolución	1356	2012	Los artículos que aplican son:1,2,3,4,5.	Ministerio de Trabajo	Por el cual se modifica parcialmente la Resolución 652 del 2012.	Conformar el Comité de Convivencia Laboral de acuerdo como lo dice la resolución.	Conformación del Comité por medio de votaciones y reuniones trimestrales.	Actas de las reuniones que realice el Comité.	x		Cumplimiento de artículos aplicables
Reglamento de seguridad para protección contra caídas en trabajo en alturas.	Seguridad y Salud en el Trabajo	Resolución	1409	2012	Aplican todos los artículos menos: 5,12,13,25,26.	Ministerio de Trabajo.	Por el cual se establece el reglamento de seguridad para protección contra caídas en trabajo en alturas.	Garantizar el suministro de equipos, la capacitación y el reentrenamiento, asumir los gastos y costos de la capacitación, certificado de trabajo seguro en alturas.	Realizando cursos de trabajo en alturas nivel avanzado - cursos de reentrenamiento.	Certificados de trabajo en alturas y reentrenamiento anual.	x		

Reglamenta el Decreto 2171 del 2009.	Cumplir con los artículos aplicables.	Resolución	1618	2010	Aplican todos los artículos menos el 19.	Ministerio de Protección Social	Por el cual se reglamenta parcialmente el decreto 2171 del 2009.	La presente resolución tiene por objeto establecer las características físicas, químicas y microbiológicas con los valores aceptables que debe cumplir el agua contenida en estanques de piscinas y estructuras similares de recirculación, la frecuencia de control y vigilancia de calidad de agua que debe realizar el responsable y la autoridad sanitaria así como el instrumento básico de la calidad de la misma.	Mediciones mensuales y anuales de la calidad de agua de la piscina, registro diario de mantenimiento.	Certificados de calidad de agua de la piscina y cuaderno donde se registra el mantenimiento diario.	x		
Trabajo en alturas.	Trabajo en alturas.	Resolución	1486	2009	Los artículos que aplican son: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10	Director General de Servicio Nacional de Aprendizaje.	Por el cual se establece lineamientos para el cumplimiento de la resolución número 0736 del 2009 sobre trabajos en alturas.	N.A	N.A	N.A	x		Este documento es mas de carácter informativo.
Modificación de los artículos 11 y 17 de la Resolución 2346 del 2007	Cumplir con los artículos aplicables.	Resolución	1918	2009	Los artículos que aplican son: 1,2,3,4.	Ministerio de la Protección Social.	Por el cual se modifican los artículos 11 y 17 de la resolución 2346 de 2007 y se dictan otras disposiciones.	Contratación y custodia de las evaluaciones médicas ocupacionales	Contratación de las empresas capacitadas para la realización de evaluaciones médicas ocupacionales.	Registros de la contratación y reporte de las evaluaciones médicas ocupacionales realizadas.	x		El servicio de exámenes médicos de ingreso, egreso y periódicos se contrata con Eje Salud Laboral - Laboratorio Clínico de Caldas
Reglamento de Salud Ocupacional en los procesos de generación, transmisión y distribución de energía eléctrica en las empresas del sector eléctrico.	Seguridad y Salud en el Trabajo en riesgo eléctrico.	Resolución	1348	2009	Resolución: aplican los artículos: 1,2,3,4,5. Anexo técnico aplican los artículos: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,18,19,20,21,22,24,25,28,29,30,31,35,37,45,46,49,50,51,52,53,54,55,57,58,59,60,61,62,63,64,65,66,67,68,69,70,71,72.	Ministerio de Protección Social.	Por el cual se adopta el reglamento de Salud Ocupacional en los procesos de generación, transmisión y distribución de energía eléctrica en las empresas del sector eléctrico.	Desarrollar la planeación, ejecución, control y seguimiento necesarios para dar cumplimiento al presente reglamento.	Mantenimiento a redes eléctricas.	Matriz de verificación de peligros y personal capacitado para realizar tareas que impliquen riesgo eléctrico.	x		
Medidas en relación con el consumo de cigarrillo o tabaco.	Protección del medio ambiente y de la salud humana.	Resolución	1956	2008	Los artículos que aplican son: 1,2,4,10.	Ministerio de Protección Social	Por el cual se adoptan medidas en relación con el consumo de cigarrillo o de tabaco.	Realizar jornadas educativas y de sensibilización frente al no consumo de cigarrillo o de tabaco.	Mediante realización de campañas educativas.	Registros fotográficos, folletos, volantes sobre las campañas.	x		Documento informativo relacionado con la salud humana.
Guías de Atención Integral de Salud Ocupacional.	Seguridad y Salud en el Trabajo.	Resolución	1013	2008	Los artículos que aplican son: 1,2,3	Ministerio de la Protección Social.	Por el cual se adoptan las Guías de Atención Integral de Salud Ocupacional basadas en la evidencia para asma ocupacional, trabajadores expuestos a benceno, plaguicidas, inhibidores de colinesterasa, dermatitis de contacto y cáncer pulmonar relacionados con el trabajo.	Las Guías de Atención Integral de Salud Ocupacional serán de obligatoria referencia por parte de los empleadores en la prevención de los daños a la salud por causa o con ocasión del trabajo, la vigilancia de la salud, tratamiento, el diagnóstico y rehabilitación de los trabajadores en riesgo de sufrir o que padecen las mencionadas patologías.	N.A	N.A	x		La actividad económica de la empresa no se presta para que se presenten las EL de las que hablan las GATISO
Identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial.	Medición del factor de riesgo psicosocial.	Resolución	2646	2008	Los artículos que aplican son: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,16,17,18,19,20,21,22.	Ministerio de Salud y de Protección Social.	Por el cual se establecen disposiciones y se definen responsabilidades para la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo y para la determinación del origen de las patologías causadas por el estrés laboral.	Identificar, evaluar, prevenir intervenir y monitorear permanentemente la exposición a factores de riesgo psicosocial.	Instrumento para la evaluación de los factores de riesgo psicosocial.	Intervención del factor de riesgo psicosocial de acuerdo a la medición.	x		La primera evaluación del riesgo se realizó en el año 2014 aplicando la encuesta con la colaboración de ARL SURA. De la evaluación está pendiente hacer seguimiento al plan de trabajo para intervenir las variables que están en riesgo medio y socializar los resultados con la comunidad universitaria.

Investigación de incidentes y accidentes de trabajo.	Investigación de incidentes y accidentes de trabajo.	Resolución	1401	2007	Aplican todos los artículos menos el 5.	Ministerio de Protección Social	Por el cual se reglamenta la investigación de incidentes y accidentes de trabajo.	Conformación del equipo de investigación.	Conformar grupo de investigación e implementar las medidas correctivas encaminadas a eliminar o minimizar condiciones de riesgo y evitar su recurrencia.	Formatos de reportes de investigación de incidentes y accidentes de trabajo y registros fotográficos.	x		
Reglamenta el Decreto 2171 del 2009.	Cumplir con los artículos aplicables.	Resolución	1618	2007	Aplican todos los artículos menos el 19.	Ministerio de Protección Social	Por el cual se reglamenta parcialmente el decreto 2171 del 2009.	La presente resolución tiene por objeto establecer las características físicas, químicas y microbiológicas con los valores aceptables que debe cumplir el agua contenida en estanques de piscinas y estructuras similares de recirculación, la frecuencia de control y vigilancia de calidad de agua que debe realizar el responsable y la autoridad sanitaria así como el instrumento básico de la calidad de la misma.	Mediciones mensuales y anuales de la calidad de agua de la piscina, registro diario de mantenimiento.	Certificados de calidad de agua de la piscina y cuaderno donde se registra el mantenimiento diario.	x		
Evaluaciones médicas ocupacionales, el manejo y contenido de las Historias Clínicas Ocupacionales.	Realización de evaluaciones médicas ocupacionales.	Resolución	2346	2007	Los artículos que aplican son: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20.	Ministerio de Protección Social	Por el cual se regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales, el manejo y contenido de Historias Clínicas Ocupacionales.	Realizar evaluaciones médicas ocupacionales al ingreso, periódicos y egreso.	Realizar evaluaciones médicas ocupacionales al ingreso, periódicos y egreso.	Examen de Pre-Ingreso, Egreso, Periodicos	x		
Reglamento Instrumento Andino Seguridad y Salud en el Trabajo.	Desarrollar los Sistemas de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.	Resolución	957	2005	Los artículos que aplican son: 1,2,3,4,5,6,8,10,11,12,13,14,15,16,17,19,20,23.	Secretaría General de la Comunidad Andina	Reglamento del Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el trabajo.	Cumplimiento del decreto 1443 del 2014	Creación del SG-SST	Documento y evidencias del SG-SST	x		
Licencias de Salud Ocupacional.	Salud Ocupacional	Resolución	2318	1996	Los artículos que aplican son: 2,4,5,6,7,8,13,16.	Ministerio de Salud	Por el cual se delega y reglamenta la expedición de Licencias de Salud Ocupacional, para personas naturales o jurídicas.	N.A	N.A	N.A			Este documento es mas de carácter informativo.
Actividades en materia de Salud Ocupacional.	Acogerse a los artículos aplicables.	Resolución	1075	1992	Los artículos que aplican son: 1,2.	Ministerio de Trabajo y Seguridad Social	Por el cual se reglamentan actividades en materia de Salud Ocupacional.	Incluir dentro de las actividades del subprograma de medicina preventiva campañas específicas tendientes a fomentar la prevención y el control de farmaco dependencia, el alcoholismo y el tabaquismo dirigidos a sus trabajadores.	Realizar campañas educativas preventivas.	Registros fotográficos, folletos, volantes sobre las campañas.	x		
Valores límites permisibles para la exposición ocupacional al ruido.	Seguridad y Salud en el Trabajo	Resolución	1792	1990	Los artículos que aplican son: 1,2.	Ministerios de Trabajo, Seguridad Social y Salud	Por el cual se adopta valores límites permisibles para la exposición ocupacional.	Cumplir con los artículos aplicables.	Dotación de EPP en áreas de exposición a ruido	Dotación de EPP (Tapacidos) para mitigar el ruido en el uso de la guadañadora	x		
Organización, funcionamiento y forma de los Programas de Salud Ocupacional que deben desarrollar los patronos o empleadores en el país.	Seguridad y Salud en el Trabajo	Resolución	1016	1989	Los artículos que aplican son: 1,2,3,4,5,6,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18.	Ministerios de Trabajo y Seguridad Social y Salud.	Por medio del cual se reglamenta la organización, funcionamiento, y forma de los Programa de Salud Ocupacional que deben desarrollar los patronos o empleadores en el país.	N.A	N.A	N.A			Algunos artículos de esta resolución están derogados por la entrada en vigencia del Decreto 1443 del 2014.
Funcionamiento de los comités de medicina, higiene y seguridad industrial en los lugares de trabajo.	Seguridad y Salud en el Trabajo	Resolución	2013	1986	Los artículos que aplican son: 1,2,3,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,18, 19.	Ministerio de Trabajo y Seguridad Social Salud.	Por el cual se reglamenta la organización y funcionamiento de los comités de medicina, higiene y seguridad industrial en los lugares de trabajo.	Conformar el COPASST	Reuniones realizadas por el COPASST mensualmente.	Actas y listas de asistencia de las reuniones realizadas por el COPASST	x		Algunos de los artículos de la resolución ya han sido derogados por la entrada en vigencia de nueva normatividad.
Protección y conservación de la audición de la salud y del bienestar de las personas por causa de la producción y emisión de ruidos.	Prevención y protección de personal expuesto a contaminación por ruido.	Resolución	8321	1983	Los artículos que aplican son: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,21,22,23,24,25,26,29,32,33,35,36,41,42,43,44,45,46,47,48,49,50,51,52,53,54,56,57,58,60,61,62,63.	Ministerio de Salud.	Por medio del cual se dictan normas sobre la protección y conservación de la audición de la salud y el bienestar de las personas por causa de la producción y emisión de ruido.	Cumplir con los artículos aplicables.	Realización de audiometrías al personal que realiza trabajo en alturas.	Reportes de las audiometrías realizadas.	x		

Disposiciones sobre vivienda higiene y seguridad en los establecimientos de trabajo.	Seguridad y Salud en el Trabajo	Resolución	2400	1979	Los artículos que aplican son: 1,2,4, 35,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,2 5,26,27,28,29,30,31,32,33,34,36,37,38,39,40,41,42,44,,45, 46,63,64,65,68,69,71,72,73,74,75,77,79,80,81,82,83,84,85, 86,87,88,89,90,97,100,110,111,112,113,116,121,122,123,1 24,125,126,127,128,129,130,131,132,133,134,135,136,137, 138,139,140,143,144,145,146,150,151,153,155,159,160,16 1,162,164,165,166,167,168,169,170,171,173,174,176,177,1 78,179,180,181,182,183,184,185,187,188,189,190,191,192, 193,194,195,196,202,203,204,205,207,208,209,211,212,21 3,214,215,216,217,218,219,220,221,222,224,225,226,230,2 31,232,233,234,235,236,239,266,267,268,269,270,271,27,2 73,274,275,276,277,278,279,284,285,286,287,290,291,294, 295,296,304,305,309,311,312,320,340,341,342,344,346,35 2,353,354,355,356,357,358,359,360,361,362,363,364,365,3 68,369,370,372,374,376,377,381,382,385,388,389, 390,391,392,393,394,395,397,448,449,451,452,453,454,45 5,456,457,458,459,461,466,469,470,471,473,479,481,485,4 94,494,496,500,501,502,503,504,505,506,507,519,548,549, 550,553,554,555,596,597,598,699,600,601,602,606,607,60 8,610,611,613,615,616,618,619,623,626,627,628,629,630,6 31,632,633,634,635,636,637,638,639,640,641,642,643,644, 645,646,647,648,649,650,651,652,653,654,655,656,657,65 8,659,660,661,662,663,692, 693,694,695,696,697,698,699,700,701,702,703,704,705,70 6,707,708,709,710,711.	Ministerio de Trabajo y Seguridad Social	Por el cual se establecen algunas disposiciones sobre vivienda higene y seguridad en los establecimientos de trabajo.	Cumplir con los artículos que aplican.	Matriz de Identificación de Peligros y Valoración de riesgos - cumplimiento de la normatividad en relación a las instalaciones	Verificación de artículos aplicables	x		
--	---------------------------------	------------	------	------	---	---	--	--	--	---	---	--	--

CONTROL DE CAMBIOS				
Actividades que sufrieron cambios	Observación del cambio	Motivo del cambio	Fec ha del ca mb io	
No aplica. Primer version de este documento	Elaboracion de Matriz de requisitos legales		###	
Elaboró	x	Revisó		Aprobó

[Volver](#)

[Contenido](#)

[Adelante](#)

PROCESO	No. DEL RIESGO	TIPO	NOMBRE	ACCIONES PARA ABORDAR RIEGOS U OPORTUNIDADES	SEGUIMIENTO	RESPONSABLE
PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO	1	Riesgo	Registro de informacion inconsistente	- Verificar las fuentes de informacion - Generar alertas con respecto al registro y consistencia de información reportada	Bimensual	Gerencia Administrativa
PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	2	Riesgo	Acciones agresivas de la competencia para captar mayor mercado	Seguimiento a la competencia	Mensual	Gerencia
PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO	3	Riesgo	Aumento de costos en la prestacion del servicio	Establecer topes de costos. Elaborar Plan de compras por año	Mensual	Jefe de contabilidad y juridica
PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO	4	Riesgo	Cambios en la legistacion de salud	Seguimiento a cambios normativos	Mensual	Jefe de contabilidad y juridica
GESTIÓN DE LA CALIDAD	5	Riesgo	Manejo de documentos obsoletos en los diferentes procesos.	Publicar los documentos en la página web del SIG. Comunicar a la comunidad los cambios de los documentos.	Semestral	Coodinador de Calidad
GESTIÓN DE LA CALIDAD	6	Riesgo	Demora en la presentación de informes de auditorías.	Seguimiento al programa de auditoria Seguimiento al plan de auditoria	Anual	Auditor interno
PROCESO DE AYUDAS DIAGNOSTICAS	7	Riesgo	Equipos que emiten resultados erróneos	Mantenimiento preventivo Calibracion de los equipos según la norma	Trimestral	Jefe de mantenimiento
CONSULTA/TRATAMIENT O	8	Riesgo	Numero de citas insuficientes	Monitoreo de la demanda	Mensual	Director administrativo
CONSULTA	9	Riesgo	Error de la digitacion	Agenda	Mensual	Director administrativo
CONSULTA	10	Riesgo	Remision de paciente no pertinente, Formatos mal diligenciados	Auditorias de historias clinicas	Trimestral	Coordinador Medico, auditor interno
CONSULTA/TRATAMIENT O	11	Riesgo	Falta de seguimiento al paciente. No identificacion del riesgo del paciente	Auditorias de historias clinicas, analisis de eventos adversos, seguimiento quejas y reclamos, evaluacion periodica de conocimientos en protocolos de atencion a profesionales de educacion continua.	Trimestral	Coordinador médico
GESTION DEL TALENTO HUMANO	12	Riesgo	Accidentes laborales	Monitoreo de procedimientos e instalaciones	Trimestral	Jefe de gestion humana
GESTION FINANCIERA/GESTION ADMINISTRATIVA	13	Riesgo	No cumplir con el presupuesto anual	Verificación de los bienes o servicios comprados	Trimestral	JEFE GESTION FINANCIERA
INFRAESTRUCTURA Y EQUIPOS	14	Riesgo	No realizar el respectivo mantenimiento a equipos e infraestructura	Monitoreo de procedimientos de mantenimiento	Trimestral	JEFE GESTION DE CALIDAD
APOYO JURIDICO	15	Riesgo	Desatención de asuntos legales o judiciales	Informar cualquier eventualidad que impida la atencion oportuna del asunto Establecimiento de términos para expedición de respuestas basados en los legalmente	Trimestral	Profesional juridico
APOYO JURIDICO	16	Riesgo	Desacuerdo en las Asesorías sobre contratos	Consulta o apoyo de profesionales de otras disciplinas.	Trimestral	Profesional juridico
APOYO JURIDICO	17	Riesgo	Incumplimiento de requisitos legales	Generar matriz de requisitos legales y procedimiento para su actualizacion y cumplimiento Informar a la Gerencia sobre los requisitos legales nuevos a cumplir.	Trimestral	Profesional juridico
PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	18	Oportunidad	Alta demanda de servicios cardiológicos	Aumentar las ventas de los servicios de cardiologia	Bimestral	Gerente, Director, adminsitrativo
PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO	19	Oportunidad	Necesidades del mercado sobre cardioncología, falla cardiaca y rehabilitación cardiaca	Diseñar y validar nuevos servicios de sobre cardioncología, falla cardiaca y rehabilitación cardiaca	Bimestral	Gerente, Director, adminsitrativo
PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO	20	Oportunidad	Aparición de nuevos segmentos de mercado	Hacer alianzas con gimnasios para la prestacion de servios de cardiologia.	Bimestral	Gerente, Director, adminsitrativo
PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO	21	Oportunidad	Desarrollo tecnológico de nuevos equipos	Renovar equipos de tecnologias anteriores	Bimestral	Gerente, Director, adminsitrativo
PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO	22	Oportunidad	Tendencias favorables del mercado	Vincularse a tiendas "saludables" para la elaboracion conjunta de productos y servicios para la salud del corazon	Bimestral	Gerente, Director, adminsitrativo
PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTO	23	Oportunidad	Fuerte poder adquisitivo del segmento meta	Crear un servicio exclusivo para este segmento del mercado	Bimestral	Gerente, Director, adminsitrativo

CONTROL DE CAMBIOS					
Actividades que sufrieron cambios	Observación del cambio			Motivo del cambio	Fecha del cambio
No aplica. Primer version de este documento	Elaboracion del Matriz de riesgos y oportunidades				14/11/2018
Elaboró		x	Revisó		Aprobó

[Volver](#)

[Contenido](#)

[Adelante](#)

MATRIZ DE INDICADORES

Versión	
Código	
Fecha de aprobación	

N°	PROCESO	NOMBRE DE INDICADOR	META	FRECUENCIA	FUENTE	RESPONSABLE	FICHA DE INDICADOR
1	PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTOS	% de Participacion del mercado	15% del mercado	Trimestral	Reporte de acciones de la comprtecia		
2	PLANEACION Y DIRECCIONAMIENTOS	Relacion costo/beneficio	70/30	Trimestral	Informe contable		
3	GESTION COMERCIAL	Nivel de satisfaccion de necesidades y expectativas de los clientes	95% de satisfacción	Trimestral	Encuestas de satisfaccion al cliente Informe de sesiones Focus group		
4	GESTION COMERCIAL	Numero de clientes nuevos	Aumentar el numero de clientes en un 60%	Trimestral	Registro de clientes		
5	GESTION COMERCIAL	Incremento de Ventas	Aumentar el numero de ventas en un 30%	Trimestral	Facturacion		
6	GESTION COMERCIAL	Desercion de clientes	2%	Trimestral	Registro de ventas Registro de seguimiento a clientes		
7	GESTION DE LA CALIDAD	Eficacia de las auditorias internas	5% de incumplimiento en los requisitos de la norma ISO 9001:2015	Anual	Informe de auditoria del SGC		
8	GESTION DE LA CALIDAD	Gestion de la mejora	Grado de implementacion de acciones de mejora 95%	Anual	Control del estado de las acciones correctivas, preventivas y de mejora		

9	GESTION DE LA CALIDAD	Seguimiento y medicion de los objetivos de calidad	Cumplimiento del 100% de los objetivos	Semestral	Ficha técnica de indicadores del SGC		
10	GESTION DE LA CALIDAD	Atención total de los procesos judiciales	100% de los procesos judiciales atendidos	Trimestral	Informe mensual de gestion del abogado asesor		
11	APOYO JURIDICO	Atención jurídica oportuna a los procesos contractuales	100% de los procesos contractuales atendidos	Trimestral	Informe mensual de gestion del abogado asesor		
12	APOYO JURIDICO	Impacto de financiera por perdidas de casos ante intancias juridicas o adminsitrativas	0%	Trimestral	Balance general. Pagos por conceptos de demandas		
13	AYUDAS DIAGNOSTICAS	Oportunidad en la entrega de resultados de ayudas diagnosticas	>=98%	Mensual	Registro de Procedimientos realizados y registro de procedimientos entregados	Jefe area de adminiciones	Ficha de indicador
14	AYUDAS DIAGNOSTICAS	Confiabilidad de resultados de ayudas diagnosticas	<=2%	Mensual	Registro de resultados	Coordinador Medico	Ficha de indicador
15	CONSULTA/TRATAMIENTO	Oportunidades en cita de consulta	95%	Trimestral	Buzon de quejas y reclamos		
19	GESTION DEL TALENTO HUMANO	Personal Actualizado	80%	Semestral	Hojas de vida		
20	GESTION DEL TALENTO HUMANO	Personal Competente	90%	Semestral	Perfil laboral, perfil del cargo		
21	GESTION FINANCIERA	Cantidad pedidos solicitados x100% total pedidos realizados	Garantizar el 90% de los suministros, bienes y/o servicios que fueron solicitados y serán entregados a los usuarios.	Anual	Informes, facturas		

22	GESTION FINANCIERA	"Proveedores aprobados x 100% Total proveedores evaluados "	De acuerdo a la5 evaluación interna que5 se realizara, el 80% de5 los proveedores deben5 dar como aprobados	Anual	Evaluaciones		
23	INFRAESTRUCTURA Y EQUIPOS	Total de mantenimientos realizados	4 mantenimient os anuales	Anual	Hojas de vida de mantenimiento		
24	GESTION ADMINISTRATIVA	Cumplimiento plan de mantenimiento	90%	Trimestral	Informes, formatos		
25	GESTION ADMINISTRATIVA	Cumplimiento cronograma de actividades	80%	Trimestral	Indicadores, formatos.		
26	APOYO JURIDICO	Atención total de los procesos judiciales	100% de los procesos judiciales atendidos	Trimestral	Informe mensual de gestion del abogado asesor		
27	APOYO JURIDICO	Atención jurídica oportuna a los procesos contractuales	100% de los procesos contractuales atendidos	Trimestral	Informe mensual de gestion del abogado asesor		
28	APOYO JURIDICO	Impacto de financiera por perdidas de casos ante intancias juridicas o adminisitrativas	0%	Trimestral	Balance general. Pagos por conceptos de demandas		

CONTROL DE CAMBIOS

Actividades que sufrieron cambios	Observación del cambio	Motivo del cambio	Fecha del cambio
No aplica. Primer version de este	Elaboracion de la matriz de indicadores		14/11/2018
Elaboró	x	Revisó	Aprobó

[Volver](#)

[Contenido](#)

[Adelante](#)

Institución	CENTRO CARDIOLÓGICO DE BOGOTÁ	Versión	1
Proceso	HABILITACIÓN	Actualización	Marzo de 2018
Email	info@centrocardiobogota.com	Página	1

PROTOCOLO DE PROCEDIMIENTOS

- NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO**

PROTOCOLO PARA LA TOMA DE UN ECOCARDIOGRAMA

- DEFINICIONES**

El ecocardiograma es un método diagnóstico básico en cardiología ya que permite ver el corazón en movimiento (latiendo) en tiempo real. A estas imágenes, actualmente, se les agrega el sistema de ultrasonido con método Doppler y el Doppler color para analizar el flujo de la sangre dentro del corazón.

- MARCO DE REFERENCIA**

COMO SE REALIZA EL EXAMEN.

- ✓ Sin riesgos: los ultrasonidos son inocuos, es decir, se le puede realizar a cualquier persona, en cualquier circunstancia y en cualquier lugar.
- ✓ Indoloro: no es doloroso ni produce ningún efecto secundario.
- ✓ El paciente debe permanecer recostado y tranquilo. Se le aplica un gel sobre el pecho. A continuación, en esa misma zona se le coloca un pequeño dispositivo que transmite la imagen del corazón a la pantalla. La prueba suele durar entre 15 y 30 minutos.

TIPOS DE ECOCARDIOGRAMA.

En el ecocardiograma se emplean ultrasonidos de alta frecuencia, emitidos por una sonda. Los ultrasonidos se reflejan en los tejidos y son recibidos por la sonda. El aparato de ecocardiografía elabora la imagen con la información recibida por la sonda y la emite en una pantalla de vídeo.

Existen dos tipos de ecocardiogramas, según sea el acceso para visualizar el corazón:

ECOCARDIOGRAFÍA TRANSTORÁCICA (ETT)

Es el tipo de ecografía que le hacen a la mayoría de las personas.



- Un auxiliar de ecografía capacitado realiza el examen y luego un cardiólogo interpreta los resultados.
- Se coloca un instrumento que transmite ondas sonoras de alta frecuencia, llamado transductor, en las costillas cerca del esternón, dirigido hacia el corazón. Se tomarán otras imágenes por debajo y ligeramente hacia la izquierda del pezón, en la parte superior del abdomen.
- El transductor recoge los ecos de las ondas sonoras y los transmite como impulsos eléctricos. La máquina de ecocardiografía convierte estos impulsos en imágenes en movimiento del corazón.
- Las imágenes pueden ser bidimensionales o tridimensionales, dependiendo de la parte del corazón que se esté evaluando y del tipo de máquina.
- Una ecocardiografía Doppler utiliza una sonda para registrar el movimiento de la sangre a través del corazón.

Una ecocardiografía le permite a los médicos observar el corazón latiendo y ver las válvulas cardíacas y otras estructuras de dicho órgano.

Ocasionalmente, los pulmones, las costillas o los tejidos corporales pueden impedir que las ondas sonoras y los ecos suministren una imagen clara de la actividad cardíaca. De ser así, se puede inyectar una pequeña cantidad de líquido (material de contraste) a través de una vía intravenosa para observar mejor el interior del corazón.

ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFÁGICA (ETE)

Se anestesia la parte posterior de la garganta y se introduce un endoscopio a través de ella.

Institución	CENTRO CARDIOLÓGICO DE BOGOTÁ	Versión	1
Proceso	HABILITACIÓN	Actualización	Marzo de 2018
Email	info@centrocardiobogota.com	Página	3

En el extremo del endoscopio hay un dispositivo que envía ondas sonoras. Un técnico experimentado guiará el endoscopio bajando hasta la parte inferior del esófago. Se usa para obtener un ecocardiograma más clara del corazón.

RAZONES PARA REALIZAR EL EXAMEN.

Este examen se realiza para evaluar las válvulas y cámaras del corazón de una manera no invasiva. La ecocardiografía permite al médico diagnosticar, evaluar y monitorear:

- Válvulas cardíacas anormales.
- Fibrilación auricular.
- Cardiopatía congénita.
- Daño al miocardio en pacientes que hayan tenido ataques cardíacos.
- Soplos cardíacos.
- Infección en el saco alrededor del corazón (pericarditis).
- Infección en o alrededor de las válvulas cardíacas (endocarditis infecciosa).
- Hipertensión pulmonar.
- La función de bombeo del corazón para personas con insuficiencia cardíaca.
- La fuente de un coágulo de sangre o émbolo después de un accidente cerebrovascular o accidente isquémico transitorio.

El médico puede recomendar una ecocardiografía transesofágica (ETE) si:

- La ecocardiografía transtorácica o regular no es clara, debido a que usted tiene un tórax en tonel, enfermedad pulmonar u obesidad.
 - Se necesita una imagen mucho más clara de cierta área del corazón.
 - No se necesita preparación alguna para el examen. Para una ETE, a usted se le solicitará no comer ni beber nada durante algunas horas antes del examen.
- **OBJETIVO**
- Garantizar la toma correcta del Ecocardiograma como medio de diagnóstico en la enfermedad coronaria.
 - Contribuir a través de un buen diagnóstico con el tratamiento del paciente.

Institución CENTRO CARDIOLÓGICO DE BOGOTÁ
Proceso HABILITACIÓN
Email **info@centrocardiobogota.com**

Versión 1
Actualización Marzo de 2018
Página 4

- **POBLACIÓN OBJETO**

- **PACIENTES QUE SOLICITEN O REFIERAN REMISIONES PARA LA REALIZACIÓN DE UN ECOCARDIOGRAMA.**

- **RESPONSABLE**

- Auxiliares de Enfermería, Cardiólogo y demás funcionarios que intervengan en el proceso.

- **INSUMOS**

- ECOCARDIOGRAFO
- TRANSDUCTORES
- ALGODÓN
- ALCOHOL
- GEL CONDUCTOR

- **DOCUMENTOS DE REFERENCIA**

- Vélez, Borrero, Restrepo. Cardiología. Edición Corporación para investigaciones Biológicas. 2012
- Brunner Suddarth. Enfermería Médico-quirúrgica. Editorial Me. Graw Hill. Edición IX. 2009.
- Alberto José Machado, MD. Kenneth V. Iserson, MD. Electrocardiografía Básica.

- **PROPÓSITO DIAGNOSTICO DEL EXAMEN**

Precisar el diagnóstico en las siguientes condiciones clínicas:

- Detectar patologías de músculo cardíaco (miocardio), de las válvulas, arterias, venas y pericardio.
- Detectar cardiopatías congénitas, y tumores.

Institución	CENTRO CARDIOLÓGICO DE BOGOTÁ	Versión	1
Proceso	HABILITACIÓN	Actualización	Marzo de 2018
Email	info@centrocardiobogota.com	Página	5

- Evaluar la efectividad de tratamientos.
- Realizar controles y seguimiento de los pacientes operados de las válvulas (prótesis valvulares).
- Determinar la necesidad quirúrgica de algunas enfermedades.
- Desequilibrio en el metabolismo electrolítico, especialmente el potasio.

• **DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD**

▽ **ACTIVIDADES PREVIAS AL EXAMEN**

- Realice la solicitud del examen de forma previa, ya sea por teléfono e en forma presencial.
- La funcionaria responsable de la Institución realiza la asignación de la cita de acuerdo a la disponibilidad de la agenda.
- La funcionaria informa al paciente sobre el día y la hora de la cita y entrega recomendaciones sobre la depilación de la zona de contacto de los electrodos para facilitar la realización del examen.
- Cuando el paciente se presente a la Institución a cumplir la cita se debe:
 - o Verificar la Hora de la cita.
 - o Verificar la orden expedida por la EPS o aseguradora respectiva.
 - o Informar al paciente sobre el tiempo para realizar el examen e indicarle que puede esperar en la Sala de Espera.
- A la hora de la cita se debe hacer el llamado para que el paciente pase al área de toma de examen.

▽ **PROCEDIMIENTO**

- La auxiliar de enfermería le indica al paciente que se desvista de la cintura hacia arriba y se coloque la bata con la abertura hacia adelante.
- Se le solicita al paciente que se recueste en la camilla en decúbito lateral izquierdo para obtener las imágenes del corazón.
- El cardiólogo procede a verificar los nombres y apellidos del paciente además de su identificación, información que se ingresa al Ecocardiografo.
- El Cardiólogo explica al paciente en que consiste el examen y cuál es su propósito.

Institución	CENTRO CARDIOLÓGICO DE BOGOTÁ	Versión	1
Proceso	HABILITACIÓN	Actualización	Marzo de 2018
Email	info@centrocardiobogota.com	Página	6

- Se toma una torunda de algodón y se impregna ligeramente de alcohol de antiséptico y se realiza la limpieza del área donde se va a ubicar el transductor del Equipo.
- El cardiólogo procede a aplicar una pequeña cantidad de gel conductor en XXXXXX.
- El cardiólogo ubica el transductor y realiza el barrido de imágenes y la toma de las proyecciones que sean necesarias de acuerdo a su criterio científico.
- Una vez se terminan de registrar las proyecciones en el Equipo, se realiza la limpieza del gel conductor de la piel del paciente y del transductor del Equipo con Toallas desechables que se depositan en bolsa roja.
- El cardiólogo le indica al paciente que puede vestirse, si es necesario se le ayuda a bajar de la camilla.
- La auxiliar de enfermería indica al paciente como reclamar los resultados, indicándole fecha y hora de entrega.

▽ **PRECAUCIONES**

RECOMENDACIONES

▽ **DURACIÓN DEL EXAMEN**

- Se estima un tiempo entre 15 a 20 minutos por paciente.

DR. GABRIEL ROBLEDO
CARDIÓLOGO

CONTROL DOCUMENTAL

FECHA DE ELABORACIÓN	FRECUENCIA DE REVISIÓN	ACTUALIZACIÓN
Marzo de 2014	Anual	CADA 4 AÑOS

<u>FECHA</u>	<u>Elaboración</u>	<u>Revisión</u>	<u>Actualización</u>	<u>Descripción</u>	<u>FIRMA</u>
28/03/2014			<u>X</u>	Se realiza proceso de Actualización por ajuste a la Res. 1441 de 2013 del SUH	
<u>28/03/2015</u>		<u>x</u>			
<u>28/03/2016</u>		<u>x</u>			
<u>28/03/2017</u>		<u>x</u>			
<u>28/03/2018</u>		<u>x</u>			

PROTOCOLO DE PROCEDIMIENTOS

- NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO**

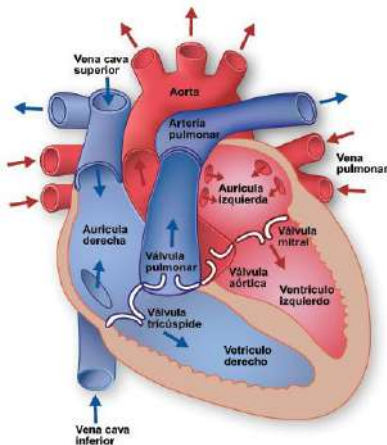
PROTOCOLO PARA LA TOMA DE UN ELECTROCARDIOGRAMA

- DEFINICIONES**

La electrocardiografía es un examen que nos permite medir la actividad cardíaca. También se le conoce como ECG y suele prescribirse para detectar, curar o realizar un seguimiento de una patología cardíaca como el infarto, la pericarditis o la hipertrofia. El examen se realiza colocando unos electrodos a nivel del tórax, las muñecas y los tobillos. Gracias a estos electrodos se registra la actividad eléctrica de cada músculo que forma el corazón. El examen se puede practicar en la consulta de un cardiólogo o en un hospital.

- MARCO DE REFERENCIA**

ACTIVIDAD ELÉCTRICA DEL CORAZÓN.



El corazón tiene cuatro cámaras: dos aurículas y dos ventrículos, izquierdos y derechos. La aurícula derecha recibe la sangre venosa del cuerpo y la envía al ventrículo derecho el cual la bombea a los pulmones, lugar en el que se oxigena y del que pasa a la aurícula izquierda. De aquí la sangre se deriva al ventrículo izquierdo, de donde se distribuye a todo el cuerpo y regresa a la aurícula derecha cerrando el ciclo cardíaco.

Para que la contracción cíclica del corazón se realice en forma sincrónica y ordenada, existe un sistema de estimulación y conducción eléctrica compuesto por fibras de músculo cardíaco especializadas en la transmisión de impulsos eléctricos. Aunque el corazón tiene inervación por parte del sistema nervioso simpático, late aun sin estímulo de este, ya que el sistema de conducción es autoexcitable. Es por esto

Institución	CENTRO CARDIOLÓGICO DE BOGOTÁ	Versión	1
Proceso	HABILITACIÓN	Actualización	Febrero de 2018
Email	ccdbogota@gmail.com	Página	2

que el corazón sigue latiendo aun cuando lo extirpamos, para un trasplante de corazón, por ejemplo.

El sistema de conducción se inicia con la despolarización cardíaca y debe transmitir ese impulso eléctrico desde las aurículas hacia los ventrículos. Para ello se compone de los siguientes elementos: el nódulo sinoauricular(o sinusal), el nódulo auriculoventricular, el haz de Hiss, con sus ramas derecha e izquierda y las Fibras de Purkinje.

En el cuerpo humano se generan una amplia variedad de señales eléctricas, provocadas por la actividad química que tiene lugar en los nervios y músculos que lo conforman. El corazón, por ejemplo, produce un patrón característico de variaciones de voltaje. El registro y análisis de estos eventos bioeléctricos son importantes desde el punto de vista de la práctica clínica y de la investigación. Los potenciales se generan a nivel celular, es decir, cada una de las células es un diminuto generador de voltaje.

Un electrocardiograma (ECG) es una prueba física ampliamente utilizada para valorar la condición del corazón en forma no invasiva. Dicha prueba se usa para evaluar el estado del sistema de conducción del corazón, el del músculo, y también, en forma indirecta, la condición de este órgano como una bomba y la aparición de ritmos patológicos causados por daño al tejido de conducción de las señales eléctricas, u otros trastornos no-cardíacos. El ECG es la representación gráfica de la actividad bioeléctrica del músculo cardíaco, por lo que un equipo de registro de ECG (electrocardiógrafo) es comparable a un voltímetro que realiza una función de registrador.

DESPOLARIZACIÓN Y REPOLARIZACIÓN DEL CORAZÓN.

En el corazón existen **tres tipos de células** morfológica y funcionalmente diferentes:

- ❖ **Las células contráctiles:** Responsables de la contracción del miocardio; de estas existen células contráctiles auriculares y células contráctiles ventriculares.
- ❖ **Las células especializadas:** Son las que generan y conducen los impulsos nerviosos, y constituyen los nódulos sinusal y atrio-ventricular (de conducción lenta), el haz de Hiss y las células de Purkinje (de conducción rápida).
- ❖ **Las células endocrinas del corazón:** Secretan el péptido natri urético atrial, que es un auxiliar en el control y regulación de la tensión arterial

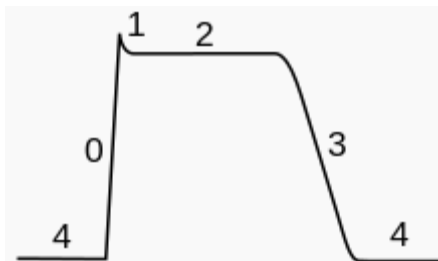
Las células cardíacas presentan tres propiedades:

- **Automatismo:** Son capaces de generar espontáneamente el impulso eléctrico que se propaga; el automatismo máximo se encuentra en las células del nodo sinoauricular, el marcapasos del corazón, y si éste falla, el nodo AV toma el relevo.
- **Excitabilidad:** capacidad de responder a un impulso eléctrico; las células especializadas generan ellas mismas los impulsos, mientras que las contráctiles son estimuladas por los impulsos propagados por las células adyacentes; existen diferentes fases de excitabilidad diferenciadas por el potencial de acción (PA) de las células cardíacas, y diferentes periodos refractarios (tiempo requerido para recuperar la excitabilidad).
- **Conducción:** Capacidad de transmitir un impulso eléctrico a las células adyacentes; las velocidades de conducción normales en las diferentes estructuras cardíacas son las siguientes:
 - aurículas: 1 - 2 m/s
 - nodo AV: 0.02 - 0.05 m/s
 - sistema His - Purkinje: 1.5 -3.5 m/s.
 - ventrículos: 0.4 m/s

La velocidad de conducción depende de la rapidez del inicio del PA, que es rápido en las células de respuesta rápida, y lento en las células de respuesta lenta.

MECANISMOS DE ACTIVACIÓN CELULAR.

Artículo principal: Potencial de acción cardíaco



Institución	CENTRO CARDIOLÓGICO DE BOGOTÁ	Versión	1
Proceso	HABILITACIÓN	Actualización	Febrero de 2018
Email	ccdbogota@gmail.com	Página	4

Fases de un potencial de acción (PA) cardíaco. La elevación rápida del voltaje ("0") corresponde a la entrada de iones de sodio, mientras que los dos descensos ("1" y "3", respectivamente) corresponden a la inactivación de los canales para el sodio, y a la salida de iones potasio durante la repolarización. La plataforma característica del PA cardíaco ("2") resulta de la apertura de los canales para el calcio sensibles al voltaje.

En reposo, durante la *diástole eléctrica*, hay un equilibrio entre:

- Las cargas positivas al exterior de las células, debidas a la acumulación de iones sodio (Na^+ : 20mM int. frente a 145mM ext.) y calcio (Ca^{2+} : 0.0001mM int. frente a 2.5mM ext.); por otro lado, también hay una mayor concentración de iones cloro en el exterior (Cl^- : 25mM int. frente a 140mM ext.).
- las cargas negativas al interior, debidas a la acumulación de ciertos aniones impermeables, como el aspartato y el glutamato, a pesar de la presencia de iones potasio (K^+ : 150mM int. frente a 4mM ext.).

Esta diferencia de cargas genera una diferencia de potencial eléctrico denominado *potencial de membrana diastólico* o potencial de reposo (-70 a -90 mV), que se mantiene debido a la diferente permeabilidad de la membrana externa cardíaca (el sarcolema) para estos iones, así como a la presencia de bombas iónicas que transportan iones de forma activa a través de la membrana, con consumo de energía en forma de ATP.

Las células del sistema de conducción se despolarizan de forma espontánea, modificando el transporte transmembrana de los iones Na^+ , K^+ y Ca^{2+} , lo que genera un PA; esta es la base del automatismo de las células cardíacas especializadas. El grado de automatismo es diferente en las distintas estructuras: nodo sinusal > nodo AV > células del haz de His y de Purkinje.

Durante la *fase de despolarización* (fase 0 y 1 del PA, paso de -90 a 20 mV) cada una de las células miocárdicas (y todas las células del ventrículo izquierdo simultáneamente, por lo que se puede considerar como una gran célula única) pierde cargas eléctricas positivas en el exterior, que pasan al interior celular, primero a través de los canales rápidos de Na^+ y luego a través de los canales lentos de $\text{Na}^+/\text{Ca}^{2+}$. De esta forma, durante la

despolarización, el exterior celular es más negativo y el interior más positivo (en comparación con la situación de reposo).

La fase de despolarización se sigue de una fase 2 que forma una plataforma, antes ocurre una breve repolarización por la salida rápida de iones K^+ (fase 1), y posteriormente esa salida se equilibra con la entrada de iones calcio por los canales lentos, produciendo se una meseta que dura hasta que los canales lentos de calcio comienzan a cerrarse (fase 2) y finalmente tenemos una fase 3 descendente, que se caracteriza por la salida masiva de iones K^+ , para compensar la negatividad exterior, que dura hasta el final de la *repolarización*. Al final de la fase 3, se alcanza el equilibrio eléctrico. Finalmente, para restablecer el equilibrio iónico, existen diferentes bombas iónicas (inicio de la fase 4):

- ✓ Una bomba sodio-potasio, con actividad ATPasa, que extrae el Na^+ del interior hacia el exterior celular, y reintroduce el K^+ al interior celular; ésta es una bomba electrogénica, ya que se extraen 3 Na^+ por cada 2 K^+ que se introducen.
- ✓ Una bomba que extrae Ca^{2+} de forma activa, dependiente de ATP.
- ✓ Un intercambiador Na^+/Ca^{2+} (3:1), que puede funcionar en los dos sentidos.

Si estas bombas se bloquean, por ejemplo en condiciones de hipoxia (que produce una caída en la producción de ATP) o por drogas como la digitalina (que inhibe la bomba sodio-potasio), la concentración intracelular de Na^+ aumenta, por lo que hay menos iones sodio para intercambiar por Ca^{2+} , por lo que se extrae menos Ca^{2+} , que permanece en el interior produciendo la disfunción celular.

- FASES:

- Fase 0: despolarización rápida, por entrada masiva de Na^+ y más tarde de Na^+/Ca^{2+} .
- Fase 1: repolarización transitoria, por salida rápida de iones K^+ .
- Fase 2: meseta, por equilibrio entre la salida de K^+ y la entrada de Ca^{2+} .
- Fase 3: repolarización, por salida de K^+ estando el resto de canales cerrados.
- Fase 4: equilibrio basal, se llega otra vez al equilibrio por el intercambio iónico que realizan las bombas antes descritas.

Por tanto:

- Durante la diástole, en el exterior celular se acumulan cargas positivas;
- Durante la sístole, el exterior celular es más negativo.

Estas variaciones de voltaje en el corazón son las que se detectan con el electrocardiógrafo.

DERIVACIONES BIPOLARES: (DI DII, DIII)

Se colocan los electrodos en el brazo derecho (RA), el brazo izquierdo (LA) y la pierna izquierda (LL).

A la piel se le debe colocar gel para la transmisión eléctrica con el objeto de obtener un trazo satisfactorio con el electrodo.

Los cables del brazo izquierdo (LA), el brazo derecho (RA), pierna izquierda (LL) se conectan a los electrodos respectivos.

El electrodo conectado a la pierna derecha es simplemente una toma a tierra para efectos de seguridad.

Cada derivación muestra la forma como fluye la corriente; del polo negativo al polo positivo. Según Eindhoven los electrodos en esta forma quedan colocados en los vértices de un triángulo equilátero (triángulo de Eindhoven), en cuyo centro estaría el corazón. Sobre esta hipótesis se basan todos los cálculos de la electrocardiografía.

Los electrodos se colocan habitualmente por encima de las muñecas y de los tobillos. Si existe una amputación, el electrodo puede colocarse en el muñón. En un paciente con temblor incontrolable, se puede obtener un trazo satisfactorio colocando los electrodos en las porciones más altas de los miembros

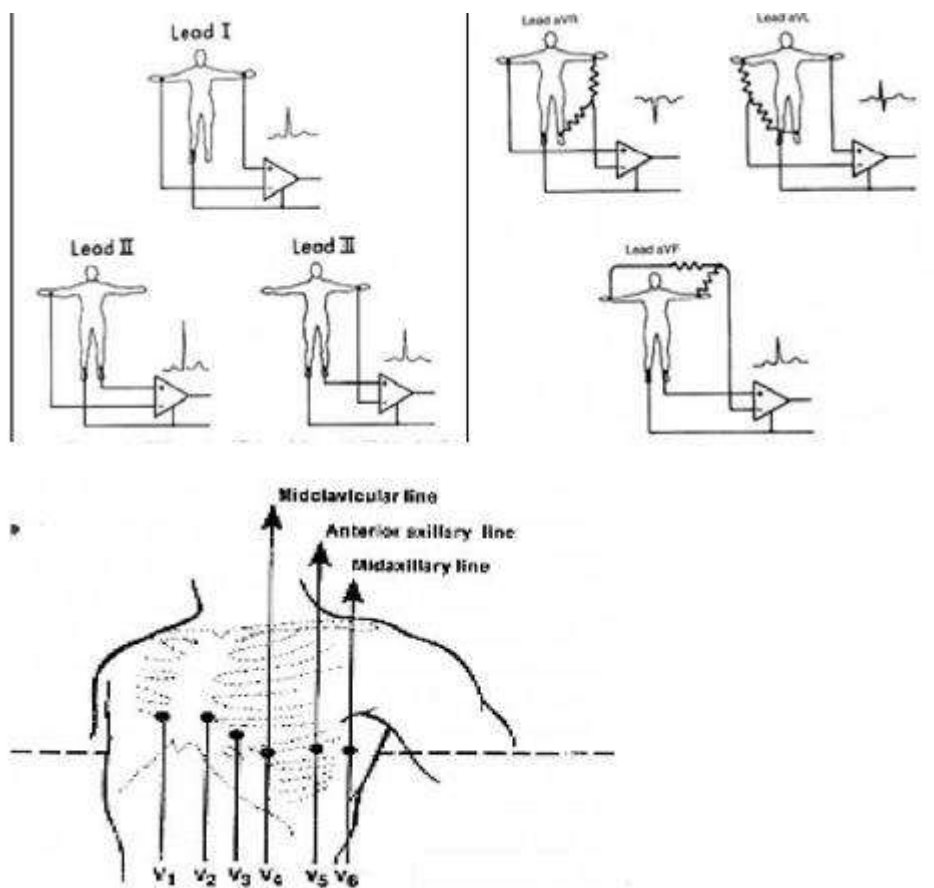


Fig:-Obtención del ECG de 12 derivaciones.

- a) Derivaciones bipolares de las extremidades.
- b) Derivaciones unipolares amplificadas de las extremidades.
- c) Derivaciones unipolares precordiales.

DERIVACIONES UNIPOLARES

Institución	CENTRO CARDIOLÓGICO DE BOGOTÁ	Versión	1
Proceso	HABILITACIÓN	Actualización	Febrero de 2018
Email	ccdbogota@gmail.com	Página	8

Wilson en 1934 propuso un método para medir, no la diferencia del potencial entre dos electrodos, sino la potencia se fuerza en una extremidad. Mediante conexiones, junta la porción negativa de los alambres de los tres extremidades en un solo electrodo; a esto se le llama central Terminal. Las tres derivaciones unipolares se llaman: la del brazo derecho VR, la del brazo izquierdo VL, y la de la pierna izquierda VF. Estas derivaciones son de poco voltaje, por lo que Golberger hizo una modificación: la extremidad que se va a explorar, VR por ejemplo es automáticamente desconectada en el aparato de la central terminal. En esta forma la deflexión resuelta aumentada y por eso se denomina: aVR, aVL, aVF, respectivamente.

Conocidas las derivaciones bipolares y unipolares, se puede entender la siguiente fórmula

- **Derivación I:** $aVL - aVR$
- **Derivación II:** $aVF - aVR$
- **Derivación III:** $aVF - aVL$

DERIVACIONES PRECORDIALES

Son para hacer una exploración más completa de la actividad eléctrica del corazón, se usa la central Terminal de Wilson, para explorar unos puntos específicos en el precordio. Son seis y se sitúan así:

V1 = 4 espacio intercostal derecho, en el borde esternal derecho.

V2 = 4 espacio intercostal izquierdo, en el borde esternal izquierdo.

V3 = Equidistante o en la mitad de la distancia entre V2 y V4.

V4 = 5 espacio intercostal izquierdo sobre la línea media claviclar.

V5 = Sobre la línea axilar anterior donde se cruzan con la línea horizontal situada en V4.

V6 = Sobre la línea axilar media, donde se cruza con la línea horizontal del plano V4.

Las derivaciones derechas V3R, V4R, se registran en el lado derecho del tórax en los mismos lugares que las derivaciones del lado izquierdo.

ONDAS DEL ELECTROCARDIOGRAMA

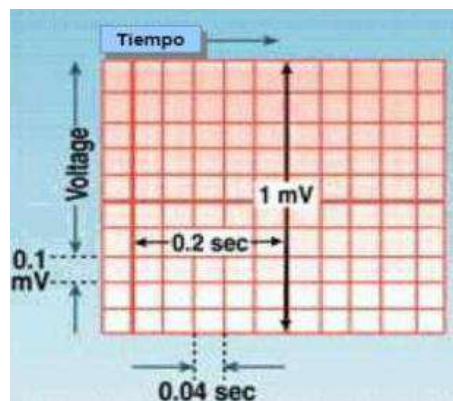
Un electrocardiograma normal se compone de varias ondas que se denominan de manera arbitraria: P, Q, R, T y U. Entre estas ondas hay espacios que pueden modificarse y se denominan espacio PR y espacio QT.

Onda P. La onda P comienza en el nodo sinoauricular y se considera como representación del impulso eléctrico cardíaco que viaja a través de las aurículas.

QRS. El complejo QRS representa el impulso que viaja por los ventrículos. Comienza en el nodo auriculoventricular, que está en la parte superior de las cámaras ventriculares.

Onda T. La onda T no representa un impulso que curse por alguna cámara específica, sino es un fenómeno eléctrico puro y significa la recuperación de las fuerzas eléctricas, esto es, la repolarización.

Papel electrocardiográfico



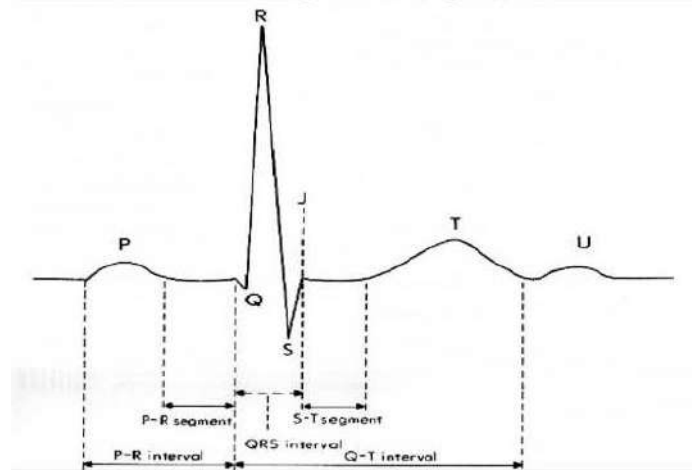
Las líneas verticales miden la magnitud del impulso eléctrico y las inscripciones horizontales representan el tiempo necesario para que un impulso recorra el tejido cardíaco.

En el eje vertical cada cuadrito pequeño tiene 1 mm = 0.1 mv y cada cuadro grande circunscrito por líneas gruesas, tiene 5 mm = 0.5 mv. En dirección horizontal un cuadrito pequeño 1 mm = representa 0.04 segundos, y el cuadro grande 5 mm = representa 0.20 segundos.

Estimación de la frecuencia cardíaca con base en el electrocardiograma.

La estimación muy aproximada y rápida de la frecuencia cardíaca si se divide la cifra 300 por el número de cuadros delimitados por líneas gruesas que están entre uno y otro complejos QRS. Por ejemplo, si hubiera dos cuadros grandes entre cada complejo QRS la frecuencia sería 150 latidos por minuto (300 dividido por 2 = 150).

Si hubiera tres cuadros grandes entre cada complejo QRS la frecuencia sería 100 latidos por minuto (300 dividido 3 = 100). Si hubiera 2.5 cuadros entre cada complejo la frecuencia sería de 120 latidos por minuto (300 dividido 2.5 = 120). La cifra 300 se usa, pues 300 cuadros grandes representan un minuto en el papel electrocardiográfico. Por esta razón al dividir 300 por el número de cuadros grandes que estén entre uno y otro complejo se obtiene el número de latidos por minuto.



Ondas P: Representa la contracción auricular y, por esta causa, el aumento en la deflexión de esta onda indica agrandamiento de la aurícula se hipertrofia en la estenosis mitral. La onda p se considera agrandada si es mayor de 3 mm (tres cuadritos pequeños) de altura, o de 0.12 seg

undos (tres cuadritos pequeños) de ancho, o tiene ambas características.

Intervalo PR: Comienza en el inicio de la onda P y se extiende hasta el comienzo de la

Institución	CENTRO CARDIOLÓGICO DE BOGOTÁ	Versión	1
Proceso	HABILITACIÓN	Actualización	Febrero de 2018
Email	ccdbogota@gmail.com	Página	11

onda Q, o desde el principio de la onda R sino tiene onda Q. Este intervalo representa el retardo de la onda de la excitación al pasar de la aurícula al ventrículo. En adultos con frecuencia entre 60 y 80 por minuto, este intervalo PR mide 0.12 a 0.20 segundos.

✓ Complejo QRS:

El complejo QRS tiene tres deflexiones. La onda Q es la primera deflexión descendente o onda negativa que se encuentra en el complejo rápido. Es producida por la activación del tabique que se inicia en el punto O, que esta situado en la cara izquierda del septum, frente al músculo papilar, Cuando se agrandan algunas derivaciones indica algún infarto antiguo del miocardio.

La onda R es la primera deflexión ascendente del complejo QRS y su amplitud aumenta cuando el ventrículo se hipertrofia, como ocurre en casi todos los casos de cardiopatía. La onda R disminuye de tamaño cuando el corazón sufre compresión por líquido, como ocurre en el derrame pericárdico.

La duración del complejo QRS, no debe ser superior a 0.10 segundos.

Segmento ST:

Comienza al final de la onda S y termina en el comienzo de la onda T. El punto donde se inicia este segmento se denomina el punto J. El segmento ST es normalmente iso-eléctrico, pero se puede desplazar hacia arriba o hacia abajo cuando existen alteraciones en la repolarización ventricular. Una elevación o una depresión de 1mm, en las derivaciones estándar se pueden considerar como normal.

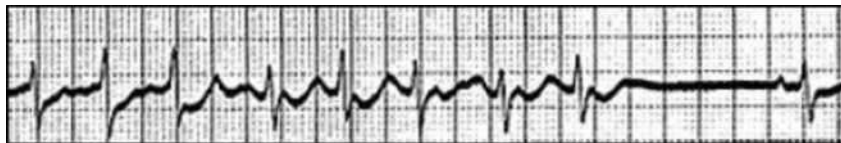
El segmento ST está por encima de la línea basal del electrocardiograma, en el infarto agudo de miocardio o la pericarditis, y sufre depresión cuando el miocardio recibe un mayor aporte de oxígeno o digitálicos. El segmento ST se alarga en la hipocalcemia. Se acorta en la hipercalcemia.

Intervalo QT: Mide el tiempo de la polarización y de la repolarización; es variable según la frecuencia. El QT normal para 70 pulsaciones es de 0.40 segundos. Por cada 10

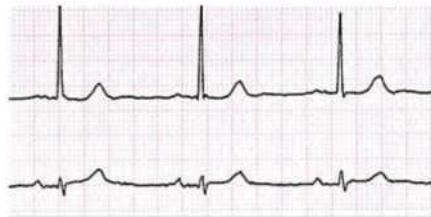
pulsaciones mayores de 70, se acorta 0.02. Por cada 10 pulsaciones menos de 70, el QT se alarga 0.03. El QT se alarga en la patología isquémica y con drogas como quinidina, procainamida, xilocaina, fenotiazidas. Se acorta con la digital y en la pericarditis.

Onda T: No representa actividad cardíaca sino refleja la fase de recuperación eléctrica de la contracción ventricular. La onda T es plana cuando el corazón no recibe oxígeno suficiente y puede estar invertida en el infarto del miocardio.

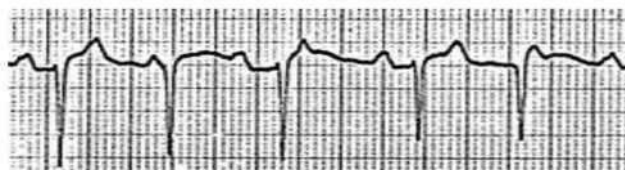
La onda T puede ser muy elevada, por aumento en el potasio sérico. Esta onda no puede exceder de 10 mm de altura (10 cuadritos pequeños) en las derivaciones precordiales y en las demás derivaciones no debe exceder 5 mm. Es normalmente positiva en DI, DII y positiva o negativa en DIII.



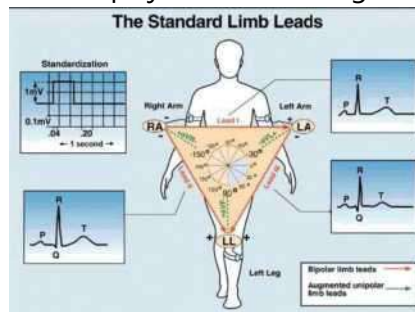
Frecuencia
< 60/min = bradicardia



> 100/min = taquicardia



PQRSTU cada onda y segmento. Complejos anchos o angostos.



Identificar:

Isquemia
Hipertrofias
Bloqueos

- **OBJETIVO**

- Garantizar la toma correcta del Electrocardiograma como medio de diagnóstico en la enfermedad coronaria.
- Dar un manejo adecuado al electrocardiógrafo.

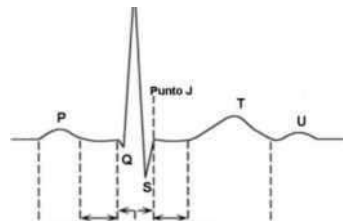
- **POBLACIÓN OBJETO**

- **PACIENTES QUE SOLICITEN O REFIERAN REMISIONES PARA LA REALIZACIÓN DE UN ELECTROCARDIOGRAMA.**

- **RESPONSABLE**

- Auxiliares de Enfermería, Cardiólogo y demás funcionarios que intervengan en el proceso.

- **INSUMOS**



Institución	CENTRO CARDIOLÓGICO DE BOGOTÁ	Versión	1
Proceso	HABILITACIÓN	Actualización	Febrero de 2018
Email	ccdbogota@gmail.com	Página	14

- ELECTROCARDIOGRAFO
- ELECTRODOS
- ALGODÓN
- ALCOHOL

• **DOCUMENTOS DE REFERENCIA**

- Vélez, Borrero, Restrepo. Cardiología. Edición Corporación para investigaciones Biológicas. 2012
- Brunner Suddarth. Enfermería Médico-quirúrgica. Editorial Me. Graw Hill. Edición IX. 2009.
- Alberto José Machado, MD. Kenneth V. Iserson, MD. Electrocardiografía Básica.

• **PROPÓSITO DIAGNOSTICO DEL EXAMEN**

Precisar el diagnóstico en las siguientes condiciones clínicas:

- Hipertrofia ventricular y auricular
- Infarto agudo de miocardio
- Arritmias
- Pericarditis
- Enfermedades generales que afectan el corazón
- Efectos de medicamentos usados en terapéutica cardiológica, como la digital.
- Desequilibrio en el metabolismo electrolítico, especialmente el potasio.

- **DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD**

- ▽ **ACTIVIDADES PREVIAS AL EXAMEN**

- Realice la solicitud del examen de forma previa, ya sea por teléfono e en forma presencial.
- La funcionaria responsable de la Institución realiza la asignación de la cita de acuerdo a la disponibilidad de la agenda.
- La funcionaria informa al paciente sobre el día y la hora de la cita y entrega recomendaciones sobre la depilación de la zona de contacto de los electrodos para facilitar la realización del examen.
- Cuando el paciente se presente a la Institución a cumplir la cita se debe:
 - Verificar la Hora de la cita.
 - Verificar la orden expedida por la EPS o aseguradora respectiva.
 - Informar al paciente sobre el tiempo para realizar el examen e indicarle que puede esperar en la Sala de Espera.
- A la hora de la cita se debe hacer el llamado para que el paciente pase al área de toma de examen.

- ▽ **PROCEDIMIENTO**

- La auxiliar de enfermería le indica al paciente que se desvista de la cintura hacia arriba y se coloque la bata con la abertura hacia adelante.
- Se le solicita al paciente que se recueste en la camilla boca arriba disponible en el área de examen.
- Se toma una torunda de algodón y se impregna ligeramente de alcohol de antiséptico y se realiza la limpieza del área donde se van a ubicar los electrodos.
- Se ubican los electrodos precordiales (chupas) y los electrodos tipo pinza de acuerdo a:
- Se inicia la toma del trazo del ECG hasta completar las 12 derivaciones, se verifica que el registro haya sido satisfactorio.
- Se realiza la desconexión del Equipo.

Institución	CENTRO CARDIOLÓGICO DE BOGOTÁ	Versión	1
Proceso	HABILITACIÓN	Actualización	Febrero de 2018
Email	ccdbogota@gmail.com	Página	16

- Se indica al paciente que puede vestirse, si es necesario se le ayuda a bajar de la camilla.
- La auxiliar de enfermería indica al paciente como reclamar los resultados, indicándole fecha y hora de entrega.
- La auxiliar de enfermería realiza la limpieza de los electrodos, del equipo y contribuye con el ambiente sano y organizado del área de Examen de ECG.

▽ PRECAUCIONES

- Explique el procedimiento con el fin de eliminar cualquier temor y ansiedad que pueda estar experimentando. Cualquier pequeño movimiento o sacudida del paciente puede alterar el registro.
- Sebe tenerse certeza de que hay un buen contacto entre la piel y los electrodos. Utilice gel en la piel. Un mal contacto puede dar como resultado un mal trazo.
- Espere 30 segundos antes de activar el botón de toma automática del registro.
- Si el paciente es muy velludo se podría afeitar.

RECOMENDACIONES

- Marque el electrocardiograma con los siguientes datos del paciente: nombre completo, Número de Identificación, EPS.
- Mantenga el equipo conectado a la red eléctrica para evitar que la pila se descargue.
- No enrolle los cables (Se puede quebrar los filamentos). Déjelos estirados sobre el equipo.

▽ DURACIÓN DEL EXAMEN

- Se estima un tiempo entre 10 a 15 minutos por paciente.

DR. GABRIEL ROBLEDO
CARDIOLOGO

CONTROL DOCUMENTAL

FECHA DE ELABORACIÓN	FRECUENCIA DE REVISIÓN	ACTUALIZACIÓN
Marzo de 2014	Anual	CADA 4 AÑOS

FECHA	Elaboración	Revisión	Actualización	Descripción	FIRMA
28/03/2014			X	Se realiza proceso de Actualización por ajuste a la Res. 1441 de 2013 del SUH	
<u>14/02/2015</u>		<u>x</u>			
<u>14/02/2016</u>		<u>x</u>			
<u>14/02/2016</u>		<u>x</u>			
<u>14/02/2017</u>		<u>x</u>			
<u>14/02/2018</u>			<u>x</u>	<u>RES 2003</u>	

PROTOCOLO DE PROCEDIMIENTOS

- **NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO**

- **TEST DE HOLTER**

- **DEFINICIONES**

Un monitor Holter es un dispositivo que registra la actividad de su corazón durante 24 a 48 horas, mientras el paciente continúa con su vida cotidiana. Un monitor Holter cuenta con una grabadora digital. La grabadora está conectada por medio de unos cables a unos 5 a 7 electrodos (pequeños parches adhesivos) que registran la actividad eléctrica de su corazón. Mientras esté usando el monitor Holter, se debe anotar la hora del día en que experimente síntomas cardíacos.

- **MARCO DE REFERENCIA**

PREPARACIÓN PARA EL HOLTER.

Al realizar un Holter se debe tener en cuenta:



Duración: El Holter dura casi siempre 24 horas. Al realizarse durante todo el día no supone una pérdida de tiempo muy importante a la persona que se le realiza, porque podrá realizar su vida sin alteraciones. El único tiempo extra sería la recogida y entrega del dispositivo después de la prueba.



Ingreso: El Holter se puede realizar ambulatoriamente en la casa del paciente y podrá realizar una vida normal durante esas horas, aunque no se recomienda realizar un ejercicio físico intenso tras la realización de la prueba.



Medicamentos: No es preciso tomar ningún medicamento previo. Se debe comunicar al médico todas las medicinas que se toman habitualmente y él decidirá cuáles suspender o mantener, especialmente si se toma fármacos contra la epilepsia, enfermedades

Institución CENTRO CARDIOLÓGICO DE BOGOTÁ
Proceso HABILITACIÓN
Email ccdbogota@gmail.com

Versión 1
Actualización Febrero de 2018
Página 2

psiquiátricas, antiarrítmicos, relajantes musculares o has recibido anestesia los días previos por algún motivo.



Comida: No hay por qué permanecer en ayunas antes de la prueba ni después. Se recomienda tomar una cena ligera para dormir a gusto y evitar tomar durante todo el día café, alcohol y otras sustancias excitantes, incluso también el día previo a la prueba.



Ropa: puedes usar la misma ropa de cada día. Eso sí, se recomienda ducharse antes de colocar el Holter, ya que durante la prueba no podrás bañarte ni ducharte. Durante las 24 horas que dure la prueba debes evitar acercarte a áreas electromagnéticas y dispositivos de ese tipo: centrales eléctricas, resonancias magnéticas, mantas eléctricas, tensiómetros portátiles, detectores de metales...



Documentos: Es esencial llevar contigo el volante en el que se indica la realización de esta prueba, así como la tarjeta. Normalmente no te darán ningún documento después de la prueba porque se tarda un tiempo en analizarlos.



Embarazo y lactancia: El Holter no está contraindicado en el embarazo o lactancia, aunque sí se debe conocer si se está en ese estado porque algunas constantes biológicas que se estudian estarán alteradas de por sí durante esas etapas.



Contraindicaciones: El Holter no tiene ninguna contraindicación concreta.

EN QUÉ CONSISTE EL EXAMEN.



Durante el test se deberá llevar el Holter, que consta de un aparato pequeño del tamaño de un teléfono móvil (monitor registro), normalmente acoplado a un cinturón ajustado a la cintura, y conectado a unos electrodos (parches conductores) enganchados en el pecho durante un día. Funciona con batería o con pilas. Se deberá apuntar en una libreta las actividades, los síntomas y la

hora en la que ocurren durante el período que dure la prueba.

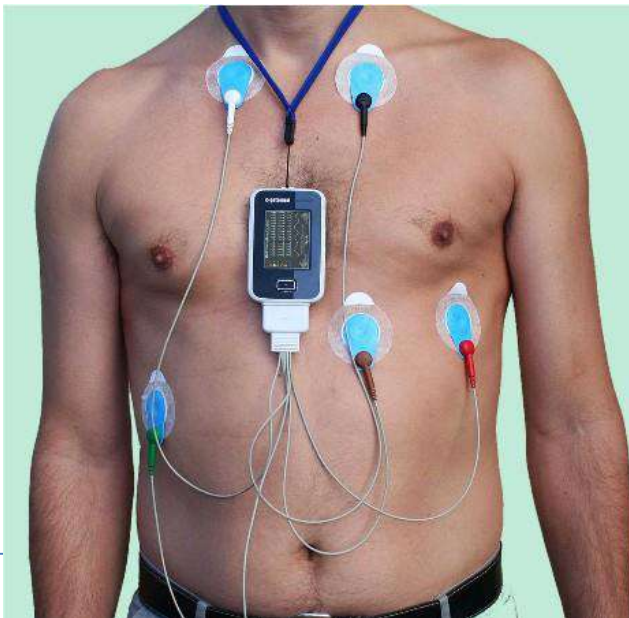
El Holter registra hasta 100.000 ciclos cardíacos a lo largo de 24 horas frente a los 40 o 50 ciclos cardíacos que es capaz de registrar el electrocardiograma. Una vez pasadas las 24 horas, desconectarás el aparato. La información que ha quedado almacenada en el dispositivo será traspasada a un ordenador. Estos registros permitirán al médico detectar posibles alteraciones del ritmo cardíaco.

La prueba Holter permite:

- Evaluar el funcionamiento del corazón de forma continuada durante la vida cotidiana de la persona.
- Diagnosticar diferentes tipos de arritmias (taquicardia auricular, palpitaciones, taquicardia supraventricular paroxística, bradicardia o taquicardia ventricular).
- Comprobar si ciertos síntomas (palpitaciones, mareos, pérdidas de conciencia o dolor en el pecho) son causadas por una enfermedad del corazón.

Evaluar el tratamiento con marcapasos o con medicamentos para tratar las arritmias

COMO SE REALIZA EL EXAMEN.



Los electrodos (pequeños parches conductores) se pegan en el pecho y se conectan a un pequeño monitor de registro. Se debe cargar el monitor Holter en un bolsillo o en una bolsa pequeña que se puede llevar puesta alrededor del cuello o la cintura.

Mientras se lleva puesto el monitor, éste registra la actividad eléctrica del corazón.

- Se debe registrar a diario de las actividades que realiza mientras está usando el monitor y cómo se siente.
- Después de 24 a 48 horas, debe devolver el monitor al consultorio del médico.
- El médico observará los registros y mirará si ha habido algún ritmo cardíaco anormal.

Es muy importante que se registre en forma precisa los síntomas y actividades, de tal forma que el médico pueda compararlos con los hallazgos en el monitor Holter.

Los electrodos deben estar pegados firmemente al tórax para que la máquina obtenga un registro preciso de la actividad cardíaca.

Al estar usando el dispositivo, evitar:

- Mantas eléctricas
- Áreas de alto voltaje
- Imanes
- Detectores de metales

Continuar con las actividades normales mientras esté usando el monitor. Se le puede pedir a la persona que haga ejercicio mientras se esté haciendo el monitoreo si sus síntomas han ocurrido en el pasado cuando estaba ejercitándose.

LO QUE SIENTE DURANTE EL EXAMEN.

Este examen es indoloro, aunque es posible que algunos pacientes tengan que rasurarse el vello de la zona torácica para que así los electrodos se puedan adherir adecuadamente.

El monitor de registro se debe mantener cercano al cuerpo, lo cual puede provocar dificultades durante el sueño. La persona tiene que continuar con sus actividades normales mientras esté usando el monitor de registro. También las cintas adhesivas o cualquier método de sujeción de los electrodos al cabo de veinticuatro horas siempre producen irritaciones en la piel de los pacientes.

- **POBLACIÓN OBJETO**

- **PACIENTES QUE SOLICITEN O REFIERAN REMISIONES PARA LA REALIZACIÓN DE UN TEST DE HOLTER.**

- **RESPONSABLE**

- Auxiliares de Enfermería, Cardiólogo y demás funcionarios que intervengan en el proceso.

- **INSUMOS**

- MONITOR HOLTER
- ELECTRODOS
- ALGODÓN
- ALCOHOL

- **DOCUMENTOS DE REFERENCIA**

- Vélez, Borrero, Restrepo. Cardiología. Edición Corporación para investigaciones Biológicas. 2012
- Brunner Suddarth. Enfermería Médico-quirúrgica. Editorial Me. Graw Hill. Edición IX. 2009.
- Alberto José Machado, MD. Kenneth V. Iserson, MD. Electrocardiografía Básica.

- **PROPÓSITO DIAGNOSTICO DEL EXAMEN**

El monitor Holter se utiliza para determinar cómo responde el corazón a la actividad normal. El monitor también se puede utilizar:

- Después de un ataque cardíaco

- Para diagnosticar problemas con el ritmo cardíaco
- Al comenzar a tomar un nuevo medicamento para el corazón

Igualmente, se puede utilizar para diagnosticar:

- Fibrilación auricular
- Taquicardia auricular multifocal
- Palpitaciones
- Taquicardia supraventricular paroxística
- Razones de un desmayo
- Frecuencia cardíaca lenta (bradicardia)
- Taquicardia ventricular
- **DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD**
 - ▽ **ACTIVIDADES PREVIAS AL EXAMEN**
 - El paciente realiza la solicitud del examen de forma previa, ya sea por teléfono o en forma presencial.
 - La funcionaria responsable de la Institución realiza la asignación de la cita de acuerdo a la disponibilidad de la agenda.
 - La funcionaria informa al paciente sobre el día y la hora de la cita y entrega recomendaciones sobre:
 - Depilación de la zona de contacto de los electrodos para facilitar la realización del examen.
 - Alimentos que puede o no puede consumir previos al examen.
 - Asistencia 10 minutos antes de la Hora programada para la realización del examen.
 - Cuando el paciente se presente a la Institución a cumplir la cita se debe:
 - Verificar la Hora de la cita.
 - Verificar la orden expedida por la EPS o aseguradora respectiva.
 - Informar al paciente sobre el tiempo para realizar el examen e indicarle que puede esperar en la Sala de Espera.

- A la hora de la cita se debe hacer el llamado para que el paciente pase al área de toma de examen.

▽ PROCEDIMIENTO

- La auxiliar de enfermería le indica al paciente que se siente en la camilla y se descubre de la cintura hacia arriba .
- Se realiza la limpieza de la piel del paciente donde se van a ubicar los electrodos, usando una torunda de algodón impregnada con alcohol.
- Se realiza una pequeña abrasión en la zona donde serán aplicados los electrodos del ECG (Electrocardiograma) de acuerdo a la convención Internacional.
- Se le informa en todo momento al paciente de forma clara en que consiste el examen y los cuidados que debe tener con el Equipo.
- Se colocan los electrodos correspondientes y se realiza la correspondiente conexión al Equipo.
- Se dan instrucciones al paciente de cómo llenar la cartilla que debe diligenciar el paciente durante las 24 Horas del Examen.
- Se indica al paciente que puede vestirse, y se le informa la hora de entrega del Equipo.
- El paciente debe regresar al día siguiente a la hora asignada presentando la cartilla para proceder a retirar el Equipo.
- El día de la entrega del Equipos se le informa al paciente sobre la fecha en que puede pasar a recoger sus exámenes.
- La auxiliar de enfermería realiza la descarga de la Información almacenada por el monitor Holter y le informa al Cardiólogo quien de acuerdo a la disponibilidad de exámenes realiza la lectura correspondiente.

RIESGOS

- El monitor Holter es un método no invasivo para evaluar el funcionamiento del corazón. Los riesgos asociados con el monitor Holter son muy poco frecuentes.
- La aplicación prolongada de los parches de electrodos adhesivos puede lastimar el tejido o irritar la piel en el lugar de la aplicación.

Institución CENTRO CARDIOLÓGICO DE BOGOTÁ
Proceso HABILITACIÓN
Email ccdbogota@gmail.com

Versión 1
Actualización Febrero de 2018
Página 8

- Es posible que existan otros riesgos, dependiendo de su estado clínico específico. Recuerde consultar todas sus dudas con el médico antes de usar el monitor.
- Algunos factores o estados pueden interferir con los resultados de la lectura del monitor Holter o afectarlos. Estos incluyen, entre otros, los siguientes:
- Proximidad cercana a imanes, detectores de metales, cables eléctricos de alto voltaje y aparatos eléctricos como afeitadoras, cepillos de dientes y secadores de cabello.
- Fumar, ciertos medicamentos
- Transpiración excesiva, lo que puede hacer que se aflojen o se desprendan las derivaciones

▽ **DURACIÓN DEL EXAMEN**

- En conexión de paciente 15 minutos, en lectura de Equipo 24 Horas, y el uso continuo del Equipos en el paciente 24 Horas

DR. GABRIEL ROBLEDO
CARDIÓLOGO

CONTROL DOCUMENTAL

FECHA DE ELABORACIÓN	FRECUENCIA DE REVISIÓN	ACTUALIZACIÓN
Marzo de 2014	Anual	CADA 4 AÑOS

FECHA	Elaboración	Revisión	Actualización	Descripción	FIRMA
28/03/2014			<u>X</u>	Se realiza proceso de Actualización por ajuste a la Res. 1441 de 2013 del SUH	
<u>14/02/2015</u>		<u>x</u>			
<u>14/02/2016</u>		<u>x</u>			
<u>14/02/2017</u>		<u>x</u>			
<u>14/02/2018</u>			<u>x</u>	<u>Res 2003</u>	



centro
cardiológico
de Bogotá

PROTOCOLOS DE ATENCIÓN

Institución CENTRO CARDIOLÓGICO DE BOGOTÁ
Proceso HABILITACIÓN
Email ccdbogota@gmail.com

Versión 1
Actualización Febrero de 2018
Página 10

ANEXO P. PROGRAMA, PLAN Y CHECK LIST PARA
AUDITORIAS

Lista de verificacion										
Proceso		Fecha				CUMPLE			DOCUMENTOS Y REGISTROS	COMENTARIOS/OBSERVACIONES/CONCLUSIONES/HALLAZGOS
PREGUNTAS										
4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN						SI	NO	N/A		
4.1 COMPRENSION DE LA ORGANIZACIÓN Y SU CONTEXTO										
1	Se determinan las cuestiones externas e internas que son pertinentes para el propósito y dirección estratégica de la organización.									
2	Se realiza el seguimiento y la revisión de la información sobre estas cuestiones externas e internas.									
4.2 COMPRENSIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS										
3	Se ha determinado las partes interesadas y los requisitos de estas partes interesadas para el sistema de gestión de Calidad.									
4	Se realiza el seguimiento y la revisión de la información sobre estas partes interesadas y sus requisitos.									
4.3 DETERMINACION DEL ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD										
5	El alcance del SGC, se ha determinado según: Procesos operativos, productos y servicios, instalaciones físicas, ubicación geográfica									
6	El alcance del SGC se ha determinado teniendo en cuenta los problemas externos e internos, las partes interesadas y sus productos y servicios?									
7	Se tiene disponible y documentado el alcance del Sistema de Gestion.									
8	Se tiene justificado y/o documentado los requisitos (exclusiones) que no son aplicables para el Sistema de Gestion?									
4.4 SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD Y SUS PROCESOS										
9	Se tienen identificados los procesos necesarios para el sistema de gestión de la organización									
10	Se tienen establecidos los criterios para la gestion de los procesos teniendo en cuenta las responsabilidades, procedimientos, medidas de control e indicadores de desempeño necesarios que permitan la efectiva operación y control de los mismos.									
11	Se mantiene y conserva informacion documentada que permita apoyar la operación de estos procesos.									
5. LIDERAZGO										
5.1 LIDERAZGO Y COMPROMISO GERENCIAL										
1	Se demuestra responsabilidad por parte de la alta dirección para la eficacia del SGC.									
5.1.2 Enfoque al cliente										
2	La gerencia garantiza que los requisitos de los clientes de determinan y se cumplen.									
3	Se determinan y consideran los riesgos y oportunidades que puedan afectar a la conformidad de los productos y servicios y a la capacidad de aumentar la satisfaccion del cliente.									
5.2 POLITICA										
5.2.1 ESTABLECIMIENTO DE LA POLITICA										
4	La política de calidad con la que cuenta actualmente la organización está acorde con los propósitos establecidos.									
5.2.2 Comunicación de la política de calidad										
5	Se tiene disponible a las partes interesadas, se ha comunicado dentro de la organización.									
5.3 ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES EN LA ORGANIZACIÓN										
6	Se han establecido y comunicado las responsabilidades y autoridades para los roles pertinentes en toda la organización.									
6. PLANIFICACION										
6.1 ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES										
1	Se han establecido los riesgos y oportunidades que deben ser abordados para asegurar que el SGC logre los resultados esperados.									
2	La organización ha previsto las acciones necesarias para abordar estos riesgos y oportunidades y los ha integrado en los procesos del sistema.									

6.2 OBJETIVOS DE LA CALIDAD Y PLANIFICACION PARA LOGRARLOS						
3	Que acciones se han planificado para el logro de los objetivos del SIG-HSQ, programas de gestion?					
4	Se manatiene informacion documentada sobre estos objetivos					
6.3 PLANIFICACION DE LOS CAMBIOS						
5	Existe un proceso definido para determinar la necesidad de cambios en el SGC y la gestión de su implementación?					
7. APOYO						
7.1 RECURSOS						
7.1.1 Generalidades						
1	La organización ha determinado y proporcionado los recursos necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora continua del SGC (incluidos los requisitos de las personas, mediambientales y de infraestructura)					
7.1.5 Recursos de seguimiento y medicion						
7.1.5.1 Generalidades						
2	En caso de que el monitoreo o medición se utilice para pruebas de conformidad de productos y servicios a los requisitos especificados, ¿se han determinado los recursos necesarios para garantizar un seguimiento válido y fiable, así como la medición de los resultados?					
7.1.5.2 Trazabilidad de las mediciones						
3	Dispone de métodos eficaces para garantizar la trazabilidad durante el proceso operacional.					
7.1.6 Conocimientos de la organización						
4	Ha determinado la organización los conocimientos necesarios para el funcionamiento de sus procesos y el logro de la conformidad de los productos y servicios y, ha implementado un proceso de experiencias adquiridas.					
7.2 COMPETENCIA						
5	La organización se ha asegurado de que las personas que puedan afectar al rendimiento del SGC son competentes en cuestión de una adecuada educación, formación y experiencia, ha adoptado las medidas necesarias para asegurar que puedan adquirir la competencia necesaria					
7.3 TOMA DE CONCIENCIA						
6	Existe una metodología definida para la evaluación de la eficacia de las acciones formativas emprendidas.					
7.4 COMUNICACIÓN						
7	Se tiene definido un procedimiento para las comunicaciones internas y externas del SIG dentro de la organización.					
7.5 INFORMACION DOCUMENTADA						
7.5.1 Generalidades						
8	Se ha establecido la información documentada requerida por la norma y necesaria para la implementación y funcionamiento eficaces del SGC.					
7.5.2 Creacion y actualizacion						
9	Existe una metodología documentada adecuada para la revisión y actualización de documentos.					
7.5.3 Control de la informacion documentada						
10	Se tiene un procedimiento para el control de la informacion documentada requerida por el SGC.					
8. OPERACIÓN						
8.1 PLANIFICACION Y CONTROL OPERACIONAL						
1	Se planifican, implementan y controlan los procesos necesarios para cumplir los requisitos para la provision de servicios.					
2	La salida de esta planificación es adecuada para las operaciones de la organización.					
3	Se asegura que los procesos contratados externamente estén controlados.					
4	Se revisan las consecuencias de los cambios no previstos, tomando acciones para mitigar cualquier efecto adverso.					
8.2 REQUISITOS PARA LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS						
8.2.1 Comunicación con el cliente						
5	La comunicación con los clientes incluye información relativa a los productos y servicios.					
6	Se obtiene la retroalimentación de los clientes relativa a los productos y servicios, incluyendo las quejas.					

7	Se establecen los requisitos específicos para las acciones de contingencia, cuando sea pertinente.					
8.2.2 Determinación de los requisitos para los productos y servicios						
8	Se determinan los requisitos legales y reglamentarios para los productos y servicios que se ofrecen y aquellos considerados necesarios para la organización.					
8.2.3 Revisión de los requisitos para los productos y servicios						
9	La organización se asegura que tiene la capacidad de cumplir los requisitos de los productos y servicios ofrecidos.					
10	La organización revisa los requisitos del cliente antes de comprometerse a suministrar productos y servicios a este.					
11	Se confirma los requisitos del cliente antes de la aceptación por parte de estos, cuando no se ha proporcionado información documentada al respecto.					
12	Se asegura que se resuelvan las diferencias existentes entre los requisitos del contrato o pedido y los expresados previamente.					
13	Se conserva la información documentada, sobre cualquier requisito nuevo para los servicios.					
8.2.4 Cambios en los requisitos para los productos y servicios						
14	Las personas son conscientes de los cambios en los requisitos de los productos y servicios, se modifica la información documentada pertinente a estos cambios.					
8.3 DISEÑO Y DESARROLLO DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS						
8.3.1 Generalidades						
15	Se establece, implementa y mantiene un proceso de diseño y desarrollo que sea adecuado para asegurar la posterior provisión de los servicios.					
8.3.2 Planificación del diseño y desarrollo						
16	La organización determina todas las etapas y controles necesarios para el diseño y desarrollo de productos y servicios.					
8.3.3 Entradas para el diseño y desarrollo						
17	Al determinar los requisitos esenciales para los tipos específicos de productos y servicios a desarrollar, se consideran los requisitos funcionales y de desempeño, los requisitos legales y reglamentarios.					
18	Se resuelven las entradas del diseño y desarrollo que son contradictorias.					
19	Se conserva información documentada sobre las entradas del diseño y desarrollo.					
8.3.4 Controles del diseño y desarrollo						
20	Se aplican los controles al proceso de diseño y desarrollo, se definen los resultados a lograr.					
21	Se realizan las revisiones para evaluar la capacidad de los resultados del diseño y desarrollo para cumplir los requisitos.					
22	Se realizan actividades de verificación para asegurar que las salidas del diseño y desarrollo cumplen los requisitos de las entradas.					
23	Se aplican controles al proceso de diseño y desarrollo para asegurar que: se toma cualquier acción necesaria sobre los problemas determinados durante las revisiones, o las actividades de verificación y validación					
24	Se conserva información documentada sobre las acciones tomadas.					
8.3.5 Salidas del diseño y desarrollo						
25	Se asegura que las salidas del diseño y desarrollo: cumplen los requisitos de las entradas					
26	Se asegura que las salidas del diseño y desarrollo: son adecuadas para los procesos posteriores para la provisión de productos y servicios					
27	Se asegura que las salidas del diseño y desarrollo: incluyen o hacen referencia a los requisitos de seguimiento y medición, cuando sea apropiado, y a los criterios de aceptación					
28	Se asegura que las salidas del diseño y desarrollo: especifican las características de los productos y servicios, que son esenciales para su propósito previsto y su provisión segura y correcta.					
29	Se conserva información documentada sobre las salidas del diseño y desarrollo.					
8.3.6 Cambios del diseño y desarrollo						

30	Se identifican, revisan y controlan los cambios hechos durante el diseño y desarrollo de los productos y servicios					
31	Se conserva la información documentada sobre los cambios del diseño y desarrollo, los resultados de las revisiones, la autorización de los cambios, las acciones tomadas para prevenir los impactos adversos.					
8.4 CONTROL DE LOS PROCESOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS SUMINISTRADOS EXTERNAMENTE						
8.4.1 Generalidades						
32	La organización asegura que los procesos, productos y servicios suministrados externamente son conforme a los requisitos.					
33	Se determina los controles a aplicar a los procesos, productos y servicios suministrados externamente.					
34	Se determina y aplica criterios para la evaluación, selección, seguimiento del desempeño y la reevaluación de los proveedores externos.					
35	Se conserva información documentada de estas actividades					
8.4.2 Tipo y alcance del control						
36	La organización se asegura que los procesos, productos y servicios suministrados externamente no afectan de manera adversa a la capacidad de la organización de entregar productos y servicios, conformes de manera coherente a sus clientes.					
37	Se definen los controles a aplicar a un proveedor externo y las salidas resultantes.					
38	Considera el impacto potencial de los procesos, productos y servicios suministrados externamente en la capacidad de la organización de cumplir los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables.					
39	Se asegura que los procesos suministrados externamente permanecen dentro del control de su sistema de gestión de la calidad.					
40	Se determina la verificación o actividades necesarias para asegurar que los procesos, productos y servicios cumplen con los requisitos.					
8.4.3 Información para los proveedores externos						
41	La organización comunica a los proveedores externos sus requisitos para los procesos, productos y servicios.					
42	Se comunica la aprobación de productos y servicios, métodos, procesos y equipos, la liberación de productos y servicios.					
43	Se comunica la competencia, incluyendo cualquier calificación requerida de las personas.					
44	Se comunica las interacciones del proveedor externo con la organización.					
45	Se comunica el control y seguimiento del desempeño del proveedor externo aplicado por la organización.					
8.5 PRODUCCION Y PROVISION DEL SERVICIO						
8.5.1 Control de la producción y de la provisión del servicio						
46	Se implementa la producción y provisión del servicio bajo condiciones controladas.					
47	Dispone de información documentada que defina las características de los productos a producir, servicios a prestar, o las actividades a desempeñar.					
48	Dispone de información documentada que defina los resultados a alcanzar.					
49	Se controla la disponibilidad y el uso de recursos de seguimiento y medición adecuados					
50	Se controla la implementación de actividades de seguimiento y medición en las etapas apropiadas.					
51	Se controla el uso de la infraestructura y el entorno adecuado para la operación de los procesos.					
52	Se controla la designación de personas competentes.					
53	Se controla la validación y revalidación periódica de la capacidad para alcanzar los resultados planificados.					
54	Se controla la implementación de acciones para prevenir los errores humanos.					

55	Se controla la implementación de actividades de liberación, entrega y posteriores a la entrega.					
8.5.2 Identificación y trazabilidad						
56	La organización utiliza medios apropiados para identificar las salidas de los productos y servicios.					
57	Identifica el estado de las salidas con respecto a los requisitos.					
58	Se conserva información documentada para permitir la trazabilidad.					
8.5.3 Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos						
59	La organización cuida la propiedad de los clientes o proveedores externos mientras esta bajo el control de la organización o siendo utilizada por la misma.					
60	Se identifica, verifica, protege y salvaguarda la propiedad de los clientes o de los proveedores externos suministrada para su utilización o incorporación en los productos y servicios.					
61	Se informa al cliente o proveedor externo, cuando su propiedad se pierda, deteriore o de algún otro modo se considere inadecuada para el uso y se conserva la información documentada sobre lo ocurrido.					
8.5.4 Preservación						
62	La organización preserva las salidas en la producción y prestación del servicio, en la medida necesaria para asegurar la conformidad con los requisitos.					
8.5.5 Actividades posteriores a la entrega						
63	Se cumplen los requisitos para las actividades posteriores a la entrega asociadas con los productos y servicios.					
64	Al determinar el alcance de las actividades posteriores a la entrega la organización considera los requisitos legales y reglamentarios.					
65	Se consideran las consecuencias potenciales no deseadas asociadas a sus productos y servicios.					
66	Se considera la naturaleza, el uso y la vida útil prevista de sus productos y servicios.					
67	Considera los requisitos del cliente.					
68	Considera la retroalimentación del cliente.					
8.5.6 Control de cambios						
69	La organización revisa y controla los cambios en la producción o la prestación del servicio para asegurar la conformidad con los requisitos.					
70	Se conserva información documentada que describa la revisión de los cambios, las personas que autorizan o cualquier acción que surja de la revisión.					
8.6 LIBERACIÓN DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS						
71	La organización implementa las disposiciones planificadas para verificar que se cumplen los requisitos de los productos y servicios.					
72	Se conserva la información documentada sobre la liberación de los productos y servicios.					
73	Existe evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación.					
74	Existe trazabilidad a las personas que autorizan la liberación.					
8.7 CONTROL DE LAS SALIDAS NO CONFORMES						
75	La organización se asegura que las salidas no conformes con sus requisitos se identifican y se controlan para prevenir su uso o entrega.					
76	La organización toma las acciones adecuadas de acuerdo a la naturaleza de la no conformidad y su efecto sobre la conformidad de los productos y servicios.					
77	Se verifica la conformidad con los requisitos cuando se corrigen las salidas no conformes.					
78	La organización trata las salidas no conformes de una o más maneras					
79	La organización conserva información documentada que describa la no conformidad, las acciones tomadas, las concesiones obtenidas e identifique la autoridad que decide la acción con respecto a la no conformidad.					

9. EVALUACION DEL DESEMPEÑO						
9.1 SEGUIMIENTO, MEDICION, ANALISIS Y EVALUACION						
9.1.1 Generalidades						
1	La organización determina que necesita seguimiento y medición.					
2	Determina los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación para asegurar resultados validos.					
3	Determina cuando se lleva a cabo el seguimiento y la medición.					
4	Determina cuando analizar y evaluar los resultados del seguimiento y medición.					
5	Evalúa el desempeño y la eficacia del SGC.					
6	Conserva información documentada como evidencia de los resultados.					
9.1.2 Satisfaccion del cliente						
7	La organización realiza seguimiento de las percepciones de los clientes del grado en que se cumplen sus necesidades y expectativas.					
8	Determina los métodos para obtener, realizar el seguimiento y revisar la información.					
9.1.3 Analisis y evaluacion						
9	La organización analiza y evalúa los datos y la información que surgen del seguimiento y la medición.					
9.2 AUDITORIA INTERNA						
10	La organización lleva a cabo auditorías internas a intervalos planificados.					
11	Las auditorías proporcionan información sobre el SGC conforme con los requisitos propios de la organización y los requisitos de la NTC ISO 9001:2015.					
12	La organización planifica, establece, implementa y mantiene uno o varios programas de auditoría.					
13	Define los criterios de auditoría y el alcance para cada una.					
14	Selecciona los auditores y lleva a cabo auditorías para asegurar la objetividad y la imparcialidad del proceso.					
15	Asegura que los resultados de las auditorias se informan a la dirección.					
16	Realiza las correcciones y toma las acciones correctivas adecuadas.					
17	Conserva información documentada como evidencia de la implementación del programa de auditoría y los resultados.					
9.3 REVISION POR LA DIRECCION						
9.3.1 Generalidades						
18	La alta dirección revisa el SGC a intervalos planificados, para asegurar su conveniencia, adecuación, eficacia y alineación continua con la estrategia de la organización.					
9.3.2 Entradas de la revision por la direccion						
19	La alta dirección planifica y lleva a cabo la revisión incluyendo consideraciones sobre el estado de las acciones de las revisiones previas.					
20	Considera los cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al SGC.					
21	Considera la información sobre el desempeño y la eficiencia del SGC.					
22	Considera los resultados de las auditorías.					
23	Considera el desempeño de los proveedores externos.					

24	Considera la adecuación de los recursos.					
25	Considera la eficiencia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades.					
26	Se considera las oportunidades de mejora.					
9.3.3 Salidas de la revision por la direccion						
27	Las salidas de la revisión incluyen decisiones y acciones relacionadas con oportunidades de mejora.					
28	Incluyen cualquier necesidad de cambio en el SGC.					
29	Incluye las necesidades de recursos.					
30	Se conserva información documentada como evidencia de los resultados de las revisiones.					
10. MEJORA						
10.1 Generalidades						
1	La organización ha determinado y seleccionado las oportunidades de mejora e implementado las acciones necesarias para cumplir con los requisitos del cliente y mejorar su satisfacción.					
10.2 NO CONFORMIDAD Y ACCION CORRECTIVA						
2	La organización reacciona ante la no conformidad, toma acciones para controlarla y corregirla.					
3	Evalúa la necesidad de acciones para eliminar las causas de la no conformidad.					
4	Implementa cualquier acción necesaria, ante una no conformidad.					
5	Revisa la eficacia de cualquier acción correctiva tomada.					
6	Actualiza los riesgos y oportunidades de ser necesario.					
7	Hace cambios al SGC si fuera necesario.					
8	Las acciones correctivas son apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.					
9	Se conserva información documentada como evidencia de la naturaleza de las no conformidades, cualquier acción tomada y los resultados de la acción correctiva.					
10.3 MEJORA CONTINUA						
10	La organización mejora continuamente la conveniencia, adecuación y eficacia del SGC.					
11	Considera los resultados del análisis y evaluación, las salidas de la revisión por la dirección, para determinar si hay necesidades u oportunidades de mejora.					

Centro Cardiológico de Bogota Plan de Auditoria					CÓDIGO:	
					VERSIÓN:	
					FECHA:	
Tipo auditoria	Auditoria Interna					
Objetivo	Verificar el cumplimiento de los criterios de la ISO 9001:2015, requisitos legales y los establecidos por el cliente para los procesos contemplado					
Alcance	Verificar los procesos estratégicos, misionales y de apoyo del Centro Cardiológico de Bogota					
Criterios	Criterios de la ISO 9001:2015, Requisitos legales, Requisitos del cliente y demás partes interesadas, Procesos, y Riesgos					
Auditor Líder	Patricia Espitia					
Equipo Auditor	Patricia Espitia, Bertha Violet y Alejandro Vargas					
Guía de auditoria	Alberto Robledo					
Reunión Apertura	14 de enero de 2019					
Reunión Cierre	5 de febrero de 2019					
Fecha	Hora Inicio	Hora Fin	Proceso/Actividad	Observaciones	Auditado	Auditor
DÍA 1						
14 de enero	8:00	8:30	Apertura Auditoria			
14 de enero	8:30	12:00	Direccionamiento Organizacional y Planeación Estratégica	Verificar el cumplimiento del numeral 5. Lideran	Gerente General	Bertha Violet
14 de enero	12:00	14:00	Almuerzo			
14 de enero	14:00	17:30	Gestión Comercial	Verificar los requisitos del cliente y su cumplimiento	Gerente General	Bertha Violet
DÍA 2						
15 de enero	830	12:00	Gestión de Calidad	Verificar las no conformidades halladas y las acciones correctivas	Gerente General	Bertha Violet
15 de enero	1200	1400	Almuerzo			
15 de enero	1400	1730	Elaboración de informe sobre hallazgos y conclusiones de procesos estratégicos			Bertha Violet
DÍA 3						
16 de enero	830	1200	Ayudas Diagnosticas	Verificar el cumplimiento de los procesos, requisitos legales, requisitos del cliente, de la	Líder de proceso	Patricia Espitia
16 de enero	1200	1400	Almuerzo			
16 de enero	1400	1730	Consulta	Verificar el cumplimiento de los procesos,	Líder de proceso	Patricia
DÍA 4						
17 de enero	830	1200	Tratamiento	Verificar el cumplimiento de los procesos, requisitos legales, requisitos del cliente, de la	Líder de proceso	Patricia Espitia
17 de enero	1200	1400	Almuerzo			
17 de enero	1400	1730	Elaboración de informe sobre hallazgos y conclusiones de procesos misionales			Patricia Espitia
DÍA 5						
18 de enero	830	1200	Gestión Financiera	Se verifica el numeral 7.1 recursos y apalancamiento para aprovechamiento de	Contador	Alejandro Vargas
18 de enero	1200	1400	Almuerzo			
18 de enero	1400	1730	Gestión de la Información	Revisar la veracidad de la información y numeral 7.4 comunicación e información documentada.	Administrador	Alejandro Vargas
DÍA 6						
21 de enero	830	1200	Apoyo Jurídico	Verificar el cumplimiento de las normas legales	Abogado	Alejandro
21 de enero	1200	1400	Almuerzo			
21 de enero	1400	1730	Gestión Humana	Se verifica el numeral 7.2 Competencias y pensamiento enfocado a riesgos	Administrador	Alejandro Vargas
DÍA 7						
22 de enero	830	1200	Gestión Administrativa	Se verifica el numeral 8.5	Administrador	Alejandro Vargas
22 de enero	1200	1400	Almuerzo			
22 de enero	1400	1730	Infraestructura y Equipos	Verificar la capacidad de la infraestructura y mantenimiento a los equipos.	Jefe de Mantenimiento	Alejandro Vargas
DÍA 8						
23 de enero	830	1200	Elaboración de informe sobre hallazgos y conclusiones de los procesos de apoyo			Alejandro Vargas
23 de enero	1200	1400	Almuerzo			
DÍA 9						
5 de febrero	1400	1730	Cierre de auditoria y comunicación de resultados			

[illegible]