ESTRUCTURA DE ALTO NIVEL											
NORMAS					MANUAL DE CERTIFICION DE JOINT COMMISSION INTERNATIONAL						
CICLO PHVA	REQUISITOS ISO 9001- 2015								CUMPLIMIENTO	% DE CUMPLIMIENTO	%ARMONIZACION POR ETAPA
	CAPITULO	NUMERAL	REQUISITO	EVIDENCIAS 9001	CAPITULO		REQUISITO	EVIDENCIA			
PLANEAR	4. Contexto de la organización	4.1	La organización debe determinar las cuestiones externas e internas que son pertinentes para su propósito y dirección estratégica, y que afectan a su capacidad para lograr los resultados previstos de su sistema de gestión de la calidad	Factores externos e internos (DOFA, PESTAL, PQAM, PCI, MECI), seguimiento a los cambios en las cuestiones internas y externas		DFC 1.2	Los criterios principales para la contratación de personal clínico en el programa incluyen, como mínimo, educación, capacitación y experiencia adecuada, conocimiento, pericia y licencia actual	*Hojas de vida de los profesionales,verificación de credenciales - PERFIL DEL CARGO	Parcialmente relacionado	50%	
						PLN 9.3	Cuando se identifican los riesgos, el programa toma medidas para reducir esos riesgos.	*Matriz de riesgos del programa	Fuertemente relacionado	100%	
			La organización debe realizar el seguimiento y la revisión de la información sobre estas cuestiones externas e internas			DFC 8.1	El programa identifica los procesos asociados con el riesgo de infección.	política institucional de infecciones,programa de seguridad del paciente, estrategias en la vía clínica para mitigar riesgo de infecciones, programa de prevención y control de infecciones, programa de calidad y seguridad del paciente	Fuertemente relacionado	100%	
									Fuertemente relacionado	100%	
									Fuertemente relacionado	100%	
		4.2	La organización debe determinar: a) Las partes interesadas que son pertinentes al sistema de gestión de la calidad	Determinación de partes interesadas, necesidades y expectativas de los trabajadores y otras partes interesadas, cambios en las necesidades y expectativas		DFC 8.1	El programa identifica los procesos asociados con el riesgo de infección.	política institucional de infecciones,programa de seguridad del paciente, estrategias en la vía clínica para mitigar riesgo de infecciones, programa de prevención y control de infecciones, programa de calidad y seguridad del paciente	Ampliamente relacionado	70%	
			b) Los requisitos pertinentes de estas partes interesadas para el sistema de gestión de la calidad			PLN 2.1	Todas las disciplinas representadas en el programa participan en el diseño del programa.	* registros de asistencia a reuniones de la vía clínica *caracterización de la población del programa, registros de asistencia a grupos primarios donde se aprobaron documentos del programa.	Ampliamente relacionado	70%	
			La organización debe realizar el seguimiento y la revisión de la información sobre estas partes interesadas y sus requisitos pertinentes.			PLN 3.1	La misión y el alcance de los servicios del programa se definen por escrito.	*documento maestro, Difundir la misión del programa, Elaborar documento PLM del programa	Ampliamente relacionado	70%	
						PLN 3.3	La organización y los líderes del programa aprueban la misión y el alcance del servicio del programa.	Acta de reunión de aprobación y documento calidad. Divulgación en reuniones, Acta donde se aprueba misión y alcance del programa.	Ampliamente relacionado	70%	
		4.3	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:	Mapas de procesos y caracterizaciones, alusión al abordaje de los riesgos,y oportunidades		PLN 3.3	El programa identifica su población objetivo.	* criterios de ingreso y matriculación en el programa, caracterización de la población, Concretar, política institucional de accesibilidad, acceso y no discriminación, Política de accesibilidad en la atención, presentar y divulgar la política al interior del equipo, actas de socialización de las políticas.	Fuertemente relacionado	90%	
			a. Las cuestiones externas e internas indicadas en el apartado 4.1;						Fuertemente relacionado	90%	
			b. Los requisitos legales y otros requisitos de las partes interesadas pertinentes indicadas en el apartado 4.2;			PLN 3.2	La organización y los líderes del programa aprueban la misión y el alcance del servicio del programa.	Acta de reunión de aprobación y documento calidad. Divulgación en reuniones, Acta donde se aprueba misión y alcance del programa.	Fuertemente relacionado	90%	
			El alcance del sistema de gestión de la calidad de la organización debe estar disponible y mantenerse como información documentada.						Fuertemente relacionado	90%	
			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.						Fuertemente relacionado	90%	
		4.4	4.4.1 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			DFC 4.4	Las guías de práctica clínica adaptadas o adoptadas que se utilizan en el programa se revisan anualmente para garantizar que estén al día con la práctica.	Adopción de gpc para el diagnóstico y manejo por consenso de expertos pendiente: evaluador externo para realizar publicación.	Fuertemente relacionado	90%	
			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 esperados de estos procesos;								
			b) determinar la secuencia e interacción de estos procesos;					Revisión y actualización anual de la Guía de Practica Clínica (GPC). si lo requiere.	Fuertemente relacionado	90%	
			c) determinar y aplicar los criterios y los métodos (incluyendo el seguimiento, la medición y los indicadores del desempeño relacionados) necesarios para asegurarse la operación eficaz y el control de estos procesos;					Revisión y actualización anual de la Guía de Practica Clínica (GPC), si lo requiere.	Fuertemente relacionado	90%	
			d) determinar los recursos necesarios para estos procesos y asegurarse de su disponibilidad;					Revisión y actualización anual de la Guía de Practica Clínica (GPC), si lo requiere.	Fuertemente relacionado	90%	
			e) asignar las responsabilidades y autoridades para estos procesos;					Revisión y actualización anual de la Guía de Practica Clínica (GPC), si lo requiere.	Fuertemente relacionado	90%	
			f) abordar los riesgos y oportunidades determinados de acuerdo con los requisitos del apartado 6.1 de ISO 9001:2015;					Revisión y actualización anual de la Guía de Practica Clínica (GPC), si lo requiere.	Fuertemente relacionado	90%	
			g) evaluar estos procesos e implementar cualquier cambio necesario para asegurarse de que estos procesos logran los resultados previstos;					Revisión y actualización anual de la Guía de Practica Clínica (GPC), si lo requiere.	Fuertemente relacionado	90%	
			h) mejorar los procesos y el sistema de gestión de la calidad						Fuertemente relacionado	90%	
		4.4.2002	4.4.2 En la medida en que sea necesario la organización debe: a) mantener información documentada para apoyar la operación de sus procesos;			DFC 9.5	los recetados y / o administrados se anotan en el expediente	Medición de adherencia historia clínica prescripciones médicas	Fuertemente relacionado	90%	
			b) conservar la información documentada para tener la confianza de que los procesos se realizan según lo planificado.						Fuertemente relacionado	90%	
	5. LIDERAZGO Y COMPROMISO	5.1	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 de la eficacia del sistema de gestión de la calidad.	Objetivos de la calidad, política de la calidad.		PLN 1.2	La responsabilidad de los líderes está claramente definida.	perfil de cargos- (código del documento) , organigrama del programa, acta de compromiso de los integrantes	Parcialmente relacionado	50%	
		5.1.2001	b) asegurando 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;	Política de atención al cliente, estudios de mercadeo, DOFA, matriz de riesgo		PLN 1.1	Los líderes son responsables de la contratación y la retención de personal calificado.	*verificar perfil de cargos, documento que articula el talento humano con el programa: documento maestro	Ampliamente relacionado	70%	
						PLN 5.1	El acceso y la oportunidad de la atención y el tratamiento no dependen de la capacidad de pago del paciente ni de la fuente de pago.	*política institucional de accesibilidad, acceso y no discriminación, Política de accesibilidad en la atención, acuerdos contractuales con aseguradoras, actas de socialización de las normas	Ampliamente relacionado	70%	
			c) asegurando la integración de los requisitos del sistema de gestión integrado en los procesos de negocio de la organización;			PLN 6.1	Los requisitos de inscripción y / o participación están bien definidos.	* definidos en el documento maestro, documento plm del programa, consentimiento informado publicado en página de calidad.	Ampliamente relacionado	70%	
			d) promoviendo el uso del enfoque a procesos y el pensamiento basado en riesgos;			PLN 6.2	Los criterios de participación son pertinentes para el programa y siguen las recomendaciones de las guías de práctica clínica utilizadas.	Gpc-vía clínica documento maestro.	Ampliamente relacionado	70%	
			e) asegurando que los recursos necesarios para el sistema de gestión integrado estén disponibles; para mantener, implementar y mejorar el sistema.			PLN 7.4	La organización anfitriona desarrolla e implementa un código de conducta.	*documento de liderazgo y gestión. , código de ética y buen gobierno, certificado del curso de ética y buen gobierno de todos los integrantes del programa, hojas de vida con certificación reciente del tribunal de etica médica y ética en enfermería.	Ampliamente relacionado	70%	
			f) comunicando la importancia de una gestión integral eficaz y conforme con los requisitos del sistema de gestión integrado;			PLN 9.1	El programa identifica y evalúa los riesgos potenciales en las instalaciones en las que opera el programa.	* matriz de riesgo	Fuertemente relacionado	90%	
			g) asegurando que el sistema de gestión integrado logre los resultados previstos.			PLN 9.2	El programa implementa estrategias para minimizar los riesgos potenciales de seguridad.	*Matriz de riesgo diligenciada con sus estrategias para minimizarlos.	Fuertemente relacionado	90%	
			h) comprometiendo, dirigiendo y apoyando a las personas, para contribuir a la eficacia del sistema de gestión integrado.			PMI 7.3	El programa utiliza los resultados de la satisfacción del paciente y la familia para analizar la calidad de la atención y hacer mejoras al programa.	* seguimiento y análisis de resultados de los métodos de evaluación de la satisfacción del paciente y su familia 2024. * actas de reunión y análisis	Fuertemente relacionado	90%	
			i) promoviendo la mejora continua;			PLN 1.1	Los líderes son responsables de la contratación y la retención de personal calificado.	*verificar perfil de cargos, documento que articula el talento humano con el programa: documento maestro	Fuertemente relacionado	90%	
			j) apoyando otros roles pertinentes de la dirección, para demostrar su liderazgo aplicado a sus áreas de responsabilidad.			PLN 2.3	Los líderes establecen e implementan procesos para mejorar la calidad y la seguridad del paciente.	Actas de reuniones mensuales de seguimiento	Fuertemente relacionado	90%	
		5.1.2002	5.1.2 Enfoque al cliente: La alta dirección debe demostrar liderazgo y compromiso con respecto al enfoque al cliente asegurándose de que:						Fuertemente relacionado	90%	
			a) se determinan, se comprenden y se cumplen de manera coherente los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables;						Fuertemente relacionado	90%	
			b) se determinan y se consideran los riesgos y oportunidades que pueden afectar a la conformidad de los productos y los servicios y a la capacidad de aumentar la satisfacción del cliente;						Fuertemente relacionado	90%	84%
			c) se mantiene el enfoque en el aumento de la satisfacción del cliente.			PLN 9.1	Cuando se identifican los riesgos, el programa toma medidas para reducir esos riesgos.	*Matriz de riesgos del programa	Fuertemente relacionado	90%	
		5.2	**5.2.1 Establecimiento de la política de la calidad:** **La alta dirección debe establecer, autorizar, implementar y mantener una política de Gestión de la calidad que incluya:**	politica de gestion de calidad, divulgacion de medios(pagina web, intranet) la política de la empresa, que sea coherente con sus principios.		IPSG 1.2	Los pacientes son identificados antes de proporcionar tratamientos y procedimientos.	* Protocolo de identificación correcta del paciente,Política institucional	Ampliamente relacionado	80%	
			a) Sea apropiada al propósito y contexto de la organización y apoye su dirección estratégica.						Ampliamente relacionado	80%	
			b) proporcione un marco de referencia para el establecimiento de los objetivos de la calidad						Ampliamente relacionado	80%	
			c) incluya un compromiso de cumplir los requisitos aplicables						Ampliamente relacionado	80%	
			d) incluya el compromiso de mejora continua del sistema de gestión de la calidad						Ampliamente relacionado	80%	
			5.2.2 Comunicación de la política de calidad La política de la calidad debe:						Ampliamente relacionado	80%	
			a) estar disponible y mantenerse como información documentada;						Ampliamente relacionado	80%	
			b) comunicarse, entenderse y aplicarse dentro de la organización;						Ampliamente relacionado	80%	
			c) estar disponible para las partes interesadas pertinentes, según corresponda.			IPSG 1.1	Los pacientes se identifican mediante dos identificadores de pacientes, sin incluir el uso del número de habitación del paciente o la ubicación.	* Protocolo de identificación correcta del paciente,Política institucional	Ampliamente relacionado	80%	
		5.3	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.	manual de funciones, informes del avance del sistema de gestion de calidad, planes de mejoramiento.		PLN 1.2	La responsabilidad de los líderes está claramente definida.	perfil de cargos- (código del documento) , organigrama del programa, acta de compromiso de los integrantes	Fuertemente relacionado	90%	
			a) asegurarse de que el sistema de gestión de la calidad es conforme con los requisitos de esta Norma Internacional;						Fuertemente relacionado	90%	
			b) asegurarse de que los procesos están generando y proporcionando las salidas previstas;						Fuertemente relacionado	90%	
			c) informar, en particular, a la alta dirección sobre el desempeño del sistema de gestión de calidad y sobre las oportunidades de mejora;						Fuertemente relacionado	90%	
			d) asegurarse de que se promueva el enfoque al cliente en toda la organización;						Fuertemente relacionado	90%	
			e) asegurarse de que la integridad del sistema de gestión de la calidad se mantiene cuando se planifica e implementan cambios en el sistema de gestión de la calidad						Fuertemente relacionado	90%	
	6. PLANIFICACIÓN	6.1	6.1.1 Al planificar el sistema de gestión de la calidad, la organización debe considerar las cuestiones referidas a la comprensión de la organización y de su contexto; y los requisitos referidos en el apartado de comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas; y determinar los riesgos y oportunidades que es necesario abordar con el fin de:	Misión, Visión (Mega Organizacional), Políticas de calidad, Valores corporativos		PLN 3.3	La misión y el alcance de los servicios del programa se definen por escrito.	*documento maestro, Difundir la misión del programa, Elaborar documento PLM del programa	Ampliamente relacionado	80%	
			a) asegurar que el sistema de gestión de la calidad pueda lograr sus resultados previstos;	Plan de emergencias, Presupuesto (Matriz de perdidas y ganancias), Manual de calidad, Políticas de calidad, Procedimientos, Instrucciones técnicas, Registros				*documento maestro, Difundir la misión del programa, Elaborar documento PLM del programa	Ampliamente relacionado	80%	
			b) aumentar los efectos deseables;					*documento maestro, Difundir la misión del programa, Elaborar documento PLM del programa	Ampliamente relacionado	80%	
			c) prevenir o reducir efectos no deseados					*documento maestro, Difundir la misión del programa, Elaborar documento PLM del programa	Ampliamente relacionado	80%	
			d) lograr la mejora					*documento maestro, Difundir la misión del programa, Elaborar documento PLM del programa	Ampliamente relacionado	80%	
			6.1.2 La organización debe planificar: a) las acciones para abordar estos riesgos y oportunidades;	Matriz DOFA, plan de acciones de riesgos y oportunidades; plan de seguimiento alas acciones de mejora, Matriz de riesgos (locativos, sociales, psicológicos...)		PLN 9.3	Cuando se identifican los riesgos, el programa toma medidas para reducir esos riesgos.	*Matriz de riesgos del programa	Fuertemente relacionado	90%	
			b) La manera de: 1) integrar e implementar las acciones en sus procesos del sistema de gestión de la calidad;						Fuertemente relacionado	90%	
			2) evaluar la eficacia de estas acciones.						Fuertemente relacionado	90%	
			Las acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades deben ser proporcionales al impacto potencial en la conformidad de los productos y los servicios						Fuertemente relacionado	90%	
		6.2	6.2.1 La organización debe establecer los objetivos de la calidad para las funciones y niveles pertinentes y los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad.	Instructivos, Reglamento interno: Normas, Manuales de equipos, Fichas técnicas de productos o equipos, Balance Score Card (BSC)		DFC 4.1	Las guías de práctica clínica utilizadas se basan en el conocimiento profesional que los líderes clínicos han evaluado como actual.	Realizar validación de guía de practica clinica.	Fuertemente relacionado	90%	
			Los objetivos de la calidad deben:			DFC 4.2	Las guías de práctica clínica utilizadas se basan en el conocimiento profesional que se ha evaluado según corresponda para la población objetivo.	Adopción de gpc para el diagnóstico y manejo por consenso de expertos pendiente: evaluador externo para realizar publicación.	Fuertemente relacionado	90%	
			a) ser coherentes con la política de la calidad			DFC 4.3	Las guías de práctica clínica adaptadas o adoptadas que se utilizan en el programa se revisan anualmente para garantizar su idoneidad.	Hoja de indicadores gpc	Fuertemente relacionado	90%	
			b) ser medibles;			DFC 4.4	Las guías de práctica clínica adaptadas o adoptadas que se utilizan en el programa se revisan anualmente para garantizar que estén al día con la práctica.	Realizar actualización anual de gpc	Fuertemente relacionado	90%	
			c) tener en cuenta los requisitos aplicables						Fuertemente relacionado	90%	
			d) ser pertinentes para la conformidad de los productos y servicios y para el aumento de la satisfacción del cliente;						Fuertemente relacionado	90%	
			e) ser objeto de seguimiento;			PMI 3.5	El programa utiliza los datos de medición para implementar la mejora de los procesos y resultados.	* evaluación de rendimiento , las estadísticas que soportan la toma de decisiones para mejorar el rendimiento del programa, actas de reunión de evaluación del programa	Fuertemente relacionado	90%	
			f) comunicarse						Fuertemente relacionado	90%	
			g) actualizarse, según corresponda.			PMI 3.6	El programa evalúa las variables que afectan los resultados del programa.	* actas que evidencien la evaluación de los indicadores del programa.	Fuertemente relacionado	90%	
			La organización debe mantener información documentada sobre los objetivos de la calidad						Fuertemente relacionado	90%	
			6.2.2 Al planificar cómo lograr sus objetivos de la calidad, la organización debe determinar: a) qué se va a hacer;						Ampliamente relacionado	70%	

			b) qué recursos se requerirán;	plan e informes de auditorias internas, Proyección y presupuesto de ejecución	DFC 9.6	Los medicamentos recetados y / o administrados se anotan en el expediente del paciente.	Medición de adherencia historia clínica y prescripciones médicas	Ampliamente relacionado	70%
			c) quién será responsable;					Ampliamente relacionado	70%
			d) cuándo se finalizará;					Ampliamente relacionado	70%
			e) cómo se evaluarán los resultados.					Ampliamente relacionado	70%
		6.3	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.	Mapas de procesos, diagramas de flujo, matriz de cambio, Capacitaciones al personal, Estudio de mercado, informe de nuevos productos y servicios.	PNI 1.5	El programa prevé actividades de mejora de rendimiento para el personal clínico a través de disciplinas y / o ajustes.	* informe del oficial de cumplimiento, informe de relaciones laborales sobre ausencia de sanciones de los tribunales de ética, verificacion de hojas de vida.	Ampliamente relacionado	70%
			La organización debe considerar: a) el propósito de los cambios y sus consecuencias potenciales		PNI 1.5			Ampliamente relacionado	70%
			b) la integridad del sistema de gestión de la calidad		PNI 1.5			Ampliamente relacionado	70%
			c) la disponibilidad de recursos;		PLM 2.1	Todas las disciplinas representadas en el programa participan en el diseño del programa.	* registros de asistencia a reuniones de la via clínica *caracterización de la población del programa, registros de asistencia a grupos primarios donde se aprobaron documentos del programa.	Fuertemente relacionado	90%
			d) la asignación o reasignación de responsabilidades y autoridades.					Fuertemente relacionado	90%
	7 . A P O Y O	7.1	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	Presupuesto, Nómina, Infraestructura, inventarios, fichas técnicas	DFC 7.2	Cuando se identifican condiciones concurrentes, la información relevante se comunica al personal clínico apropiado que trata o maneja la (s) condición (es).	Documento creado para el programa, donde se motive y aplique la comunicación efectiva	Ampliamente relacionado	80%
			La organización debe considerar: a) las capacidades y limitaciones de los recursos internos existentes;		DFC 7.3	Cuando una afección que ocurre simultáneamente necesita una intervención médica, el paciente es tratado por el personal clínico en el programa o remitido a un personal clínico apropiado.	acuerdos de servicio a los servicios mas requeridos por el programa, historia clínica del paciente	Ampliamente relacionado	80%
								Ampliamente relacionado	80%
		7.1.2002.	7.1.2 Personas: La organización debe determinar y proporcionar las personas necesarias para la implementaciónefica de su sistema de gestión de la calidad y para la operación y controlde sus procesos.	Nómina, organigrama, estudios de carga laboral	DFC 1.1	Todo el personal clínico tiene antecedentes educativos, capacitación y / o certificación, y experiencia consistente con la misión, las metas y los objetivos del programa.	*revisión de las hojas de vida de los profesionales	Ampliamente relacionado	80%
					DFC 1.3	Los criterios básicos para evaluar al personal clínico en el programa incluyen, como mínimo, la licencia actual y la competencia actual.	*revisión de las hojas de vida de los profesionales, verificación de credenciales. - EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO	Ampliamente relacionado	80%
								Ampliamente relacionado	80%
		7.1.2003	7.1.3 Infraestructura La organización debedeterminar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para la operación de sus procesos y lograr la conformidad de los productos y servicios.	Edificio, equipos (hardware y software), recurso de transporte	PLM 3.4	El programa garantiza que los servicios disponibles son apropiados para su población objetivo.	* Personal entrenado e idóneo (especialistas, terapeutas, enfermeras(os) y personal administrativo), así como los recursos físicos representados en áreas para la atención, estudio, laboratorio clínico, portafolio de servicios. Infraestructura física, Planes de mercadeo para atraer pacientes.	Fuertemente relacionado	90%
					PLM 8.3	El programa tiene materiales de referencia (copia impresa o electrónica) que son fácilmente accesibles para el personal clínico.	* guía de practica clínica publica en la organización. * base de datos ebsco - pubmed, embase.	Fuertemente relacionado	90%
								Fuertemente relacionado	90%
		7.1.2004	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.	Encuesta de clima laboral, planes de acción, plan de trabajo de bienestar de la organización, pausas activas, registros de control de temperatura, humedad, campañas de mejora del medio ambiente; resultados de encuestas de condiciones ambientales de trabajo.	IPSG 2.1	La organización ha identificado qué información está documentada en el registro del paciente.	Instructivo Comunicación Efectiva, Reporte de Resultados críticos	Parcialmente relacionado	50%
					PLM 9.1	El programa identifica y evalúa los riesgos potenciales en las instalaciones en las que opera el programa.	* matriz de riesgo	Ampliamente relacionado	80%
		7.1.2005	7.1.5 Recursos de Seguimiento y medicion: 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 el se realice el seguimiento o la medición para verificar la conformidad de los	Listas de chequeo (seguimiento del cumplimiento del servicio), plan de mantenimiento	IPSG 4.1	La organización utiliza una marca reconocible al instante para la identificación del sitio del procedimiento quirúrgico o invasivo que es consistente en toda la organización.	* Lista de verificación de la seguridad de la Cirugía, Estrategias para garantizar una cirugía segura, Lista de verificación de cirugía (actualizar)	Fuertemente relacionado	90%
		7.1.5.1	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 adecuación 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.		PLM 4.1	El programa brinda atención, tratamiento y servicios (por ejemplo, laboratorio, radiología, cirugía y otros servicios que pueden ser aplicables) a los pacientes de manera planificada y oportuna.	*portafolio de servicios, gpc, indicadores de oportunidad, estrategias de oportunidad para las autorizaciones , acuerdos de servicios, ficha de indicadores.	Fuertemente relacionado	90%
					PNI 6.3	El programa tiene un proceso para el seguimiento de eventos "casi incidentes" siempre y cuando ocurran.	Se realiza seguimiento mensual.	Fuertemente relacionado	90%
					PNI 6.4			Fuertemente relacionado	90%
		7.1.5.2	7.1.5.2 Trazabilidad de las mediciones: Cuando la trazabilidad de las mediciones sea un requisito, o es considerada por la organización como parte esencial de 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	Plan de calibración, seguimiento a hoja de vida de los equipos.				Débilmente relacionado	10%
			b) identificarse para determinar su estado;					Débilmente relacionado	10%
			c) protegerse contra ajustes, daño o deterioro que pudieran invalidar el estado de calibración y los posteriores resultados de la medición.					Débilmente relacionado	10%
			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.					Débilmente relacionado	10%
		7.1.2006	7.1.6 Conocimiento 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 que sea necesaria.	Plan de capacitación, resultados de conocimiento en los trabajadores acerca de la actualizacion de informacion de la organizacion; Evaluacion de competencias.	DFC 1.3	Todo el personal clínico tiene antecedentes educativos, capacitación y / o certificación, y experiencia consistente con la misión, las metas y los objetivos del programa.	*revisión de las hojas de vida de los profesionales	Fuertemente relacionado	90%
					DFC 1.2	Los criterios principales para la contratación de personal clínico en el programa incluyen, como mínimo, educación, capacitación y experiencia adecuada, competencia actual y licencia actual.	*revisión de las hojas de vida de los profesionales.verificación de credenciales - PERFIL DEL CARGO	Fuertemente relacionado	90%
			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.		DFC 1.3	Los criterios básicos para evaluar al personal clínico en el programa incluyen, como mínimo, la licencia actual y la competencia actual.	*revisión de las hojas de vida de los profesionales, verificación de credenciales. - EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO	Fuertemente relacionado	90%
		7.2	7.2 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	Manual de funciones y responsabilidades; Informe de evaluaciones de desempeño.	DFC 1.1	Todo el personal clínico tiene antecedentes educativos, capacitación y / o certificación, y experiencia consistente con la misión, las metas y los objetivos del programa.	*revisión de las hojas de vida de los profesionales	Fuertemente relacionado	90%
			b) Asegurarse de que estas personas sean competentes basándose en la educación, formación o experiencia apropiadas		DFC 1.2	Los criterios principales para la contratación de personal clínico en el programa incluyen, como mínimo, educación, capacitación y experiencia adecuada, competencia actual y licencia actual.	*revisión de las hojas de vida de los profesionales.verificación de credenciales - PERFIL DEL CARGO	Fuertemente relacionado	90%
			c) cuando sea aplicable, tomar acciones para adquirir la competencia necesaria y evaluar la eficacia de las acciones tomadas		DFC 1.3	Los criterios básicos para evaluar al personal clínico en el programa incluyen, como mínimo, la licencia actual y	*revisión de las hojas de vida de los profesionales, verificación de credenciales. - EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO	Fuertemente relacionado	90%
			d) conservar la información documentada apropiada como evidencia de la competencia		DFC 1.4	La educación profesional, la capacitación avanzada y la experiencia se verifican a partir de fuentes primarias.	*revisión de las hojas de vida de los profesionales, verificación de credenciales.	Fuertemente relacionado	90%
		7.3	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, incluyendo los beneficios de una mejora del desempeño; d) las implicaciones del incumplimiento de los requisitos del sistema de gestión de la calidad	Identificar en la narrativa durante el feedback con el personal auditado, la importancia del sistema de gestion de calidad ; campañas de sensibilizacion al personal trabajador.	DFC 1.5	La licencia actual y las certificaciones se verifican de fuentes primarias.	*revisión de las hojas de vida de los profesionales,verificación de credenciales	Fuertemente relacionado	90%
								Débilmente relacionado	10%
								Débilmente relacionado	10%
								Débilmente relacionado	10%
								Débilmente relacionado	10%
		7.4	7.4 La organización debe establecer, determinar, implementar y mantener los procesos necesarios para las comunicaciones internas y externas pertinentes al sistema de gestión de la ciidad, que incluyan: a) qué comunicar; b) cuando comunicar; c) a quién comunicar; d) cómo comunicar; e) quién comunica	Sistema de comunicación interna y externa (correo, pagina web, carteleras, memorandos); matriz de comunicación	SSM 1.1	Los pacientes y cuando corresponda, la familia participan en las decisiones sobre su atención clínica y los objetivos acordados mutuamente.	Consentimiento informado de ingreso al programa,Politica de derechos y deberes del paciente	Fuertemente relacionado	100%
					SSM 1.2	Se informa a los pacientes y, cuando corresponde, a la familia sobre sus responsabilidades de proporcionar información para facilitar el tratamiento y cooperar con el personal clínico de atención médica.		Fuertemente relacionado	100%
					SSM 1.3	Se informa a los pacientes y, cuando corresponde, a la familia sobre las posibles consecuencias de no cumplir con un tratamiento recomendado.	* Consentimiento informado, Evidencia en HCE sobre información brindada a paciente y familia.	Fuertemente relacionado	100%
								Fuertemente relacionado	100%
		7.5	7.5.1 Generalidades: El sistema de gestión de la calidad de la organización debe incluir:	Política, alcance y objetivos, manuales y perfiles de la organización, reglamento interno.	CMI 1.1	El programa tiene un proceso escrito que protege la confidencialidad, la seguridad y la integridad de la información y los datos del paciente.	* Manual de seguridad y calidad de la información, ubicación, manual de historias clínicas, Registro de capacitacion en la planilla correspondiente del manual, gestión de la información clínica.	Ampliamente relacionado	80%
		7.5.2001	b) la información documentada que la organización determina como necesaria para la eficacia del sistema de gestión de la calidad		CMI 1.2	El programa protege los registros y la información contra la pérdida, destrucción, manipulación y acceso o uso no autorizado.	Actas firmadas de los integrantes del cir sobre buen uso de bienes informáticos, curso de seguridad informática, firma de constancia de conocer las políticas del manual de seguridad y calidad de la información, manual de historias clínicas.	Ampliamente relacionado	80%
		7.5.2002	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	Validacion de los requisitos en documentacion revisada.	DFC 4.1	Las guías de práctica clínica utilizadas se basan en el conocimiento profesional que los líderes clínicos han evaluado como actual.	Revisión y actualizacfión de guia de practica clinica.	Fuertemente relacionado	100%
			b) el formato (por ejemplo, idioma, versión del software, gráficos) y sus medios de soporte (por ejemplo, papel, electrónico);		DFC 4.4	Las guías de práctica clínica adaptadas o adoptadas que se utilizan en el programa se revisan anualmente para garantizar que estén al día con la práctica.	Revisión y actualización anual de la Guía de Practica Clínica (GPC), si lo requiere.	Fuertemente relacionado	100%
			c) la revisión y aprobación con respecto a la idoneidad y adecuación.		PLM 8.1	Los procesos de atención clínica y las decisiones clínicas se basan en la mejor evidencia científica disponible.	* gpc y vc, publicación y socialización: listados de asistencia, informe de medición de adherencia	Fuertemente relacionado	100%
		7.5.2003	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, dónde y cuándo se necesite;	seguridad y actualizacion de plataforma institucional, supervision de seguridad de informacion organiacional.	PLM 5.3	El nivel de atención brindado a los pacientes es el mismo en todo el programa.	*guía y vía clínica para el programa de atencion clínica especializada	Fuertemente relacionado	100%
					PLM 8.2	La información científica, las referencias y los recursos apoyan la educación clínica y la investigación.	* GPC basadas en la mejor evidencia disponible, acceso a base de datos ebsco, pubmed, embase, convenios con universidades, biblioteca física en el instituto.	Fuertemente relacionado	100%
		7.5.3.1	b) esté protegida adecuadamente (por ejemplo, contra pérdida de confidencialidad, uso inadecuado, o pérdida de integridad).		DFC 9.5	Los medicamentos recetados y / o administrados se anotan en el expediente del paciente.	Medición de adherencia hc prescripciones médicas	Fuertemente relacionado	100%
		7.5.3.2	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;					Débilmente relacionado	0%
								Débilmente relacionado	0%
			c) control de cambios (por ejemplo, control de versión);					Débilmente relacionado	0%
			d) conservación y disposición.					Débilmente relacionado	0%
			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.					Débilmente relacionado	0%
			La información documentada conservada como evidencia de la conformidad debe protegerse contra las modificaciones no intencionadas.					Débilmente relacionado	0%
		8.1	La organización debe planificar, implementar y controlar los procesos necesarios para cumplir los requisitos para la provisión de productos y servicios y para implementar las acciones determinadas en el capítulo 6, mediante:	SOFA, Misión, Visión, Política, Implementacion de un plan de auditoria para realizar control a los procesos. Instructivos y Protocolos implamentados en la empresa; Presupuesto, Nómina, Normatividad Legalinfraestructura'	PNI 1.1	Las actividades de mejora del rendimiento están bien diseñadas y planificadas.	* actas de evaluación del rendimiento del programa, registros de asistencia, plan integral de mejora ips (pime)	Ampliamente relacionado	80%
			a) la determinación de los requisitos para los productos y servicios;		PNI 1.2	El programa de mejora del rendimiento recopila datos relacionados con el programa.	* actas de evaluación del rendimiento, base de datos de pacientes, registros de asistencia, pime, retroalimentación al personal, informes de las demás disciplinas, auditorías y otros, informes riesuridad del cacientei.	Ampliamente relacionado	80%
			b1) el establecimiento de criterios para los procesos;		PNI 1.3	El programa de mejora del rendimiento analiza el rendimiento actual.	* informe del oficial de cumplimiento. informe de relaciones	Ampliamente relacionado	80%
			b2) el establecimiento de criterios para la aceptación de los productos y servicios;					Ampliamente relacionado	80%
			c) la determinación de los recursos necesarios para lograr la conformidad para los requisitos de los productos y servicios;		PNI 1.4	El programa de mejora del rendimiento mejora y mantiene el rendimiento.		Ampliamente relacionado	80%
			d) la implementación del control de los procesos de acuerdo con los criterios;					Ampliamente relacionado	80%

H A C E R	8 . O P E R A C I Ó N	8.2	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 organización debe controlar los cambios planificados y revisar las consecuencias de los cambios no previstos, tomando acciones para mitigar cualquier efecto adverso, cuando sea necesario. La organización debe asegurarse de que los procesos contratados externamente están controlados.		PNI 1.5	El programa prevé actividades de mejora de rendimiento para el personal clínico a través de disciplinas y / o ajustes.	laborales sobre ausencia de sanciones de los tribunales de ética, verificacion de hojas de vida.	Ampliamente relacionado Ampliamente relacionado Ampliamente relacionado	80% 80% 80%	
		8.2.2.001.	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 las propiedades del cliente; e) establecer los requisitos específicos para las acciones de contingencia, cuando sea pertinente.	Portafolio de recuerso ofertacios, actualizacion de convenios con proveedores y clientes, encuestas de satisfaccion, buzon de sugerencia; Informacion personal de los clientes; Creación de documento de contingencia. Valores corporativos, Sitio web, email, Redes sociales, portafolio de productos y servicios.	PLM 3.4	El programa garantiza que los servicios disponibles son apropiados para su población objetivo.	Personas entrenadas e idoneo especialistas, terapeutas, enfermeras(os) y personal administrativo), así como los recursos físicos representados en áreas para la atención, estudio, laboratorio clínico, portafolio de servicios. Infraestructura física,	Fuertemente relacionado	100%	
					PLM 4.1	El programa brinda atención, tratamiento y servicios (por ejemplo, laboratorio, radiología, cirugía y otros servicios que pueden ser aplicables) a los pacientes de manera planificada y oportuna.	*portafolio de servicios, gpc, indicadores de oportunidad, estrategias de oportunidad para las autorizaciones , acuerdos de servicios, ficha de indicadores.	Fuertemente relacionado	100%	
					PLM 4.1	El programa brinda atención, tratamiento y servicios (por ejemplo, laboratorio, radiología, cirugía y otros servicios que pueden ser aplicables) a los pacientes de manera planificada y oportuna.	*portafolio de servicios, gpc, indicadores de oportunidad, estrategias de oportunidad para las autorizaciones , acuerdos de servicios, ficha de indicadores.	Fuertemente relacionado Ampliamente relacionado Ampliamente relacionado	100% 80% 80%	
		8.2.2002	8.2.2 Determinación de los requisitos para los productos y servicios: Cuando se determina 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 las declaraciones de los productos y servicios que ofrece.	Políticas nacionales y empresariales, especificaciones tecnicas de los productos y servicios	IPSG 1.1	Los pacientes se identifican mediante dos identificadores de pacientes, sin incluir el uso del número de habitación del paciente o la ubicación.	* Protocolo de identificación correcta del paciente,Política institucional	Fuertemente relacionado Fuertemente relacionado	90% 90%	
					IPSG 3.2	La organización implementa estrategias para mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo, que pueden incluir procesos específicos de almacenamiento, prescripción, preparación, administración o monitoreo.	* Lista de medicamentos con alerta por similitud. * Protocolo para Mejorar la seguridad de los medicamentos. *Instructivos de identificación de medicamentos - Rótulo de alerta por similitud. * Implementar un programa de prevención de errores en administracion de medicamentos	Fuertemente relacionado Fuertemente relacionado Fuertemente relacionado Fuertemente relacionado Fuertemente relacionado	90% 90% 90% 90%	
		8.2.2003	8.2.3 Revisión de los requisitos para los productos y servicios: 8.2.3.1 Revisión de los requisitos para los productos y servicios: 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 para el uso previsto, cuando sea conocido; c) los requisitos especificados por la organización; d) los requisitos legales y reglamentarios adicionales aplicables a los productos o servicios; e) las diferencias existentes entre los requisitos de 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.	Informes de prueba de efectividad en los productos ofertados. Fichas técnicas del producto o servicio; Registros de aplicabilidad de pruebas de calidad de un nuevo producto, Matriz evaluativa a los productos para evidenciar la calidad de los productos y servicios, actas de modificación del alcance de los servicios.	CIM 4.1	La difusión de datos e información se adaptan para satisfacer las expectativas del usuario.	Documento de gestión de la información clínica, base de datos del programa y resultado de medición de indicadores, documento de mejoramiento de la calidad del programa	Ampliamente relacionado	80%	
					SIM 4.1	Los materiales del programa son comprensibles y apropiados para el nivel de alfabetización del paciente.	folletos educativos e informativos del pacientedel programa, Test de evaluación de la capacidad de aprendizaje de paciente y familia	Ampliamente relacionado	80%	
					SIM 2.2	El programa aborda las necesidades educativas relacionadas con la promoción de la salud.	Esquema de HCE tiene identificación de necesidades educación, folletos de educación en el paciente con EPOC y, esquema de educación en Epicrisis, Formato de identificación de necesidades educativas, Cumplimiento en la entrega de educación en Epicrisis para el paciente con EPOC	Ampliamente relacionado	80%	
		8.2.3.2	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.		DFC 5.1	El personal clínico está informado sobre las guías de práctica clínica y su uso.	Registro de asistencia a capacitaciones de la gpc, módulo educativo para el personal asistencial y pacientes. Socializar gpc a todos los integrantes del equipo, servicios clínicos hospitalarios y ambulatorios, incluidos la atención al paciente y familia	Ampliamente relacionado Fuertemente relacionado Fuertemente relacionado Fuertemente relacionado Fuertemente relacionado Fuertemente relacionado	80% 90% 90% 90% 90%	
		8.2.2004	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 correspondientes sean conscientes de los requisitos modificados.		DFC 5.2	Las actividades de evaluación son consistentes con las guías de práctica clínica.	Diseñar evaluación de conocimientos posterior a capacitación de gpc	Fuertemente relacionado Fuertemente relacionado Fuertemente relacionado Fuertemente relacionado	90% 90% 90% 90%	
		8.3	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.	Documentos, registros y listas de chequeo	DFC 5.1	El personal clínico está informado sobre las guías de práctica clínica y su uso.	Registro de asistencia a capacitaciones de la gpc, módulo educativo para el personal asistencial y pacientes. Socializar gpc a todos los integrantes del equipo, servicios clínicos hospitalarios y ambulatorios, incluidos la atención al paciente y familia	Fuertemente relacionado	100%	77%
		8.3.2002	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) el nivel de control del proceso de diseño y desarrollo esperado por los clientes y otras partes interesadas pertinentes; c) la necesidad de la participación activa de los clientes y usuarios 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; h) las etapas del proceso requeridas, incluyendo las revisiones del diseño y desarrollo aplicables; i) las actividades requeridas de verificación y validación del diseño y desarrollo; d) las responsabilidades y autoridades involucradas en el proceso de diseño y desarrollo;	Manuales, Protocolos de servicio, Instructivos de servicios, ficha técnica de los productos y servicios, encuestas de resultados esperados por los clientes.	DFC 4.2	Las guías de práctica clínica utilizadas se basan en el conocimiento profesional que se ha evaluado según corresponda para la población objetivo.	Adopción de gpc para el diagnóstico y manejo por consenso de expertos pendiente: evaluador externo para realizar publicación.	Fuertemente relacionado	90%	
					DFC 4.4	Las guías de práctica clínica adaptadas o adoptadas que se utilizan en el programa se revisan anualmente para garantizar que estén al día con la práctica.	Adopción de gpc para el diagnóstico y manejo por consenso de expertos pendiente: evaluador externo para realizar publicación.	Fuertemente relacionado	90%	
		8.3.2003	8.3.3 Entradas para el diseño y desarrollo: La organización debe determinar los requisitos esenciales para los tipos específicos de productos y servicios que se van 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 de diseño y desarrollo, estar completos 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.	Diagrama de aplicación del proceso, Diseño y desarrollo conforme a la norma aplicable a la empresa	PLM 3.1	La misión y el alcance de los servicios del programa se definen por escrito.	*Misión del programa, Elaborar documento PLM del programa	Fuertemente relacionado Fuertemente relacionado Fuertemente relacionado Fuertemente relacionado Fuertemente relacionado Fuertemente relacionado Fuertemente relacionado Fuertemente relacionado Fuertemente relacionado Fuertemente relacionado	90% 90% 90% 90% 90% 90% 90% 90% 90% 90%	
		8.3.2004	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.	Estudio de mercado para analizar la posible demanda que pueda tener los productos o servicios de la empresa, Registro de modificaciones y consultas realizadas, diagramas de flujo de creación de los productos y servicios	PNI 1.1	Las actividades de mejora del rendimiento están bien diseñadas y planificadas.	* actas de evaluación del rendimiento del programa, registros de asistencia, plan integral de mejora ips (pime)	Ampliamente relacionado	80%	
					PNI 1.2	El programa de mejora del rendimiento recopila datos relacionados con el programa.	* actas de evaluación del rendimiento, base de datos de pacientes, registros de asistencia, pime, retroalimentación al personal, informes de las demás disciplinas, auditorias y otros, informes nuevustad del pacientel.	Ampliamente relacionado	80%	
					PNI 1.3	El programa de mejora del rendimiento analiza el rendimiento actual.	* informe del oficial de cumplimiento, informe de relaciones laborales sobre ausencia de sanciones de los tribunales de ética, verificacion de hojas de vida.	Ampliamente relacionado	80%	
					PNI 1.4	El programa de mejora del rendimiento mejora y mantiene el rendimiento.		Ampliamente relacionado	80%	
					PNI 1.5	El programa prevé actividades de mejora de rendimiento para el personal clínico a través de disciplinas y / o ajustes.		Ampliamente relacionado Ampliamente relacionado Ampliamente relacionado	80% 80% 80%	
		8.3.2005	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 adecuados 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 adecuado, 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.	Estudios de aceptación de la oferta propuesta por la empresa. Registro de fugerencia, plan de referidos, Encuesta de satisfacción del cliente con el producto	CIM 2.1	El programa define las limitaciones de acceso a los registros clínicos para individuos y / o posiciones.	Manual de historia clínica, política de acceso a la Historia clínica, medición del desempeño y el mejoramiento del programa.	Ampliamente relacionado Ampliamente relacionado	70% 70%	
					CIM 2.2	El programa mide el cumplimiento con las limitaciones de acceso a los registros clínicos.	Informe de auditoría, manual de gestión medica, medición del desempeño y el mejoramiento del programa.	Ampliamente relacionado Ampliamente relacionado Ampliamente relacionado Ampliamente relacionado	70% 70% 70% 70%	
		8.3.2006	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.	Matriz de gestión de cambios	DFC 8.3	El programa identifica qué riesgos requieren políticas y / o procedimientos, educación del personal, cambios en la práctica y otras actividades para apoyar la reducción de riesgos.	(Protocolos - guías del programa de infecciones) adherencia a políticas del comité de infecciones, seguimiento a estrategia instauradas en matriz de riesgo del programa en cuanto a la adherencia al lavado de manos, aislamiento, medidas de bioseguridad.	Ampliamente relacionado Ampliamente relacionado Ampliamente relacionado Ampliamente relacionado Ampliamente relacionado	60% 60% 60% 60% 60%	
		8.4.2001	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.	Auditoría de lo proveedores. Hoja de vida del proveedor, auditoría interna a provehedores, cumplimiento de indicadores	CIM 4.1	La difusión de datos e información se adaptan para satisfacer las expectativas del usuario.	Documento de gestión de la información clínica, base de datos del programa y resultado de medición de indicadores, documento de mejoramiento de la calidad del programa	Ampliamente relacionado Ampliamente relacionado Ampliamente relacionado Ampliamente relacionado Ampliamente relacionado Ampliamente relacionado Ampliamente relacionado	70% 70% 70% 70% 70% 70% 70%	
		8.4.2002	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.	Matriz de riesgo con el fin de evaluar la compatibilidad, precios ofertados de los productos internos con los externos	CIM 2.1	El programa define las limitaciones de acceso a los registros clínicos para individuos y / o posiciones.	Manual de historia clínica, política de acceso a la Historia clínica, medición del desempeño y el mejoramiento del programa.	Fuertemente relacionado Fuertemente relacionado	90% 90%	
					CIM 2.2	El programa mide el cumplimiento con las limitaciones de acceso a los registros clínicos.	Informe de auditoría, manual de gestión medica, medición del desempeño y el mejoramiento del programa.	Fuertemente relacionado Fuertemente relacionado Fuertemente relacionado Fuertemente relacionado	90% 90% 90% 90%	
		8.4.2003	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 equipo; 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 la organización;	Auditoría de lo proveedores. Hoja de vida del proveedor.	DFC 8.3	El programa identifica qué riesgos requieren políticas y / o procedimientos, educación del personal, cambios en la práctica y otras actividades para apoyar la reducción de riesgos.	(Protocolos - guías del programa de infecciones) adherencia a políticas del comité de infecciones, seguimiento a estrategia instauradas en matriz de riesgo del programa en cuanto a la adherencia al lavado de manos, aislamiento, medidas de bioseguridad.	Ampliamente relacionado Ampliamente relacionado Ampliamente relacionado Ampliamente relacionado Ampliamente relacionado Ampliamente relacionado Ampliamente relacionado	60% 60% 60% 60% 60% 60% 60%	

			f) las actividades de verificación o validación que la organización, o su cliente, pretenden llevar a cabo en las instalaciones del proveedor externo.					Ampliamente relacionado	60%
		8.5.2001	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;	Plan de producción diario. Plan de control. Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo. Formatos de autoevaluación del proceso. Auditorías internas.	PLM 6.2	Los criterios de participación son pertinentes para el programa y siguen las recomendaciones de las guías de práctica clínica utilizadas.	Gpc-vía clínica documento maestro.	Ampliamente relacionado	80%
			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;		PLM 6.3	El programa utiliza un método sistemático basado en la necesidad percibida para identificar a los pacientes potenciales que no son remisiones directas.	Gpc-vía clínica, validar escalas a utilizar	Ampliamente relacionado	80%
			d) el uso de la infraestructura y el entorno adecuados para la operación de los procesos;					Ampliamente relacionado	80%
			e) la designación de personas competentes, incluyendo cualquier calificación requerida;					Ampliamente relacionado	80%
			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;		PLM 6.3	El programa utiliza un método sistemático basado en la necesidad percibida para identificar a los pacientes potenciales que no son remisiones directas.	Gpc-vía clínica, validar escalas a utilizar	Ampliamente relacionado	80%
			g) la implementación de acciones para prevenir los errores humanos;					Ampliamente relacionado	80%
			h) la implementación de actividades de liberación, entrega y posteriores a la entrega.					Ampliamente relacionado	80%
			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.	Caracterización del proceso. Mapa de riesgos	IPSG 6.5	Se implementan medidas para reducir el riesgo de caídas para aquellos pacientes identificados, situaciones y ubicaciones evaluadas para estar en riesgo.	* Instructivo Minimizar el riesgo de daño al paciente causado por caídas, Lista de verificación mitimizar el riesgo de daño causado por caídas	Ampliamente relacionado	80%
			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.		PLM 7.1	El programa protege la integridad de la toma de decisiones clínicas, independientemente de cómo el programa compensa o comparte el riesgo financiero con sus líderes, gerentes y personal clínico.	* Guía de práctica clínica (GPC), vías clínicas	Ampliamente relacionado	80%
			La organización debe controlar la identificación única de las salidas cuando la trazabilidad sea un requisito.		PLM 9.3	El programa identifica y evalúa los riesgos potenciales en las instalaciones en las que opera el programa.	* matriz de riesgo	Ampliamente relacionado	80%
			Se debe conservar la información documentada necesaria para permitir la trazabilidad.					Ampliamente relacionado	80%
			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 está siendo utilizada por la misma					Ampliamente relacionado	80%
			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.					Ampliamente relacionado	80%
			Cuando la propiedad de un cliente o de un proveedor externo se pierda, deteriore o que de algún otro modo se considere inadecuada para su uso, la organización debe informar de esto al cliente o proveedor externo					Ampliamente relacionado	80%
			conservar la información documentada sobre lo que ha ocurrido…					Ampliamente relacionado	80%
			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		PLM 5.3	El nivel de atención brindado a los pacientes es el mismo en todo el programa.	*guía y vía clínica para el programa de atencion clinica especializada	Fuertemente relacionado	90%
			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.		PLM 6.3	El programa utiliza un método sistemático basado en la necesidad percibida para identificar a los pacientes potenciales que no son remisiones directas.	Gpc-vía clínica, validar escalas a utilizar	Fuertemente relacionado	90%
			A) determinar el alcance de las actividades posteriores a la entrega que se requieren, la organización debe considerar: a) los requisitos legales y reglamentarios;		PLM 4.3	El personal clínico está siempre disponible para brindar o facilitar la prestación de atención y / o servicios, incluso fuera del horario de atención o en caso de emergencia.	Disponibilidad de los servicios	Fuertemente relacionado	90%
			b) las consecuencias potenciales no deseadas asociadas con sus productos y servicios;	Plan de manejo de residuos. Inventario de productos. Registro de ingresos y egresos del almacen. Facturas de ventas	PLM 4.1	El programa brinda atención, tratamiento y servicios (por ejemplo, laboratorio, radiología, cirugía y otros servicios que pueden ser aplicables) a los pacientes de manera planificada y oportuna.	*portafolio de servicios, gpc, indicadores de oportunidad, estrategias de oportunidad para las autorizaciones , acuerdos de servicios, ficha de indicadores.	Fuertemente relacionado	90%
			c) la naturaleza, el uso y la vida útil prevista de sus productos y servicios;		SSM 3.1	El programa realiza evaluaciones iniciales y continuas de la comprensión del paciente de la información específica	* Formato pre y pos test, Adjuntar a la HCE del paciente	Fuertemente relacionado	90%
			d) los requisitos del cliente;		DFC 6.1	El programa utiliza métodos específicos para priorizar las necesidades de los pacientes e identificar los riesgos de los pacientes que se adaptan a la edad de la población objetivo y las necesidades de desarrollo.	*escalas de evaluación a aplicar en el programa, medición de la adherencia gpc-vc	Fuertemente relacionado	90%
			e) retroalimentación del cliente;		DFC 6.4	El programa implementa intervenciones basadas en la priorización de las necesidades y los riesgos identificados en el paciente.	*escalas de evaluación a aplicar en el programa, medición de la adherencia gpc-vc	Fuertemente relacionado	90%
			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	Matriz de gestión de cambios	SSM 2.1	El programa aborda las necesidades educativas relacionadas con los cambios en el estilo de vida que apoyan los regímenes de autogestión.	Manual de Educación al Paciente y Familia, Esquema de HCE tiene identificación de necesidades educación, Folletos de educacional apciente del programa, Esquema de educación en Episcrisis, Educación a pacientes/familiares del programa	Fuertemente relacionado	90%
			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.					Fuertemente relacionado	90%
		8.6	La organización debe implementar las disposiciones planificadas, en las etapas adecuadas, para verificar que se cumplen los requisitos de los productos y servicios.	Lista de chequeo de conformidad del producto. Inventario. Protocolo de aceptación de producto o servicio. Formato de aceptación del pedido	PNI 7.3	El programa utiliza los resultados de la satisfacción del paciente y la familia para analizar la calidad de la atención y hacer mejoras al programa.	* seguimiento y análisis de resultados de los métodos de evaluación de la satisfacción del paciente y su familia 2024. * actas de reunión y análisis	Fuertemente relacionado	90%
			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.					Fuertemente relacionado	90%
			La organización debe conservar la información documentada sobre la liberación de los productos y servicios. La información documentada debe incluir:					Fuertemente relacionado	90%
			a) evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación;					Fuertemente relacionado	90%
			b) trazabilidad a las personas que han autorizado la liberación.					Fuertemente relacionado	90%
		8.7	8.7.1 La organización debe asegurarse de que las salidas que no sean conformes con sus requisitos se identifican y se controlan para prevenir su uso o entrega no intencionada	Plan de mejoramiento	CIM 2.1	El programa define las limitaciones de acceso a los registros clínicos para individuos y / o posiciones.	Manual de historia clínica, política de acceso a la Historia clínica, medición del desempeño y el mejoramiento del programa.	Fuertemente relacionado	90%
		8.7.2001	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 prestación de los servicios	Informes de gestión	CIM 2.3	Existe un proceso para garantizar que solo las personas autorizadas ingresen en el registro clínico del paciente.	Actas de reunión de socializacion de historias clínicas	Fuertemente relacionado	90%
			La organización debe tratar las salidas no conformes de una o más de las siguientes maneras:					Fuertemente relacionado	90%
			a) corrección;					Fuertemente relacionado	90%
			b) separación, contención, devolución o suspensión de la provisión de los productos y servicios;		CIM 2.5	Se puede identificar el autor, la fecha y la hora de cada entrada clínica.	* Documentos de seguridad y calidad de la Informació, Informe de historias clínicas, informes de entradas y salidad de la organización	Fuertemente relacionado	90%
			c) informar al cliente;					Fuertemente relacionado	90%
			d) obtener autorización para su aceptación bajo concesión.					Fuertemente relacionado	90%
			Debe verificarse la conformidad con los requisitos cuando se corrigen las salidas no conformes.					Fuertemente relacionado	90%
		8.7.2002	8.7.2 La organización debe mantener la información documentada que: a) describa la no conformidad;	Plan de mejoramiento	CIM 4.1	El programa utiliza datos e información agregados para respaldar la mejora del rendimiento.	Documento de gestión de la información clínica, base de datos del programa y resultado de medición de indicadores, documento de mejoramiento de la calidad del programa	Fuertemente relacionado	90%
			b) describa las acciones tomadas;					Fuertemente relacionado	90%
			c) describa las concesiones obtenidas;					Fuertemente relacionado	90%
			d) identifique la autoridad que ha decidido la acción con respecto a la no conformidad.					Fuertemente relacionado	90%
V E R I F I C A R	9. E V A L U A C I Ó N D E L D E S E M P E Ñ O	9.1			CIM 2.2	El programa mide el cumplimiento con las limitaciones de acceso a los registros clínicos.	Informe de auditoria, manual de gestión medica, medición del desempeño y el mejoramiento del programa.	Fuertemente relacionado	90%
		9.1.2001	9.1.1 Generalidades: La organización debe determinar: a) qué necesita seguimiento y medición;	auditoria interna sectorial semanalmente con entrega de resultados, informes con planes de mejora a los hallazgos encontrados con planificacion de correccion de los resultados en planes de 1 mes.	DFC 4.5	El programa utiliza el análisis de resultados para determinar las modificaciones a las guías de práctica clínica y su uso.	* Informes de auditoria de medición de adherencia gpc- * seguimiento a indicadores y planes de mejoramiento	Fuertemente relacionado	90%
					DFC 5.3	Las actividades de intervención son consistentes con las guías de práctica clínica.	* Informes de auditoria medición de adherencia gpc seguimiento a indicadores y planes de mejoramiento	Fuertemente relacionado	90%
			b) Metodos a utilizar					Fuertemente relacionado	90%
			c. Cuando se deben llevar a cabo el seguimiento y la medición					Fuertemente relacionado	90%
			d) cuándo se deben analizar y evaluar los resultados del seguimiento y la medición.					Fuertemente relacionado	90%
			La organización debe evaluar el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad					Fuertemente relacionado	90%
			La organización debe conservar la información documentada apropiada, como evidencia de los resultados					Fuertemente relacionado	90%
		9.1.2002	9.1.2 Satisfacción del cliente: La organización debe realizar el seguimiento de las percepciones de los clientes del grado en que se cumple sus necesidades y expectativas.	encuestas de satisfacion a los clientes, buzon de felicitaciones por la atencion, espacios de socializacion entre los clientes y los trabajadores.	PNI 7.1	El programa evalúa la satisfacción del paciente y la percepción de la calidad de la atención a nivel del programa.	* encuesta de satisfacción para pacientes pertenecientes al programa, encuesta de la oficina de experiencia del paciente	Fuertemente relacionado	100%
			la organización debe determinar los métodos para obtener, realizar el seguimiento y revisar esta información.					Fuertemente relacionado	100%
		9.1.2003	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:	encuentas de satisfaccion con el producto, evaluar estadisticamente la satisacciondos los clientes con el producto, hallar debilidades refejadas por las encuentas y plantear planes de mejora en cuanto al producto, realizar seguimiento con listas de chequeo al plan de mejora.	PNI 7.2	Cuando es culturalmente apropiado, el programa evalúa la satisfacción y la percepción de la familia sobre la calidad de la atención a nivel del programa.	* encuesta de satisfacción para pacientes pertenecientes al programa, encuesta de la oficina de experiencia del paciente	Fuertemente relacionado	100%
			a) La conformidad de los productos y servicios					Fuertemente relacionado	100%
			b) El grado de satisfacción del cliente					Fuertemente relacionado	100%
			c) el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad					Fuertemente relacionado	100%
			d) si lo planificado se ha implementado de forma eficaz;					Fuertemente relacionado	100%
			e) la eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y oportunidades;					Fuertemente relacionado	100%
			f) el desempeño de los proveedores externos;					Fuertemente relacionado	100%
			g) la necesidad de mejoras en el sistema de gestión de la calidad					Fuertemente relacionado	100%
		9.2	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) se conforma con:	Programas de auditorias, informes a la alta gerencia con resportes cuantitativos de loshallazgos encontrados, lista de auditores contratados por la empresa, perfiles de auditores.	PNI 1.1	Las actividades de mejora del rendimiento están bien diseñadas y planificadas.	* actas de evaluación del rendimiento del programa, registros de asistencia, plan integral de mejora ips (pime)	Fuertemente relacionado	100%
		9.2.2001	1) los requisitos propios de la organización para su sistema de gestión		PNI 1.2	El programa de mejora del rendimiento recopila datos relacionados con el programa.	* actas de evaluación del rendimiento, base de datos de pacientes, registros de asistencia, pime, retroalimentación al personal, informes de las demás disciplinas, auditorías y otros, informes (seguridad del paciente).	Fuertemente relacionado	100%
			2) los requisitos de las Normas		PNI 1.3	El programa de mejora del rendimiento analiza el rendimiento actual.		Fuertemente relacionado	100%
			b) se implementa y mantiene eficazmente.		PNI 1.4	El programa de mejora del rendimiento mejora y mantiene el rendimiento.		Fuertemente relacionado	100%
		9.2.2002	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;		PNI 1.5	El programa prevé actividades de mejora de rendimiento para el personal clínico a través de disciplinas y / o ajustes.	* informe del oficial de cumplimiento, informe de relaciones laborales sobre ausencia de sanciones de los tribunales de ética, verificacion de hojas de vida.	Fuertemente relacionado	100%
			b) definir los criterios de la auditoría y el alcance para cada auditoría;					Fuertemente relacionado	100%
			c) seleccionar los auditores y llevar a cabo auditorías para asegurarse de la objetividad y la imparcialidad del proceso de auditoría;					Fuertemente relacionado	100%
			d) asegurarse de que los resultados de las auditorías se informan a la dirección pertinente;					Fuertemente relacionado	100%
			es realizar las correcciones y tomar las acciones correctivas adecuadas sin demora injustificada;					Fuertemente relacionado	100%
			f) conservar la información documentada como evidencia de la implementación del programa de auditoría y los resultados de la auditoría.					Fuertemente relacionado	100%
		9.3.2001	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.		PLM 7.5	El programa supervisa el cumplimiento del código de conducta.	* informe del oficial de cumplimiento, informe de relaciones laborales sobre ausencia de sanciones de los tribunales de ética, verificacion de hojas de vida.	Fuertemente relacionado	100%
			9.3.2 Entradas de la revisión por la dirección La revisión por la dirección debe planificarse y llevarse a cabo incluyendo consideraciones sobre:		PNI 1.3	El programa de mejora del rendimiento analiza el rendimiento actual.		Fuertemente relacionado	100%
			a) el estado de las acciones de las revisiones por la dirección previas;		PNI 1.4	El programa de mejora del rendimiento mejora y mantiene el rendimiento.		Fuertemente relacionado	100%
			b) los cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al sistema de gestión de la calidad		PNI 1.5	El programa prevé actividades de mejora de rendimiento para el personal clínico a través de disciplinas y / o ajustes.		Fuertemente relacionado	100%
			c) la información sobre el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad, incluidas las tendencias relativas a:		PNI 3.1	El programa selecciona medidas de rendimiento válidas y confiables basadas en las guías de práctica clínica u otra evidencia relevante para el manejo de la enfermedad o afección.	Indicadores para el programa	Fuertemente relacionado	100%
			1) satisfacción del cliente y la retroalimentación de las partes interesadas pertinentes, incluidas las quejas;		PNI 7.2	Cuando es culturalmente apropiado, el programa evalúa la satisfacción y la percepción de la familia sobre la calidad de la atención a nivel del programa.	* aplicación de la encuesta de satisfacción para pacientes pertenecientes al programa, encuesta de la oficina de experiencia del paciente	Fuertemente relacionado	100%

97%

							calidad de la atencion a nivel del programa.	del paciente	Fuertemente relacionado	100%	
		9.3.2002	2) el grado en que se han cumplido los objetivos	Revision de la direccion de salidas no conformes informes con listas de chequeo con los productos adquiridos		PMI 3.3	El programa agrega y analiza los datos, utilizando herramientas de mejora de la calidad, a nivel del programa.	* actas de evaluación del rendimiento del programa, presentaciones para las reuniones de rendimiento	Fuertemente relacionado	100%	
			3) desempeño de los procesos, conformidad de los productos y servicios;						Fuertemente relacionado	100%	
			4) no conformidades y acciones correctivas;			PMI 4.3	Se realiza un análisis de la causa raíz de todos los eventos centinela en un periodo de tiempo específico que no exceda los 45 días a partir de la fecha del evento o cuando se informa del evento.	Programa de seguridad. Actas de reunión.	Fuertemente relacionado	100%	
			5) resultados de seguimiento y medición;			DFC 4.5	El programa utiliza el análisis de resultados para determinar las modificaciones a las guías de práctica clínica y su uso.	* Informes de auditoría de medición de adherencia gpc. * seguimiento a indicadores y planes de mejoramiento	Fuertemente relacionado	100%	
			6) resultados de las auditorías;			PLM 4.4	El programa evalúa los servicios prestados a través de acuerdos contractuales para garantizar que el alcance y el nivel de atención y / o servicios se brinden de manera consistente.	*informes de auditoría a servicios, evidencias de mejoramiento a partir de los hallazgos, acuerdos de servicios	Fuertemente relacionado	100%	
			7) el desempeño de los proveedores externos;						Fuertemente relacionado	100%	
			d) la adecuación de los recursos;						Fuertemente relacionado	100%	
			e) la eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades;			PMI 5.3	El programa cuenta con un proceso para el seguimiento de errores o eventos adversos, siempre y cuando se produzcan.	plan de evaluación mensual de todos los potenciales eventos, informe a gerencia y El plan de mejoras.	Fuertemente relacionado	100%	
			f) oportunidades de mejora						Fuertemente relacionado	100%	
		9.3.2003	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;	Informes, prestaciones y actaiude la informacion documentada, resultados de la revision por la dicreccion, acciones tomadas y oportunidades d mmejora.		PMI 2.2	La recopilación de datos es oportuna, precisa, completa y relacionada con el programa.	* actas de evaluación del rendimiento, base de datos de pacientes, registros de asistencia, pime, retroalimentación al personal, informes de las demás disciplinas, auditorías y otros, informes (seguridad del paciente).	Fuertemente relacionado	90%	
			b) cualquier necesidad de cambio en el sistema de gestión de la calidad			PMI 2.3	El programa supervisa y mantiene la precisión, integridad, confiabilidad y validez de los datos.	revisión de la hce	Fuertemente relacionado	90%	
			c) Las necesidades de recursos						Fuertemente relacionado	90%	
			La organización debe conservar información documentada como evidencia de los resultados de las revisiones por la dirección						Fuertemente relacionado	90%	
A C T U A R	1 0 . M E J O R A	10.1	La organización debe determinar y seleccionar las oportunidades de mejora e implementar cualquier acción necesaria para cumplir los requisitos del cliente, aumentar la satisfacción del cliente	Planes de mejoramiento, planes de acción (incluir seguimiento), Migración a aplicativos móviles que mejoren la interacción con el cliente		PMI 1.1	Las actividades de mejora del rendimiento están bien diseñadas y planificadas.	* actas de evaluación del rendimiento del programa, registros de asistencia, plan integral de mejora ips (pime)	Fuertemente relacionado	90%	90%
			Estas deben incluir: a) mejorar los productos y servicios para cumplir los requisitos, así como tratar las necesidades y expectativas futuras;			PMI 3.5	El programa utiliza los datos de medición para sistemáticamente la mejora de los procesos o resultados.	* evaluación de rendimiento , las estadísticas que soportan la toma de decisiones para mejorar el rendimiento del programa	Fuertemente relacionado	90%	
						PMI 3.6	El programa evalúa las variables que afectan los resultados del programa.	* actas que evidencien la evaluación de los indicadores del programa.	Fuertemente relacionado	90%	
			b) corregir, prevenir o reducir los efectos indeseados;			PMI 5.5	El programa implementa cambios basados en su análisis de errores o eventos adversos en todo el sistema.	plan de mejora. Hay una base formato de seguimiento donde se verifica el cumplimiento.	Fuertemente relacionado	90%	
			c) mejorar el desempeño y la eficacia del sistema de gestión de la calidad						Fuertemente relacionado	90%	
		10.2	10.2.1 Cuando ocurra una no conformidad, incluida cualquiera originada por quejas, la organización debe:	Plan de respuesta a quejas (incluir seguimiento), registro de análisis de la no conformidad, Buzón de PQRS; Consecutivo de auditorías, que permita revisión y análisis del progreso; Matriz evaluación de progreso ante novedades reportadas en auditorías		PMI 7.1	El programa utiliza los resultados de la satisfacción del paciente y la familia para analizar la calidad de la	* seguimiento y análisis de resultados de los métodos de evaluación de la satisfacción del paciente y su familia 2024.	Fuertemente relacionado	90%	
		10.2.2007	a) reaccionar ante la no conformidad y, cuando sea aplicable: 1) tomar acciones para controlarla y corregirla; 2) hacer frente a las consecuencias; incluida la mitigación de los impactos ambientales adversos			DFC 3.1	Se toman medidas correctivas cuando se identifican deficiencias o desempeño deficiente.	Análisis de resultados y retroalimentación.	Fuertemente relacionado	90%	
			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:			PLM 2.1	Los líderes establecen e implementan procesos para mejorar la calidad y la seguridad del paciente.	Actas de reuniones mensuales de seguimiento	Fuertemente relacionado	90%	
			1) la revisión y el análisis de la no conformidad;			PMI 6.1	El programa intenta prevenir eventos imprevistos o errores que podrían haber provocado la muerte o lesiones físicas o psicológicas graves.	Educación, socialización y las medidas que fueran necesarias.	Fuertemente relacionado	90%	
			2) la determinación de las causas de la no conformidad;						Fuertemente relacionado	90%	
			3) la determinación de si existen no conformidades similares, o que potencialmente podrían ocurrir;						Fuertemente relacionado	90%	
			c) implementar cualquier acción necesaria;						Fuertemente relacionado	90%	
			d) revisar la eficacia de cualquier acción correctiva tomada;						Fuertemente relacionado	90%	
			e) si es necesario, actualizar los riesgos y oportunidades determinados durante la planificación;						Fuertemente relacionado	90%	
			f) si es necesario, hacer cambios al sistema de gestión de la calidad						Fuertemente relacionado	90%	
			Las acciones correctivas deben ser adecuadas a la importancia de los efectos de las no conformidades encontradas.						Fuertemente relacionado	90%	
		10.2.2002	10.2.2 La organización debe conservar información documentada, como evidencia de:			PLM 2.3	Los líderes establecen e implementan procesos para mejorar la calidad y la seguridad del paciente.	Actas de reuniones mensuales de seguimiento, Manual de historias clínica	Fuertemente relacionado	90%	
			a) la naturaleza de las no conformidades y cualquier acción tomada posteriormente:						Fuertemente relacionado	90%	
			b) los resultados de cualquier acción correctiva.						Fuertemente relacionado	90%	
		10.3	La organización debe mejorar continuamente la idoneidad, 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 o oportunidades que deben tratarse como parte de la mejora continua.	Análisis de resultados de la organización, identificación de oportunidades frente al comportamiento del mercado y el entorno social y geográfico		PMI 1.2	El programa de mejora del rendimiento recopila datos relacionados con el programa.	* actas de evaluación del rendimiento, base de datos de pacientes, registros de asistencia, pime, retroalimentación al personal, informes de las demás disciplinas, auditorías y otros, informes (seguridad del paciente).	Fuertemente relacionado	90%	