

FACULTAD DE INGENIERÍA

Carrera de Ingeniería Industrial

“DISEÑO DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2015, PARA MEJORAR EL NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS CLIENTES EN LA EMPRESA AUREA IMPLANT EIRL”

Tesis para optar el título profesional de

Ingeniero Industrial

Autor:

Pablo Joao Llanos Caceres

Asesor:

Ing. Ana Rosa Mendoza Azañero

DEDICATORIA

A mis padres Juan Manuel Llanos Arroyo y Martha Beatriz Cáceres Castro por su apoyo incondicional dado en cualquier momento y circunstancia, su comprensión y ayuda, darme la energía para continuar en este objetivo profesional y por creer en mí.

Agradezco a mis hermanos Jorge Daniel Llanos Cáceres y Elis Tatiana Llanos Cáceres, por siempre recordarme el camino que debo seguir para lograr los objetivos, con su apoyo incondicional de siempre

AGRADECIMIENTO

Agradezco a los docentes de la carrera de Ingeniería Industrial de la Universidad Privada del Norte, por haber guiado mi proceso formativo profesional a lo largo de los últimos años en los cuales he podido compartir experiencias y adquirir herramientas fundamentales para ejercer la profesión en el campo laboral.

TABLA DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTO.....	3
ÍNDICE DE FIGURAS	7
ÍNDICE DE ECUACIONES.....	8
RESUMEN.....	9
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	10
1.1 Realidad problemática.....	10
1.2 Formulación del problema	13
1.3 Objetivos	13
1.3.1 Objetivo general	13
1.3.2 Objetivos específicos.....	13
1.4 Estimación	14
CAPÍTULO II. METODOLOGÍA.....	15
2.1 Tipo de investigación	15
2.2 Población y muestra	16
2.2.1 Población	16
2.2.2 Muestra	16
2.3 Técnicas e instrumentos de recolección y análisis de datos.....	17
2.4 Procedimiento	19
2.4.1 Primera etapa: Reconocimiento de la empresa.....	19
2.4.2 Segunda etapa: Diagnóstico situacional	19
2.4.3 Tercera etapa: Diseño del sistema de gestión de calidad	20
2.4.4 Cuarta etapa: Medir el nivel de satisfacción de los clientes posterior al diseño del sistema de gestión de calidad en la empresa	20
2.5 Aspectos éticos	20
2.6 Operacionalización de variables.....	21

CAPÍTULO III. RESULTADOS	22
3.1 Información general de la empresa.....	22
3.1.1 Misión	22
3.1.2 Visión	22
3.1.3 Principios organizacionales	22
3.1.4 Estructura Organizacional	23
3.2 Diagnóstico de la empresa.....	24
3.2.1 Reunión / Brainstorming	24
3.2.2 Análisis PESTEL.....	25
3.2.3 Análisis FODA	26
3.2.4 Diagnosticar la situación actual de la empresa con el cumplimiento del Check list con los requisitos de la norma ISO 9001:2015.....	27
3.2.5 Evaluación de la satisfacción de los clientes con ayuda de la encuesta dirigida a los clientes para conocer el estado actual del nivel de satisfacción.....	44
3.3 Desarrollo del diseño de gestión de calidad	46
3.3.1 Manual de calidad	46
3.3.2 Aplicación de la encuesta de satisfacción de los clientes con el diseño del SCG.	103
CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	105
4.1 Discusión	105
4.2 Conclusiones	107
REFERENCIAS	109
ANEXOS.....	112

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de las variables	21
Tabla 2 Resumen de problemas encontrados mediante la entrevista / reunión.....	24
Tabla 3 Análisis PESTEL.....	25
Tabla 4 Análisis FODA	26
Tabla 5 Calificación de numerales	27
Tabla 6 Contexto de la organización	28
Tabla 7 Liderazgo.....	30
Tabla 8 Planificación.....	32
Tabla 9 Apoyo	34
Tabla 10 Operación	37
Tabla 11 Evaluación de desempeño	40
Tabla 12 Mejora	42
Tabla 13 Resumen de cumplimiento norma ISO 90001:2015	43
Tabla 14 Resultados de encuesta en la satisfacción de los clientes.....	44
Tabla 15 Manual de calidad	46
Tabla 6 Contexto de la organización	114
Tabla 7 Liderazgo.....	116
Tabla 8 Planificación.....	118
Tabla 9 Apoyo	120
Tabla 10 Operación	123
Tabla 11 Evaluación de desempeño	126
Tabla 12 Mejora	128

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Fachada principal del centro médico Aurea Implant	23
Figura 2	Estructura organizacional de la empresa	23
Figura 3	Cumplimiento actual del SGC norma ISO 9001:2015	43
Figura 4	Gráfico del resultado inicial de la encuesta en la satisfacción de los clientes	45
Figura 5	Organigrama	53
Figura 6	Mapa de procesos	55
Figura 10	Gráfico de resultado final de encuesta de satisfacción del paciente	104
Figura 5	Organigrama	138
Figura 6	Mapa de procesos	140

ÍNDICE DE ECUACIONES

Ecuación 1 Cálculo de muestra	16
--	----

RESUMEN

La investigación realizada, tuvo el objetivo de mejorar la satisfacción de los clientes de la empresa Aurea Implant EIRL, por medio del diseño de un sistema de gestión de calidad basado en la norma ISO 9001:2015 con un enfoque al cliente, el diagnóstico situacional de la empresa comenzó con una reunión previa con el personal de la organización dando a conocer la problemática desde su punto de vista con una lluvia de ideas, luego se aplicaron las herramientas PESTEL y FODA para identificar puntos externos e internos y así planificar estratégicamente el desarrollo del trabajo de investigación. La metodología del diseño es pre – experimental. Para el análisis de datos se usó la encuesta de satisfacción dirigida al cliente para observar el grado de cumplimiento de sus expectativas, se arrojó un resultado de 60.9% global, posteriormente se hizo el Check list el cual alcanzó un cumplimiento de 21.51% global de los requisitos para el SGC. Es por ello que es necesario el diseño de un SGC enfocado al cliente, en el cual se mejora los procedimientos relacionados directamente con los clientes, realizando documentos en donde se establecen las funciones y responsabilidades del personal, formatos para seguimiento de actividades y capacitaciones. Posteriormente, se realizó una segunda encuesta de satisfacción luego del diseño del SGC, mejorando satisfactoriamente con un resultado más del 90% global.

Palabras clave: Sistema de gestión de calidad, manual de calidad, política de calidad, análisis PESTEL, ISO 9001:2015

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

1.1 Realidad problemática

En el contexto actual que vivimos ha provocado que el mundo empresarial se vuelva cada vez más competitivo para las organizaciones, haciendo que cada organización realice acciones para estar activa en el mercado a través de ciertas estrategias.

Ante dicho panorama, la mejor forma de obtener una ventaja competitiva es creando relaciones estrechas con los clientes o clientes a través de un servicio de calidad, el cual pueda superar las expectativas y pueda generar un estado emocional positivo y se conviertan en un canal de comunicación ante otros clientes o clientes, esto se podrá lograr con ayuda de un sistema de gestión de calidad que cumpla con los requisitos que exige la norma ISO 9001:2015, esta norma es una forma reconocida mundialmente de enfocar los esfuerzos de una organización y lograr satisfacer las exigencias del cliente o paciente.

En 2017, en Latinoamérica el número de empresas certificadas en ISO 9001 llegó al 4 % en relación al número de empresas legalmente establecidas a nivel mundial. Cabe mencionar que, del total de empresas certificadas en ISO 9001 en Latinoamérica, Brasil representa un 40% y Colombia un 27%, por ello son considerados países capaces de implementar con eficacia y efectividad el esquema de certificación ISO 9001, sin embargo, no es el caso de Perú que con solo un 3% ha tardado mucho en conseguir dicha certificación, siendo uno de los países con el menor número de empresas certificadas. (BPM Consulting Group). Según Sunat, reveló que existen un millón y medio de empresas formales activas en nuestro país, de ellas, solo 1,388 están acreditadas con el certificado de calidad ISO 9001, hasta el año 2017.

Aurea Implant EIRL, es una empresa de salud bucodental que presta servicios odontológicos al ser la odontología el pilar y el servicio esencial para la rentabilidad de la empresa, tiene el propósito de brindar a sus clientes servicio de calidad y salvaguardar su imagen. Al realizar una reunión con las personas involucradas: Gerencia, administrativos y doctores. La cual permitió establecer una data con los problemas más recurrentes mostrándose en el anexo 01, se han puesto en evidencia la falta de procedimientos e instructivos bien definidos y establecidos para la ejecución de los procesos operativos, cabe mencionar que, si bien cuentan con algunos registros estos son deficientes para evidenciar el cumplimiento de los requisitos, esto a consecuencia de la falta de dedicación, capacitación y sensibilización del todo el personal involucrado, además de la falta de la asignación de un presupuesto o de recursos direccionados a la calidad; todo esto ha originado la insatisfacción de los clientes, viéndose reflejado en la cancelación de tratamientos y anulaciones de citas por parte de los mismos. Se presentan carencias en las áreas administrativas, comercial y recepción. La relación entre las áreas de la compañía no ha permitido una comunicación fluida para el crecimiento óptimo de la organización. La insatisfacción del cliente nace de la falta de conocimiento de las actividades de cada área y el manejo inadecuado de la gestión humana.

Pérez. C & Puerto, A (2013) en su tesis “Propuesta para estructurar un sistema de gestión de calidad basado en la norma ISO 9001: 2015, en la empresa Asisderma clínica de la piel” Se planteó una propuesta para estructurar un sistema de gestión de calidad basado en la norma ISO 9001: 2015, en la empresa Asisderma clínica de la piel con el objetivo de contribuir en la optimización de sus procesos internos, fortalecer la continuidad del negocio, aportar a la fidelización de sus clientes y facilitar el alcance

a nuevos, para suministrar servicios con altos estándares de calidad de acuerdo con la dinámica actual del mercado y de los estándares internacionales en la especialidad. El punto de fidelizar a los clientes y tener estándares de calidad en el servicio son aspectos observados en la tesis redactada, lo cual nos aportará como una guía al desarrollar el trabajo.

Vera, K & Peña, I (2015) en su tesis “Diseño de un sistema de gestión de calidad ISO 9001:2015 para las áreas de emergencia, cuidados intensivos y quirófano de la clínica del pacífico” Se desarrolló un cuestionario a los empleados, basado en los capítulos de la norma ISO 9001:2015 para determinar el cumplimiento de la clínica en relación a los requisitos exigidos para un SGC, en donde se evaluó el trato recibido por el personal y limpieza del área. Se pudo identificar que los procesos intervienen directamente con la calidad del servicio. Por ese motivo se estableció una política, objetivos y manual de calidad. Lo cual va en relación con los puntos identificados y mejorados en la tesis realizada.

Cáceres, M & Morán, B (2018) en su tesis “Diseño de un sistema de gestión de la calidad basado en la norma ISO 9001:2015 para el hospital nacional especializado de maternidad Dr. Raúl Arguello Escolán” Se desarrolló un sistema de gestión de calidad completo con cada numeral, realizando la documentación pertinente, especificando el desarrollo de funciones de cada área, dando responsabilidades a personas calificadas para poder llevar a cabo la ejecución del SGC. Al ver el desarrollo completo del diseño de gestión de calidad nos guiará con una perspectiva clara al momento de realizar el diseño que se realizará en el trabajo, aportando de una manera positiva ya que se observarán los documentos pertinentes y la guía para realizar el manual de calidad.

Cardenas, M & Huerta, J (2020) e su tesis titulada “Diseño de un sistema de gestión de calidad basado en la norma iso 9001:2015 para mejorar el servicio de atención de la EMPRESA TEMSAC PERÚ SRL. Cajamarca, 2020” Se diseñó la documentación para el sistema de gestión de calidad en base a los objetivos de calidad establecidos, cumpliendo con los requisitos exigidos por la norma ISO 9001:2015 e incluyendo el manual de calidad; de igual manera se diseñaron manuales adicionales como son el manual de procedimientos y manual de organizaciones y funciones (MOF), que permiten establecer formalmente la manera en que se relacionan, ejecutan y miden los procesos orientados a la satisfacción del cliente”. Esto nos ayudará con nuestro objetivo específico número tres: Diseñar la información documentada para el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015.

1.2 Formulación del problema

¿Cómo influirá en el nivel de satisfacción de los clientes el diseño de un sistema de gestión de calidad basado en la norma ISO 9001:2015, en la empresa Aurea Implant EIRL?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

- Diseñar un sistema de gestión de calidad basado en la norma ISO 9001:2015 que permita un mejor servicio a los clientes incrementando el nivel de satisfacción.

1.3.2 Objetivos específicos

- Diagnosticar la situación actual de la empresa Aurea Implant EIRL con respecto al cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015.
- Diagnosticar la situación actual del nivel de satisfacción de los clientes

- Diseñar la información documentaria para el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015
- Medir el nivel de satisfacción de los clientes posterior al diseño del sistema de gestión de calidad en la empresa

1.4 **Estimación**

El diseño un sistema de gestión de calidad basado en la norma ISO 9001:2015, permitirá a la empresa Aurea Implant EIRL mejorar el nivel de satisfacción de los pacientes.

CAPÍTULO II. METODOLOGÍA

1.1 Tipo de investigación

El diseño de investigación es pre experimental. Existe un control de la variable independiente, se trabaja con un grupo (G), a los clientes muestra que se le aplica un estímulo (sistema de gestión de calidad) para determinar su efecto en la variable dependiente (satisfacción del cliente), aplicándose una pre prueba y post prueba luego de aplicado el estímulo.

El gráfico del diseño es el siguiente:

$G = O1 \rightarrow X \rightarrow O2$

Donde:

G: Grupo de muestra: 76 clientes

O1: Pre prueba: Encuesta de satisfacción del paciente antes del diseño de SGC.

X: Estímulo: Sistema de gestión de calidad ISO 9001:2015

O2: Post prueba: encuesta de satisfacción del cliente después del diseño de SGC.

Deductivo, método de razonamiento que consiste en partir de los conceptos de calidad total y la Norma ISO 9001:2015, para diseñar un sistema de gestión de calidad adaptado a la empresa.

Tipo correlacional, finalidad de conocer la relación entre los dos conceptos o variables en una muestra en particular (Hernández, Fernández, & Baptista, 2018).

La investigación tiene un enfoque cuantitativo ya que se contuvo el análisis de indicadores operativos de forma científica y numérica, los cuales se determinaron mediante procesos de medición (Sanca, 2011).

Por otro lado, la tesis tiene un enfoque de estimación puntual ya que existe un parámetro poblacional el que es utilizado como un único valor para estimar ese

parámetro, es decir, se usa un punto en concreto de la muestra para estimar el valor deseado Marco, F (2019).

En probabilidad, cuando se trabaja con una distribución que caracteriza un fenómeno aleatorio, la especificación completa del modelo se debe hacer asignando un valor a los parámetros que determinaban la distribución particular que gobierna dicho fenómeno. En esta área, generalmente el modelo se propone completamente especificado o los parámetros se deducen mediante algunas condiciones dadas Pearson, K (1894).

1.2 Población y muestra

1.2.1 Población

La población con la que se realizó la investigación fueron clientes atendidos del mes de noviembre 2019 a enero 2020. Dicho conteo da como resultado 94 clientes.

1.2.2 Muestra

La muestra se calcula mediante la fórmula de población finita que se muestra a continuación:

Ecuación 1 Cálculo de muestra

$$n = \frac{N \cdot Z^2(p * q)}{d^2 * N - 1 + Z^2(p * q)}$$
$$n = \frac{(94) \cdot (1.96)^2(0.05)(0.95)}{(0.08)^2 * (94 - 1) + 1.96^2(0.05 * 0.95)}$$
$$n = 76$$

Donde:

N= Población total

Z=Nivel de confianza

p= Probabilidad de éxito

q= Probabilidad de fracaso

d= Error muestral

El resultado de la muestra es de 76, es decir que se aplicará la encuesta a 76 clientes con tratamiento asignado del centro médico Aurea Implant EIRL

1.3 Técnicas e instrumentos de recolección y análisis de datos

Para la recolección de datos se usarán las siguientes herramientas que puedan permitir la adquisición de información para el análisis de la situación actual del servicio brindado por la empresa, descritos a continuación.

REUNIÓN / BRAINSTORMING

El brainstorming es una popular técnica utilizada para encontrar ideas basada en la creatividad espontánea y sin filtros. La base de esta técnica, consistente en entrenar el cerebro humano para desencadenar una “lluvia de ideas” y plasmarlas en papel sin censura, fue formulada por primera vez en 1939 por el autor estadounidense Alex F. Osborn y desarrollada por el teórico de la gestión Charles Hutchison Clark. El brainstorming es un método que tiene como objetivo la recopilación rápida y no filtrada de ideas, pidiendo a los participantes que simplemente “lancen ideas al aire”.

FODA

Con ayuda de esta herramienta analiza el contexto interno que ha sido identificado a través de dicha matriz, donde se especifican las FORTALEZAS, OPORTUNIDADES, DEBILIDADES Y AMENAZAS para contrarrestar los efectos negativos que puedan afectar el desempeño y a las partes interesadas.

PESTEL

La herramienta de análisis PESTEL, los factores considerados en el análisis constituyen un marco para revisar una situación, una estrategia o una posición, al igual que la dirección de una empresa, una propuesta de marketing o una idea. Todos estos aspectos pueden considerarse como factores del macroentorno, y su utilidad radica en

la suposición de que el éxito de una organización en particular o una solución de gestión no pueden entenderse sin tener la información relevante para el entorno empresarial específico, el cual se refiere a todos los factores físicos y sociales externos que se consideran en el proceso gerencial Bittan (2017). El acrónimo PESTEL se refiere a los factores que se analizan: Políticos, Económicos, Sociales, Tecnológicos, Ecológicos y Legales.

Para el análisis de los datos se usaron los siguientes instrumentos para permitir levantar observaciones.

Encuesta de satisfacción de los clientes

Nota: Adaptado de una encuesta de satisfacción en los clientes de la clínica odontológica universitaria de la facultad de odontología de la universidad de Barcelona.

Anexo 03.

Finalidad:

Contribuir a identificar las principales causas del nivel de insatisfacción del usuario externo, para el diseño de acciones para la mejora continua en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, basados en la satisfacción del usuario externo.

Objetivo General:

Describir cual es el grado de satisfacción de los clientes que acuden al servicio odontológico en la empresa Aurea Implant EIRL.

Objetivos Específicos:

Promover la evaluación periódica del nivel de la satisfacción del usuario externo en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo. Promover el diseño de acciones para la mejora continua de la calidad en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.

Check list bajo los criterios de la norma ISO 9001:2015

Nota: Check list adaptado de un proyecto metodológico para el cumplimiento de los estándares de la norma ISO 9001:2015 en la IPS dental salud clínica estética oral. Anexo 02.

Es un formato construido especialmente para recabar datos de una manera adecuada y sistemática, de tal manera que su registro sea fácil para analizar la manera en que los principales factores que intervienen, influyen en una situación o problema específico.

El Check list es uno de los mejores aliados cuando usted necesita recordar todas las tareas que se deben realizar.

El responsable de los procesos, deberá asegurar que todos los pasos se encuentren incluidos en la lista de comprobación. Por lo tanto, puede consultar el documento cada vez que desee asegurar que todo saldrá según lo planificado.

1.4 Procedimiento

1.4.1 Primera etapa: Reconocimiento de la empresa

En esta etapa se llevará a cabo la recopilación de la información, se realizará el tratamiento de la misma, con la finalidad de tener un conocimiento general de la empresa e identificar los principales procesos.

1.4.2 Segunda etapa: Diagnóstico situacional

Nos permitirá describir la situación actual de la empresa ante los requisitos que le son exigidos, para esta etapa realizaremos dos diagnósticos:

- Diagnóstico actual del sistema de gestión de calidad

Aplicaremos la lista de verificación de los requisitos según lo exigido por la norma ISO 9001:2015, este diagnóstico nos permitirá evaluar el nivel de cumplimiento de la empresa en cuanto los requisitos planteados en la norma.

- Aplicación de encuesta de satisfacción

Aplicaremos una encuesta a la muestra planteada con las preguntas adecuadas y así saber en qué nivel de satisfacción se encuentra el servicio odontológico.

1.4.3 Tercera etapa: Diseño del sistema de gestión de calidad

En esta etapa se desarrollará el diseño del sistema de gestión de calidad conforme con los requisitos establecidos por la norma ISO 9001:2015 desde el capítulo 4 al 10, teniendo como consecuencia la elaboración de mapa de procesos, política y objetivos de calidad, diagrama de flujo, manual de calidad con procedimientos y registros determinados para la empresa según la necesidad que esta presenta.

1.4.4 Cuarta etapa: Medir el nivel de satisfacción de los clientes posterior al diseño del sistema de gestión de calidad en la empresa

En esta etapa se mide el nivel de satisfacción de los clientes posterior al diseño de SGC aplicando una encuesta de satisfacción de la cliente realizada en el diagnóstico detallado en la etapa dos

1.5 Aspectos éticos

- Para la realización de la presente tesis, se contó con la aceptación de la empresa, que, desde el comienzo estuvo al tanto de los objetivos.
- El personal fue comunicado, sobre el alcance del presente estudio y se les solicitó su apoyo, que fue brindado generosamente.
- El autor se compromete a ser veraz en los comentarios y observaciones y en salvaguardar aquella información, considerada confidencial, por la empresa.

1.6 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR
INDEPENDIENTE	Sistema de gestión de calidad basado en la norma ISO 9001:2015	En la norma ISO 9001:2015 se define el sistema de gestión de calidad como un conjunto de elementos interrelacionados de una organización que están interrelacionados o que interactúan para establecer políticas, objetivos y procesos alineados a la calidad para alcanzar los objetivos de calidad.	Contexto de la organización	% de cumplimiento de los requisitos del contexto de la organización
			Liderazgo	% de cumplimiento de requisitos en Liderazgo
INDEPENDIENTE	Sistema de gestión de calidad basado en la norma ISO 9001:2015	En la norma ISO 9001:2015 se define el sistema de gestión de calidad como un conjunto de elementos interrelacionados de una organización que están interrelacionados o que interactúan para establecer políticas, objetivos y procesos alineados a la calidad para alcanzar los objetivos de calidad.	Planificación	% de cumplimiento de los requisitos de planificación
			Soporte	% de cumplimiento de los requisitos de soporte
			Operación	% de cumplimiento de los requisitos de operación
			Evaluación del desempeño	% de cumplimiento de los requisitos de evaluación de desempeño
			Mejora	% de cumplimiento de los requisitos de la mejora
DEPENDIENTE	Satisfacción de los clientes	La calidad de servicio son atributos que se deben tener para que éstos se distingan en su entorno de competencia (Stanton, 2004)	Para la determinación de la variable dependiente se tomaron los indicadores mostrados	% De satisfacción con el trato por parte de la empresa
			Cientes satisfechos con el servicio	% De insatisfacción por el tiempo de espera para ser atendido
				% Satisfacción en el trato odontológico
				% Satisfacción en la comunicación en recepción

Tabla 1 Operacionalización de las variables

Fuente: Elaboración propia

CAPÍTULO III. RESULTADOS

2.1 Información general de la empresa

A continuación, se muestra el contexto actual de la empresa Aurea Implant EIRL. La gerencia planteó una visión y una misión en conjunto de sus principios organizacionales.

2.1.1 Misión

Ser el centro médico odontológico líder en la ciudad de Cajamarca. Promover el compromiso, sentido de pertenencia y el bienestar entre todos los trabajadores y brindar una atención de calidad.

2.1.2 Visión

En el año 2025 ser reconocido a nivel Nacional dentro de los mejores Centros Médicos en odontología de la ciudad por su respaldo científico y tecnología de punta.

2.1.3 Principios organizacionales

- **Responsabilidad:** Tenemos el cuidado y seguridad pertinente al realizar alguna intervención hacia los clientes.
- **Honestidad:** el conocimiento profesional debe ser honesto y en beneficio del paciente.
- **Compromiso:** Actuamos convencidos de que nuestras acciones son reflejo de lo que amamos

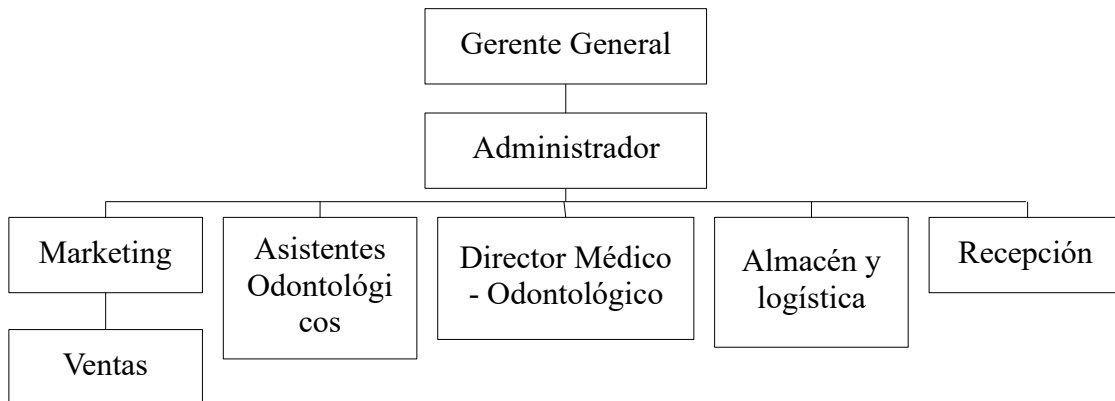
Figura 1 Fachada principal del centro médico Aurea Implant



Fuente: Elaboración propia

2.1.4 Estructura Organizacional

Figura 2 Estructura organizacional de la empresa



Fuente: Empresa Aurea Implant EIRL

2.2 Diagnóstico de la empresa

Para la realización del diagnóstico de la situación de la empresa, se utilizaron los métodos: Análisis PESTEL, FODA, Check list de Cumplimiento de los Requisitos de la Norma ISO 9001:2015 y la aplicación de la encuesta de satisfacción.

A través de las herramientas planteadas, es posible identificar las bajas y/o incumplimientos de la empresa en los requisitos establecidos por la Norma ISO 9001:2015 para su diseño que permita lograr el objetivo principal de incrementar el nivel de satisfacción del cliente.

2.2.1 Reunión / Brainstorming

Se realizó una reunión previa con el personal directo con la problemática de la empresa quienes ya tiempo antes habían identificado los problemas existentes en la empresa, se plasmaron los problemas reales y existentes dentro de la organización, siendo los siguientes:

Tabla 2 Resumen de problemas encontrados mediante la entrevista / reunión

N	DESCRIPCION DEL PROBLEMA	COLABORADOR
P1	Falta de coordinación del personal	
P2	Falta de estandarización de procesos	Gerente - Luis Alcalde
P3	Falta de estimación de tiempos	
P4	Los trabajadores no saben sus actividades personales	
P5	Falta de detalle de los tratamientos a realizar	
P6	Falta de comunicación con los doctores	Recepción - Claudia Rodríguez
P7	Capacitación sobre los tratamientos por parte de la empresa	
P8	Clientes incomodos por el tiempo prolongado de la espera	
P9	Doctores no llegan a tiempo a la cita	
P10	Problema de comunicación con recepción	
P11	Falta de un orden	Representante de Odonto - José bardales
P12	Mal seguimiento de los clientes	
P13	Falta de tiempo para explicar tratamiento a recepción	
P14	Distracción del personal	

Fuente: Elaboración propia

2.2.2 Análisis PESTEL

La herramienta de análisis PESTEL, los factores considerados en el análisis constituyen un marco para revisar una situación, una estrategia, una dirección de una empresa o una idea. Todos estos aspectos pueden considerarse como factores del macroentorno, y su utilidad radica en la suposición de que el éxito de una organización en particular o una solución de gestión no pueden entenderse sin tener la información relevante para el entorno empresarial específico, el cual se refiere a todos los factores físicos y sociales externos que se consideran en el proceso gerencial Bittan, (2017), de las siglas que hacen referencia a un sector a estudiar “P”, contexto político, “E” económico, “S” social, “T” tecnológico, “E” ecológico y “L” legal Bitt (2017).

Tabla 3 Análisis PESTEL

POLÍTICO	ECONÓMICO	SOCIAL
No se puede controlar como empresa privada el incremento o decrecimiento en la tarifa de los impuestos Inestabilidad del entorno político Cambio de gobierno y nuevos acuerdos con las distintas entidades relacionadas a la salud	Difíciles accesos a los recursos o materiales odontológicos por disposiciones aduaneras por la pandemia Covid – 19 Precio elevado de los materiales odontológicos. Desempleo en la población de Cajamarca, reduce la posibilidad de más personas de usar el servicio odontológico.	Cajamarca no tiene una cultura odontológica óptima, es por ello que existen diversos casos en donde los clientes buscan la necesidad de un servicio odontológico complejo
TECNOLÓGICO	ECOLÓGICO	LEGAL
La tecnología en el rubro odontológico se encuentra creciendo e innovando cada vez más y de una manera exponencial. Tecnología que aún no se encuentra en todo el Perú por ejemplo los tratamientos con implantes guiados (una mejor precisión en el tratamiento) Escáner digital (mejor precisión en resultados) Software dental, para llevar un control virtual de los pacientes Impresión 3D bucodental (rapidez en tratamiento y precisión).	La norma N° 217-2004/MINSA: Manejo de Residuos Hospitalarios, se constituye en un instrumento de gestión muy valioso para los administradores y profesionales en general de los hospitales y, responde a un mandato imperativo de la necesidad diaria de minimizar y controlar los riesgos que se derivan del manejo de estos residuos	Licencias para el uso de máquinas y tecnología. Cumplir con los salarios mínimos. Responsabilidades de la empresa con los trabajadores Permisos autorizados por DIRESA Permisos de funcionamiento y seguridad

Fuente: Elaboración propia

2.2.3 Análisis FODA

Se presenta la matriz FODA como herramienta de formulación y evaluación de estrategia, la cual permite descubrir cual es la situación de la empresa en base al diagnóstico, y plantear la estrategia a seguir. Humprey A (2014)

Tabla 4 Análisis FODA

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
<u>Tecnología de vanguardia:</u> CAD CAM. Tecnología y equipamiento, sedación con óxido nitroso, implantes dentales de la mejor calidad, área de esterilización moderno, escáner dental.	Tratamientos complementarios complejos y adicionales en los que ya se llevan a cabo Expansión dentro del grupo de tiendas del CC Real Plaza
<u>Experiencia:</u> Doctores con especialidad en sus áreas (implantología, periodoncia, ortodoncia, odontopediatría y rehabilitación oral)	
<u>Financiación:</u> Se ofrecen planes sin intereses de acuerdo al paciente	
DEBILIDADES	AMENAZAS
Falta de credibilidad de nuevos clientes Falta reforzar áreas administrativas Falta de tacto con los clientes en recepción Falta de explicación clara sobre tratamientos Falta de un control de tiempo en agendar citas a los clientes Falta de un sistema de gestión de calidad	Competencia de COA, Multident y San José Cumplimiento de requisitos legales y normativos Clientes con mala percepción

Fuente: Elaboración propia

Teniendo como base a la norma ISO 9001: 2015, se realizó el análisis del cumplimiento del estándar en estudio mediante el uso de un Check list. El diagnóstico abarcó los procesos directamente relacionados con el desarrollo del servicio, entrega del mismo y la satisfacción del cliente de la empresa conforme se presenta en Diagnóstico del cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001: 2015.

Por último, se identificó el nivel de satisfacción del cliente, el cual se determinó mediante un cuestionario realizado a la muestra seleccionada. El nivel de satisfacción del cliente se observa en diagnóstico del nivel de satisfacción del cliente descrito posteriormente.

2.2.4 Diagnosticar la situación actual de la empresa con el cumplimiento del Check list con los requisitos de la norma ISO 9001:2015

El desarrollo del Check list, basado en los capítulos de la norma el cual permite determinar el grado de cumplimiento de la empresa Aurea Implant EIRL con respecto a los requisitos exigidos por parte de la norma, se observará las deficiencias de la empresa con respecto al sistema planteado.

A continuación, se realiza un análisis estudiando los numerales de la norma, tomando como ejemplo el Check list realizado por Alonso Sordo Veraza publicada por la escuela Europea de Excelencia.

El primer numeral a evaluar será el numeral 4 el cual es Contexto de la organización, hasta el numeral 10 de mejora. Se califican los numerales en “Cumple totalmente”, “Cumple parcialmente”, “No cumple”, “No aplica”.

Tabla 5 Calificación de numerales

Calificación de numerales	Descripción	Porcentaje
Requisito cumple totalmente	Diseñado, implementado, en mejora continua	100%
Requisito cumplido parcialmente	Diseñado, implementado, no se mantiene	50%
Requisito mínimo cumplido	Diseñado, no implementado, no se mantiene	25%
Requisito inexistente	No diseñado, no implementado, no se mantiene	0%

Fuente: Alonso Sordo Veraza publicada por la escuela Europea de Excelencia.

Numeral 04. Contexto de la organización

Tabla 6 Contexto de la organización

NO	REQUISITO	SITUACIÓN ACTUAL	CUMPLE TOTALMENTE	CUMPLE PARCIALMENTE	NO CUMPLE	NO APLICA	%
4.1	¿Se han determinado los aspectos internos y externos pertinentes al propósito de la organización y que pueden afectar al logro de los objetivos del SGC?	Se identifican algunos aspectos internos (Los cuales se procura atender). Además de que falta atender algunos aspectos internos también faltan aspectos externos.		X			50%
	¿Se realiza el seguimiento y revisión de la información relacionada a los aspectos internos y externos?	Se procura atender aspectos internos de calidad.		X			50%
4.2	¿Se han determinado las partes interesadas, así como los requisitos de las mismas, que son relevantes para el SGC?	Falta estudiar el entorno externo y como afecta este mi SGC			X		0%
	¿Se realiza el seguimiento y la revisión de la información relevante sobre estas partes interesadas?	Al no estar completamente identificadas partes interesadas no se le realiza seguimiento			X		0%
4.3	¿Se ha determinado el alcance con base en los puntos 4.1 y 4.2, así como los productos y servicios de la organización?	No se ha determinado el alcance			X		0%
	¿Se ha determinado qué requisitos de la norma le aplican y en aquellos que no aplican, existe la justificación?	Nunca se ha planteado la idea de seguir lineamientos de la norma			X		0%
	¿El alcance del SGC está disponible y se mantiene como Información documentada?	No está planteado el SGC			X		0%
4.4	¿Se ha establecido, implementado, mantenido y mejorado el SGC, sus procesos e interacciones, así como su aplicación a través de la organización?	No está planteado el SGC			X		0%

Fuente: Elaboración propia

Aspectos:

El Centro Médico Aurea cumple algunos ítems de este requisito, encontrándose lo siguiente:

- Están identificados los procesos necesarios para un sistema de gestión de calidad (Mapa de Procesos).
- Se ha determinado la secuencia e interacción de estos procesos (Mapa de procesos)
- No se encuentran establecidos los criterios y métodos para asegurarse de que tanto la operación como el control de estos procesos sean eficaces.
- La organización asegura la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar la operación y el seguimiento de estos procesos
- No se encontraron responsabilidades hacia las autoridades para que se realice seguimiento de los procesos.
- No hay implementadas acciones que permitan alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de los procesos.
- No hay una declaración documentada de la política y de los objetivos de calidad
- No existe un manual de calidad
- No existe documentación de los procedimientos requeridos por la norma ISO 9001:2015
- No existe documentación de los procedimientos necesarios para asegurarse de la planificación, operación y control
- Los registros requeridos por la norma ISO 9001:2015

- La organización no ha documentado un manual de calidad que cumpla con los requisitos de la norma ISO 9001:2015, debido a que esta norma no se ha implementado y por lo tanto no existía la necesidad de realizarlo.
- No presenta la documentación e diseño de los procedimientos para el control de los documentos.
- No se presentan mecanismos para la documentación del manejo y control de los registros generados por las actividades administrativas y operativas.

Numeral 05: Liderazgo

Tabla 7 Liderazgo

NO	REQUISITO	SITUACIÓN ACTUAL					%
			CUMPLE TOTALMENTE	CUMPLE PARCIALMENTE	NO CUMPLE	NO APLICA	
	¿La alta dirección demuestra su liderazgo y compromiso con relación a la eficacia del SGC?	La alta dirección se encuentra totalmente comprometida con el crecimiento organizacional y esto involucra calidad, pero no hay planteado el SGC.		X			50%
5.1	¿La política y los objetivos de la calidad son compatibles con el contexto y la dirección estratégica?	Existen objetivos de calidad en otra perspectiva, pero NO objetivos para un SGC.			X		0%
	¿La alta dirección logra el compromiso, dirige y apoya a las personas para contribuir a la eficacia del SGC?	La alta dirección involucra a todos los empleados para prestar servicio de calidad, pero no hay SGC.		X			50%
	¿Apoya otros roles de la dirección para demostrar su liderazgo acorde a sus áreas de responsabilidad?	La alta dirección no demuestra su liderazgo administrativo en procesos de soporte.			X		0%

	¿Se identifican los riesgos y oportunidades que pueden afectar la conformidad del producto o servicios y la satisfacción del cliente?	Hay prioridad en la atención al cliente, se planifica su conformidad y satisfacción, pero se debe complementar estudiando riesgos	X	0%
	¿La alta dirección ha establecido, implementado y mantenido una política de calidad que sea apropiada al propósito y contexto de la organización y apoye a su dirección estratégica?	Existe idea de calidad, pero NO un Sistema de gestión de calidad y menos una política establecida	X	50%
5.2	¿La política se ha comunicado, es entendida y se aplica dentro de la organización?	Idea de calidad diferente	X	50%
	¿Está disponible para las partes interesadas pertinentes?	No se evalúan partes interesadas en el SGC (Dado que no existe este sistema)	X	0%
	¿La alta dirección se asegura que las responsabilidades y autoridades para los roles pertinentes se asignan, se comunican y se entienden en toda la organización?	La alta dirección se asegura de que todas las áreas cumplan con su labor	X	0%
5.3	¿Se asegura que los procesos generan los resultados previstos?	No existen auditores en clínica y no se puede medir más el rendimiento y la productividad de una manera clara	X	0%
	¿Se le informa a la alta dirección sobre el desempeño del SGC y sobre las oportunidades de mejora?	Se le informa a la alta dirección de labores y novedades de calidad, pero se reitera no hay SGC.	X	50%

Nota. Fuente: Elaboración propia

Aspectos:

- No tiene política de calidad.
- No ha establecido los objetivos de calidad.
- No evidencia revisiones por la dirección.
- Se presenta disponibilidad de los recursos.
- Hay que reforzar departamentos de calidad y Habilitación y auditoría.
- Se debe establecer una política de calidad, con objetivos.
- No están identificados los riesgos y oportunidades.

Numeral 06: Planificación

Tabla 8 Planificación

NO	REQUISITO	SITUACIÓN ACTUAL	CUMPLE TOTALMENTE	CUMPLE PARCIALMENTE	NO CUMPLE	NO APLICA	%
6.1	¿Con base en el análisis del contexto y los requisitos de las partes interesadas se han determinado los riesgos y oportunidades que son necesarios para que el SGC logre los resultados previstos?	No Se ha realizado un análisis de las partes interesadas.			X		0%
	¿Se aumentan los efectos deseables, se previenen los efectos no deseados y se logra la mejora continua?	No hay una gestión del riesgo que permita prevenir efectos negativos			X		0%
	¿La organización planifica acciones para abordar los riesgos y oportunidades?	No existe planificación de riesgos			X		0%
	¿Las acciones son proporcionales al impacto potencial en la conformidad de los productos y servicios?	No existe planificación de riesgos.			X		0%
6.2	¿Se han establecido los objetivos de calidad para las funciones y niveles pertinentes y los procesos necesarios del SGC?	Existen objetivos de calidad en otra perspectiva, pero NO objetivos para un SGC.		X			50%
	¿Los objetivos de calidad son coherentes con la política de la calidad, son medibles, se les da seguimiento, son comunicados, se actualizan?	Existen objetivos de calidad en otra perspectiva, pero NO objetivos para un SGC orientados a una política de calidad.			X		0%
	¿Se mantiene información documentada de los objetivos de la calidad?	Falta registrar información documentada de objetivos, se deben replantear.			X		0%
6.3	¿Cuándo se determinan cambios al SGC, estos se realizan de manera planificada?	No existe un SGC.			X		0%

La organización considera: ¿el propósito de los cambios y sus consecuencias potenciales, la integridad del SGC, la disponibilidad de recursos y la asignación de responsabilidades y autoridades?	Hay disponibilidad de recursos para crecimiento organizacional y para temas de calidad, pero falta evaluar la posibilidad de implementar un SGC.	X	50%
---	--	----------	------------

Fuente: Elaboración propia

Aspectos:

- La alta dirección no ha definido los objetivos de calidad, sin embargo, los objetivos para la prestación del servicio están establecidos, pero aún no se han determinado dentro de las funciones y niveles pertinentes dentro de la organización.
- La alta dirección no ha revisado que la planificación del sistema de gestión de calidad se realice con el fin de cumplir con los requisitos citados y con los objetivos de calidad.
- La alta dirección no se asegura del mantenimiento de la integridad del sistema de gestión de calidad cuando se planifican e implementan cambios.
- La alta dirección no tiene establecido los procesos de comunicación apropiados dentro de la organización y que se efectuó considerando la eficacia del sistema de gestión de calidad.
- El Centro Médico Aurea no cumple con este requisito debido a que no existe ningún procedimiento que permita una revisión periódica del funcionamiento del sistema de gestión de calidad.

Numeral 07: Apoyo

Tabla 9 Apoyo

NO	REQUISITO	SITUACIÓN ACTUAL	CUMPLE TOTALMENTE	CUMPLE PARCIALMENTE	NO CUMPLE	NO APLICA	%
	¿Se ha determinado y se proporcionan los recursos necesarios para el establecimiento, diseño, mantenimiento y mejora continua del SGC?	No se ha realizado ninguna propuesta de un SGC en miras de certificado ISO 9001:2015.			X		0%
	¿La organización considera las capacidades y limitaciones de los recursos internos existentes?	No se han estudiado limitantes para área habilitación y auditoria y para encargados de calidad.			X		0%
7.1	¿Se determinan y proporcionan las personas, infraestructura, ambiente necesario para la operación, recursos para el seguimiento y medición necesarios para la diseño eficaz de su SGC?	No se ha evaluado la posible diseño de dicho SGC.		X			50%
	¿Se determinan, mantienen y ponen a disposición, en la medida necesaria, los conocimientos necesarios para la operación de sus procesos y para lograr la conformidad de los servicios?	Hay disposición de conocimientos de empleados calificados para que los procesos funcionen como se espera, pero falta seguimiento y mejora.		X			50%
7.2	¿Se determinan las competencias necesarias del personal cuyos trabajos pueden afectar el desempeño y eficacia del SGC y se conserva la información documentada apropiada como evidencia de su competencia?	No se estudian y analizan competencias de los trabajadores para todos los cargos y procesos, pero no se coordinan en el SGC.			X		0%
7.3	¿Se asegura de que las personas tomen conciencia de la política de calidad, los objetivos de calidad y su contribución a la eficacia del SGC?	Dentro de los valores y virtudes de la organización se nombra el termino calidad, pero no hay SGC.		X			50%
7.4	¿Se determinan las comunicaciones internas y externas pertinentes al SGC que incluyan: qué, cuándo, a quién, ¿cómo y a quién comunicar?	No existe compromiso por parte del todo el personal para la comunicación interna y externa.			X		0%

7.5	<p>¿Se cuenta con la información documentada requerida por la Norma ISO 9001:2015 y la necesaria para la eficacia del SGC?</p> <p>¿Al crear y actualizar la información documentada se asegura que la identificación, descripción, formato, medios de soporte, revisión y aprobación sean apropiados?</p> <p>¿Se asegura que la información documentada se encuentra disponible y es idónea para su uso, está protegida adecuadamente, se controla?</p> <p>¿Se identifica y controla la información documentada de origen externo necesaria para la planificación y operación del SGC?</p>	<p>Hay información rescatable pero falta mucha por incluir según los requerimientos de la norma</p> <p>Hay correcta actualización de información, pero no se manejan mismos formatos.</p> <p>Información documentada se encuentra disponible, correcta conservación, pero no es la más ideal.</p> <p>Falta un control de la información documentada externa.</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	<p>50%</p> <p>50%</p> <p>50%</p> <p>0%</p>
-----	--	--	-------------------------------------	--

Nota. Fuente: Elaboración propia

Aspectos:

- El Centro Médico Aurea cumple parcialmente con este requisito debido a que se tiene determinado y proporcionado los recursos necesarios para aumentar la satisfacción de los clientes y cumplir con sus requisitos, falta determinar los recursos necesarios para implementar y mantener el sistema de gestión de calidad y el mejoramiento de la eficacia del mismo.
- No se ha determinado los perfiles y competencias necesarias para el personal administrativo que realiza trabajos en el Centro Médico Aurea y afecta la calidad del servicio.
- No existen planes de formación que aseguren una mejora en la competencia del personal administrativo.
- No se presentan evaluaciones de las acciones tomadas debido a que no se ha tomado ninguna acción de formación.

- El personal del Centro Médico Aurea es consciente de la pertinencia e importancia de sus actividades, pero desconocen los objetivos de calidad debido a que estos no están definidos.
- Se mantienen registros donde se evidencie la educación, la formación, habilidades y experiencia de algunos empleados que laboran en el Centro Médico Aurea
- El Centro Médico Aurea no cuenta con cuenta con la documentación de la norma ISO 9001:2015 para realizar las respectivas mediciones, dar a conocer a la organización, realizar documentación informada, actualizar y llevar un control de la información documentada.

Numeral 08: Operación

Tabla 10 Operación

NO	REQUISITO	SITUACIÓN ACTUAL	CUMPLE TOTALMENTE	CUMPLE PARCIALMENTE	NO CUMPLE	NO APLICA	%
	¿Se planifican, implementan y controlan los procesos necesarios para cumplir los requisitos para la provisión de productos y servicios, atención de riesgos y alcanzar los objetivos de la calidad?	Falta atención a riesgos, oportunidades y alcanzar objetivos de la calidad.		X			50%
8.1	¿Se identifican y controlan los cambios y se evalúan posibles consecuencias de los cambios no previstos, para tomar acciones evitando efecto adverso?	No se controlan incidencias mediante departamento de control interno.			X		0%
	¿Se asegura de controlar los procesos contratados externamente?	Falta controlar procesos externos.			X		0%
8.2	¿Se controla adecuadamente la comunicación con el cliente relativa a información de los productos y servicios, consultas, contratos, pedidos, cambios, retroalimentación del cliente y quejas?	Se manejan historias clínicas, información del paciente, contratos, registro de visitas. Se pueden manejar y documentar de mejor forma.		X			50%
	¿Se determinan y revisan los requisitos del cliente, los legales aplicables y los determinados por la organización, y ésta se asegura de tener la capacidad para poder cumplir dichos requisitos?	Se procura dar voz al cliente a la hora de escuchar sus requisitos y exigencias; pero falta velar por darle cumplimiento.		X			50%
8.3	¿Se cuenta con un proceso de diseño y desarrollo, establecido, implementado y mantenido que asegure la producción y prestación del servicio?	No están caracterizados los procesos, apenas manuales de descripción con lo más general.			X		0%
	¿Se planifica el proceso de diseño y desarrollo, desde las entradas hasta las salidas para asegurar que cumplan los requisitos y se controlen los cambios?	Falta atender este aspecto importante.			X		0%

8.4	Se controlan los procesos, productos y servicios contratados externamente de forma que cumplan los requisitos aplicables en caso que éstos se incorporen a los procesos de la organización, que se proporcionen por proveedores externos como resultado de una decisión estratégica.	No se involucran proveedores externos a la hora de controlar procesos.	X	0%
8.5	Se implementa la producción y prestación del servicio, bajo condiciones controladas que incluyen: la disponibilidad de la información documentada, actividades de seguimiento y medición que permitan verificar el cumplimiento de los requisitos, la infraestructura y ambiente de trabajo adecuados, el personal con las competencias necesarias, acciones para prevenir errores humanos y actividades de liberación, entrega y posteriores a la entrega.	Departamento de habilitación y auditoría se encarga de velar por el seguimiento de clínicas para que ellas cumplan normativas legales.	X	50%
8.6	¿Se han implementado disposiciones planificadas para verificar que se cumplen los requisitos de los productos y servicios?	Encuestas de satisfacción de clientes acerca del servicio prestado, pero no han culminado el proceso por falta de interés	X	0%
8.7	¿Se controlan los productos y servicios no conformes con los requisitos para prevenir su uso o entrega no intencionados?	Se corrige mas no se previenen inconformidades	X	0%

Fuente: Elaboración propia

Aspectos:

- La organización desarrolla los procesos necesarios para la prestación del servicio, pero no existe una planificación coherente con los requisitos de las otras áreas del sistema de gestión de calidad.
- Los objetivos de calidad no están definidos, sin embargo, se encuentran determinados los requisitos del servicio.
- Se presentan los procesos, documentos y asignación de recursos necesarios para el servicio.

- Existe evidencia de las actividades requeridas de verificación, validación, seguimiento, inspección y ensayo específicas para el servicio, así como los criterios de aceptación para el mismo.
- Se presentan los registros necesarios que proporcionen evidencia de que los procesos de realización y la prestación del servicio cumplen con los requisitos.
- Entregar manuales, caracterizaciones de proceso y manuales de cargo a los empleados. donde se detallan cada actividad y labor a seguir con objetivo de ordenar, orientar, controlar y buscar prestar el mejor servicio posible.
- Se debe controlar los cambios planificados y revisar las consecuencias de los cambios no previstos, tomando acciones para mitigar cualquier efecto adverso.
- Definir metodología en documento del SGC para generar órdenes de servicio estableciendo las nuevas formas de planear, controlar y operar los procesos.

Numeral 09: Evaluación de desempeño

Tabla 11 Evaluación de desempeño

NO	REQUISITO	SITUACIÓN ACTUAL	CUMPLE TOTALMENTE	CUMPLE PARCIALMENTE	NO CUMPLE	NO APLICA	%
	Se han determinado los aspectos a ser medidos y los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación necesarios para asegurar la validez de los resultados de los procesos.	No se han definido todos los aspectos que deben ser medidos para asegurar la validez de los resultados de los procesos.		X			50%
9.1	¿Se conserva la información documentada apropiada de las mediciones como evidencia de los resultados?	Falta documentar resultados y productividad de todos los procesos.			X		0%
	¿Se realiza el seguimiento de la percepción de los clientes del grado en el que se cumplen sus necesidades?	Hay encuestas de satisfacción, pero se debe evaluar más la percepción del cliente.		X			50%
	¿Se analizan y evalúan los datos y la información de seguimiento y la edición?	Se debe ampliar ya que es muy básica.		X			50%
	Se realizan auditorías internas a intervalos planificados para evaluar la conformidad del SGC y si éste se implementa y mantiene eficazmente.	No existen estos aportes			X		0%
9.2	Se planifican, establecen, implementan programas de auditoría que incluyen la frecuencia, métodos, responsabilidades, requisitos de planificación y elaboración de informes que considera la importancia de los procesos involucrados, cambios que afecten a la organización y resultados de auditorías previas.	No existen estos aportes			X		0%
9.3	¿La alta dirección revisa el SGC a intervalos planificados, para asegurar su idoneidad, adecuación, eficacia y alineación continuas con la dirección estratégica de la organización?	No se puede revisar un SGC ya que no existe, pero se revisan intervalos planificados de cumplimiento de la “idea” de calidad que se tiene.		X			50%

Entre los datos de entrada para la revisión por parte de la dirección se incluyen: el estado de las acciones de las revisiones por la dirección previas, los cambios en los aspectos relevantes internos y externos que pueden afectar al logro de los objetivos del SGC, La información del desempeño del SGC, la adecuación de los recursos, la eficacia de las acciones tomadas para atender los riesgos y oportunidades de mejora.	Se evalúa objetivos de la “idea” de calidad que se tiene, la eficiencia y la eficacia de las labores más importantes, pero nada alineado con un SGC.	X	50%
¿Como resultado de la revisión por la dirección se incluyen las oportunidades de mejora, cualquier necesidad de cambio, así como las necesidades de recursos?	No existen estos aportes	X	0%
¿Se conserva información documentada del resultado de la revisión por la dirección?	No existen estos aportes	X	0%

Nota. Fuente: Elaboración propia

Aspectos:

- La organización no cumple con este requisito no existe una planificación e diseño de los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora.
- No se cumple este requisito en la organización no existe un programa de auditorías internas, no se ha definido un proceso documento para la planificación y realización de la misma, y no se ha realizado ninguna auditoría interna.
- No se cumple con este requisito no se ha definido los controles, las responsabilidades y autoridades relacionadas con el tratamiento de un servicio no conforme.

Numeral 10: Mejora

Tabla 12 Mejora

NO	REQUISITO	SITUACIÓN ACTUAL	SITUACIÓN ACTUAL				%
			CUMPLE TOTALMENTE	CUMPLE PARCIALMENTE	NO CUMPLE	NO APLICA	
10.1	¿Se determinan y seleccionan las oportunidades de mejora e implementan acciones en los procesos de soporte para cumplir los requisitos del cliente interno y externo considerando las necesidades y expectativas futuras, prevenir los efectos no deseados y mejorar el desempeño y eficacia del SGC?	Se implementan acciones para cumplir los requisitos, pero falta mejorar la evaluación de este.		X			50%
10.2	¿Se cuenta con un proceso eficaz de no conformidades y acciones correctivas?	Este proceso se maneja por control interno y habilitación.		X			50%
10.3	¿Se mejora continuamente la idoneidad, adecuación y eficacia del SGC?	No se ha implantado el SGC.			X		0%

Fuente: Elaboración propia

Aspectos:

- No existe un planteamiento del SGC que ayude a detectar y corregir inconformidades en busca de la mejora.
- Innovar la forma de encontrar oportunidades de mejora que incluya el análisis interno y del entorno.

Se evaluó el cumplimiento de la norma ISO 9001:2015, desde el numeral 04 al numeral 10.

Resumen de los porcentajes de cumplimiento.

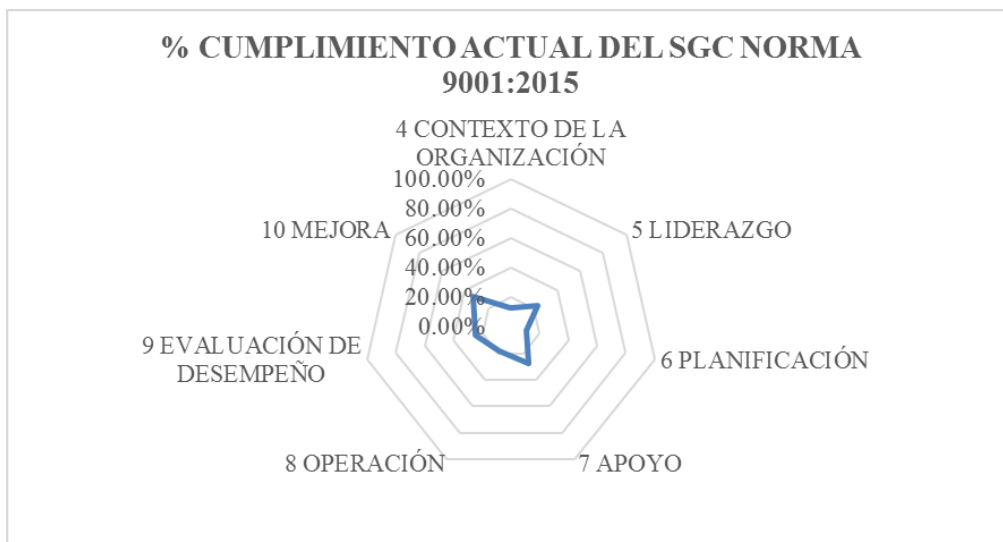
Se evaluó el cumplimiento de la norma ISO 9001:2015, desde el numeral 04 al numeral 10. La aplicación del Check list

Tabla 13 Resumen de cumplimiento norma ISO 90001:2015

No	ÍTEM	% CUMPLIMIENTO ACTUAL
4	CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	13.00%
5	LIDERAZGO	22.72%
6	PLANIFICACIÓN	11.11%
7	APOYO	27.27%
8	OPERACIÓN	18.18%
9	EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO	25.00%
10	MEJORA	33.33%

Fuente: Elaboración propia

Figura 3 Cumplimiento actual del SGC norma ISO 9001:2015



Fuente: Norma ISO 9001:2015

Se presenta el resumen del cumplimiento de los numerales de la ISO 9001:2015, herramienta que sirve para facilitar la comparación visual a escala y poder detectar diferencias durante el análisis. Se observa un déficit amplio en el cumplimiento de los

requisitos, teniendo como mayor resultado de un 33.33% en el Ítem 10 de mejora y un cumplimiento mínimo en el punto 6 que es de planificación con un 11.11%. Se recalca que ningún punto u Ítem llega a un 50% de cumplimiento. El promedio total de cumplimiento del Check list según la norma de la ISO 9001:2015 es de 21.51%.

2.2.5 Evaluación de la satisfacción de los clientes con ayuda de la encuesta dirigida a los clientes para conocer el estado actual del nivel de satisfacción

Para medir el nivel de satisfacción se aplicó una encuesta que se encuentra en el anexo 03, las cuales tiene preguntas claves para medir la calidad del servicio que se ha brindado

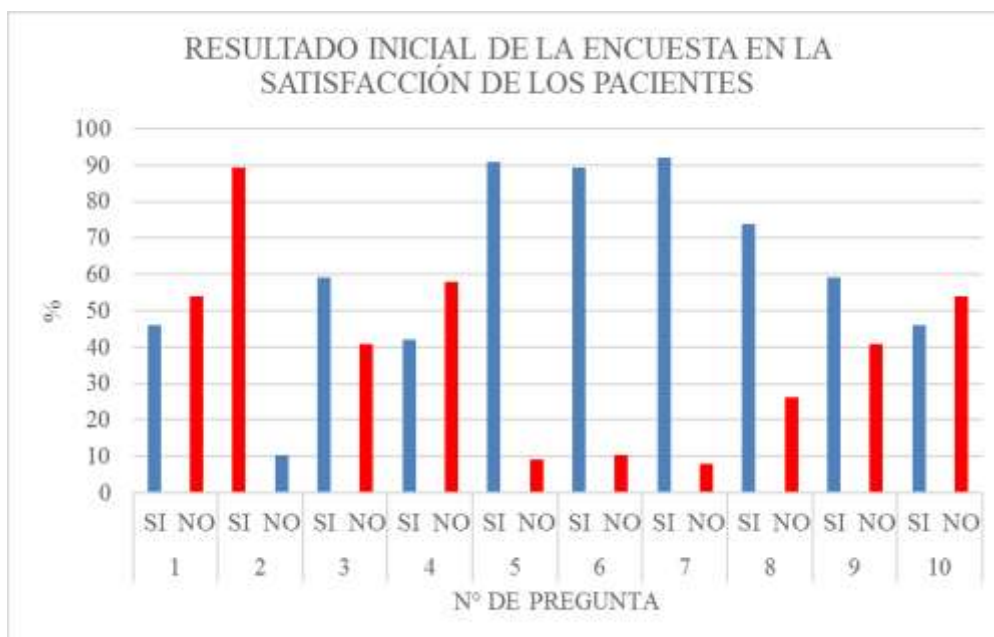
Resumen de encuesta realizada a los clientes:

Tabla 14 Resultados de encuesta en la satisfacción de los clientes

PREGUNTAS			%
1	¿Le ha parecido correcto el trato recibido?	SI	46.1
		NO	53.9
2	¿Ha generado un malestar hacia su persona el tener que esperar mucho tiempo para ser atendido?	SI	89.5
		NO	10.5
3	¿Le han aclarado todas las dudas sobre su tratamiento que tenía?	SI	59.2
		NO	40.8
4	¿Le parece buena la organización del personal que trabaja en el Centro médico Aurea Implant (odontología)?	SI	42.1
		NO	57.9
5	¿Encuentra confortable el área de espera?	SI	90.8
		NO	9.2
6	¿Cree que el tiempo que le han dedicado los odontólogos es adecuado?	SI	89.5
		NO	10.5
7	¿Le pareció bueno el trato odontológico?	SI	92.1
		NO	7.9
8	¿Cree correcta la relación Calidad/servicio?	SI	73.7
		NO	26.3
9	¿Le han explicado en qué consistirá su tratamiento?	SI	59.2
		NO	40.8
10	¿Recepción se ha comunicado adecuadamente con usted?	SI	46.1
		NO	53.9

Fuente: Elaboración propia

Figura 4 Gráfico del resultado inicial de la encuesta en la satisfacción de los clientes



Fuente: Elaboración propia

Según la encuesta realizada a la muestra de 76 clientes del mes de enero para un diagnóstico inicial, se observa en los resultados un claro margen de disconformidad de parte del paciente, **% De satisfacción con el trato por parte de la empresa 46.1%**, no es un buen porcentaje ya que no llega ni al 50% el cual se tendrá que mejorar con la diseño de SGC. **% De satisfacción por el tiempo de espera para ser atendido 10.5%** que la espera para llevar a cabo su consulta es muy extensa, generando así malestar en el paciente. **% Satisfacción en la comunicación en recepción 46.1%**, falta una mejor comunicación del personal de recepción hacia los clientes al momento de explicar su tratamiento respectivo, en los resultados obtenidos, también podemos apreciar que los clientes observan **% Satisfacción en el trato odontológico 92.1%** el cual es muy considerable y bueno para la empresa ya que en la atención base es directamente con los odontólogos teniendo un grado de satisfacción alto.

2.3 Desarrollo del diseño de gestión de calidad

2.3.1 Manual de calidad

Para el desarrollo de la propuesta de un Sistema de Gestión de calidad, se desarrolló un manual de calidad basado en la norma ISO 9001:2015, con la finalidad de cumplir con los requisitos de dicha norma.

Se elaboró dicho documento con la finalidad de contar con una metodología práctica y ordenada de la norma ISO 9001:2015 en el proceso estudiado. Anexo 04

Tabla 15 Manual de calidad

Manual de calidad – Aurea Implant EIRL

- 1. Objetivos y campos de aplicación
 - 1.1 Generalidades
 - 1.2 Aplicación
- 2. Referencias normativas
- 3. Términos y definiciones
- 4. Contexto de la Organización
 - 4.1. Organización y su contexto
 - 4.2. Las necesidades y expectativas de las partes interesadas
 - 4.3. Alcance del sistema de Gestión de Calidad
 - 4.4. Sistema de gestión de Calidad
- 5. Liderazgo
 - 5.1. Liderazgo y compromiso
 - 5.2. Política de Calidad
 - 5.3. roles responsabilidades y autoridad
- 6. Planificación
 - 6.1 Evaluación de riesgos
 - 6.2. Objetivos de Calidad y planificación (indicadores)
 - 6.3. Planificación y control de cambios.
- 7. Soporte
 - 7.1 Recursos
 - 7.1.1 Generalidades
 - 7.1.2 Infraestructura y ambiente de trabajo
 - 7.1.3 Seguimiento y medición
 - 7.1.4 Requerimiento de conocimiento
 - 7.2 Competencia
 - 7.3 Concienciación
 - 7.4 Comunicación

- 7.5 Información documentada
 - 7.5.1 Generalidades
 - 7.5.2 Creación y actualización
 - 7.5.3 Control de la información documentada (control documental)
 - 8. Operaciones
 - 8.1 Planificación y control operacional
 - 8.2 Interacción con los clientes y otras partes interesadas (compras-contratos)
 - 8.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el producto
 - 8.2.2 Revisión de los requisitos relacionados con el producto
 - 8.2.3 Comunicación con el cliente
 - 8.3 Preparación Operacional
 - 8.4 Control de procesos
 - 8.5 Diseño y desarrollo
 - 8.5.1 Definición
 - 8.5.2 Análisis
 - 8.5.3 Diseño
 - 8.5.4 Verificación y validación
 - 8.5.5 Transferencia de operaciones
 - 8.6 Ejecución / Diseño
 - 8.6.1 Control de la producción y la prestación del servicio
 - 8.6.2 Validación de procesos de la producción y/o de la prestación del servicio
 - 8.6.3 Identificación y trazabilidad
 - 8.6.4 Seguimiento y medición del producto
 - 8.6.5 Control de producto no conforme
 - 8.6.6 Propiedad de partes interesadas
 - 8.6.7 Preservación del producto
 - 8.6.8 Actividades post entrega
 - 8.7 Control de provisión externa de bienes y servicios (compras).
 - 9. Evaluación del desempeño
 - 9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación
 - 9.1.1 Generalidades
 - 9.1.2 Satisfacción del cliente
 - 9.1.3 Análisis de datos
 - 9.2 Auditorías Internas
 - 9.3 Revisión por la dirección
 - 10. Mejora
 - 10.1 No conformidades y acciones correctivas
 - 10.2 Mejora continua
-

Presentación

AUREA IMPLANT es el resultado de una idea visionaria generada en el año 2019 por el Dr. Luis Enrique Alcalde Carrera.; el objetivo primordial, era el de convocar a los mejores odontólogos especialistas a fin de que los usuarios pudieran encontrar en un mismo lugar todos los servicios relacionados con el ramo.

Actualmente, existe un equipo de trabajo integrado por 6 odontólogos especializados en todas las áreas: Ortodoncia, periodoncia, rehabilitación oral, implantología, odontopediatría; igualmente personas que se desempeñan en el área administrativa y auxiliares de odontología.

MISIÓN

Establecer relaciones con nuestras clientes basadas en un servicio de calidad, respaldados con la más avanzada tecnología. Promover el compromiso, sentido de pertenencia y el bienestar entre todos los miembros que conforman el talento humano del Centro Médico Aurea

VISIÓN

En el año 2025 ser reconocida Nacional como una de las mejores Centro Médico del país por su respaldo científico, tecnología de punta y calidad del servicio

PRINCIPALES VALORES

- Responsabilidad: Tenemos el cuidado y seguridad pertinente al realizar alguna intervención hacia los clientes.
- Honestidad: El conocimiento profesional debe ser honesto y en beneficio del paciente.

- Compromiso: Actuamos convencidos de que nuestras acciones son reflejo de los que amamos.
- Mejora continua: Estamos comprometidos a arle un valor adicional a nuestro servicio, implementando nuevas ideas y tecnología
- Seguridad: Nuestro compromiso es crear un ambiente de trabajo seguro.


	MANUAL DEL SGC “OBJETIVO Y CAMPO DE APLICACIÓN”	CODIGO:
		FECHA:
		VERSION: 001
		ELABORO: Coordinador de Apoyo y asesor de calidad
		REVISION: Director Administrativo
		APROBO: Gerente

OBJETIVO Y CAMPO DE APLICACIÓN

GENERALIDADES

El objetivo del presente manual de calidad implementado en la empresa Aurea Implant EIRL es dar con el cumplimiento de la norma ISO 9001:2015. Para así demostrar su gestión y compromiso empresarial con la mejora continua.

CONTROL DE CAMBIOS				
VERSIÓN	FECHA	PAG	APROBÓ	DESCRIP. DE CAMBIOS

 <p>AUREA ODONTOLOGÍA Y MEDICINA</p>	<p>MANUAL DEL SGC “REFERENCIAS NORMATIVAS”</p>	CODIGO:
		FECHA:
		VERSION: 001
		ELABORO: Coordinador de Apoyo y asesor de calidad
		REVISION: Director Administrativo
		APROBO: Gerente

ALCANCE Y APLICACIÓN

Alcance del SGC:

El presente manual de calidad se aplicará a todos los procesos definidos para la realización de los procedimientos correspondientes del servicio.

Aplicación

Todos los requisitos de la norma ISO serán aplicados a la empresa Aurea Implant EIRL

REFERENCIAS NORMATIVAS

Generalidades


La norma ISO 9001:2015, especifica los requisitos necesarios para un sistema de gestión de calidad para la organización. En donde se deberá demostrar la capacidad de la misma para proporcionar el servicio que pueda satisfacer a los clientes, haciendo uso de los requisitos y reglamentos aplicables.

Referencias

ISO 9001:2015

Sistema de gestión de calidad – Requisitos, son indispensables para lograr el cumplimiento según la norma ISO 9001:2015

CONTROL DE CAMBIOS				
VERSIÓN	FECHA	PAG	APROBÓ	DESCRIP. DE CAMBIOS

	<p align="center">MANUAL DEL SGC “TERMINOS Y DEFINICIONES”</p>	CODIGO:
		FECHA:
		VERSION: 001
		ELABORO: Coordinador de Apoyo y asesor de calidad
		REVISION: Director Administrativo
APROBO: Gerente		

TERMINOS Y DEFINICIONES

SGC: Sistema de gestión de calidad

Organización: es una estructura ordenada donde coexisten e interactúan personas con diversos roles, responsabilidades o cargos que buscan alcanzar un objetivo particular.

Contexto de la organización: Un contexto interno de la organización es el entorno en el que se pretende alcanzar los objetivos. Algunos ejemplos de contexto externo pueden ser: las regulaciones del gobierno y cambios en la ley. cambios económicos en el mercado de la organización.

Compromiso: partimos de la definición del compromiso como “la capacidad que tiene el ser humano para tomar conciencia de la importancia que tiene cumplir con el desarrollo de su trabajo dentro del tiempo estipulado para ello”. Al comprometernos, ponemos al máximo nuestras capacidades para sacar adelante la tarea encomendada.

Cliente/paciente: Persona que padece física y corporalmente, y especialmente quien se halla **bajo atención médica.** – **Cliente:** Persona que utiliza con asiduidad los servicios de un profesional o empresa.

Proveedor: Un Proveedor es la persona física o jurídica que abastece de todo lo necesario, para la producción de bienes o servicios, a otra persona física o jurídica o

empresa. Veamos su definición formal, como se contabiliza una compra a un Proveedor y la diferencia con un Acreedor.

Mejora: Mejora es la acción y efecto de mejorar, verbo que procede etimológicamente del latín “meliorare”, a su vez derivado del adjetivo “melior” que significa “mejor”. Una mejora se opera siempre frente a una situación previa peor, frente a la cual se observan condiciones más favorables.

Mejora continua: Mejora Continua. El concepto de mejora continua se refiere a que siempre se está en un proceso de cambio, de desarrollo y con posibilidades de mejorar.

Gestión: La gestión es un conjunto de procedimientos y acciones que se llevan a cabo para lograr un determinado objetivo. Es decir, en términos generales, la gestión es una serie de tareas que se realizan para acometer un fin planteado con antelación.

Gestión de la calidad: La gestión de la calidad es un conjunto de acciones y herramientas que tienen como objetivo evitar posibles errores o desviaciones en el proceso de producción y en los productos o servicios obtenidos a través de él.

Proceso: Un proceso es un conjunto de actividades planificadas que implican la participación de un número de personas y de recursos materiales coordinados para conseguir un objetivo previamente identificado.

Política de la calidad: La Política de Calidad es la línea de acción de una organización para la mejora de sus procesos internos. Se refleja a través de un documento que describe el papel de los tres agentes principales en la Gestión de Calidad: el cliente, el mercado y la empresa.

CONTROL DE CAMBIOS				
VERSIÓN	FECHA	PAG	APROBÓ	DESCRIP. DE CAMBIOS

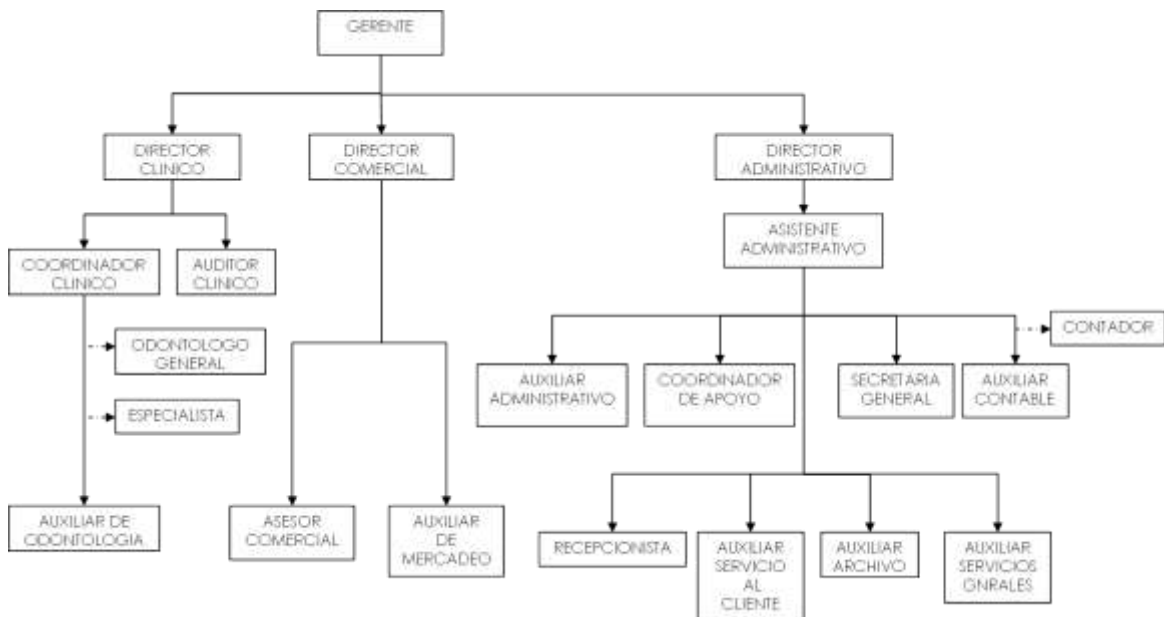
	MANUAL DEL SGC “SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD”	CODIGO:
		FECHA:
		VERSION: 001
		ELABORO: Coordinador de Apoyo y asesor de calidad
		REVISION: Director Administrativo
		APROBO: Gerente

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Comprender la organización y su contexto

Se ha diseñado un nuevo organigrama para entender mejor la jerarquía de la organización.

Figura 5 Organigrama



Fuente: Elaboración propia

Compresión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas

La gerencia y su personal de la empresa Aurea Implant EIRL, son conscientes de la importancia de cubrir las necesidades y expectativas de sus clientes. Es por ello la importancia de este manual, el cual asegurará se cumplan con los estándares de calidad para la satisfacción del paciente.

Determinación del alcance del sistema de gestión de calidad

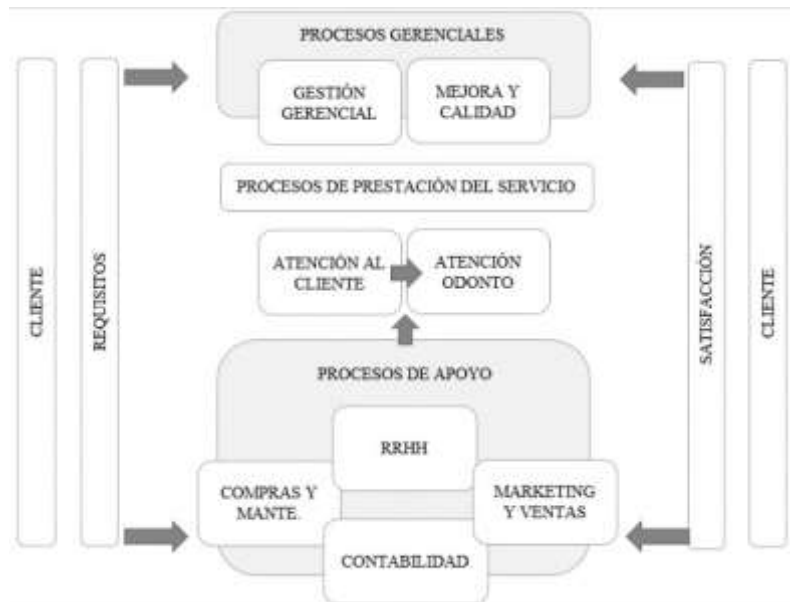
El manual de calidad es la muestra de que la empresa deberá cumplir con todos los requisitos mencionados. Es por ello que la documentación del sistema de gestión de calidad se extiende en todo el proceso de atención de los clientes, la cual está sujeta a la norma ISO 90001:2015.

Sistema de gestión de calidad y sus procesos

La empresa, en la constante búsqueda por la mejora continua y en mejorar la satisfacción de los clientes, ha implementado su SGC de acuerdo con los requisitos de la norma ISO 9001:2015.


Es por ello por lo que, a través de los resultados obtenidos, la empresa ha determinado los procesos necesarios para un óptimo funcionamiento e interacción de un SGC, para lo cual se ha desarrollado un mapa de procesos, en donde se identifican los procesos estratégicos. Lo que ayuda a garantizar que el proceso de atención del cliente esté bajo control y se eficaz (ver mapa de procesos)

Figura 6 Mapa de procesos



Fuente: Elaboración propia

CONTROL DE CAMBIOS				
VERSIÓN	FECHA	PAG	APROBÓ	DESCRIP. DE CAMBIOS

	MANUAL DEL SGC “LIDERAZGO”	CODIGO:
		FECHA:
		VERSION: 001
		ELABORO: Coordinador de Apoyo y asesor de calidad
		REVISION: Director Administrativo
		APROBO: Gerente

LIDERAZGO

Liderazgo y compromiso

La gerencia debe mostrar compromiso y liderazgo con respecto a la futura diseño del SGC.

Los líderes son quienes llevan a los demás hacia el logro de los objetivos que la empresa establece, por lo cual deberán mejorar las condiciones y herramientas para lograrlo.

Liderazgo y compromiso con respecto al sistema de gestión de calidad

La empresa establece sus objetivos de calidad los cuales quedaran establecidos a traces de un cuadro de objetivos de calidad

Liderazgo y compromiso con respecto a las necesidades y expectativas de los clientes/clientes.

Teniendo en cuenta que los clientes son parte fundamental de la empresa, se tienen funciones, las cuales aseguran que se puedan cumplir con sus necesidades. Así mismo se establecerá de una manera anual una encuesta de satisfacción.

Política de calidad

La gerencia a definido revisar periódicamente una política de calidad, esta política será base para planificar los objetivos de calidad. La misma que será difundida a todos los colaboradores de la empresa.

Roles de la organización, responsabilidades y autoridades

Para establecer la relación existente entre todos los colaboradores y sus roles, responsabilidades; se ha elaborado una matriz RACI, la cual nos permite establecer las actividades y los responsables.

CONTROL DE CAMBIOS				
VERSIÓN	FECHA	PAG	APROBÓ	DESCRIP. DE CAMBIOS

 <p>AUREA ODONTOLOGÍA Y MEDICINA</p>	<p>SGC “POLÍTICA DE GESTIÓN DE CALIDAD”</p>	CODIGO:
		FECHA:
		VERSION: 001
		ELABORO: Coordinador de Apoyo y asesor de calidad
		REVISION: Director Administrativo
APROBO: Gerente		


POLITICA DE GESTIÓN DE CALIDAD

La política de GC se encuentra enlazado con los valores y misión de la empresa, con el compromiso para poder lograr la satisfacción de los clientes, cumpliendo con ciertos estándares de calidad.

Para cumplir la política, necesitamos:

- Cumplir los estándares de calidad para los clientes
- Implementar e innovar de nueva tecnología para permitir un ahorro de tiempo en los procesos odontológicos y lograr la mejora continua en cada proceso.
- Dar facilidades a los clientes, identificando y dando respuesta a sus necesidades.
- Identificación por parte de los trabajadores con la empresa, de manera que logren alinearse con los objetivos de la empresa y de los clientes


CONTROL DE CAMBIOS				
VERSIÓN	FECHA	PAG	APROBÓ	DESCRIP. DE CAMBIOS

	SGC ROLES DE LA ORGANIZACIÓN	CODIGO:
		FECHA:
		VERSION: 001
		ELABORO: Coordinador de Apoyo
		REVISION: Director Administrativo
		APROBO: Gerente

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO	REGISTROS	RECURSOS
1	Recepción del paciente	Recepcionista	Atención personalizada usuario programado (GU-002); Atención personalizada del usuario por primera vez (GU-003); Usuario para atención oportuna de urgencias (GU-004)	Agendas sistema Odontológica	Computador/ Software Odontología
2	Atención personalizada del paciente	Recepcionista	Atención personalizada usuario programado (GU-002); Atención personalizada del usuario por primera vez (GU-003); Usuario para atención oportuna de urgencias (GU-004)	Registro inicial de clientes (FO-010); Valoración (FO-011); Cotización (FO-012); Estado de cuenta (FO-017); Estado de cuenta ortodoncia (FO-018); Historia clínica odontológica (FO-016)	Computador/ Software Odontología
3	Pasar historia clínica del paciente a servicio al cliente	Recepcionista	Cumplimiento de programación (GU-016)	Listado citas del día / Sistema Odontología	NA
4	Anunciar al paciente ante el odontólogo programado	Auxiliar de servicio al cliente	Historia Clínica	Historia Clínica	NA
5	Alistar la unidad odontológica para la atención del paciente	Auxiliar de odontología	Historia Clínica; Protocolos Clínicos	NA	Unidad Odontológica, instrumental y material requerido
6	Pasar al paciente para su atención	Auxiliar de odontología	Historia Clínica	Historia Clínica	NA

7	Realizar procedimiento según requerimiento	Odontólogo / Especialista	Historia Clínica; Protocolos Clínicos	Historia clínica Odontológica (FO-016)	Unidad Odontológica, instrumental, material y equipo odontológico requerido
8	Pasar con el paciente a recepción o a sala de negocios	Odontólogo / Especialista	NA	NA	NA
9	Dar indicaciones a la recepcionista sobre próxima cita	Odontólogo / Especialista	NA	Historia clínica odontológica (FO-16); Valoración (FO011)	NA
10	Dar indicaciones a la auxiliar de servicio al cliente para explicación de tratamiento y cotización	Odontólogo / Especialista	NA	Historia clínica odontológica (FO-16); Valoración (FO011)	NA
11	Explicar cotización y tratamiento al paciente según indicaciones del paciente	Auxiliar de servicio al cliente	Cotización (GU-015)	Historia clínica odontológica (FO-16); Valoración (FO011)	Computador
12	Realizar programación de próxima cita	Recepcionista	Programación próxima cita (GU-005)	Historia clínica odontológica (FO-16); Valoración (FO011)	Computador / Software Odontología

CONTROL DE CAMBIOS				
VERSIÓN	FECHA	PAG	APROBÓ	DESCRIP. DE CAMBIOS

	SGC “PLANIFICACIÓN”	CODIGO:
		FECHA:
		VERSION: 001
		ELABORO: Coordinador de Apoyo y asesor de calidad
		REVISION: Director Administrativo
		APROBO: Gerente

PLANIFICACIÓN

Acciones para abordar los riesgos y oportunidades

La empresa deberá evaluar posibles riesgos que pueden ocurrir en sus procesos


Objetivo de calidad y planificación para alcanzarlos

Para determinar los objetivos de calidad es importante hacerlo en base a la política de calidad, así mismo se deberá de establecer los responsables.


Planificación de los cambios

La elaboración del SGC se realizó con el fin de poder cumplir los requisitos establecidos de la norma ISO 9001:2015. Es por ello que la alta gerencia se debe asegurar de que se cumpla y así mantener integrado el sistema de calidad cuando se requiera hacer algún cambio.

CONTROL DE CAMBIOS				
VERSIÓN	FECHA	PAG	APROBÓ	DESCRIP. DE CAMBIOS


 <p>AUREA ODONTOLOGÍA Y MEDICINA</p>	<p>SGC “CONTROL DE OBJETIVOS”</p>	CODIGO:
		FECHA:
		VERSION: 001
		ELABORO: Coordinador de Apoyo y asesor de calidad
		REVISION: Director Administrativo
		APROBO: Gerente

CONTROL DE CAMBIOS							
PERSPECTIVA	DESCRIPCIÓN DE OBJETIVO	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	OBJETIVO		FRECUENCIA DE MEDICIÓN	RESPONSABLE
				OPTIMO	TOLERABLE		
RRHH	Specializar al personal de salud para una actualización técnica y educación continua	cantidad de cursos realizados por el personal de salud	Porcentaje	100%	85%	Bimestral	RRHH / Gerencia
	Capacitar en temas orientados a la mejora continua, seguridad, trabajo en equipo y la calidad a todo el personal.	cantidad de cursos realizados por el personal de salud	Porcentaje	100%	85%	Bimestral	RRHH / Gerencia
COMERCIAL	Incrementar la satisfacción del cliente	Satisfacción del cliente	Porcentaje	100%	85%	Semestral	Comercial / Gerencia
	Incrementar entrada de clientes	Cantidad de clientes	Porcentaje	100%	85%	Semestral	Comercial / Gerencia
CALIDAD	Cantidad de tratamientos concluidos/conformes	Tratamientos conformes	Porcentaje	100%	85%	Por tratamiento	Gerencia
	Disminuir el tiempo total de ciclo (tiempo preconsulta + consulta + post consulta)	Plazo de tratamientos	Porcentaje	100%	85%	Por tratamiento	Gerencia
VERSIÓN	FECHA	PAG	APROBÓ	DESCRIP. DE CAMBIOS			

 <p>AUREA ODONTOLOGÍA Y MEDICINA</p>	<p>SGC “CUADRO PARA ALCANZAR OBJETIVOS”</p>	CODIGO:
		FECHA:
		VERSION: 001
		ELABORO: Coordinador de Apoyo y asesor de calidad
		REVISION: Director Administrativo
		APROBO: Gerente

PLAN PARA ALCANZAR OBJETIVOS					
PERSPECTIVA	DESCRIPCIÓN DE OBJETIVO	INDICADOR	ESTRATEGIAS	META	RESPONSABLE
RRHH	Specializar al personal de salud para una actualización técnica y educación continua	cantidad de cursos realizados por el personal de salud	Buscar cursos dentro o fuera del país para que los médicos puedan ser instruidos	El personal médico cumplan sus cursos con satisfacción	RRHH / Gerencia
	Capacitar en temas orientados a la mejora continua, seguridad, trabajo en equipo y la calidad a todo el personal.	cantidad de cursos realizados por el personal de salud	Observar deficiencias en los objetivos y reforzar con capacitaciones	Lograr que los objetivos sean absorbidos por el personal	
COMERCIAL	Incrementar la satisfacción del cliente	Satisfacción del cliente	Cumplir las necesidades establecidas por el cliente y aprovechar cualquier oportunidad de mejora	Incrementar la satisfacción de los clientes en un 90%	Comercial / Gerencia
	Incrementar entrada de clientes	Cantidad de clientes	Los clientes satisfechos serán nuestro mejor marketing	incrementar la cartera de clientes en un 30%	
CALIDAD	Cantidad de tratamientos concluidos/conformes	Tratamientos conformes	Contar con los materiales y personal necesario	Aumentar tratamientos concluidos	Gerencia
	Disminuir el tiempo total de ciclo (tiempo preconsulta + consulta + post consulta)	Plazo de tratamientos	Consiguir herramientas tecnológicas para minimizar los tiempos	Implementar de manera eficiente la tecnología	

CONTROL DE CAMBIOS				
VERSIÓN	FECHA	PAG	APROBÓ	DESCRIP. DE CAMBIOS

	FORMATO	Versión: 1
	Solicitud de Acciones Correctivas o de Oportunidades de Mejora	FECHA EDICIÓN


ACCIÓN PROPUESTA: <input type="checkbox"/> CORRECTIVA <input type="checkbox"/> OPORTUNIDAD DE MEJORA		FECHA: DDMMAA
PROCESO: Elija el proceso del SIG que reporta la acción.	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN: Nombre y apellidos Cargo	
FUENTES DE IDENTIFICACIÓN DE NO CONFORMIDADES: Seleccione una de las fuentes.		

SITUACIÓN DETECTADA
Describe la situación detectada
DESCRIPCIÓN DE LA CAUSA (Usar metodología para análisis de causas, aplica para no conformidades reales "acción correctiva")

PLAN DE ACCIÓN A APLICAR			
No.	Actividad	Responsable	Fecha Cumplimiento

Fecha proyectada de implementación del plan de acción DDMMAAAA	Firma responsable:
---	--------------------

CONTROL DE CAMBIOS				
VERSIÓN	FECHA	PAG	APROBÓ	DESCRIP. DE CAMBIOS

	FORMATO	Versión: 1
	Solicitud de Acciones Correctivas o de Oportunidades de Mejora	
		FECHA EDICIÓN


ESPACIO ASIGNADO PARA SEGUIMIENTO Y EVALUACION DE LA ACCIÓN

VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE ACCIÓN					
Actividad	Revisado por	Fecha	Cumplió		Comentarios
			SI	NO	

Fecha de cierre de la acción: DD/MM/AAAA Cierre realizado por: <input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> RRHH <input type="checkbox"/>	Nombre y firma del responsable del cierre: Nombre y apellidos	Comentarios
¿Regulere actualizar los mapas de riesgos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Cuáles? (en caso afirmativo)	
¿Regulere hacer alguna actualización en el SIG? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Cuáles? (en caso afirmativo)	

VERIFICACIÓN DE LA EFICACIA DE LA ACCIÓN		
Fecha de verificación: DD/MM/AAAA ¿La acción fue eficaz? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Nombre y firma del responsable de la verificación de la eficacia: Nombre y apellidos	Comentarios

CONTROL DE CAMBIOS				
VERSIÓN	FECHA	PAG	APROBÓ	DESCRIP. DE CAMBIOS

	<p align="center">SGC “SOPORTE”</p>	CODIGO:
		FECHA:
		VERSION: 001
		ELABORO: Coordinador de Apoyo y asesor de calidad
		REVISION: Director Administrativo
		APROBO: Gerente

SOPORTE

Recursos

La empresa Aurea Implant proporcionará los recursos necesarios para poder implementar el sistema de gestión de calidad y así poder conseguir la mejora continua y de esa manera lograr satisfacer a nuestros clientes con el cumplimiento de todos los requisitos.

Competencia

La empresa Aurea Implant, en conjunto se ha desarrollado el procedimiento de selección de personal, el que ayuda a escoger de manera eficiente al personal competente que llene todos los requisitos para determinado puesto.

Toma de conciencia

La empresa Aurea Implant, con el fin de mejorar continuamente, evalúa la competencia de su personal para ver si está afectando o no la calidad del servicio, es por ello que se estableció el procedimiento de capacitación. Con el fin de alcanzar las competencias para desarrollar de manera adecuada la función de cada puesto.

Comunicación

La alta gerencia ha establecido un procedimiento de comunicación para mantener la eficacia entre las distintas áreas y procesos, Así mismos mecanismos de comunicación con sus clientes para resolver algún problema en el transcurso de sus tratamientos.

Información documentada

Generalidades

El sistema de gestión de calidad cuenta con la siguiente documentación:

- Manual de calidad
- Procedimientos con formatos correspondientes según la norma ISO 9001:2015

Creación y actualización

La empresa cuenta con un procedimiento para el control de la documentación del SGC, para que estos sean fáciles de identificar, fácil de desarrollar.


Pautas para el procedimiento:

- Aprobación antes de la adecuación
- Actualizar
- Documentación en el área de trabajo
- Asegurar la actualización de las versiones

Control de la información documentada

Toda información documentada tiene un código para que sea más fácil la identificación.

CONTROL DE CAMBIOS				
VERSIÓN	FECHA	PAG	APROBÓ	DESCRIP. DE CAMBIOS

	SGC “EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DEL PERSONAL”	CODIGO:
		FECHA:
		VERSION: 001
		ELABORO: Coordinador de Apoyo y asesor de calidad
		REVISION: Director Administrativo
		APROBO: Gerente

EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE PERSONAL

OBJETIVO

Establecer los parámetros para el reclutamiento del personal más idóneo para la empresa

ALCANCE

Aplica a todos los procesos de evaluación y selección de personal que prestará servicios en distintas áreas de la empresa.


RESPONSABILIDADES

CARGO	RESPONSABILIDAD
Cargo Responsabilidad Gerencia y Jefaturas	Identificar la necesidad de personal Establecer descripción de funciones Detallar el perfil
Jefe Talento Humano	Reclutar, seleccionar Presentar la terna con mejores puntuados Aplicar lo descrito en el presente documento.

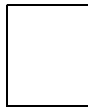
ESTANDAR

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
REQUERIMIENTO DE PERSONAL	JEFE DE RECUROS HUMANOS/GERENCIA	Completar requerimientos del personal De requerir crear un nuevo cargo, completar el perfil del cargo.
		Proceder al procedimiento de reclutamiento de personal. Asegurar que se cuente con el presupuesto para el cargo
		Solicitar autorización, según corresponda.
		Validar la necesidad del cargo requerido.
RECLUTAMIENTO DEL PERSONAL	ASISTENTE DE RRHH	Comenzar el proceso de reclutamiento del personal Búsqueda a través de bolsas de trabajo / Publicación por medios Recepción de hojas de vida


		Evaluar competencias Evaluar y entrevistar a los candidatos Crear una lista de candidatos aptos
	JEFE DE RECURSOS HUMANOS/GERENCIA	Selección de candidatos finalistas Entrevistar a dos candidatos finalistas Informar al encargado de RRHH
	ASISTENTE DE RRHH	Comunicar la selección al candidato Examen médico y resultados Informar la aprobación del candidato
CONTRATACIÓN DEL PERSONAL	JEFE DE RECURSOS HUMANOS/GERENCIA	Autorizar la contratación del candidato seleccionado
	ASISTENTE DE RRHH	Archivar documentación del contratado: Hoja de vida, ficha personal, antecedentes penales y policiales, descripción del cargo, requerimiento del personal, resultado de exámenes, centro de estudios.
	ÁREA LEGAL	Elaborar el contrato de trabajo
	JEFE DE RECURSOS HUMANOS/GERENCIA	Firmar el contrato del contratado con firma de la alta gerencia

	SGC “FICHA DEL PERSONAL”	CODIGO:
		FECHA:
		VERSION: 001
		ELABORO: Coordinador de Apoyo y asesor de calidad
		REVISION: Director Administrativo
		APROBO: Gerente

FICHA DEL PERSONAL

AUREA IMPLANT EIRL						
DATOS DEL COLABORADOR						
UBICACIÓN FUNCIONAL Y DEPENDENCIA LABORAL:						
ÁREA		SECCIÓN				
TÍTULO DEL PUESTO		FECHA INGRESO				
						FOTOGRAFÍA
DATOS PERSONALES:						
AP. PATERNO	AP. MATERNO	NOMBRES			N° DNI	
DIRECCION DE DOMICILIO		DISTRITO	PROVINCIA	DEPARTAMENTO		
REFERENCIA DE DOMICILIO		FECHA NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	CELULAR / TELEFONO		
CORREO ELECTRONICO:						
DATOS DE AFILIACIONES:						
SISTEMA PENSIONARIO						
Marcar con "X" en el sistema pensionario que se encuentre afiliado:						
SISTEMA NACIONAL DE PENSIONES:			SISTEMA PRIVADO DE PENSIONES:			
() ONP			<input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Prima <input type="checkbox"/> Primera vez en <input type="checkbox"/> Profuturo <input type="checkbox"/> Habitad en planilla			
DEPÓSITO REMUNERACION:		BANCO:	N° CUENTA:		Fecha de afiliación SPP	
DATOS EDUCATIVOS / ESTUDIOS:						
NIVEL EDUCATIVO						
<input type="checkbox"/> Sin Educación Formal <input type="checkbox"/> Educación Universitaria Incompleta <input type="checkbox"/> Estudios de Doctorado Incompleto <input type="checkbox"/> Educación Primaria Incompleta <input type="checkbox"/> Educación Universitaria Completa <input type="checkbox"/> Estudios de Doctorado Completo <input type="checkbox"/> Educación Primaria Completa <input type="checkbox"/> Grado de Bachiller <input type="checkbox"/> Grado de Maestría <input type="checkbox"/> Educación Secundaria Incompleta <input type="checkbox"/> Educación Superior (Instituto Sup.) Incompleta <input type="checkbox"/> Grado de Doctor <input type="checkbox"/> Educación Secundaria Completa <input type="checkbox"/> Educación Superior (Instituto Sup.) Completa <input type="checkbox"/> Diplomado, Postitulo, Etc. <input type="checkbox"/> Educación Especial Incompleta <input type="checkbox"/> Estudios de Maestría Incompleta <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Educación Especial Completa <input type="checkbox"/> Estudios de Maestría Completa Especificar: _____						
OFICIO O PROFESION		CARRERA TECNICA/PROFESIONAL		INSTITUTO/UNIVERSIDAD		
DERECHOHABIENTES:						
Nº	AP. PATERNO	AP. MATERNO	NOMBRE	VINCULO	F_NAC	OCUPACIÓN
1.-						
2.-						
3.-						
4.-						
5.-						
EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICAR A:						TELEF.:
CIUDAD :			DIRECCION :			
OBSERVACIONES:						
DECLARO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO SON CORRECTOS, COMPLETOS Y QUE ESTA DECLARACIÓN SE HA CONFECCIONADO SIN OMITIR O FALSEAR ALGUN DATO QUE DEBE CONTENER; SIENDO FIEL EXPRESIÓN DE LA VERDAD.						
						
FECHA		FIRMA DEL COLABORADOR		Huella Digital		


CONTROL DE CAMBIOS				
VERSIÓN	FECHA	PAG	APROBÓ	DESCRIP. DE CAMBIOS

 <p>AUREA ODONTOLOGÍA Y MEDICINA</p>	<p align="center">SGC “MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES”</p>	CODIGO:
		FECHA:
		VERSION: 001
		ELABORO: Coordinador de Apoyo y asesor de calidad
		REVISION: Director Administrativo
		APROBO: Gerente

MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES

A. INFORMACIÓN DEL CARGO			
UNIDAD ORGÁNICA		CARGO	
DEPENDENCIA			
B. FUNCIONES ESPECÍFICAS			
C. REQUISITOS MÍNIMOS DEL CARGO			
NIVEL EDUCATIVO			
ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS			
EXPERIENCIA			
EXPERIENCIA ESPECÍFICA			
CONOCIMIENTOS BÁSICOS			
D. PERFIL DE COMPETENCIAS Y HABILIDADES			


CONTROL DE CAMBIOS				
VERSIÓN	FECHA	PAG	APROBÓ	DESCRIP. DE CAMBIOS

 <p>AUREA ODONTOLOGÍA Y MEDICINA</p>	<p align="center">SGC “PERFIL DEL CARGO”</p>	CODIGO:
		FECHA:
		VERSION: 001
		ELABORO: Coordinador de Apoyo y asesor de calidad
		REVISION: Director Administrativo
		APROBO: Gerente

PERFIL DEL CARGO

A. INFORMACIÓN DEL CARGO			
UNDAD ORGÁNICA		CARGO	
DEPENDENCIA		JEFE DIRECTO	
B. OBJETIVOS DEL CARGO			
C. FUNCIONES ESPECÍFICAS			
D. REQUISITOS MÍNIMOS DEL CARGO			
NIVEL EDUCATIVO			
ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS			
EXPERIENCIA			
EXPERIENCIA ESPECÍFICA			
CONOCIMIENTOS BÁSICO			
IDIOMA			
OTROS REQUISITOS			
E. PERFIL DE COMPETENCIAS Y HABILIDADES			
F. CONDICIONES DEL ÁREA DE TRABAJO			


CONTROL DE CAMBIOS				
VERSIÓN	FECHA	PAG	APROBÓ	DESCRIP. DE CAMBIOS

	SGC “REQUERIMIENTO DEL PERSONAL”	CODIGO:
		FECHA:
		VERSION: 001
		ELABORO: Coordinador de Apoyo y asesor de calidad
		REVISION: Director Administrativo
		APROBO: Gerente

REQUERIMIENTO DE PERSONAL

A. INFORMACIÓN DEL ÁREA QUE REQUIERE EL			
PERSONA AUTORIZADA			
CARGO			
ÁREA			
B. INFORMACIÓN DEL CARGO REQUERIDO			
CARGO		ÁREA	
N° PUESTOS		PERIODO	
TIEMPO DE PRUEBA		RÉGIMEN	
TIPO DE REQUERIMIENTO	EMPLEO()	PLAZO FIJO	NUEVO
	PRÁCTICA PRE PROFESIONAL()	INDEFINIDO	REEMPLAZO
	PRÁCTICA PROFESIONAL()		
C. FUNIONES ESPECÍFICAS			
D. REQUISITOS MÍNIMOS DEL CARGO			
NIVEL EDUCATIVO			
ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS			
EXPERIENCIA			
EXPERIENCIA ESPECÍFICA			
CONOCIMIENTOS BÁSICO			
IDIOMA			
OTROS REQUISITOS			
E. PERFIL DE COMPETENCIAS Y HABILIDADES			
F. CONDICIONES DEL ÁREA DE TRABAJO			

CONTROL DE CAMBIOS				
VERSIÓN	FECHA	PAG	APROBÓ	DESCRIP. DE CAMBIOS

	SGC “CAPACITACIÓN”	CODIGO:
		FECHA:
		VERSION: 001
		ELABORO: Coordinador de Apoyo y asesor de calidad
		REVISION: Director Administrativo
		APROBO: Gerente

CAPACITACIÓN

Objetivo

Implementar la metodología que permita la adecuada capacitación del personal involucrando el SGC, alineado a los objetivos estratégicos y necesidades que tenga la empresa.

Alcance

El procedimiento es aplicable para todo el personal involucrado en el SGC.

RESPONSABILIDADES

CARGO	RESPONSABILIDAD
Cargo Responsabilidad Gerencia y Jefaturas	Identificar la necesidad de personal Establecer descripción de funciones Detallar el perfil
Jefe Talento Humano	Reclutar, seleccionar Presentar la terna con mejores puntuados Aplicar lo descrito en el presente documento.
Capacitador	Coordinación con gerencia Elaborar y ejecutar el plan de capacitación Dirigir y tener registros de las evaluaciones

ESTANDAR

FECHA		TEMA CAPACITACION	DIRIGIDO A:	RESPONSABLE(S) DE LA CAPACITACION	EMPRESA	INTENS. HORARIA	FECHA REALIZADA			
MESES	AÑO						DIAS	MESES	AÑO	HORA
02	2020	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	DIRECTIVOS	GIOVE ALCALDE CARRERA		1	16	04	2020	7am
02	2020	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	TODO EL PERSONAL	GIOVE ALCALDE CARRERA		1	16	04	2020	9am
02	2020	MANUAL DE FUNCIONES	TODO EL PERSONAL	PABLO LLANOS		1	16	04	2020	11am
02	2020	GUIAS Y PROTOCOLOS	TODO EL PERSONAL	PABLO LLANOS		2	16	04	2020	3pm
02	2020	PROCEDIMIENTOS OBLIGATORIOS	TODO EL PERSONAL	GIOVE ALCALDE CARRERA		1	16	04	2020	6pm
02	2020	GESTIÓN EMPRESARIAL		GIOVE ALCALDE CARRERA		12	17	04	2020	6pm
02	2020	DIPLOMADO EN SALUD OCUPACIONAL		ALEX LLANOS		48	18	04	2020	6pm
03	2020	AUDITORES INTERNOS		GIOVE ALCALDE CARRERA		8	20	04	2020	6am
03	2020	TELEMARKETING		ALVARO ALCALDE		8	21	04	2020	6am
03	2020	CLAVES DEL EXITOS EN EL SERVICIO AL CLIENTE		TEMISTOCLES NORIEGA		2	16	04	2020	8pm

FORMATOS

Registros de asistencia

REFERENCIAS LEGALES Y OTRAS NORMAS

Norma ISO 9001:2015

CONTROL DE CAMBIOS				
VERSIÓN	FECHA	PAG	APROBÓ	DESCRIP. DE CAMBIOS

	SGC “SOLICITUD DE CAPACITACIÓN”	CODIGO:
		FECHA:
		VERSION: 001
		ELABORO: Coordinador de Apoyo y asesor de calidad
		REVISION: Director Administrativo
		APROBO: Gerente

SOLICITUD DE CAPACITACIÓN



Formato Detección y Solicitud de Necesidades de Capacitación
 Personal: Mandos Superiores - Medios, Administrativos y de Salud

Fecha: _____

Dependencia/Facultad: _____
 Departamento: _____

1. Detección de la Necesidad de Capacitación (Marque con una X en la opción que corresponda)

SOLUCIÓN DE PROBLEMA	DESARROLLO LABORAL	DESARROLLO ORGANIZACIONAL
<input type="checkbox"/> Reclamación de usuario <input type="checkbox"/> Observación o no conformidad de auditoría <input type="checkbox"/> Acción correctiva <input type="checkbox"/> Bajo desempeño	<input type="checkbox"/> Nuevo ingreso <input type="checkbox"/> Ascenso o promoción <input type="checkbox"/> Transferencia de puesto <input type="checkbox"/> Actualización	<input type="checkbox"/> Nuevas técnicas/procesos <input type="checkbox"/> Incremento de funciones <input type="checkbox"/> Adquisición de equipo/software <input type="checkbox"/> Otro

Describe la Situación Actual.-

Describe la Situación Deseada.-

2. Solicitud de la Capacitación

Selección de Eventos del Catálogo

CVE. CURSO	NOMBRE DEL EVENTO DE CAPACITACIÓN SOLICITADO

Descripción de necesidades específicas (uso de este apartado únicamente para eventos no incluidos en el catálogo)


INDIQUE EL OBJETIVO DE LA NECESIDAD:	DEFINA, AL MENOS 3 TEMAS QUE DESEE SEAN CONSIDERADOS:

3. Programación de personal

No. Empleado	Nombre Completo	Horario de Trabajo	Periodo de programación			
			1er. TRIM	2°. TRIM	3er. TRIM	4°. TRIM

ELABORÓ	APROBÓ
NOMBRE Y PUESTO	NOMBRE Y PUESTO


CONTROL DE CAMBIOS				
VERSIÓN	FECHA	PAG	APROBÓ	DESCRIP. DE CAMBIOS

 <p>AUREA ODONTOLOGÍA Y MEDICINA</p>	<p align="center">SGC “REGISTRO DE ASISTENCIA”</p>	CODIGO:
		FECHA:
		VERSION: 001
		ELABORO: Coordinador de Apoyo y asesor de calidad
		REVISION: Director Administrativo
		APROBO: Gerente

REGISTRO DE ASISTENCIA

 <p>AUREA ODONTOLOGÍA Y MEDICINA</p>		REGISTRO DE ASISTENCIA			Versión: 1
					Fecha
					Página 1 de 1
FECHA:	HORA DE INICIO		HORA FINALIZACIÓN		
TIPO	CAPACITACIÓN <input type="checkbox"/>	REUNION <input type="checkbox"/>			
TEMA DE CAPACITACIÓN					
No.	NOMBRE	NUMERO DE CEDULA	CARGO	FIRMA	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					

CONTROL DE CAMBIOS				
VERSIÓN	FECHA	PAG	APROBÓ	DESCRIP. DE CAMBIOS

	SGC “COMUNICACIÓN”	CODIGO:
		FECHA:
		VERSION: 001
		ELABORO: Coordinador de Apoyo y asesor de calidad
		REVISION: Director Administrativo
		APROBO: Gerente

COMUNICACIÓN

OBJETIVO

Establecer una comunicación eficaz tanto interna como externa en los diversos niveles, que permita lograr un adecuado conocimiento acerca de SGC

ALCANCE


Este procedimiento se aplica a la comunicación en todos los niveles de jerarquía

RESPONSABILIDADES

CARGO	RESPONSABILIDAD
Cargo Responsabilidad Gerencia y Jefaturas	Identificar la necesidad de personal Establecer descripción de funciones Detallar el perfil
Jefe Talento Humano	Reclutar, seleccionar Presentar la terna con mejores puntuados Aplicar lo descrito en el presente documento.
Supervisión	Respetar y asegurar que se cumpla el procedimiento Absolver cualquier duda de los trabajadores

ESTANDAR

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
COMUNICACIÓN INTERNA	RESPONSABLEL DE SGC	Permitir que todos los trabajadores estén informados acerca de la política, procedimientos, etc
		Determinar la información difundida interna o externa y los medios a utilizar
COMUNICACIÓN EXTERNA		La comunicación será por: Correo Reuniones capacitaciones
		La comunicación externa se realizará por: Llamadas telefónicas WhatsApp Libro de reclamaciones

	<p align="center">SGC “CONTROL DE DOCUMENTOS”</p>	CODIGO:
		FECHA:
		VERSION: 001
		ELABORO: Coordinador de Apoyo y asesor de calidad
		REVISION: Director Administrativo
		APROBO: Gerente

CONTROL DE DOCUMENTOS

OBJETIVO

Este procedimiento establece la metodología para elaborar, controlar, modificar o anular documentos que hacen parte del sistema de gestión de calidad de acuerdo con los procesos administrativos y productivos del Centro Médico Aurea Implant.

ALCANCE

Aplica a todos los documentos internos y externos que hacen parte del Sistema de Gestión Calidad del Centro Médico Aurea Implant.

RESPONSABILIDADES

Los documentos relacionados con el Sistema de Gestión de Calidad es responsabilidad integral del Centro Médico Aurea Implant, el Gerente debe ser responsable por el sistema implantado.

El control de documentos es responsabilidad del Coordinador de Calidad.


DOCUMENTOS ASOCIADOS O DE REFERENCIA

Norma técnica ISO 9001:2015

DEFINICIONES

DOCUMENTO	Medio de soporte de la información producida o recibida por El Centro Médico Aurea.
CONTROL DE DOCUMENTOS	Proceso que coordina la identificación, codificación, mantenimiento, distribución y control de la documentación del Sistema de Gestión.
REVISIÓN	Es la actividad de evaluación del contenido y aplicación de un documento.
APROBACIÓN	Actividad que manifiesta la aceptación y conformidad con un documento.
DOCUMENTOS INTERNOS	Aquellos generados por El Centro Médico Aurea y que establecen disposiciones sobre el desarrollo de actividades relacionadas con el Sistema de Gestión de la Calidad.
DOCUMENTOS EXTERNOS	Aquellos generados por organismos externos, que establecen compromisos que debe cumplir El Centro Médico Aurea o normas que utiliza para el desarrollo de las actividades relacionadas con el Sistema de Gestión de la Calidad.
PLAN DE CALIDAD	Documento que especifica qué procedimientos y recursos asociados deben aplicarse, quien debe aplicarlos y cuándo deben aplicarse a un proyecto, proceso, producto o contrato específico (ISO 9000)
PROCEDIMIENTO	Forma específica para llevar a cabo una actividad o un proceso (ISO 9000)
MANUAL DE CALIDAD	Documento que especifica el Sistema de Gestión de la Calidad de la organización.
REGISTRO	Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.
DOCUMENTO OBSOLETO	Aquel documento de anterior versión o revisión, luego de ser actualizado o cambiado.
DOCUMENTO ANULADO	Aquel documento que se elimina del Sistema de Gestión de la Calidad.

CONTROL DE CAMBIOS				
VERSIÓN	FECHA	PAG	APROBÓ	DESCRIP. DE CAMBIOS

	SGC “CONDICIONES PARA LA CREACIÓN, ACTUALIZACIÓN Y CONTROL DE DOCUEMNTOS”	CODIGO:
		FECHA:
		VERSION: 001
		ELABORO: Coordinador de Apoyo y asesor de calidad
		REVISION: Director Administrativo
		APROBO: Gerente

CONDICIONES GENERLES

Estructura de la Documentación

Para el correcto desarrollo de control de documentos en el sistema de calidad, es importante tener en cuenta las siguientes consideraciones que son aplicables a todos los procedimientos y registros, garantizando su coherencia y homogeneidad.

NIVEL I: Política de Calidad, Objetivos y Manuales del Sistema de Gestión de la Calidad.

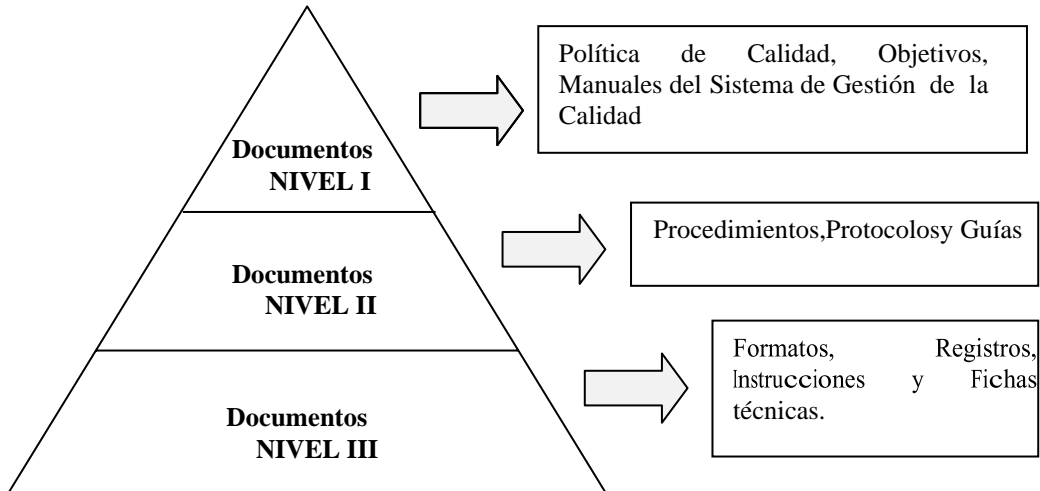
Definen los lineamientos para el desarrollo de las actividades del Centro Médico Aurea Implant, que inciden sobre el desempeño en calidad, haciendo referencia a la estructura organizacional, los procesos y procedimientos.

NIVEL II: Procedimientos y guías

Estandarizan la ejecución de un proceso o tarea. Los procedimientos y las guías están diseñados para fines operativos o de aseguramiento.


NIVEL III: Registros

Dan la evidencia de actividades desempeñadas o los resultados obtenidos. En este nivel también se consideran las instrucciones de trabajo y fichas técnicas utilizadas en el Centro Médico Aurea Implant.



Presentación de la Documentación

Las páginas de los documentos deben contener un encabezado con información que contribuye a la identificación del documento, así:

	PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS	CÓDIGO: PR-001	3
		FECHA:	4
		VERSIÓN:	5
		ELABORÓ: Coordinador de Apoyo	6
		REVISÓ: Director Administrativo	7
		APROBÓ: Gerente	8

1. Logotipo de El Centro Médico Aurea
2. Nombre del documento
3. Código del documento

La siguiente es la estructura de codificación para los documentos

XX-YY

1 – 2

(XX) Sigla del tipo de documento al cual corresponde así:

MA	Manuales
MF	Manual de Funciones
PR	Procedimiento
PC	Planes de Calidad
FO	Formato
CR	Caracterizaciones
PT	Protocolos
GU	Guías

(YYY) Número consecutivo de tres (3) dígitos. Desde (001 a 999)

4. Fecha de emisión de la revisión del documento, y se llena de siguiente manera:

- FECHA: DD/MM/AA
- DD: Dígitos que representan el día
- MM: Dígitos que representan el número del mes
- AA: Corresponde a los dos Últimos dígitos del año

5. Número de versión del documento y se utiliza de la siguiente forma:

VERSION Y

Y: Número empleado para discriminar los cambios fundamentales en el diseño del documento

6. Nombre y cargo de quien elaboró el documento.
7. Nombre y cargo de quien revisó el documento.
8. Nombre y cargo de quien aprobó el documento.

Para los formatos se manejará una versión libre por lo cual puede presentar modificaciones en su estructura y encabezado con el fin de preservar la integridad e imagen de los mismos.

Condiciones Generales

- La elaboración de los documentos será responsabilidad de la persona quien realiza la actividad. Antes de emitir cualquier documento, éste es revisado dependiendo del área al que aplique por el Coordinador o responsable de área, y si es necesario se efectúa la corrección del caso; luego se presenta a la persona que lo debe aprobar, siendo el Coordinador o director o Gerente, para que finalmente decida su emisión.
- Después de aprobar el documento se realiza la actualización en el listado maestro de documentos o de formatos y se imprimen las copias necesarias hacia los diferentes destinos que se requiera.
- Cuando se efectuó un cambio de contenido o de forma en algún documento del Sistema de gestión de calidad este debe ser registrado en la sección “Revisiones del documento” y colocar el número de la revisión.
- Los cambios en los documentos del Sistema de gestión de calidad se revisarán cada vez que sea necesario, tomando en consideración las recomendaciones indicadas en los reportes de auditoria, sugerencias de funcionarios del Centro Médico Aurea Implant o cuando se considere oportuno efectuar modificaciones para mejorar la efectividad del sistema.
- Se marca con un sello húmedo, que lleva la frase “DOCUMENTO CONTROLADO”, a cada una de las copias controladas que se distribuya en el Centro Médico Aurea Implant. Los documentos originales de elementos relacionados con el Sistema de Gestión de Calidad, requieren este sello y deben permanecer en el archivo.
- Cuando un documento es considerado obsoleto se retira del sitio de ubicación, al tiempo que hace el registro de la revisión vigente en listado maestro de documentos o formatos y se elimina el documento obsoleto.

- Cuando un documento es considerado anulado se retira del sitio de ubicación, al tiempo que hace el registro de la revisión vigente en el listado maestro de documentos o formatos. Los documentos que son anulados son destruidos.
- Los documentos incluidos en el S.G.C que son obsoletos o sean anulados, pueden ser utilizados como papel borrador para uso del Centro Médico Aurea Implant. Para esto deben ser marcados o identificados como documentos de borrador, mediante una línea o un (x), de manera que se entienda que su contenido queda cancelado.
- Se verifica que en los sitios de trabajo del Centro Médico Aurea Implant, se encuentra disponible la versión vigente de los documentos del Sistema de Gestión que apliquen al área cuando se realicen cambios.
- Entregar copia controlada de los documentos operativos del Sistema de Gestión a cada área del Centro Médico Aurea Implant para la cual se han elaborado y/o al Control de Documentos considere necesario.
- Archivar y mantener copias magnéticas de todos los documentos vigentes del Sistema de Gestión. Estas copias deben estar en el ordenador y en un medio magnético para su conservación a posibles inconvenientes que se puedan presentar, y serán ubicados en el archivo del Centro Médico Aurea Implant.
- Se destruyen las copias duras sobrantes de los documentos obsoletos retirados de las áreas del Centro Médico Aurea Implant.
- Toda la organización debe mantener todos los documentos legibles y fácilmente identificables, y por esto, es su responsabilidad solicitar el cambio de los documentos que no cumplan esta condición, y exigir el buen diligenciamiento de los formatos.
- Los documentos externos de la organización son controlados mediante el Listado Maestro de Documentos Externos.

Cuerpo del documento

Todos los documentos del Sistema de Gestión, exceptuando la Política de Calidad, el Manual de Calidad, los Planes de Calidad y los Registros, se elaboran teniendo en cuenta la estructura detallada en el siguiente cuadro:

Capítulos	Manual	Procedimiento
Portada	X	
Contenido	X	
Objetivo	X	X
Alcance	X	X
Responsabilidades	X	X
Documentos asociados o de referencia	X (Opcional)	X (Opcional)
Definiciones	X (Opcional)	X (Opcional)
Condiciones Generales	X	X
Descripción	X	X
Revisiones del documento	X	X

- Objetivo: Indica para qué se hace el documento.
- Alcance: Indica el ámbito de aplicación del documento (área, proceso o actividad).
- Responsabilidades: Quien lo debe hacer.
- Documentos asociados o de referencia: Otros documentos del Sistema de Gestión que aplican al procedimiento o instrucción.
- Definiciones: Para aclarar y unificar términos a los usuarios del documento.
- Condiciones Generales: Son los parámetros o lineamientos que deben tenerse en cuenta para el desarrollo de las actividades del procedimiento.
- Descripción: Numero de actividad, actividad: cómo hacerlo, responsable: quien lo hace y referencia: documento guía o de registro de la actividad.
- Revisión del documento: Control de los cambios.

Nota: Los documentos de origen externo del Centro Médico Aurea Implant, se pueden homologar al Sistema de Gestión de Calidad conservando su propia estructura.

DESCRIPCIÓN

N	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO Y/O REGISTRO
1	Identificación de la necesidad de modificar o crear un nuevo documento.	Cualquier Persona	
2	Modificación o elaboración el documento requerido.	Cualquier Persona	
3	Revisión del documento y solicitud de modificación si es necesario.	Gerente / Director Administrativo/Coordinador de Apoyo	
4	Aprobación del documento	Gerente / Director Administrativo/ Coordinador de Apoyo	
5	Estandarización física del documento de acuerdo a lo definido en el procedimiento de elaboración y control de documentos.	Coordinador de Apoyo	
7	Registra la actualización o versión en el listado de control de documentos.	Coordinador de Apoyo	FO- 001 Listado maestro de documentos
8	Imprime y le coloca sello húmedo al documento cuando este sea una copia controlada.	Coordinador de Apoyo	
9	Informa al personal involucrado en la aplicación del mismo, la importancia, el contenido y la forma de diseño	Coordinador de Apoyo	
10	Coloca en los puestos de trabajo los documentos que requieren para su diseño de copia física, eliminando el documento que ha perdido validez, asegurándose de que se utiliza la versión pertinente	Coordinador de Apoyo	
11	Trimestralmente graba las copias de seguridad de las versiones de los documentos que hacen parte del sistema	Coordinador de Apoyo	


CONTROL DE CAMBIOS				
VERSIÓN	FECHA	PAG	APROBÓ	DESCRIP. DE CAMBIOS

	SGC “MASTER DE DOCUMENTACIÓN”	CODIGO:
		FECHA:
		VERSION: 001
		ELABORO: Coordinador de Apoyo y asesor de calidad
		REVISION: Director Administrativo
		APROBO: Gerente

CÓDIGO	NOMBRE DE DOCUMENTO	PROVEEDOR	VERSIÓN	RESPONSABLE	FECHA DE APROBACIÓN	ULTIMA FECHA DE MODIFICACIÓN	MEDIO	ÁREA
	POLÍTICAS							
	MANUALES							
	PROCEDIMIENTOS							
	FORMATOS							
	DOCUMENTOS							

REVISIONES DEL DOCUMENTO

En cada revisión que se efectúe a un documento del Sistema de Gestión de la Calidad, se deben registrar, en la sección REVISIONES DEL DOCUMENTO, los cambios realizados.

	SGC “RECURSOS”	CODIGO:
		FECHA:
		VERSION: 001
		ELABORO: Coordinador de Apoyo y asesor de calidad
		REVISION: Director Administrativo
		APROBO: Gerente

RECURSOS

OBJETIVO

Aplicar la mejora de recursos y materiales de la empresa, para la mejora continua del SGC en base a la norma ISO 9001:2015

ALCANCE

Sirve para determinar las necesidades del servicio odontológico y administrativo y así poder planificar los recursos necesarios a tiempo

RESPONSABILIDAD

Supervisión: encargado de emitir el requerimiento de recursos materiales

Administración: Gestionar el proceso

Logística: Abastecer las necesidades materiales y hacerlas llegar a tiempo para evitar demoras.


NORMATIVA

ISO 9001:2015

 <p>AUREA ODONTOLÓGIA Y MEDICINA</p>	<p>SGC “REQUERIMIENTO DE MATERIALES”</p>	CODIGO:
		FECHA:
		VERSION: 001
		ELABORO: Coordinador de Apoyo y asesor de calidad
		REVISION: Director Administrativo
		APROBO: Gerente

REQUERIMIENTO DE MATERIALES						
ESPECIALIDAD						
SOLICITADO POR:						
NOMBRE:						
FECHA DE PEDIDO	FECHA DE ENTREGA:		MARCA	UNIDAD DE MEDIDA	MODELO	OBSERVACIONES
ITEM	NOMBRE DEL ARTICULO	CANTIDAD				
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

CONTROL DE CAMBIOS				
VERSIÓN	FECHA	PAG	APROBÓ	DESCRIP. DE CAMBIOS

	SGC “OPERACIÓN”	CODIGO:
		FECHA:
		VERSION: 001
		ELABORO: Coordinador de Apoyo y asesor de calidad
		REVISION: Director Administrativo
		APROBO: Gerente

OPERACIÓN

RESPONSABLE: Coordinador Clínico
OBJETIVO
Realizar los procedimientos necesarios y requeridos por el cliente
ALCANCE
Incluye actividades de la prestación del servicio en cualquiera de las ramas de la odontología


PROCESO - PROVEEDORES	ENTRADAS	ACTIVIDADES	RESPONSABLE	SALIDAS	DOCUMENTOS Y/O REGISTROS	PROCESO - CLIENTE
Atención Odontológica	Instrumental clínico	Realizar esterilización al instrumental	Auxiliar de Odontología	Instrumental esterilizado	Manual de bioseguridad (MA-001)	Atención odontológica
Atención Odontológica	Necesidades de material / Instrumental esterilizado	Preparar material y alistar instrumental según necesidades del odontólogo	Auxiliar de Odontología	Material preparado/ Instrumental preparado	NA	Atención odontológica
Atención Odontológica / Atención al cliente	Material preparado/ Instrumental preparado/ Necesidad del cliente/ Cliente registrado	Realizar atención odontológica según procedimiento necesario	Odontólogo general / especialista	Procedimiento realizado	Protocolos clínicos establecidos	Clientes / Atención al cliente /
Atención al cliente	Necesidad de diagnóstico / Cliente registrado	Realizar valoración general	Odontólogo general	Tratamientos a realizar	Valoración (FO- 011)	Clientes / Atención al cliente /
Atención al cliente	Necesidad de valoración por especialista / Cliente registrado	Realizar valoración especializada	Especialista	Tratamiento a seguir	Valoración (FO- 011); Historia Clínica Odontológica (FO-016)	Clientes / Atención al cliente /

Contabilidad y archivo	Historias clínicas programadas por cada especialidad	Realizar la TAREA de las áreas de rehabilitación, periodoncia y cirugía y alistamiento de material necesario para cada procedimiento	Coordinador Clínico	TAREA realizada	Tarea (FO-053)	Atención al cliente / Atención Odontológica
Atención odontológica/ Contabilidad y archivo	Historias Clínicas	Realizar auditoria clínica a las historias clínicas	Auditor Clínico	Historias clínicas auditadas	Historias clínicas	Atención odontológica
Atención Odontológica	Procesos, Procedimientos, Servicio, Producto	Identificación de oportunidades de mejora, no conformidades	Coordinador clínico, director clínico, auxiliar de odontología, odontólogo general, especialista	Oportunidades de mejora, no conformidades	No aplica	Gestión de Calidad y Mejoramiento
Gestión Gerencial	Política de Calidad, Misión, Visión, Objetivos de Calidad	Lectura, comprensión y aplicación de los lineamientos de El Centro Médico Aurea.	Gerente / Coordinador contable	Objetivos y metas globales de El Centro Médico Aurea claros.	No aplica	Todos lo procesos

INDICADOR / SEGUIMIENTO	UNIDAD DE MEDIDA	FÓRMULA DE CÁLCULO	META	FRECUENCIA DE ANALISIS	RESPONSABLE
Iniciados	% de iniciados	(# de clientes iniciados/ # de clientes valorados) *100	75%	Mensual	Coordinador Clínico
Odontólogos	% de clientes encuestados que opinan que los odontólogos son buenos	(# de clientes que opinan que los odontólogos son buenos / # total de clientes encuestados) * 100	NA	Mensual	Coordinador Clínico
	% de clientes encuestados que opinan que los odontólogos son regulares	(# de clientes que opinan que los odontólogos son regulares / # total de clientes encuestados) * 100	NA		
	% de clientes encuestados que opinan que los odontólogos son malos	(# de clientes que opinan que los odontólogos son malos / # total de clientes encuestados) * 100	NA		
% Clientes satisfechos	% de clientes encuestados que opinan que se encuentran satisfechos con Aurea Implant	(# de clientes que se encuentran satisfechos con Aurea Implant / # total de clientes encuestados) * 100	NA	Mensual	Coordinador Clínico
% Clientes que entendieron la explicación del tratamiento	% de clientes encuestados que entendieron la explicación del tratamiento que se les va a realizar	(# de clientes que entendieron la explicación del tratamiento / # total de clientes encuestados) *100	NA	Mensual	Coordinador Clínico
Capacidad utilizada	% de Capacidad utilizada de la instalada	(Número de horas utilizadas/ Número de horas instaladas) *100	80%	Diaria	Coordinador Clínico

Bioseguridad	Cumplimiento de los estándares de bioseguridad	% de cumplimiento respecto a la evaluación Estándares de Bioseguridad	90%	Mensual	Coordinador Clínico
Odontólogos de todas las especialidades	Odontólogos de todas las especialidades	¿Se cuenta con doctores y especialistas en todas las ramas de la odontología?	SI	Bimensual	Coordinador Clínico
Proporción de reporte de garantías	% de eventos reportes de garantía	(Número de reporte de garantía gestionados/ Numero de reportes de garantía) *100	100%	Mensual	Coordinador Clínico

CONTROL DE CAMBIOS				
VERSIÓN	FECHA	PAG	APROBÓ	DESCRIP. DE CAMBIOS


	<p align="center">SGC “EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO”</p>	CODIGO:
		FECHA:
		VERSION: 001
		ELABORO: Coordinador de Apoyo y asesor de calidad
		REVISION: Director Administrativo
		APROBO: Gerente

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO

FECHA AUDITORÍA			
LUGAR AUDITORÍA			
OBJETIVO			
ALCANCE			
PROCESOS A AUDITAR	AUDITOR INTERNO ENCARGADO	AUDITADO	FECHA - HORA
GESTIÓN GERENCIAL			
CALIDAD Y MEJORA			
ATENCIÓN ODONTOLÓGICA			
ATENCIÓN AL CLIENTE			
COMPRAS Y MANTENIMIENTO			
RECURSOS HUMANOS			
MARKETING Y VENTAS			
CONTABILIDAD Y ARCHIVO			

TEMA A TRATAR	COMPROMISOS	PROCESOS							
		GESTIÓN GERENCIAL	MEJORA Y CALIDAD	ATENCIÓN	ATENCIÓN AL CLIENTE	COMPRAS Y	RECURSOS HUMANOS	MARKETING Y VENTAS	CONTABILIDAD Y
CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	Compromiso de la organización y de su contexto								
	Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas								
	Determinación del alcance del sistema de gestión de la calidad								
	Sistema de gestión de la calidad y sus procesos								
LIDERAZGO	Liderazgo y compromiso								
	Enfoque al cliente								
	Política								
PLANIFICACIÓN	Acciones para abordar riesgos y oportunidades								
	Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos								
	Planificación de los cambios								
APOYO	Recursos								
	Generalidades								
	Personas								
	Infraestructura								
	Ambiente para la operación de los procesos								
	Recursos de seguimiento y medición								
	Trazabilidad de las mediciones								
	Conocimientos de la organización								
	Competencia								
	Toma de conciencia								
	Comunicación								
	Información documentada								
	Creación y actualización								
Control de la información documentada									
OPERACIÓN	Planificación y control operacional								
	Requisitos para los productos y servicios								


	Comunicación con el cliente																			
	Determinación de los requisitos para los productos y servicios																			
	Revisión de los requisitos para los productos y servicios																			
	Cambios en los requisitos para los productos y servicios																			
	Diseño y desarrollo de los productos y servicios																			
	Planificación del diseño y desarrollo																			
	Entradas para el diseño y desarrollo																			
	Controles del diseño y desarrollo																			
	Salidas del diseño y desarrollo																			
	Cambios del diseño y desarrollo																			
	Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente																			
	Tipo y alcance del control																			
	Información para los proveedores externos																			
	Producción y provisión del servicio																			
	Control de la producción y de la provisión del servicio																			
	Identificación y trazabilidad																			
	Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos																			
	Preservación																			
	Actividades posteriores a la entrega																			
	Control de los cambios																			
	Liberación de los productos y servicios																			
	Control de las salidas no conformes																			
EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO	Seguimiento, medición, análisis y evaluación																			
	Satisfacción del cliente																			
	Análisis y evaluación																			
	Auditoría interna																			
MEJORA	Revisión por la dirección																			
	No conformidad y acción correctiva																			
	Mejora continua																			

	SGC “MEJORA”	CODIGO:
		FECHA:
		VERSION: 001
		ELABORO: Coordinador de Apoyo y asesor de calidad
		REVISION: Director Administrativo
		APROBO: Gerente

MEJORA

ACCION DE MEJORA	ACCION CORRECTIVA	ACCION PREVENTIVA
FUENTE DE INFORMACIÓN		
1. Producto No Conforme		4. Satisfacción del Cliente
2. Revisión por la Dirección		5. Otros
3. Desempeño de Procesos		
Otros:	Informe Auditoría interna	
DESCRIPCION DE LA SITUACIÓN, PROBLEMA O NO CONFORMIDAD		
ANÁLISIS DE CAUSAS (CAUSA PRINCIPAL)		
ACCION A TOMAR (PARA ELIMINAR LA CAUSA)		
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FIRMA
	Coordinador de Apoyo	
FECHA LIMITE PARA CONCRETAR ACCION A TOMAR:		

CONTROL DE CAMBIOS				
VERSIÓN	FECHA	PAG	APROBÓ	DESCRIP. DE CAMBIOS

 <p>AUREA ODONTOLOGÍA Y MEDICINA</p>	ACTA DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	CODIGO:
		FECHA:
		VERSION: 001
		ELABORO: Coordinador de Apoyo
		REVISION: Director Administrativo
		APROBO: Gerente

REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN No 1

FECHA	
PARTICIPANTES	
CARGO	NOMBRE
GERENTE	LUIS ALCALDE CARRERA
DIRECTOR ADMINISTRATIVO	
COORDINADOR CLÍNICO	
COORDINADOR DE APOYO	

INFORMACIÓN PARA LA REVISIÓN	
RESULTADOS DE AUDITORÍAS	<p>La auditoría realizada el 30 y 31 de abril tuvo como resultado 14 no conformidades las cuales fueron:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No se presenta certificado de calibración de los dispositivos de seguimiento y medición. 2. Se encontró que algunas historias clínicas no se están diligenciando la identificación del usuario. 3. No se tiene claridad acerca de a qué proceso pertenece cada empleado y acerca de cuáles procedimientos intervienen en los procesos de atención odontológica y atención al cliente 4. No se tienen claros los conceptos de acciones correctivas y preventivas que están definidos en el procedimiento PR-003 de acciones correctivas y preventivas. 5. En algunas historias clínicas falta evidencia en la aceptación por parte del cliente del servicio a prestar 6. Las empleadas del área de recepción, deben entregar el buzón de urgencias formato FO-020, a un número mayor de clientes. 7. No se está realizando la actividad de arqueo de caja que se define en la caracterización de este proceso y en la guía GU-033 8. No se han evaluado algunos de los proveedores de la empresa 9. No existe evidencia de la reevaluación de algunos de los proveedores

	<p>10. No se está diligenciando el formato de orden de compra FO-45 completamente, falta la verificación del producto comprado</p> <p>11. No se encuentran completos los soportes de los perfiles de los siguientes empleados: Ivy Valera, Álvaro Araujo Guerrero</p> <p>12. Algunos documentos del sistema de gestión de calidad no estaban en sus puntos de uso, como está establecido en el listado maestro de documentos FO-001</p> <p>13. No se ha realizado revisión por la dirección</p> <p>14. Falta comprensión de la política de calidad de la empresa</p>
<p>RETROALIMENTACION DEL CLIENTE</p>	<p>Aunque el promedio obtenido para el nivel de satisfacción del cliente es del 91%, se presenta muchas quejas acerca de la atención puntual, un gran porcentaje 25% de clientes son atendidos después de la hora de la cita.</p>
<p>DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS Y CONFORMIDAD DEL PRODUCTO</p>	<p>De manera general se realizó una revisión de todos los indicadores del sistema de gestión de calidad, resaltando principalmente los siguientes hechos:</p> <p>Se observo el desempeño de la satisfacción del cliente, la cual se ha considerado que fue satisfactoria para la empresa pues obtuvo calificaciones un promedio del 91%. Por tal motivo se considera que para las próximas mediciones la meta del indicador debe ser superior, quedando en un 90%</p> <p>Para el indicador de porcentaje de iniciados sobre valorados, se obtuvo un promedio 55% de clientes iniciados muy por debajo de la meta del 75%</p> <p>El indicador de AVANCE DEL SGC muestra que la diseño del sistema de gestión de calidad tuvo un gran adelanto según lo presupuestado inicialmente, demostrando el compromiso de la empresa para con él.</p> <p>Se observo que en promedio un 25% de los clientes son atendidos después de la hora de la cita, esta cifra se obtuvo en mayor parte por los clientes de ortodoncia, debido a que los ortodoncistas atienden a dos unidades.</p> <p>Los estados financieros no se han presentado debido a fallas del sistema contable, debido a que el contador anterior no verifico el correcto funcionamiento de este software</p> <p>Se presenta un alto porcentaje para el indicador de rotación de personal, debido a que falta políticas de motivación para los empleados.</p>
<p>ESTADO DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS</p>	<p>Se han presentado 15 acciones, de las cuales 6 son acciones correctivas, 9 preventivas y 4 de mejora</p> <p>De las 15 acciones registradas se han cerrado 13 y quedan abiertas 2, correspondientes a mejoras en la bioseguridad de la clínica y sistematización del inventario general.</p>

REVISION POR LA DIRECCION ANTERIORES	No aplica			
CAMBIOS QUE PUEDEN AFECTAR EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	Próximamente se abrirá un centro de tomografía, por lo tanto, es necesario planificar la diseño del sistema de gestión de calidad.			
RESULTADOS DE REVICIÓN				
REVISION DE LA POLITICA DE CALIDAD Y LOS OBJETIVOS DE CALIDAD	Se revisó la política de calidad y los objetivos de calidad y se consideró que se encuentran adecuados y actualizados de acuerdo a la realidad de la empresa. Se hace la observación sobre el objetivo de calidad "IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD", el cual debe ser modificado una vez se obtenga la certificación según la norma NTC ISO 9001:2015.			
MEJORA DE LA EFICACIA DEL S.G.C	<p>Se deja constancia que una vez obtenida la certificación en ISO 9001:2015, se debe modificar el objetivo de calidad que habla de la diseño de un sistema de gestión de calidad. Debe modificarse por un objetivo de mantenimiento del sistema de gestión junto con un nuevo indicador de medición.</p> <p>Se debe realizar seguimiento a la actividad de mejora planteadas en el informe de la auditoría interna, para garantizar el cumplimiento de todos los requisitos de la norma ISO 9001:2015</p> <p>Es necesario capacitar al personal de Marketing y ventas en temas de odontología para que ofrezcan de una mejor manera el servicio y los beneficios de la empresa.</p> <p>Las historias clínicas que se manejan en la empresa se empezaran a llevar en carpetas para mejorar su orden, diligenciamiento y almacenamiento. A largo plazo se llevarán sistematizadas.</p>			
MEJORA DEL SERVICIO	Se tiene planeado para los clientes que abrir un centro de tomografía, para facilitar el trabajo del centro médico Aurea Implant y subir el ingreso monetario.			
NECESIDADES DE RECURSOS	Recursos económicos para la apertura de centro tomográfico, equipo de oficina y equipo clínico			
CONTROL DE CAMBIOS				
VERSIÓN	FECHA	PAG	APROBÓ	DESCRIP. DE CAMBIOS

2.3.2 Aplicación de la encuesta de satisfacción de los clientes con el diseño del SCG.

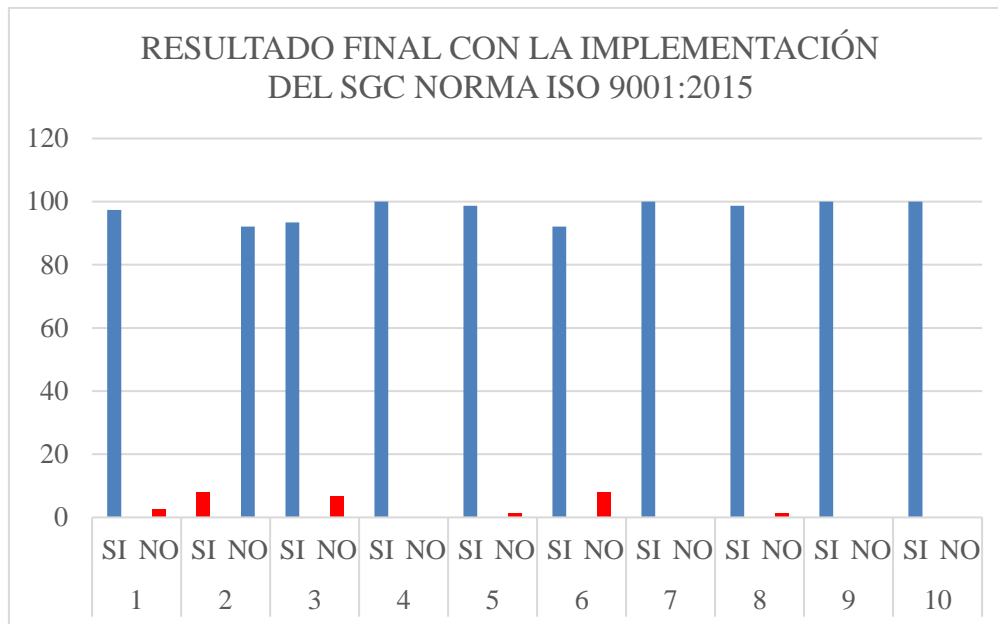
Se aplicó nuevamente la encuesta de satisfacción, luego del diseño. Y se redujo totalmente la insatisfacción del cliente que calificó como malo al servicio, mejorando satisfactoriamente, esto gracias a que se pudo identificar a todos los procesos del servicio mediante el Sistema de Gestión de calidad.

Tabla 16 Resultado final de encuesta sobre satisfacción del paciente

PREGUNTAS		% SIN SGC	% CON SGC	
1	¿Le ha parecido satisfactorio el trato recibido?	SI	46.1	97.4
		NO	53.9	2.6
2	¿Ha generado un malestar hacia su persona el tener que esperar mucho tiempo en recepción para ser atendido?	SI	89.5	7.9
		NO	10.5	92.1
3	¿Le han aclarado todas las dudas sobre su tratamiento que tenía?	SI	59.2	93.4
		NO	40.8	6.6
4	¿Le parece buena la organización del personal que trabaja en el Centro médico Aurea Implant (odontología)?	SI	42.1	100
		NO	57.9	0
5	¿Encuentra confortable el área de espera?	SI	90.8	98.7
		NO	9.2	1.3
6	¿Cree que el tiempo que le han dedicado es adecuado?	SI	89.5	92.1
		NO	10.5	7.9
7	¿Le pareció bueno el trato odontológico?	SI	92.1	100
		NO	7.9	0
8	¿Cree correcta la relación Calidad/servicio?	SI	73.7	98.7
		NO	26.3	1.3
9	¿Le han explicado en qué consistirá su tratamiento?	SI	59.2	100
		NO	40.8	0
10	¿Recepción se ha comunicado adecuadamente con usted?	SI	46.1	100
		NO	53.9	0

Fuente: Elaboración propia

Figura 7 Gráfico de resultado final de encuesta de satisfacción del paciente



Fuente: Elaboración propia

Se puede apreciar una notoria mejora en la satisfacción del paciente dentro del centro médico Aurea Implant EIRL, existen detalles los cuales deben ser corregidos, pero eso irá mejorando con la mejora continua que la empresa vaya realizando.

Según la encuesta realizada a 76 clientes en el mes de abril, podemos observar un cambio total en los resultados con ayuda de la diseño del sistema de gestión de calidad, % De satisfacción con el trato por parte de la empresa de un 46.1% se logró obtener un 97.4 % mejorado con la ayuda de la diseño de SGC. % De satisfacción por el tiempo de espera para ser atendido 10.5% subiendo a un 92% la satisfacción, logrando que los clientes no esperen un máximo de 10 minutos para que sean atendidos. % Satisfacción en la comunicación en recepción 46.1% subiendo a un 100%, gracias a la ayuda de las capacitaciones y la forma de comunicarse con los clientes, también podemos apreciar que los clientes observan % Satisfacción en el trato odontológico 92.1% el cual es muy considerable y bueno para la empresa subió a un 100%.

CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

3.1 Discusión

El diseño de un SGC en las organizaciones basadas en la norma ISO 9001:2015 genera impactos positivos, puesto que es una herramienta que ayuda a disminuir los rechazos y mejorar la calidad de los servicios (Bravi, Murmura, & Santos, 2019). La aplicación que establece la norma abarca diversos sectores, sin importar el rubro o tamaño de las organizaciones.

Por ello, la presente investigación tiene por objeto diseñar un SGC enfocado al cliente para una empresa del sector salud con la finalidad de aumentar el nivel de satisfacción en la atención mediante el control de procesos buscando revertir el efecto de las imperfecciones analizadas en el diagnóstico situacional por medio de herramientas como el check list y la encuesta de satisfacción. De manera global, el resultado obtenido con el check list respecto al cumplimiento de la Norma, fue de 21.51%, con una brecha del 78.49%. Similar a ello, Cáceres, M & Morán, B (2018) en su investigación: “Diseño de un sistema de gestión de la calidad basado en la norma ISO 9001:2015 para el hospital nacional especializado de maternidad Dr. Raúl Arguello Escolán” emplean herramientas como el check list y encuesta para conocer tanto el nivel de diseño de la Norma como la satisfacción de los clientes. Las posibles causas que conllevan a ese resultado en ambas investigaciones mencionadas, son debido a la falta de compromiso de la alta dirección en el direccionamiento estratégico de la empresa para alinear los procesos con lo establecido en el SGC.

Adicional, a las herramientas descritas anteriormente para el diagnóstico situacional de la empresa como la primera reunión con el personal, FODA y PESTEL para observar el estado interno y externo de la empresa. Para Cardenas, M & Huerta, J (2020) estas

herramientas aportaron de una manera eficiente permitiendo conocer las causas que generan el incumplimiento de la Norma ISO 9001:2015 y la insatisfacción por el servicio brindado. De igual modo, Rivera (2012) refieren que dichas herramientas ayudan al análisis estratégico de la organización, mediante la evaluación de sus factores internos y externos. La presente investigación refuerza lo mencionado, puesto que, los resultados de dichas matrices fueron fundamentales para el conocimiento de los factores que puedan afectar o mejorar el desempeño del SGC.

Se realizó el diagnóstico actual de la empresa mediante la lista de verificación de los requisitos de la norma ISO 9001:2015, en esta se evalúa cada aspecto relacionado al sistema de gestión de calidad, al igual que en las investigaciones de Pérez. C & Puerto, A (2013) y Vera, K & Peña, I (2015) que a través de su diagnóstico se obtuvieron los principales problemas que presenta la organización, en nuestro caso, desde el capítulo 4 hasta el capítulo 10, siendo 21.51% la puntuación general de cumplimiento de los requisitos de la norma ISO, esto demuestra que la empresa no tiene implementado un sistema de gestión calidad, dejando en evidencia la necesidad del diseño de información documentaria, al igual que lo señala Vera, K & Peña, I (2015), los cuales consideran el diseño de manuales adicionales como el manual de procedimientos y manual de organizaciones y funciones (MOF).

Por otro lado, con el desarrollo del diseño propuesto los resultados manifiestan una mejora puesto que, la satisfacción del cliente tiene un porcentaje satisfactorio redondeando el 90%. En tal sentido, puede afirmarse que el diseño del SGC proporciona mejoras en el servicio de atención de la empresa en estudio. Autores como Pérez. C & Puerto, A (2013), reafirman dicha posición, debido a que en el enfoque de sus

investigaciones lograron mejoras en sus procesos y aumentaron la satisfacción de sus clientes, demostrando que el diseño del SGC es imprescindible en las organizaciones.

3.2 Conclusiones

El diagnóstico de la situación actual de la empresa Aurea Implant EIRL. con respecto al cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015, es de un 21.5%, este resultado demuestra la necesidad de un diseño y reducir la brecha del 78.5%, por lo que se aprecia la importancia de diseñar un SGC en la empresa.

Se realizó el diagnóstico del nivel actual de satisfacción del cliente, mediante encuesta realizada a los clientes, la cual determinó que la empresa se encuentra en un estado poco favorable al cumplimiento de los lineamientos de los clientes, como resultado el porcentaje global de satisfacción fue de 60.9%e demostrando que la empresa no estaría preparada para hacer frente a una inspección inopinada por parte de sus clientes.

Se diseño el sistema de gestión de calidad para el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015, la documentación está conformada por la política y objetivos de calidad, mapa de procesos, procedimientos planificados para la atención del cliente, formatos de trabajo y capacitaciones. Todo ello permite tener directrices claras y una comunicación certera en las áreas de la empresa.

Se evaluó el impacto del diseño del SGC sobre el nivel de satisfacción de los clientes a través de la encuesta de satisfacción de cliente, la cual arrojó los resultados % De satisfacción con el trato por parte de la empresa de un 46.1% se logró obtener un 97.4 % mejorado con la ayuda del diseño de SGC. % De satisfacción por el tiempo de espera para ser atendido 10.5% subiendo a un 92% la satisfacción, logrando que los clientes no esperen un máximo de 10 minutos para que sean atendidos. % Satisfacción en la

comunicación en recepción 46.1% subiendo a un 100%, gracias a la ayuda de las capacitaciones y la forma de comunicarse con los clientes, también podemos apreciar que los clientes observan % Satisfacción en el trato odontológico 92.1% el cual es muy considerable y bueno para la empresa subió a un 100%. También obteniendo un resultado de un 100% con respecto a la auditoría interna que se realizó sin el SGC.

Lo cual se concluye que el diseño de un sistema de gestión de calidad basado en la norma ISO 9001:2015 mejoró de una manera significativa el nivel de satisfacción del cliente en la empresa Aurea Implant EIRL

REFERENCIAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Benavides, C. y Quintana, C. (2003) “Gestión del conocimiento y calidad total”. Volumen 1. Edición 1. Ediciones Díaz de Santos.

Cáceres, M & Morán, B (2018) Diseño de un sistema de gestión de la calidad basado en la norma iso 9001:2015 para el hospital nacional especializado de maternidad doctor raúl arguello escolán

Camba, I. (2014), Determinar la calidad de servicio de Odontología en el centro médico el progreso, del distrito de Chimbote.

Cardenas, M & Huerta, J (2020) Diseño de un sistema de gestión de calidad basado en la norma iso 9001:2015 para mejorar el servicio de atención de la empresa temsac Perú srl. Cajamarca, 2020

Cuatrecas, L. (2001) “Gestión Integral de la Calidad: Implantación, control y certificación”. 2da. Edición. Barcelona: Gestión 2000.

Diccionario de Marketing. Pág. 3. Cultural S.A

Dirección de Mercadotecnia, de Philip Kotler, 8va Edición, P. 40, 41.

Fundamentos de Marketing, de Kotler y Armstrong, 6ta Edición, P. 10 – 11.

Gubio P. (2014) Estudio descriptivo sobre el nivel de satisfacción de clientes que acuden al Servicio de Odontología del Centro de Salud Pomasqui. Universidad de Ecuador

Humphrey A. (2004). Este es un précis del material publicado en www.businessballs.com el cual fue tomado de una entrevista personal con Albert Humphrey, quien es uno de los creadores del modelo FODA. EE.UU. August

Instituto Nacional de la Calidad (2015) Norma Técnica Peruana NTP 9001:2015. Lima – Perú, sexta edición.

ISO 9001:2015, Sistemas de Gestión de Calidad – Directrices generales sobre principios, sistemas y técnicas de apoyo.

ISO 9001:2015, Sistemas de Gestión de Calidad – Requisitos con orientación para su uso.

Martínez Piña, D. A., Ayala Picazo, M., & Villatoro Martínez, A. (2019). Satisfacción del paciente en el uso de los servicios dentales: Scoping review de los factores determinantes de esta época. *Revista Nacional De Odontología*, 16(1), 1-18.

Moreno, M. (2001): “Gestión de la Calidad y Diseño de Organizaciones”. Teoría y estudio de casos, Capítulo 3. Madrid. Prentice-Hall.

Pérez. C & Puerto, A (2013) Propuesta para estructurar un sistema de gestión de calidad basado en la norma ISO 9001: 2015, en la empresa Asisderma clínica de la piel

Reyes S. (2015) Estudio de estimación de la frecuencia de satisfacción y sus factores asociados en los usuarios de los servicios odontológicos en una jurisdicción sanitaria de Guerrero. Universidad de México

Valero, C. (2017) Determinar el nivel de satisfacción del paciente en la atención odontológica en el Centro de Salud San Sebastián Cusco, 2017.

Vera, K & Peña, I (2015) Diseño de un sistema de gestión de calidad ISO 9001:2015 para las áreas de emergencia, cuidados intensivos y quirófano de la clínica del pacífico

Virginia, P. (2016), Determinar la percepción que tiene el usuario externo acerca de la calidad de atención de la Estrategia Sanitaria de Salud Bucal en el Centro de Salud Choros, provincia de Cutervo.

REFERENCIAS VIRTUALES

Parada, P. (2013). Análisis PESTEL, una herramienta de estrategia empresarial de estudio del entorno. Recuperado de <http://www.pascualparada.com/analisis-pestel-una-herramienta-de-estudio-del-entorno/>

Riquelme Leiva, Matias (2016). FODA: Matriz o Análisis FODA – Una herramienta esencial para el estudio de la empresa. Santiago, Chile. Recuperado de <https://www.analisisfoda.com/>

Trenza, A. (2018). Análisis Pestel: Qué es y para qué sirve. Recuperado de <https://anatreza.com/analisis-pestel/#12-para-que-sirve-el-analisis-pestel>

ANEXOS

ANEXO 01. Problemas identificados y acta de reunión (Brainstorming)

ITEM	DESCRIPCION DEL PROBLEMA	COLABORADOR
P1	Falta de coordinación del personal	
P2	Falta de estandarización de procesos	Gerente - Luis Alcalde
P3	Falta de estimación de tiempos	
P4	Los trabajadores no saben sus actividades personales	
P5	Falta de detalle de los tratamientos a realizar	
P6	Falta de comunicación con los doctores	
P7	Capacitación sobre los tratamientos por parte de la empresa	Recepción - Claudia Rodríguez
P8	Clientes incomodos por el tiempo prolongado de la espera	
P9	Doctores no llegan a tiempo a la cita	
P10	Problema de comunicación con recepción	
P11	Falta de un orden	
P12	Mal seguimiento de los clientes	Representante de Odonto - José bardales
P13	Falta de tiempo para explicar tratamiento a recepción	
P14	Distracción del personal	

Acta de recopilación de datos de la reunión “Brainstorming”



Cajamarca 17, enero 2020

Empresa: Aurea Implant EIRL

Asistentes a la reunión:

- Luis Alcalde Carrera (Gerente)
- Claudia Rodríguez (Recepcionista)
- José Bardales (Representante de odontología)
- Pablo Llanos Cáceres (Tesista)

ASUNTOS TRATADOS	ACUERDOS
<p>Problemática existente relacionado a la insatisfacción de los clientes:</p> <p>Los pacientes esperan mucho tiempo para ser atendidos lo cual genera incomodidad y perdida de pacientes. Producido por una falta de coordinación, falta de estimación de tiempos, no hay una buena comunicación con los doctores, los doctores no llegan a tiempo a su horario de trabajo.</p> <p>Los pacientes no tienen el conocimiento exacto de su tratamiento. Por una mala comunicación de los doctores con recepción y al momento de brindar dicha información al paciente no llega completo y el paciente no se siente conforme.</p> <p>No hay un seguimiento adecuado de los pacientes, después de los tratamientos solo se agenda su próxima cita, no hay sensibilidad para llamar y preguntar su estado y de esa manera fidelizarlos.</p> <p>Desorden en recepción con las historias clínicas, hay mucha distracción del personal</p>	<p>Desarrollar un sistema de gestión de calidad enfocado al cliente para mejorar el proceso de atención al cliente. Y en un futuro implementar una ISO 9001 en la empresa</p>

AUREA IMPLANT EIRL
RUC: 20870768391



Luis Enrique Alcalde Carrero
GERENTE GENERAL

ANEXO 02. Check List de cumplimiento de la norma ISO 9001:2015

Numeral 04. Contexto de la organización

Tabla 17 Contexto de la organización

NO	REQUISITO	SITUACIÓN ACTUAL	CUMPLE TOTALMENTE	CUMPLE PARCIALMENTE	NO CUMPLE	NO APLICA	%
4.1	¿Se han determinado los aspectos internos y externos pertinentes al propósito de la organización y que pueden afectar al logro de los objetivos del SGC?	Se identifican algunos aspectos internos (Los cuales se procura atender). Además de que falta atender algunos aspectos internos también faltan aspectos externos.		X			50%
	¿Se realiza el seguimiento y revisión de la información relacionada a los aspectos internos y externos?	Se procura atender aspectos internos de calidad.		X			50%
4.2	¿Se han determinado las partes interesadas, así como los requisitos de las mismas, que son relevantes para el SGC?	Falta estudiar el entorno externo y como afecta este mi SGC			X		0%
	¿Se realiza el seguimiento y la revisión de la información relevante sobre estas partes interesadas?	Al no estar completamente identificadas partes interesadas no se le realiza seguimiento			X		0%
4.3	¿Se ha determinado el alcance con base en los puntos 4.1 y 4.2, así como los productos y servicios de la organización?	No se ha determinado el alcance			X		0%
	¿Se ha determinado qué requisitos de la norma le aplican y en aquellos que no aplican, existe la justificación?	Nunca se ha planteado la idea de seguir lineamientos de la norma			X		0%
	¿El alcance del SGC está disponible y se mantiene como Información documentada?	No está planteado el SGC			X		0%
4.4	¿Se ha establecido, implementado, mantenido y mejorado el SGC, sus procesos e interacciones, así como su aplicación a través de la organización?	No está planteado el SGC			X		0%

Fuente: Elaboración propia

Aspectos:

El Centro Médico Aurea cumple algunos ítems de este requisito, encontrándose lo siguiente:

- Están identificados los procesos necesarios para un sistema de gestión de calidad (Mapa de Procesos).
- Se ha determinado la secuencia e interacción de estos procesos (Mapa de procesos)
- No se encuentran establecidos los criterios y métodos para asegurarse de que tanto la operación como el control de estos procesos sean eficaces.
- La organización asegura la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar la operación y el seguimiento de estos procesos
- No se encontraron responsabilidades hacia las autoridades para que se realice seguimiento de los procesos.
- No hay implementadas acciones que permitan alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de los procesos.
- No hay una declaración documentada de la política y de los objetivos de calidad
- No existe un manual de calidad
- No existe documentación de los procedimientos requeridos por la norma ISO 9001:2015
- No existe documentación de los procedimientos necesarios para asegurarse de la planificación, operación y control
- Los registros requeridos por la norma ISO 9001:2015

- La organización no ha documentado un manual de calidad que cumpla con los requisitos de la norma ISO 9001:2015, debido a que esta norma no se ha implementado y por lo tanto no existía la necesidad de realizarlo.
- No presenta la documentación e diseño de los procedimientos para el control de los documentos.
- No se presentan mecanismos para la documentación del manejo y control de los registros generados por las actividades administrativas y operativas.

Numeral 05: Liderazgo

Tabla 18 Liderazgo

NO	REQUISITO	SITUACIÓN ACTUAL					%
			CUMPLE TOTALMENTE	CUMPLE PARCIALMENTE	NO CUMPLE	NO APLICA	
	¿La alta dirección demuestra su liderazgo y compromiso con relación a la eficacia del SGC?	La alta dirección se encuentra totalmente comprometida con el crecimiento organizacional y esto involucra calidad, pero no hay planteado el SGC.		X			50%
5.1	¿La política y los objetivos de la calidad son compatibles con el contexto y la dirección estratégica?	Existen objetivos de calidad en otra perspectiva, pero NO objetivos para un SGC.			X		0%
	¿La alta dirección logra el compromiso, dirige y apoya a las personas para contribuir a la eficacia del SGC?	La alta dirección involucra a todos los empleados para prestar servicio de calidad, pero no hay SGC.		X			50%
	¿Apoya otros roles de la dirección para demostrar su liderazgo acorde a sus áreas de responsabilidad?	La alta dirección no demuestra su liderazgo administrativo en procesos de soporte.			X		0%

	¿Se identifican los riesgos y oportunidades que pueden afectar la conformidad del producto o servicios y la satisfacción del cliente?	Hay prioridad en la atención al cliente, se planifica su conformidad y satisfacción, pero se debe complementar estudiando riesgos	X	0%
	¿La alta dirección ha establecido, implementado y mantenido una política de calidad que sea apropiada al propósito y contexto de la organización y apoye a su dirección estratégica?	Existe idea de calidad, pero NO un Sistema de gestión de calidad y menos una política establecida	X	50%
5.2	¿La política se ha comunicado, es entendida y se aplica dentro de la organización?	Idea de calidad diferente	X	50%
	¿Está disponible para las partes interesadas pertinentes?	No se evalúan partes interesadas en el SGC (Dado que no existe este sistema)	X	0%
	¿La alta dirección se asegura que las responsabilidades y autoridades para los roles pertinentes se asignan, se comunican y se entienden en toda la organización?	La alta dirección se asegura de que todas las áreas cumplan con su labor	X	0%
5.3	¿Se asegura que los procesos generan los resultados previstos?	No existen auditores en clínica y no se puede medir más el rendimiento y la productividad de una manera clara	X	0%
	¿Se le informa a la alta dirección sobre el desempeño del SGC y sobre las oportunidades de mejora?	Se le informa a la alta dirección de labores y novedades de calidad, pero se reitera no hay SGC.	X	50%

Nota. Fuente: Elaboración propia

Aspectos:

- No tiene política de calidad.
- No ha establecido los objetivos de calidad.
- No evidencia revisiones por la dirección.
- Se presenta disponibilidad de los recursos.
- Hay que reforzar departamentos de calidad y Habilitación y auditoría.
- Se debe establecer una política de calidad, con objetivos.
- No están identificados los riesgos y oportunidades.

Numeral 06: Planificación

Tabla 19 Planificación

NO	REQUISITO	SITUACIÓN ACTUAL	CUMPLE TOTALMENTE	CUMPLE PARCIALMENTE	NO CUMPLE	NO APLICA	%
6.1	¿Con base en el análisis del contexto y los requisitos de las partes interesadas se han determinado los riesgos y oportunidades que son necesarios para que el SGC logre los resultados previstos?	No Se ha realizado un análisis de las partes interesadas.			X		0%
	¿Se aumentan los efectos deseables, se previenen los efectos no deseados y se logra la mejora continua?	No hay una gestión del riesgo que permita prevenir efectos negativos			X		0%
	¿La organización planifica acciones para abordar los riesgos y oportunidades?	No existe planificación de riesgos			X		0%
	¿Las acciones son proporcionales al impacto potencial en la conformidad de los productos y servicios?	No existe planificación de riesgos.			X		0%
6.2	¿Se han establecido los objetivos de calidad para las funciones y niveles pertinentes y los procesos necesarios del SGC?	Existen objetivos de calidad en otra perspectiva, pero NO objetivos para un SGC.		X			50%
	¿Los objetivos de calidad son coherentes con la política de la calidad, son medibles, se les da seguimiento, son comunicados, se actualizan?	Existen objetivos de calidad en otra perspectiva, pero NO objetivos para un SGC orientados a una política de calidad.			X		0%
	¿Se mantiene información documentada de los objetivos de la calidad?	Falta registrar información documentada de objetivos, se deben replantear.			X		0%
6.3	¿Cuándo se determinan cambios al SGC, estos se realizan de manera planificada?	No existe un SGC.			X		0%

La organización considera: ¿el propósito de los cambios y sus consecuencias potenciales, la integridad del SGC, la disponibilidad de recursos y la asignación de responsabilidades y autoridades?	Hay disponibilidad de recursos para crecimiento organizacional y para temas de calidad, pero falta evaluar la posibilidad de implementar un SGC.	X	50%
---	--	----------	------------

Fuente: Elaboración propia

Aspectos:

- La alta dirección no ha definido los objetivos de calidad, sin embargo, los objetivos para la prestación del servicio están establecidos, pero aún no se han determinado dentro de las funciones y niveles pertinentes dentro de la organización.
- La alta dirección no ha revisado que la planificación del sistema de gestión de calidad se realice con el fin de cumplir con los requisitos citados y con los objetivos de calidad.
- La alta dirección no se asegura del mantenimiento de la integridad del sistema de gestión de calidad cuando se planifican e implementan cambios.
- La alta dirección no tiene establecido los procesos de comunicación apropiados dentro de la organización y que se efectuó considerando la eficacia del sistema de gestión de calidad.
- El Centro Médico Aurea no cumple con este requisito debido a que no existe ningún procedimiento que permita una revisión periódica del funcionamiento del sistema de gestión de calidad.

Numeral 07: Apoyo

Tabla 20 Apoyo

NO	REQUISITO	SITUACIÓN ACTUAL					%
			CUMPLE TOTALMENTE	CUMPLE PARCIALMENTE	NO CUMPLE	NO APLICA	
	¿Se ha determinado y se proporcionan los recursos necesarios para el establecimiento, diseño, mantenimiento y mejora continua del SGC?	No se ha realizado ninguna propuesta de un SGC en miras de certificado ISO 9001:2015.			X		0%
	¿La organización considera las capacidades y limitaciones de los recursos internos existentes?	No se han estudiado limitantes para área habilitación y auditoría y para encargados de calidad.			X		0%
7.1	¿Se determinan y proporcionan las personas, infraestructura, ambiente necesario para la operación, recursos para el seguimiento y medición necesarios para el diseño eficaz de su SGC?	No se ha evaluado el posible diseño de dicho SGC.		X			50%
	¿Se determinan, mantienen y ponen a disposición, en la medida necesaria, los conocimientos necesarios para la operación de sus procesos y para lograr la conformidad de los servicios?	Hay disposición de conocimientos de empleados calificados para que los procesos funcionen como se espera, pero falta seguimiento y mejora.		X			50%
7.2	¿Se determinan las competencias necesarias del personal cuyos trabajos pueden afectar el desempeño y eficacia del SGC y se conserva la información documentada apropiada como evidencia de su competencia?	No se estudian y analizan competencias de los trabajadores para todos los cargos y procesos, pero no se coordinan en el SGC.			X		0%
7.3	¿Se asegura de que las personas tomen conciencia de la política de calidad, los objetivos de calidad y su contribución a la eficacia del SGC?	Dentro de los valores y virtudes de la organización se nombra el termino calidad, pero no hay SGC.		X			50%
7.4	¿Se determinan las comunicaciones internas y externas pertinentes al SGC que incluyan: qué, cuándo, a quién, ¿cómo y a quién comunicar?	No existe compromiso por parte del todo el personal para la comunicación interna y externa.			X		0%

7.5	<p>¿Se cuenta con la información documentada requerida por la Norma ISO 9001:2015 y la necesaria para la eficacia del SGC?</p> <p>¿Al crear y actualizar la información documentada se asegura que la identificación, descripción, formato, medios de soporte, revisión y aprobación sean apropiados?</p> <p>¿Se asegura que la información documentada se encuentra disponible y es idónea para su uso, está protegida adecuadamente, se controla?</p> <p>¿Se identifica y controla la información documentada de origen externo necesaria para la planificación y operación del SGC?</p>	<p>Hay información rescatable pero falta mucha por incluir según los requerimientos de la norma</p> <p>Hay correcta actualización de información, pero no se manejan mismos formatos.</p> <p>Información documentada se encuentra disponible, correcta conservación, pero no es la más ideal.</p> <p>Falta un control de la información documentada externa.</p>	<p>X</p> <p>X</p> <p>X</p> <p>X</p>	<p>50%</p> <p>50%</p> <p>50%</p> <p>0%</p>
-----	--	--	-------------------------------------	--

Nota. Fuente: Elaboración propia

Aspectos:

- El Centro Médico Aurea cumple parcialmente con este requisito debido a que se tiene determinado y proporcionado los recursos necesarios para aumentar la satisfacción de los clientes y cumplir con sus requisitos, falta determinar los recursos necesarios para implementar y mantener el sistema de gestión de calidad y el mejoramiento de la eficacia del mismo.
- No se ha determinado los perfiles y competencias necesarias para el personal administrativo que realiza trabajos en el Centro Médico Aurea y afecta la calidad del servicio.
- No existen planes de formación que aseguren una mejora en la competencia del personal administrativo.
- No se presentan evaluaciones de las acciones tomadas debido a que no se ha tomado ninguna acción de formación.

- El personal del Centro Médico Aurea es consciente de la pertinencia e importancia de sus actividades, pero desconocen los objetivos de calidad debido a que estos no están definidos.
- Se mantienen registros donde se evidencie la educación, la formación, habilidades y experiencia de algunos empleados que laboran en el Centro Médico Aurea
- El Centro Médico Aurea no cuenta con cuenta con la documentación de la norma ISO 9001:2015 para realizar las respectivas mediciones, dar a conocer a la organización, realizar documentación informada, actualizar y llevar un control de la información documentada.

Numeral 08: Operación

Tabla 21 Operación

NO	REQUISITO	SITUACIÓN ACTUAL	CUMPLE TOTALMENTE	CUMPLE PARCIALMENTE	NO CUMPLE	NO APLICA	%
	¿Se planifican, implementan y controlan los procesos necesarios para cumplir los requisitos para la provisión de productos y servicios, atención de riesgos y alcanzar los objetivos de la calidad?	Falta atención a riesgos, oportunidades y alcanzar objetivos de la calidad.		X			50%
8.1	¿Se identifican y controlan los cambios y se evalúan posibles consecuencias de los cambios no previstos, para tomar acciones evitando efecto adverso?	No se controlan incidencias mediante departamento de control interno.			X		0%
	¿Se asegura de controlar los procesos contratados externamente?	Falta controlar procesos externos.			X		0%
8.2	¿Se controla adecuadamente la comunicación con el cliente relativa a información de los productos y servicios, consultas, contratos, pedidos, cambios, retroalimentación del cliente y quejas?	Se manejan historias clínicas, información del paciente, contratos, registro de visitas. Se pueden manejar y documentar de mejor forma.		X			50%
	¿Se determinan y revisan los requisitos del cliente, los legales aplicables y los determinados por la organización, y ésta se asegura de tener la capacidad para poder cumplir dichos requisitos?	Se procura dar voz al cliente a la hora de escuchar sus requisitos y exigencias; pero falta velar por darle cumplimiento.		X			50%
8.3	¿Se cuenta con un proceso de diseño y desarrollo, establecido, implementado y mantenido que asegure la producción y prestación del servicio?	No están caracterizados los procesos, apenas manuales de descripción con lo más general.			X		0%
	¿Se planifica el proceso de diseño y desarrollo, desde las entradas hasta las salidas para asegurar que cumplan los requisitos y se controlen los cambios?	Falta atender este aspecto importante.			X		0%

8.4	Se controlan los procesos, productos y servicios contratados externamente de forma que cumplan los requisitos aplicables en caso que éstos se incorporen a los procesos de la organización, que se proporcionen por proveedores externos como resultado de una decisión estratégica.	No se involucran proveedores externos a la hora de controlar procesos.	X	0%
8.5	Se implementa la producción y prestación del servicio, bajo condiciones controladas que incluyen: la disponibilidad de la información documentada, actividades de seguimiento y medición que permitan verificar el cumplimiento de los requisitos, la infraestructura y ambiente de trabajo adecuados, el personal con las competencias necesarias, acciones para prevenir errores humanos y actividades de liberación, entrega y posteriores a la entrega.	Departamento de habilitación y auditoría se encarga de velar por el seguimiento de clínicas para que ellas cumplan normativas legales.	X	50%
8.6	¿Se han implementado disposiciones planificadas para verificar que se cumplen los requisitos de los productos y servicios?	Encuestas de satisfacción de clientes acerca del servicio prestado, pero no han culminado el proceso por falta de interés	X	0%
8.7	¿Se controlan los productos y servicios no conformes con los requisitos para prevenir su uso o entrega no intencionados?	Se corrige mas no se previenen inconformidades	X	0%

Fuente: Elaboración propia

Aspectos:

- La organización desarrolla los procesos necesarios para la prestación del servicio, pero no existe una planificación coherente con los requisitos de las otras áreas del sistema de gestión de calidad.
- Los objetivos de calidad no están definidos, sin embargo, se encuentran determinados los requisitos del servicio.
- Se presentan los procesos, documentos y asignación de recursos necesarios para el servicio.

- Existe evidencia de las actividades requeridas de verificación, validación, seguimiento, inspección y ensayo específicas para el servicio, así como los criterios de aceptación para el mismo.
- Se presentan los registros necesarios que proporcionen evidencia de que los procesos de realización y la prestación del servicio cumplen con los requisitos.
- Entregar manuales, caracterizaciones de proceso y manuales de cargo a los empleados. donde se detallan cada actividad y labor a seguir con objetivo de ordenar, orientar, controlar y buscar prestar el mejor servicio posible.
- Se debe controlar los cambios planificados y revisar las consecuencias de los cambios no previstos, tomando acciones para mitigar cualquier efecto adverso.
- Definir metodología en documento del SGC para generar órdenes de servicio estableciendo las nuevas formas de planear, controlar y operar los procesos.

Numeral 09: Evaluación de desempeño

Tabla 22 Evaluación de desempeño

NO	REQUISITO	SITUACIÓN ACTUAL	CUMPLE TOTALMENTE	CUMPLE PARCIALMENTE	NO CUMPLE	NO APLICA	%
	Se han determinado los aspectos a ser medidos y los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación necesarios para asegurar la validez de los resultados de los procesos.	No se han definido todos los aspectos que deben ser medidos para asegurar la validez de los resultados de los procesos.		X			50%
9.1	¿Se conserva la información documentada apropiada de las mediciones como evidencia de los resultados?	Falta documentar resultados y productividad de todos los procesos.			X		0%
	¿Se realiza el seguimiento de la percepción de los clientes del grado en el que se cumplen sus necesidades?	Hay encuestas de satisfacción, pero se debe evaluar más la percepción del cliente.		X			50%
	¿Se analizan y evalúan los datos y la información de seguimiento y la edición?	Se debe ampliar ya que es muy básica.		X			50%
	Se realizan auditorías internas a intervalos planificados para evaluar la conformidad del SGC y si éste se implementa y mantiene eficazmente.	No existen estos aportes			X		0%
9.2	Se planifican, establecen, implementan programas de auditoría que incluyen la frecuencia, métodos, responsabilidades, requisitos de planificación y elaboración de informes que considera la importancia de los procesos involucrados, cambios que afecten a la organización y resultados de auditorías previas.	No existen estos aportes			X		0%
9.3	¿La alta dirección revisa el SGC a intervalos planificados, para asegurar su idoneidad, adecuación, eficacia y alineación continuas con la dirección estratégica de la organización?	No se puede revisar un SGC ya que no existe, pero se revisan intervalos planificados de cumplimiento de la “idea” de calidad que se tiene.		X			50%

Entre los datos de entrada para la revisión por parte de la dirección se incluyen: el estado de las acciones de las revisiones por la dirección previas, los cambios en los aspectos relevantes internos y externos que pueden afectar al logro de los objetivos del SGC, La información del desempeño del SGC, la adecuación de los recursos, la eficacia de las acciones tomadas para atender los riesgos y oportunidades de mejora.	Se evalúa objetivos de la “idea” de calidad que se tiene, la eficiencia y la eficacia de las labores más importantes, pero nada alineado con un SGC.	X	50%
¿Como resultado de la revisión por la dirección se incluyen las oportunidades de mejora, cualquier necesidad de cambio, así como las necesidades de recursos?	No existen estos aportes	X	0%
¿Se conserva información documentada del resultado de la revisión por la dirección?	No existen estos aportes	X	0%

Nota. Fuente: Elaboración propia

Aspectos:

- La organización no cumple con este requisito no existe una planificación e diseño de los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora.
- No se cumple este requisito en la organización no existe un programa de auditorías internas, no se ha definido un proceso documento para la planificación y realización de la misma, y no se ha realizado ninguna auditoría interna.
- No se cumple con este requisito no se ha definido los controles, las responsabilidades y autoridades relacionadas con el tratamiento de un servicio no conforme.

Numeral 10: Mejora

Tabla 23 Mejora

NO	REQUISITO	SITUACIÓN ACTUAL					%
			CUMPLE TOTALMENTE	CUMPLE PARCIALMENTE	NO CUMPLE	NO APLICA	
10.1	¿Se determinan y seleccionan las oportunidades de mejora e implementan acciones en los procesos de soporte para cumplir los requisitos del cliente interno y externo considerando las necesidades y expectativas futuras, prevenir los efectos no deseados y mejorar el desempeño y eficacia del SGC?	Se implementan acciones para cumplir los requisitos, pero falta mejorar la evaluación de este.		X			50%
10.2	¿Se cuenta con un proceso eficaz de no conformidades y acciones correctivas?	Este proceso se maneja por control interno y habilitación.		X			50%
10.3	¿Se mejora continuamente la idoneidad, adecuación y eficacia del SGC?	No se ha implantado el SGC.			X		0%

Fuente: Elaboración propia

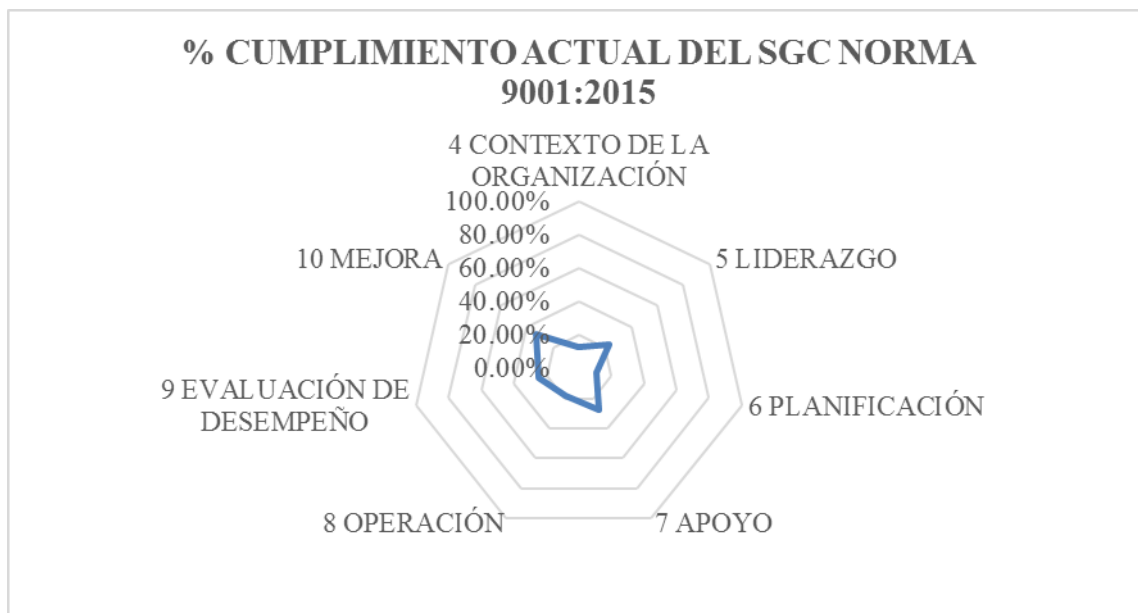
Aspectos:

- No existe un planteamiento del SGC que ayude a detectar y corregir inconformidades en busca de la mejora.
- Innovar la forma de encontrar oportunidades de mejora que incluya el análisis interno y del entorno.

Se evaluó el cumplimiento de la norma ISO 9001:2015, desde el numeral 04 al numeral 10.

Resumen de Check List

No	ÍTEM	% CUMPLIMIENTO ACTUAL
4	CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	13.00%
5	LIDERAZGO	22.72%
6	PLANIFICACIÓN	11.11%
7	APOYO	27.27%
8	OPERACIÓN	18.18%
9	EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO	25.00%
10	MEJORA	33.33%



Se presenta el resumen del cumplimiento de los numerales de la ISO 9001:2015, herramienta que sirve para facilitar la comparación visual a escala y poder detectar diferencias durante el análisis. Se observa un déficit amplio en el cumplimiento de los requisitos, teniendo como mayor resultado de un 33.33% en el Ítem 10 de mejora y un cumplimiento mínimo en el punto 6 que es de planificación con un 11.11%. Se recalca que ningún punto u Ítem llega a un 50% de cumplimiento. El promedio total de cumplimiento del Check list según la norma de la ISO 9001:2015 es de 21.51%.

ANEXO 03. Encuesta de satisfacción




INSTRUMENTO: CALIDAD DE ATENCIÓN – CUESTIONARIO

Estimados pacientes del “Centro Médico – Aurea Implant” - Cajamarca 2020, reciban un cordial saludo especial y agradezco desde ya, el apoyo que me brindarán al llenar la presente encuesta que tiene como objetivo conocer la calidad de atención que se brinda a los usuarios en el consultorio dental, a fin de contribuir, como parte de la gestión de los servicios de la salud, con mejoras significativas en la atención del usuario. Sus respuestas son estrictamente confidenciales y anónimas.

PREGUNTAS		SI	NO
1	¿Le ha parecido correcto el trato recibido?		
2	¿Ha tenido que esperar mucho tiempo en recepción para ser atendido?		
3	¿Le han aclarado todas las dudas sobre su tratamiento que tenía?		
4	¿Le parece buena la organización del Centro médico (odontología)?		
5	¿Encuentra confortable el área de espera?		
6	¿Cree que el tiempo que le han dedicado es adecuado?		
7	¿Le pareció bueno el trato odontológico?		
8	¿Cree correcta la relación Calidad/servicio?		
9	¿Le han explicado en qué consistirá su tratamiento?		
10	¿Recepción se ha comunicado adecuadamente con usted?		

ANEXO 04. Sistema de gestión de calidad

MANUAL DEL SISTEMA INTEGRADO DE CALIDAD

	<p>MANUAL DEL SGC “ÍNDICE”</p>	CODIGO:
		FECHA:
		VERSION: 001
		ELABORO: Coordinador de Apoyo y asesor de calidad
		REVISION: Director Administrativo
		APROBO: Gerente

TÍTULO	N° PÁGINA
1. Objetivos y campos de aplicación	
1.1 Generalidades	
1.2 Aplicación	
2. Referencias normativas	
3. Términos y definiciones	
4. Contexto de la Organización	
4.1. Organización y su contexto	
4.2. Las necesidades y expectativas de las partes interesadas	
4.3. Alcance del sistema de Gestión de Calidad	
4.4. Sistema de gestión de Calidad	
5. Liderazgo	
5.1. Liderazgo y compromiso	
5.2. Política de Calidad	
5.3. roles responsabilidades y autoridad	
6. Planificación	
6.1 Evaluación de riesgos	
6.2. Objetivos de Calidad y planificación (indicadores)	
6.3. Planificación y control de cambios.	
7. Soporte	
7.1 Recursos	
7.1.1 Generalidades	
7.1.2 Infraestructura y ambiente de trabajo	
7.1.3 Seguimiento y medición	
7.1.4 Requerimiento de conocimiento	
7.2 Competencia	
7.3 Concienciación	
7.4 Comunicación	
7.5 Información documentada	

- 7.5.1 Generalidades
 - 7.5.2 Creación y actualización
 - 7.5.3 Control de la información documentada (control documental)
 - 8. Operaciones
 - 8.1 Planificación y control operacional

 - 8.2 Interacción con los clientes y otras partes interesadas (compras- contratos)
 - 8.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el producto
 - 8.2.2 Revisión de los requisitos relacionados con el producto
 - 8.2.3 Comunicación con el cliente
 - 8.3 Preparación Operacional
 - 8.4 Control de procesos
 - 8.5 Diseño y desarrollo
 - 8.5.1 Definición
 - 8.5.2 Análisis
 - 8.5.3 Diseño
 - 8.5.4 Verificación y validación
 - 8.5.5 Transferencia de operaciones
 - 8.6 Ejecución / Diseño
 - 8.6.1 Control de la producción y la prestación del servicio

 - 8.6.2 Validación de procesos de la producción y/o de la prestación del servicio
 - 8.6.3 Identificación y trazabilidad
 - 8.6.4 Seguimiento y medición del producto
 - 8.6.5 Control de producto no conforme
 - 8.6.6 Propiedad de partes interesadas
 - 8.6.7 Preservación del producto
 - 8.6.8 Actividades post entrega
 - 8.7 Control de provisión externa de bienes y servicios (compras).
 - 9. Evaluación del desempeño
 - 9.1 Seguimiento, medición, análisis y evaluación
 - 9.1.1 Generalidades
 - 9.1.2 Satisfacción del cliente
 - 9.1.3 Análisis de datos
 - 9.2 Auditorías Internas
 - 9.3 Revisión por la dirección
 - 10. Mejora
 - 10.1 No conformidades y acciones correctivas
 - 10.2 Mejora continua
-

Presentación

AUREA IMPLANT es el resultado de una idea visionaria generada en el año 2019 por el Dr. Luis Enrique Alcalde Carrera.; el objetivo primordial, era el de convocar a los mejores odontólogos especialistas a fin de que los usuarios pudieran encontrar en un mismo lugar todos los servicios relacionados con el ramo.

Actualmente, existe un equipo de trabajo integrado por 6 odontólogos especializados en todas las áreas: Ortodoncia, periodoncia, rehabilitación oral, implantología, odontopediatría; igualmente personas que se desempeñan en el área administrativa y auxiliares de odontología.

MISIÓN

Establecer relaciones con nuestras clientes basadas en un servicio de calidad, respaldados con la más avanzada tecnología. Promover el compromiso, sentido de pertenencia y el bienestar entre todos los miembros que conforman el talento humano del Centro Médico Aurea

VISIÓN

En el año 2025 ser reconocida Nacional como una de las mejores Centro Médico del país por su respaldo científico, tecnología de punta y calidad del servicio

PRINCIPALES VALORES

- Responsabilidad: Tenemos el cuidado y seguridad pertinente al realizar alguna intervención hacia los clientes.
- Honestidad: El conocimiento profesional debe ser honesto y en beneficio del paciente.

- Compromiso: Actuamos convencidos de que nuestras acciones son reflejo de los que amamos.
- Mejora continua: Estamos comprometidos a arle un valor adicional a nuestro servicio, implementando nuevas ideas y tecnología
- Seguridad: Nuestro compromiso es crear un ambiente de trabajo seguro.


	MANUAL DEL SGC “OBJETIVO Y CAMPO DE APLICACIÓN”	CODIGO:
		FECHA:
		VERSION: 001
		ELABORO: Coordinador de Apoyo y asesor de calidad
		REVISION: Director Administrativo
		APROBO: Gerente

OBJETIVO Y CAMPO DE APLICACIÓN

GENERALIDADES

El objetivo del presente manual de calidad implementado en la empresa Aurea Implant EIRL es dar con el cumplimiento de la norma ISO 9001:2015. Para así demostrar su gestión y compromiso empresarial con la mejora continua.

CONTROL DE CAMBIOS				
VERSIÓN	FECHA	PAG	APROBÓ	DESCRIP. DE CAMBIOS

	MANUAL DEL SGC “REFERENCIAS NORMATIVAS”	CODIGO:
		FECHA:
		VERSION: 001
		ELABORO: Coordinador de Apoyo y asesor de calidad
		REVISION: Director Administrativo
		APROBO: Gerente

ALCANCE Y APLICACIÓN

Alcance del SGC:

El presente manual de calidad se aplicará a todos los procesos definidos para la realización de los procedimientos correspondientes del servicio.

Aplicación

Todos los requisitos de la norma ISO serán aplicados a la empresa Aurea Implant EIRL

REFERENCIAS NORMATIVAS

Generalidades


La norma ISO 9001:2015, especifica los requisitos necesarios para un sistema de gestión de calidad para la organización. En donde se deberá demostrar la capacidad de la misma para proporcionar el servicio que pueda satisfacer a los clientes, haciendo uso de los requisitos y reglamentos aplicables.

Referencias

ISO 9001:2015

Sistema de gestión de calidad – Requisitos, son indispensables para lograr el cumplimiento según la norma ISO 9001:2015

CONTROL DE CAMBIOS				
VERSIÓN	FECHA	PAG	APROBÓ	DESCRIP. DE CAMBIOS

	<p align="center">MANUAL DEL SGC “TERMINOS Y DEFINICIONES”</p>	CODIGO:
		FECHA:
		VERSION: 001
		ELABORO: Coordinador de Apoyo y asesor de calidad
		REVISION: Director Administrativo
APROBO: Gerente		

TERMINOS Y DEFINICIONES

SGC: Sistema de gestión de calidad

Organización: es una estructura ordenada donde coexisten e interactúan personas con diversos roles, responsabilidades o cargos que buscan alcanzar un objetivo particular.

Contexto de la organización: Un contexto interno de la organización es el entorno en el que se pretende alcanzar los objetivos. Algunos ejemplos de contexto externo pueden ser: las regulaciones del gobierno y cambios en la ley. cambios económicos en el mercado de la organización.

Compromiso: partimos de la definición del compromiso como “la capacidad que tiene el ser humano para tomar conciencia de la importancia que tiene cumplir con el desarrollo de su trabajo dentro del tiempo estipulado para ello”. Al comprometernos, ponemos al máximo nuestras capacidades para sacar adelante la tarea encomendada.

Cliente/paciente: Persona que padece física y corporalmente, y especialmente quien se halla **bajo atención médica.** – **Cliente:** Persona que utiliza con asiduidad los servicios de un profesional o empresa.

Proveedor: Un Proveedor es la persona física o jurídica que abastece de todo lo necesario, para la producción de bienes o servicios, a otra persona física o jurídica o

empresa. Veamos su definición formal, como se contabiliza una compra a un Proveedor y la diferencia con un Acreedor.

Mejora: Mejora es la acción y efecto de mejorar, verbo que procede etimológicamente del latín “meliorare”, a su vez derivado del adjetivo “melior” que significa “mejor”. Una mejora se opera siempre frente a una situación previa peor, frente a la cual se observan condiciones más favorables.

Mejora continua: Mejora Continua. El concepto de mejora continua se refiere a que siempre se está en un proceso de cambio, de desarrollo y con posibilidades de mejorar.

Gestión: La gestión es un conjunto de procedimientos y acciones que se llevan a cabo para lograr un determinado objetivo. Es decir, en términos generales, la gestión es una serie de tareas que se realizan para acometer un fin planteado con antelación.

Gestión de la calidad: La gestión de la calidad es un conjunto de acciones y herramientas que tienen como objetivo evitar posibles errores o desviaciones en el proceso de producción y en los productos o servicios obtenidos a través de él.

Proceso: Un proceso es un conjunto de actividades planificadas que implican la participación de un número de personas y de recursos materiales coordinados para conseguir un objetivo previamente identificado.

Política de la calidad: La Política de Calidad es la línea de acción de una organización para la mejora de sus procesos internos. Se refleja a través de un documento que describe el papel de los tres agentes principales en la Gestión de Calidad: el cliente, el mercado y la empresa.

CONTROL DE CAMBIOS				
VERSIÓN	FECHA	PAG	APROBÓ	DESCRIP. DE CAMBIOS

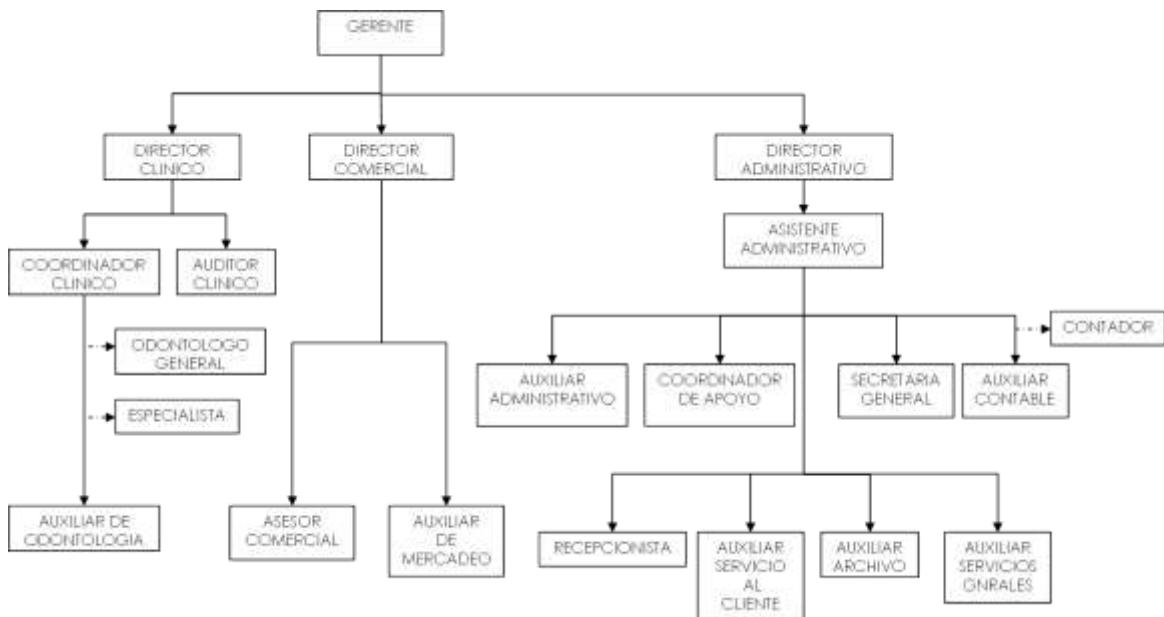
	MANUAL DEL SGC “SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD”	CODIGO:
		FECHA:
		VERSION: 001
		ELABORO: Coordinador de Apoyo y asesor de calidad
		REVISION: Director Administrativo
		APROBO: Gerente

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Comprender la organización y su contexto

Se ha diseñado un nuevo organigrama para entender mejor la jerarquía de la organización.

Figura 8 Organigrama



Fuente: Elaboración propia

Compresión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas

La gerencia y su personal de la empresa Aurea Implant EIRL, son conscientes de la importancia de cubrir las necesidades y expectativas de sus clientes. Es por ello la importancia de este manual, el cual asegurará se cumplan con los estándares de calidad para la satisfacción del paciente.

Determinación del alcance del sistema de gestión de calidad

El manual de calidad es la muestra de que la empresa deberá cumplir con todos los requisitos mencionados. Es por ello que la documentación del sistema de gestión de calidad se extiende en todo el proceso de atención de los clientes, la cual está sujeta a la norma ISO 90001:2015.

Sistema de gestión de calidad y sus procesos

La empresa, en la constante búsqueda por la mejora continua y en mejorar la satisfacción de los clientes, ha implementado su SGC de acuerdo con los requisitos de la norma ISO 9001:2015.


Es por ello por lo que, a través de los resultados obtenidos, la empresa ha determinado los procesos necesarios para un óptimo funcionamiento e interacción de un SGC, para lo cual se ha desarrollado un mapa de procesos, en donde se identifican los procesos estratégicos. Lo que ayuda a garantizar que el proceso de atención del cliente esté bajo control y se eficaz (ver mapa de procesos)

Figura 9 Mapa de procesos



Fuente: Elaboración propia

CONTROL DE CAMBIOS				
VERSIÓN	FECHA	PAG	APROBÓ	DESCRIP. DE CAMBIOS

	MANUAL DEL SGC “LIDERAZGO”	CODIGO:
		FECHA:
		VERSION: 001
		ELABORO: Coordinador de Apoyo y asesor de calidad
		REVISION: Director Administrativo
		APROBO: Gerente

LIDERAZGO

Liderazgo y compromiso

La gerencia debe mostrar compromiso y liderazgo con respecto a la futura diseño del SGC.

Los líderes son quienes llevan a los demás hacia el logro de los objetivos que la empresa establece, por lo cual deberán mejorar las condiciones y herramientas para lograrlo.

Liderazgo y compromiso con respecto al sistema de gestión de calidad

La empresa establece sus objetivos de calidad los cuales quedaran establecidos a traves de un cuadro de objetivos de calidad

Liderazgo y compromiso con respecto a las necesidades y expectativas de los clientes/clientes.

Teniendo en cuenta que los clientes son parte fundamental de la empresa, se tienen funciones, las cuales aseguran que se puedan cumplir con sus necesidades. Así mismo se establecerá de una manera anual una encuesta de satisfacción.

Política de calidad

La gerencia a definido revisar periódicamente una política de calidad, esta política será base para planificar los objetivos de calidad. La misma que será difundida a todos los colaboradores de la empresa.

Roles de la organización, responsabilidades y autoridades

Para establecer la relación existente entre todos los colaboradores y sus roles, responsabilidades; se ha elaborado una matriz RACI, la cual nos permite establecer las actividades y los responsables.

CONTROL DE CAMBIOS				
VERSIÓN	FECHA	PAG	APROBÓ	DESCRIP. DE CAMBIOS

	SGC “POLÍTICA DE GESTIÓN DE CALIDAD”	CODIGO:
		FECHA:
		VERSION: 001
		ELABORO: Coordinador de Apoyo y asesor de calidad
		REVISION: Director Administrativo
		APROBO: Gerente


POLITICA DE GESTIÓN DE CALIDAD

La política de GC se encuentra enlazado con los valores y misión de la empresa, con el compromiso para poder lograr la satisfacción de los clientes, cumpliendo con ciertos estándares de calidad.

Para cumplir la política, necesitamos:

- Cumplir los estándares de calidad para los clientes
- Implementar e innovar de nueva tecnología para permitir un ahorro de tiempo en los procesos odontológicos y lograr la mejora continua en cada proceso.
- Dar facilidades a los clientes, identificando y dando respuesta a sus necesidades.
- Identificación por parte de los trabajadores con la empresa, de manera que logren alinearse con los objetivos de la empresa y de los clientes


CONTROL DE CAMBIOS				
VERSIÓN	FECHA	PAG	APROBÓ	DESCRIP. DE CAMBIOS

	SGC ROLES DE LA ORGANIZACIÓN	CODIGO:
		FECHA:
		VERSION: 001
		ELABORO: Coordinador de Apoyo
		REVISION: Director Administrativo
		APROBO: Gerente

No.	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO	REGISTROS	RECURSOS
1	Recepción del paciente	Recepcionista	Atención personalizada usuario programado (GU-002); Atención personalizada del usuario por primera vez (GU-003); Usuario para atención oportuna de urgencias (GU-004)	Agendas sistema Odontológica	Computador/ Software Odontología
2	Atención personalizada del paciente	Recepcionista	Atención personalizada usuario programado (GU-002); Atención personalizada del usuario por primera vez (GU-003); Usuario para atención oportuna de urgencias (GU-004)	Registro inicial de clientes (FO-010); Valoración (FO-011); Cotización (FO-012); Estado de cuenta (FO-017); Estado de cuenta ortodoncia (FO-018); Historia clínica odontológica (FO-016)	Computador/ Software Odontología
3	Pasar historia clínica del paciente a servicio al cliente	Recepcionista	Cumplimiento de programación (GU-016)	Listado citas del día / Sistema Odontología	NA
4	Anunciar al paciente ante el odontólogo programado	Auxiliar de servicio al cliente	Historia Clínica	Historia Clínica	NA
5	Alistar la unidad odontológica para la atención del paciente	Auxiliar de odontología	Historia Clínica; Protocolos Clínicos	NA	Unidad Odontológica, instrumental y material requerido
6	Pasar al paciente para su atención	Auxiliar de odontología	Historia Clínica	Historia Clínica	NA

7	Realizar procedimiento según requerimiento	Odontólogo / Especialista	Historia Clínica; Protocolos Clínicos	Historia clínica Odontológica (FO-016)	Unidad Odontológica, instrumental, material y equipo odontológico requerido
8	Pasar con el paciente a recepción o a sala de negocios	Odontólogo / Especialista	NA	NA	NA
9	Dar indicaciones a la recepcionista sobre próxima cita	Odontólogo / Especialista	NA	Historia clínica odontológica (FO-16); Valoración (FO011)	NA
10	Dar indicaciones a la auxiliar de servicio al cliente para explicación de tratamiento y cotización	Odontólogo / Especialista	NA	Historia clínica odontológica (FO-16); Valoración (FO011)	NA
11	Explicar cotización y tratamiento al paciente según indicaciones del paciente	Auxiliar de servicio al cliente	Cotización (GU-015)	Historia clínica odontológica (FO-16); Valoración (FO011)	Computador
12	Realizar programación de próxima cita	Recepcionista	Programación próxima cita (GU-005)	Historia clínica odontológica (FO-16); Valoración (FO011)	Computador / Software Odontología

CONTROL DE CAMBIOS				
VERSIÓN	FECHA	PAG	APROBÓ	DESCRIP. DE CAMBIOS

	SGC “PLANIFICACIÓN”	CODIGO:
		FECHA:
		VERSION: 001
		ELABORO: Coordinador de Apoyo y asesor de calidad
		REVISION: Director Administrativo
		APROBO: Gerente

PLANIFICACIÓN

Acciones para abordar los riesgos y oportunidades

La empresa deberá evaluar posibles riesgos que pueden ocurrir en sus procesos


Objetivo de calidad y planificación para alcanzarlos

Para determinar los objetivos de calidad es importante hacerlo en base a la política de calidad, así mismo se deberá de establecer los responsables.

Planificación de los cambios


La elaboración del SGC se realizó con el fin de poder cumplir los requisitos establecidos de la norma ISO 9001:2015. Es por ello que la alta gerencia se debe asegurar de que se cumpla y así mantener integrado el sistema de calidad cuando se requiera hacer algún cambio.

CONTROL DE CAMBIOS				
VERSIÓN	FECHA	PAG	APROBÓ	DESCRIP. DE CAMBIOS

 <p>AUREA ODONTOLOGÍA Y MEDICINA</p>	<p>SGC “CONTROL DE OBJETIVOS”</p>	CODIGO:
		FECHA:
		VERSION: 001
		ELABORO: Coordinador de Apoyo y asesor de calidad
		REVISION: Director Administrativo
		APROBO: Gerente


PERSPECTIVA	DESCRIPCIÓN DE OBJETIVO	INDICADOR	UNIDAD DE MEDIDA	OBJETIVO			FRECUENCIA DE MEDICIÓN	RESPONSABLE
				ÓPTIMO	TOLERABLE	DEFICITARIO		
RRHH	Especializar al personal de salud para una actualización técnica y educación continua	cantidad de cursos realizados por el personal de salud	Porcentaje	100%	85%	<85%	Bimestral	RRHH / Gerencia
	Capacitar en temas orientados a la mejora continua, seguridad, trabajo en equipo y la calidad a todo el personal.	cantidad de cursos realizados por el personal de salud	Porcentaje	100%	85%	<85%	Bimestral	
COMERCIAL	Incrementar la satisfacción del cliente	Satisfacción del cliente	Porcentaje	100%	85%	<85%	Semestral	Comercial / Gerencia
	Incrementar entrada de clientes	Cantidad de clientes	Porcentaje	100%	85%	<85%	Semestral	
CALIDAD	Cantidad de tratamientos concluidos/conformes	Tratamientos conformes	Porcentaje	100%	85%	<85%	Por tratamiento	Gerencia
	Disminuir el tiempo total de ciclo (tiempo preconsulta + consulta + post consulta)	Plazo de tratamientos	Porcentaje	100%	85%	<85%	Por tratamiento	

CONTROL DE CAMBIOS				
VERSIÓN	FECHA	PAG	APROBÓ	DESCRIP. DE CAMBIOS

	SGC “CUADRO PARA ALCANZAR OBJETIVOS”	CODIGO:
		FECHA:
		VERSION: 001
		ELABORO: Coordinador de Apoyo y asesor de calidad
		REVISION: Director Administrativo
		APROBO: Gerente

PLAN PARA ALCANZAR OBJETIVOS					
PERSPECTIVA	DESCRIPCIÓN DE OBJETIVO	INDICADOR	ESTRATEGIAS	META	RESPONSABLE
RRHH	Especializar al personal de salud para una actualización técnica y educación continua	cantidad de cursos realizados por el personal de salud	Buscar cursos dentro o fuera del país para que los médicos puedan ser instruidos	El personal médico culminen sus cursos con satisfacción	RRHH / Gerencia
	Capacitar en temas orientados a la mejora continua, seguridad, trabajo en equipo y la calidad a todo el personal.	cantidad de cursos realizados por el personal de salud	Observar deficiencias en los objetivos y reforzar con capacitaciones	Lograr que los objetivos sean absorbidos por el personal	
COMERCIAL	Incrementar la satisfacción del cliente	Satisfacción del cliente	Cumplir las necesidades establecidas por el cliente y aprovechar cualquier oportunidad de mejora	Incrementar la satisfacción de los clientes en un 90%	Comercial / Gerencia
	Incrementar entrada de clientes	Cantidad de clientes	Los clientes satisfechos serán nuestro mejor marketing	Incrementar la cartera de clientes en un 30%	
CALIDAD	Cantidad de tratamientos concluidos/conformes	Tratamientos conformes	Contar con los materiales y personal necesario	Aumentar tratamientos concluidos	Gerencia
	Disminuir el tiempo total de ciclo (tiempo preconsulta + consulta + post consulta)	Plazo de tratamientos	Conseguir herramientas tecnológicas para minimizar los tiempos	Implementar de manera eficiente la tecnología	

CONTROL DE CAMBIOS				
VERSIÓN	FECHA	PAG	APROBÓ	DESCRIP. DE CAMBIOS

	FORMATO	Versión: 1
	Solicitud de Acciones Correctivas o de Oportunidades de Mejora	FECHA EDICIÓN


ACCIÓN PROPUESTA: <input type="checkbox"/> CORRECTIVA <input type="checkbox"/> OPORTUNIDAD DE MEJORA		FECHA: DDMMAA
PROCESO: <small>Elija el proceso del SIG que reporta la acción.</small>	RESPONSABLE DE LA ACCIÓN: <small>Nombre y apellidos Cargo</small>	
FUENTES DE IDENTIFICACIÓN DE NO CONFORMIDADES: <small>Seleccione una de las fuentes.</small>		

SITUACIÓN DETECTADA
<small>Describe la situación detectada</small>
DESCRIPCIÓN DE LA CAUSA <small>(Usar metodología para análisis de causas, aplica para no conformidades reales "acción correctiva")</small>

PLAN DE ACCIÓN A APLICAR			
No.	Actividad	Responsable	Fecha Cumplimiento

Fecha proyectada de implementación del plan de acción DDMMAAAA	Firma responsable:
---	--------------------

CONTROL DE CAMBIOS				
VERSIÓN	FECHA	PAG	APROBÓ	DESCRIP. DE CAMBIOS

	FORMATO	Versión: 1
	Solicitud de Acciones Correctivas o de Oportunidades de Mejora	FECHA EDICIÓN


ESPACIO ASIGNADO PARA SEGUIMIENTO Y EVALUACION DE LA ACCIÓN

VERIFICACIÓN CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE ACCIÓN					
Actividad	Revisado por	Fecha	Cumplió		Comentarios
			SI	NO	

Fecha de cierre de la acción: DD/MM/AAAA Cierre realizado por: <input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> RRHH <input type="checkbox"/>	Nombre y firma del responsable del cierre: Nombre y apellidos	Comentarios
¿Regulere actualizar los mapas de riesgos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Cuáles? (en caso afirmativo)	
¿Regulere hacer alguna actualización en el SIG? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Cuáles? (en caso afirmativo)	

VERIFICACIÓN DE LA EFICACIA DE LA ACCIÓN		
Fecha de verificación: DD/MM/AAAA ¿La acción fue eficaz? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Nombre y firma del responsable de la verificación de la eficacia: Nombre y apellidos	Comentarios

CONTROL DE CAMBIOS				
VERSIÓN	FECHA	PAG	APROBÓ	DESCRIP. DE CAMBIOS

	<p align="center">SGC “SOPORTE”</p>	CODIGO:
		FECHA:
		VERSION: 001
		ELABORO: Coordinador de Apoyo y asesor de calidad
		REVISION: Director Administrativo
		APROBO: Gerente

SOPORTE

Recursos

La empresa Aurea Implant proporcionará los recursos necesarios para poder implementar el sistema de gestión de calidad y así poder conseguir la mejora continua y de esa manera lograr satisfacer a nuestros clientes con el cumplimiento de todos los requisitos.

Competencia

La empresa Aurea Implant, en conjunto se ha desarrollado el procedimiento de selección de personal, el que ayuda a escoger de manera eficiente al personal competente que llene todos los requisitos para determinado puesto.

Toma de conciencia

La empresa Aurea Implant, con el fin de mejorar continuamente, evalúa la competencia de su personal para ver si está afectando o no la calidad del servicio, es por ello que se estableció el procedimiento de capacitación. Con el fin de alcanzar las competencias para desarrollar de manera adecuada la función de cada puesto.

Comunicación

La alta gerencia ha establecido un procedimiento de comunicación para mantener la eficacia entre las distintas áreas y procesos, Así mismos mecanismos de comunicación con sus clientes para resolver algún problema en el transcurso de sus tratamientos.

Información documentada

Generalidades

El sistema de gestión de calidad cuenta con la siguiente documentación:

- Manual de calidad
- Procedimientos con formatos correspondientes según la norma ISO 9001:2015

Creación y actualización

La empresa cuenta con un procedimiento para el control de la documentación del SGC, para que estos sean fáciles de identificar, fácil de desarrollar.


Pautas para el procedimiento:

- Aprobación antes de la adecuación
- Actualizar
- Documentación en el área de trabajo
- Asegurar la actualización de las versiones

Control de la información documentada

Toda información documentada tiene un código para que sea más fácil la identificación.

CONTROL DE CAMBIOS				
VERSIÓN	FECHA	PAG	APROBÓ	DESCRIP. DE CAMBIOS

	SGC “EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DEL PERSONAL”	CODIGO:
		FECHA:
		VERSION: 001
		ELABORO: Coordinador de Apoyo y asesor de calidad
		REVISION: Director Administrativo
		APROBO: Gerente

EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE PERSONAL

OBJETIVO

Establecer los parámetros para el reclutamiento del personal más idóneo para la empresa

ALCANCE

Aplica a todos los procesos de evaluación y selección de personal que prestará servicios en distintas áreas de la empresa.


RESPONSABILIDADES

CARGO	RESPONSABILIDAD
Cargo Responsabilidad Gerencia y Jefaturas	Identificar la necesidad de personal Establecer descripción de funciones Detallar el perfil
Jefe Talento Humano	Reclutar, seleccionar Presentar la terna con mejores puntuados Aplicar lo descrito en el presente documento.

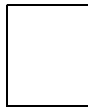
ESTANDAR

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
REQUERIMIENTO DE PERSONAL	JEFE DE RECUROS HUMANOS/GERENCIA	Completar requerimientos del personal De requerir crear un nuevo cargo, completar el perfil del cargo.
		Proceder al procedimiento de reclutamiento de personal. Asegurar que se cuente con el presupuesto para el cargo
		Solicitar autorización, según corresponda.
		Validar la necesidad del cargo requerido.
RECLUTAMIENTO DEL PERSONAL	ASISTENTE DE RRHH	Comenzar el proceso de reclutamiento del personal Búsqueda a través de bolsas de trabajo / Publicación por medios Recepción de hojas de vida


		Evaluar competencias Evaluar y entrevistar a los candidatos Crear una lista de candidatos aptos
	JEFE DE RECURSOS HUMANOS/GERENCIA	Selección de candidatos finalistas Entrevistar a dos candidatos finalistas Informar al encargado de RRHH
	ASISTENTE DE RRHH	Comunicar la selección al candidato Examen médico y resultados Informar la aprobación del candidato
CONTRATACIÓN DEL PERSONAL	JEFE DE RECURSOS HUMANOS/GERENCIA	Autorizar la contratación del candidato seleccionado
	ASISTENTE DE RRHH	Archivar documentación del contratado: Hoja de vida, ficha personal, antecedentes penales y policiales, descripción del cargo, requerimiento del personal, resultado de exámenes, centro de estudios.
	ÁREA LEGAL	Elaborar el contrato de trabajo
	JEFE DE RECURSOS HUMANOS/GERENCIA	Firmar el contrato del contratado con firma de la alta gerencia

	SGC “FICHA DEL PERSONAL”	CODIGO:
		FECHA:
		VERSION: 001
		ELABORO: Coordinador de Apoyo y asesor de calidad
		REVISION: Director Administrativo
		APROBO: Gerente

FICHA DEL PERSONAL

AUREA IMPLANT EIRL			
DATOS DEL COLABORADOR			
UBICACIÓN FUNCIONAL Y DEPENDENCIA LABORAL:			
ÁREA	SECCIÓN		
TÍTULO DEL PUESTO	FECHA INGRESO		
			FOTOGRAFÍA
DATOS PERSONALES:			
AP. PATERNO	AP. MATERNO	NOMBRES	N° DNI
DIRECCION DE DOMICILIO		DISTRITO	PROVINCIA
REFERENCIA DE DOMICILIO		FECHA NACIMIENTO	ESTADO CIVIL
CORREO ELECTRONICO:			
DATOS DE AFILIACIONES:			
SISTEMA PENSIONARIO			
Marcar con "X" en el sistema pensionario que se encuentre afiliado:			
SISTEMA NACIONAL DE PENSIONES:		SISTEMA PRIVADO DE PENSIONES:	
<input type="checkbox"/> ONP		<input type="checkbox"/> Integra <input type="checkbox"/> Prima <input type="checkbox"/> Primera vez en <input type="checkbox"/> Profuturo <input type="checkbox"/> Habitad en planilla	
DEPÓSITO REMUNERACION:		BANCO:	N° CUENTA:
DATOS EDUCATIVOS / ESTUDIOS:			
NIVEL EDUCATIVO			
<input type="checkbox"/> Sin Educación Formal <input type="checkbox"/> Educación Universitaria Incompleta <input type="checkbox"/> Estudios de Doctorado Incompleto <input type="checkbox"/> Educación Primaria Incompleta <input type="checkbox"/> Educación Universitaria Completa <input type="checkbox"/> Estudios de Doctorado Completo <input type="checkbox"/> Educación Primaria Completa <input type="checkbox"/> Grado de Bachiller <input type="checkbox"/> Grado de Maestría <input type="checkbox"/> Educación Secundaria Incompleta <input type="checkbox"/> Educación Superior (Instituto Sup.) Incompleta <input type="checkbox"/> Grado de Doctor <input type="checkbox"/> Educación Secundaria Completa <input type="checkbox"/> Educación Superior (Instituto Sup.) Completa <input type="checkbox"/> Diplomado, Postitulo, Etc. <input type="checkbox"/> Educación Especial Incompleta <input type="checkbox"/> Estudios de Maestría Incompleta <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Educación Especial Completa <input type="checkbox"/> Estudios de Maestría Completa Especificar: _____			
OFICIO O PROFESION	CARRERA TECNICA/PROFESIONAL		INSTITUTO/UNIVERSIDAD
DERECHOHABIENTES:			
Nº	AP. PATERNO	AP. MATERNO	NOMBRE
1.-			
2.-			
3.-			
4.-			
5.-			
EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICAR A:			TELEF.:
CIUDAD :		DIRECCION :	
OBSERVACIONES:			
DECLARO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO SON CORRECTOS, COMPLETOS Y QUE ESTA DECLARACIÓN SE HA CONFECCIONADO SIN OMITIR O FALSEAR ALGUN DATO QUE DEBE CONTENER; SIENDO FIEL EXPRESIÓN DE LA VERDAD.			
			
FECHA		FIRMA DEL COLABORADOR	


CONTROL DE CAMBIOS				
VERSIÓN	FECHA	PAG	APROBÓ	DESCRIP. DE CAMBIOS

 <p>AUREA ODONTOLOGÍA Y MEDICINA</p>	<p align="center">SGC “MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES”</p>	CODIGO:
		FECHA:
		VERSION: 001
		ELABORO: Coordinador de Apoyo y asesor de calidad
		REVISION: Director Administrativo
		APROBO: Gerente

MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES

A. INFORMACIÓN DEL CARGO			
UNIDAD ORGÁNICA		CARGO	
DEPENDENCIA			
B. FUNCIONES ESPECÍFICAS			
C. REQUISITOS MÍNIMOS DEL CARGO			
NIVEL EDUCATIVO			
ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS			
EXPERIENCIA			
EXPERIENCIA ESPECÍFICA			
CONOCIMIENTOS BÁSICOS			
D. PERFIL DE COMPETENCIAS Y HABILIDADES			


CONTROL DE CAMBIOS				
VERSIÓN	FECHA	PAG	APROBÓ	DESCRIP. DE CAMBIOS

 <p>AUREA ODONTOLOGÍA Y MEDICINA</p>	<p align="center">SGC “PERFIL DEL CARGO”</p>	CODIGO:
		FECHA:
		VERSION: 001
		ELABORO: Coordinador de Apoyo y asesor de calidad
		REVISION: Director Administrativo
		APROBO: Gerente

PERFIL DEL CARGO

A. INFORMACIÓN DEL CARGO			
UNIDAD ORGÁNICA		CARGO	
DEPENDENCIA		JEFE DIRECTO	
B. OBJETIVOS DEL CARGO			
C. FUNCIONES ESPECÍFICAS			
D. REQUISITOS MÍNIMOS DEL CARGO			
NIVEL EDUCATIVO			
ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS			
EXPERIENCIA			
EXPERIENCIA ESPECÍFICA			
CONOCIMIENTOS BÁSICO			
IDIOMA			
OTROS REQUISITOS			
E. PERFIL DE COMPETENCIAS Y HABILIDADES			
F. CONDICIONES DEL ÁREA DE TRABAJO			


CONTROL DE CAMBIOS				
VERSIÓN	FECHA	PAG	APROBÓ	DESCRIP. DE CAMBIOS

	SGC “REQUERIMIENTO DEL PERSONAL”	CODIGO:
		FECHA:
		VERSION: 001
		ELABORO: Coordinador de Apoyo y asesor de calidad
		REVISION: Director Administrativo
		APROBO: Gerente

REQUERIMIENTO DE PERSONAL

A. INFORMACIÓN DEL ÁREA QUE REQUIERE EL			
PERSONA AUTORIZADA			
CARGO			
ÁREA			
B. INFORMACIÓN DEL CARGO REQUERIDO			
CARGO		ÁREA	
N° PUESTOS		PERIODO	
TIEMPO DE PRUEBA		RÉGIMEN	
TIPO DE REQUERIMIENTO	EMPLEO()	PLAZO FIJO	NUEVO
	PRÁCTICA PRE PROFESIONAL()	INDEFINIDO	REEMPLAZO
	PRÁCTICA PROFESIONAL()		
C. FUNIONES ESPECÍFICAS			
D. REQUISITOS MÍNIMOS DEL CARGO			
NIVEL EDUCATIVO			
ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS			
EXPERIENCIA			
EXPERIENCIA ESPECÍFICA			
CONOCIMIENTOS BÁSICO			
IDIOMA			
OTROS REQUISITOS			
E. PERFIL DE COMPETENCIAS Y HABILIDADES			
F. CONDICIONES DEL ÁREA DE TRABAJO			

CONTROL DE CAMBIOS				
VERSIÓN	FECHA	PAG	APROBÓ	DESCRIP. DE CAMBIOS

	SGC “CAPACITACIÓN”	CODIGO:
		FECHA:
		VERSION: 001
		ELABORO: Coordinador de Apoyo y asesor de calidad
		REVISION: Director Administrativo
		APROBO: Gerente

CAPACITACIÓN

Objetivo

Implementar la metodología que permita la adecuada capacitación del personal involucrando el SGC, alineado a los objetivos estratégicos y necesidades que tenga la empresa.

Alcance

El procedimiento es aplicable para todo el personal involucrado en el SGC.

RESPONSABILIDADES

CARGO	RESPONSABILIDAD
Cargo Responsabilidad Gerencia y Jefaturas	Identificar la necesidad de personal Establecer descripción de funciones Detallar el perfil
Jefe Talento Humano	Reclutar, seleccionar Presentar la terna con mejores puntuados Aplicar lo descrito en el presente documento.
Capacitador	Coordinación con gerencia Elaborar y ejecutar el plan de capacitación Dirigir y tener registros de las evaluaciones

ESTANDAR

FECHA		TEMA CAPACITACION	DIRIGIDO A:	RESPONSABLE(S) DE LA CAPACITACION	EMPRESA	INTENS. HORARIA	FECHA REALIZADA			
MESES	AÑO						DIAS	MESES	AÑO	HORA
02	2020	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	DIRECTIVOS	GIOVE ALCALDE CARRERA		1	16	02	2020	7am
02	2020	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	TODO EL PERSONAL	GIOVE ALCALDE CARRERA		1	16	02	2020	9am
02	2020	MANUAL DE FUNCIONES	TODO EL PERSONAL	PABLO LLANOS		1	16	02	2020	11am
02	2020	GUIAS Y PROTOCOLOS	TODO EL PERSONAL	PABLO LLANOS		2	16	02	2020	3pm
02	2020	PROCEDIMIENTOS OBLIGATORIOS	TODO EL PERSONAL	GIOVE ALCALDE CARRERA		1	16	02	2020	6pm
02	2020	GESTIÓN EMPRESARIAL		GIOVE ALCALDE CARRERA		12	17	02	2020	6pm
02	2020	DIPLOMADO EN SALUD OCUPACIONAL		ALEX LLANOS		48	18	02	2020	6pm
03	2020	AUDITORES INTERNOS		GIOVE ALCALDE CARRERA		8	20	03	2020	6am
03	2020	TELEMARKETING		ALVARO ALCALDE		8	21	03	2020	6am
03	2020	CLAVES DEL EXITOS EN EL SERVICIO AL CLIENTE		TEMISTOCLES NORIEGA		2	16	03	2020	8pm

FORMATOS

Registros de asistencia

REFERENCIAS LEGALES Y OTRAS NORMAS

Norma ISO 9001:2015

CONTROL DE CAMBIOS				
VERSIÓN	FECHA	PAG	APROBÓ	DESCRIP. DE CAMBIOS

 <p>AUREA ODONTOLOGÍA Y MEDICINA</p>	<p>SGC “SOLICITUD DE CAPACITACIÓN”</p>	CODIGO:
		FECHA:
		VERSION: 001
		ELABORO: Coordinador de Apoyo y asesor de calidad
		REVISION: Director Administrativo
		APROBO: Gerente

SOLICITUD DE CAPACITACIÓN



Formato Detección y Solicitud de Necesidades de Capacitación
Personal: Mandos Superiores - Medios, Administrativos y de Salud

Fecha: _____

Dependencia/Facultad: _____
Departamento: _____

1. Detección de la Necesidad de Capacitación (Marque con una X en la opción que corresponda)

SOLUCIÓN DE PROBLEMA	DESARROLLO LABORAL	DESARROLLO ORGANIZACIONAL
<input type="checkbox"/> Reclamación de usuario <input type="checkbox"/> Observación o no conformidad de auditoría <input type="checkbox"/> Acción correctiva <input type="checkbox"/> Bajo desempeño	<input type="checkbox"/> Nuevo ingreso <input type="checkbox"/> Ascenso o promoción <input type="checkbox"/> Transferencia de puesto <input type="checkbox"/> Actualización	<input type="checkbox"/> Nuevas técnicas/procesos <input type="checkbox"/> Incremento de funciones <input type="checkbox"/> Adquisición de equipo/software <input type="checkbox"/> Otro

Describe la Situación Actual.-

Describe la Situación Deseada.-

2. Solicitud de la Capacitación

Selección de Eventos del Catálogo

CVE. CURSO	NOMBRE DEL EVENTO DE CAPACITACIÓN SOLICITADO

Descripción de necesidades específicas (uso de este apartado únicamente para eventos no incluidos en el catálogo)


INDIQUE EL OBJETIVO DE LA NECESIDAD:	DEFINA, AL MENOS 3 TEMAS QUE DESEE SEAN CONSIDERADOS:

3. Programación de personal

No. Empleado	Nombre Completo	Horario de Trabajo	Periodo de programación			
			1er. TRIM	2°. TRIM	3er. TRIM	4°. TRIM

ELABORÓ	APROBÓ
NOMBRE Y PUESTO	NOMBRE Y PUESTO


CONTROL DE CAMBIOS				
VERSIÓN	FECHA	PAG	APROBÓ	DESCRIP. DE CAMBIOS

	<p align="center">SGC “REGISTRO DE ASISTENCIA”</p>	CODIGO:
		FECHA:
		VERSION: 001
		ELABORO: Coordinador de Apoyo y asesor de calidad
		REVISION: Director Administrativo
		APROBO: Gerente

REGISTRO DE ASISTENCIA

	<p align="center">PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS</p>	CÓDIGO:	PR-001
		FECHA:	
		VERSIÓN:	
		ELABORÓ:	Coordinador de Apoyo
		REVISÓ:	Director Administrativo
		APROBÓ:	Gerente

CONTROL DE CAMBIOS				
VERSIÓN	FECHA	PAG	APROBÓ	DESCRIP. DE CAMBIOS

	SGC “COMUNICACIÓN”	CODIGO:
		FECHA:
		VERSION: 001
		ELABORO: Coordinador de Apoyo y asesor de calidad
		REVISION: Director Administrativo
		APROBO: Gerente

COMUNICACIÓN

OBJETIVO

Establecer una comunicación eficaz tanto interna como externa en los diversos niveles, que permita lograr un adecuado conocimiento acerca de SGC

ALCANCE


Este procedimiento se aplica a la comunicación en todos los niveles de jerarquía

RESPONSABILIDADES

CARGO	RESPONSABILIDAD
Cargo Responsabilidad Gerencia y Jefaturas	Identificar la necesidad de personal Establecer descripción de funciones Detallar el perfil
Jefe Talento Humano	Reclutar, seleccionar Presentar la terna con mejores puntuados Aplicar lo descrito en el presente documento.
Supervisión	Respetar y asegurar que se cumpla el procedimiento Absolver cualquier duda de los trabajadores

ESTANDAR

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DESCRIPCIÓN
COMUNICACIÓN INTERNA	RESPONSABLEL DE SGC	Permitir que todos los trabajadores estén informados acerca de la política, procedimientos, etc
		Determinar la información difundida interna o externa y los medios a utilizar
COMUNICACIÓN EXTERNA		La comunicación será por: Correo Reuniones capacitaciones
		La comunicación externa se realizará por: Llamadas telefónicas WhatsApp Libro de reclamaciones

	<p align="center">SGC “CONTROL DE DOCUMENTOS”</p>	CODIGO:
		FECHA:
		VERSION: 001
		ELABORO: Coordinador de Apoyo y asesor de calidad
		REVISION: Director Administrativo
		APROBO: Gerente

CONTROL DE DOCUMENTOS

OBJETIVO

Este procedimiento establece la metodología para elaborar, controlar, modificar o anular documentos que hacen parte del sistema de gestión de calidad de acuerdo con los procesos administrativos y productivos del Centro Médico Aurea Implant.

ALCANCE

Aplica a todos los documentos internos y externos que hacen parte del Sistema de Gestión Calidad del Centro Médico Aurea Implant.

RESPONSABILIDADES

Los documentos relacionados con el Sistema de Gestión de Calidad es responsabilidad integral del Centro Médico Aurea Implant, el Gerente debe ser responsable por el sistema implantado.

El control de documentos es responsabilidad del Coordinador de Calidad.


DOCUMENTOS ASOCIADOS O DE REFERENCIA

Norma técnica ISO 9001:2015

DEFINICIONES

DOCUMENTO	Medio de soporte de la información producida o recibida por El Centro Médico Aurea.
CONTROL DE DOCUMENTOS	Proceso que coordina la identificación, codificación, mantenimiento, distribución y control de la documentación del Sistema de Gestión.
REVISIÓN	Es la actividad de evaluación del contenido y aplicación de un documento.
APROBACIÓN	Actividad que manifiesta la aceptación y conformidad con un documento.
DOCUMENTOS INTERNOS	Aquellos generados por El Centro Médico Aurea y que establecen disposiciones sobre el desarrollo de actividades relacionadas con el Sistema de Gestión de la Calidad.
DOCUMENTOS EXTERNOS	Aquellos generados por organismos externos, que establecen compromisos que debe cumplir El Centro Médico Aurea o normas que utiliza para el desarrollo de las actividades relacionadas con el Sistema de Gestión de la Calidad.
PLAN DE CALIDAD	Documento que especifica qué procedimientos y recursos asociados deben aplicarse, quien debe aplicarlos y cuándo deben aplicarse a un proyecto, proceso, producto o contrato específico (ISO 9000)
PROCEDIMIENTO	Forma específica para llevar a cabo una actividad o un proceso (ISO 9000)
MANUAL DE CALIDAD	Documento que especifica el Sistema de Gestión de la Calidad de la organización.
REGISTRO	Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades desempeñadas.
DOCUMENTO OBSOLETO	Aquel documento de anterior versión o revisión, luego de ser actualizado o cambiado.
DOCUMENTO ANULADO	Aquel documento que se elimina del Sistema de Gestión de la Calidad.

CONTROL DE CAMBIOS				
VERSIÓN	FECHA	PAG	APROBÓ	DESCRIP. DE CAMBIOS

	<p>SGC “CONDICIONES PARA LA CREACIÓN, ACTUALIZACIÓN Y CONTROL DE DOCUEMNTOS”</p>	CODIGO:
		FECHA:
		VERSION: 001
		ELABORO: Coordinador de Apoyo y asesor de calidad
		REVISION: Director Administrativo
		APROBO: Gerente

CONDICIONES GENERLES

Estructura de la Documentación

Para el correcto desarrollo de control de documentos en el sistema de calidad, es importante tener en cuenta las siguientes consideraciones que son aplicables a todos los procedimientos y registros, garantizando su coherencia y homogeneidad.

NIVEL I: Política de Calidad, Objetivos y Manuales del Sistema de Gestión de la Calidad.

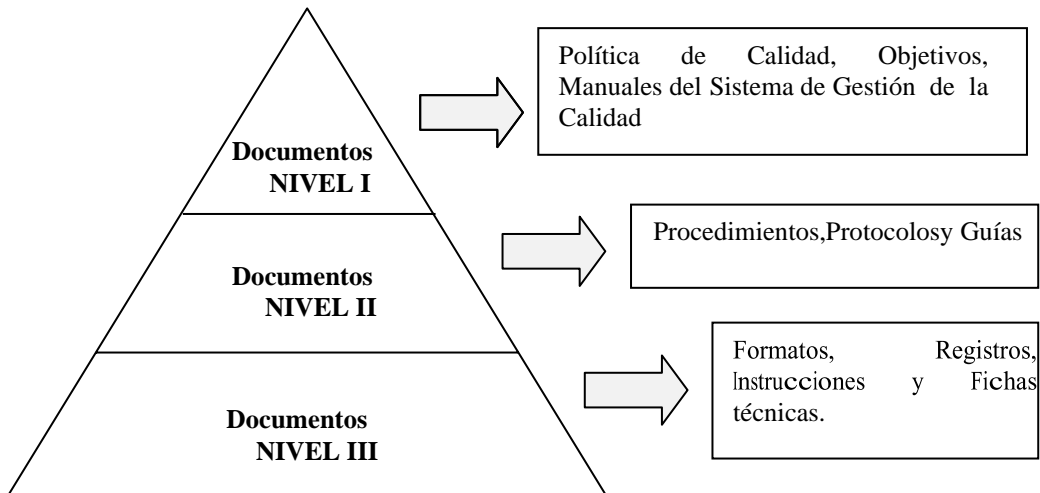
Definen los lineamientos para el desarrollo de las actividades del Centro Médico Aurea Implant, que inciden sobre el desempeño en calidad, haciendo referencia a la estructura organizacional, los procesos y procedimientos.

NIVEL II: Procedimientos y guías

Estandarizan la ejecución de un proceso o tarea. Los procedimientos y las guías están diseñados para fines operativos o de aseguramiento.


NIVEL III: Registros

Dan la evidencia de actividades desempeñadas o los resultados obtenidos. En este nivel también se consideran las instrucciones de trabajo y fichas técnicas utilizadas en el Centro Médico Aurea Implant.



Presentación de la Documentación

Las páginas de los documentos deben contener un encabezado con información que contribuye a la identificación del documento, así:

 <p>1</p>	<p>PROCEDIMIENTO ELABORACIÓN Y CONTROL DE DOCUMENTOS</p> <p>2</p>	CÓDIGO: PR-001	3
		FECHA:	4
		VERSIÓN:	5
		ELABORÓ: Coordinador de Apoyo	6
		REVISÓ: Director Administrativo	7
		APROBÓ: Gerente	8

9. Logotipo de El Centro Médico Aurea

10. Nombre del documento

11. Código del documento

La siguiente es la estructura de codificación para los documentos

XX-YY

1 – 2

(XX) Sigla del tipo de documento al cual corresponde así:

MA	Manuales
MF	Manual de Funciones
PR	Procedimiento
PC	Planes de Calidad
FO	Formato
CR	Caracterizaciones
PT	Protocolos
GU	Guías

(YYY) Número consecutivo de tres (3) dígitos. Desde (001 a 999)

12. Fecha de emisión de la revisión del documento, y se llena de siguiente manera:

- FECHA: DD/MM/AA
- DD: Dígitos que representan el día
- MM: Dígitos que representan el número del mes
- AA: Corresponde a los dos Últimos dígitos del año

13. Número de versión del documento y se utiliza de la siguiente forma:

VERSION Y

Y: Número empleado para discriminar los cambios fundamentales en el diseño del documento

14. Nombre y cargo de quien elaboró el documento.

15. Nombre y cargo de quien revisó el documento.

16. Nombre y cargo de quien aprobó el documento.

Para los formatos se manejará una versión libre por lo cual puede presentar modificaciones en su estructura y encabezado con el fin de preservar la integridad e imagen de los mismos.

Condiciones Generales

- La elaboración de los documentos será responsabilidad de la persona quien realiza la actividad. Antes de emitir cualquier documento, éste es revisado dependiendo del área al que aplique por el Coordinador o responsable de área, y si es necesario se efectúa la corrección del caso; luego se presenta a la persona que lo debe aprobar, siendo el Coordinador o director o Gerente, para que finalmente decida su emisión.
- Después de aprobar el documento se realiza la actualización en el listado maestro de documentos o de formatos y se imprimen las copias necesarias hacia los diferentes destinos que se requiera.
- Cuando se efectuó un cambio de contenido o de forma en algún documento del Sistema de gestión de calidad este debe ser registrado en la sección “Revisiones del documento” y colocar el número de la revisión.
- Los cambios en los documentos del Sistema de gestión de calidad se revisarán cada vez que sea necesario, tomando en consideración las recomendaciones indicadas en los reportes de auditoria, sugerencias de funcionarios del Centro Médico Aurea Implant o cuando se considere oportuno efectuar modificaciones para mejorar la efectividad del sistema.
- Se marca con un sello húmedo, que lleva la frase “DOCUMENTO CONTROLADO”, a cada una de las copias controladas que se distribuya en el Centro

Médico Aurea Implant. Los documentos originales de elementos relacionados con el Sistema de Gestión de Calidad, requieren este sello y deben permanecer en el archivo.

- Cuando un documento es considerado obsoleto se retira del sitio de ubicación, al tiempo que hace el registro de la revisión vigente en listado maestro de documentos o formatos y se elimina el documento obsoleto.

- Cuando un documento es considerado anulado se retira del sitio de ubicación, al tiempo que hace el registro de la revisión vigente en el listado maestro de documentos o formatos. Los documentos que son anulados son destruidos.

- Los documentos incluidos en el S.G.C que son obsoletos o sean anulados, pueden ser utilizados como papel borrador para uso del Centro Médico Aurea Implant. Para esto deben ser marcados o identificados como documentos de borrador, mediante una línea o un (x), de manera que se entienda que su contenido queda cancelado.

- Se verifica que en los sitios de trabajo del Centro Médico Aurea Implant, se encuentra disponible la versión vigente de los documentos del Sistema de Gestión que apliquen al área cuando se realicen cambios.

- Entregar copia controlada de los documentos operativos del Sistema de Gestión a cada área del Centro Médico Aurea Implant para la cual se han elaborado y/o al Control de Documentos considere necesario.

- Archivar y mantener copias magnéticas de todos los documentos vigentes del Sistema de Gestión. Estas copias deben estar en el ordenador y en un medio magnético para su conservación a posibles inconvenientes que se puedan presentar, y serán ubicados en el archivo del Centro Médico Aurea Implant.

- Se destruyen las copias duras sobrantes de los documentos obsoletos retirados de las áreas del Centro Médico Aurea Implant.

- Toda la organización debe mantener todos los documentos legibles y fácilmente identificables, y por esto, es su responsabilidad solicitar el cambio de los documentos que no cumplan esta condición, y exigir el buen diligenciamiento de los formatos.
- Los documentos externos de la organización son controlados mediante el Listado Maestro de Documentos Externos.

Cuerpo del documento

Todos los documentos del Sistema de Gestión, exceptuando la Política de Calidad, el Manual de Calidad, los Planes de Calidad y los Registros, se elaboran teniendo en cuenta la estructura detallada en el siguiente cuadro:

Capítulos	Manual	Procedimiento
Portada	X	
Contenido	X	
Objetivo	X	X
Alcance	X	X
Responsabilidades	X	X
Documentos asociados o de referencia	X (Opcional)	X (Opcional)
Definiciones	X (Opcional)	X (Opcional)
Condiciones Generales	X	X
Descripción	X	X
Revisiones del documento	X	X

- Objetivo: Indica para qué se hace el documento.
- Alcance: Indica el ámbito de aplicación del documento (área, proceso o actividad).
- Responsabilidades: Quien lo debe hacer.
- Documentos asociados o de referencia: Otros documentos del Sistema de Gestión que aplican al procedimiento o instrucción.

- Definiciones: Para aclarar y unificar términos a los usuarios del documento.
- Condiciones Generales: Son los parámetros o lineamientos que deben tenerse en cuenta para el desarrollo de las actividades del procedimiento.
- Descripción: Numero de actividad, actividad: cómo hacerlo, responsable: quien lo hace y referencia: documento guía o de registro de la actividad.
- Revisión del documento: Control de los cambios.

Nota: Los documentos de origen externo del Centro Médico Aurea Implant, se pueden homologar al Sistema de Gestión de Calidad conservando su propia estructura.

DESCRIPCIÓN


N	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	DOCUMENTO Y/O REGISTRO
1	Identificación de la necesidad de modificar o crear un nuevo documento.	Cualquier Persona	
2	Modificación o elaboración el documento requerido.	Cualquier Persona	
3	Revisión del documento y solicitud de modificación si es necesario.	Gerente / Director Administrativo/Coordinador de Apoyo	
4	Aprobación del documento	Gerente / Director Administrativo/ Coordinador de Apoyo	
5	Estandarización física del documento de acuerdo a lo definido en el procedimiento de elaboración y control de documentos.	Coordinador de Apoyo	
7	Registra la actualización o versión en el listado de control de documentos.	Coordinador de Apoyo	FO- 001 Listado maestro de documentos
8	Imprime y le coloca sello húmedo al documento cuando este sea una copia controlada.	Coordinador de Apoyo	
9	Informa al personal involucrado en la aplicación del mismo, la importancia, el contenido y la forma de diseño	Coordinador de Apoyo	
10	Coloca en los puestos de trabajo los documentos que requieren para su diseño de copia física, eliminando el documento que ha perdido validez, asegurándose de que se utiliza la versión pertinente	Coordinador de Apoyo	
11	Trimestralmente graba las copias de seguridad de las versiones de los documentos que hacen parte del sistema	Coordinador de Apoyo	

	SGC “MASTER DE DOCUMENTACIÓN”	CODIGO:
		FECHA:
		VERSION: 001
		ELABORO: Coordinador de Apoyo y asesor de calidad
		REVISION: Director Administrativo
		APROBO: Gerente

CÓDIGO	NOMBRE DE DOCUMENTO	PROVEEDOR	VERSIÓN	RESPONSABLE	FECHA DE APROBACIÓN	ULTIMA FECHA DE MODIFICACIÓN	MEDIO	ÁREA
	POLÍTICAS							
	MANUALES							
	PROCEDIMIENTOS							
	FORMATOS							
	DOCUMENTOS							

REVISIONES DEL DOCUMENTO

En cada revisión que se efectúe a un documento del Sistema de Gestión de la Calidad, se deben registrar, en la sección REVISIONES DEL DOCUMENTO, los cambios realizados.

	SGC “RECURSOS”	CODIGO:
		FECHA:
		VERSION: 001
		ELABORO: Coordinador de Apoyo y asesor de calidad
		REVISION: Director Administrativo
		APROBO: Gerente

RECURSOS

OBJETIVO

Aplicar la mejora de recursos y materiales de la empresa, para la mejora continua del SGC en base a la norma ISO 9001:2015

ALCANCE

Sirve para determinar las necesidades del servicio odontológico y administrativo y así poder planificar los recursos necesarios a tiempo

RESPONSABILIDAD

Supervisión: encargado de emitir el requerimiento de recursos materiales

Administración: Gestionar el proceso

Logística: Abastecer las necesidades materiales y hacerlas llegar a tiempo para evitar demoras.


NORMATIVA

ISO 9001:2015

 <p>AUREA ODONTOLÓGIA Y MEDICINA</p>	<p>SGC “REQUERIMIENTO DE MATERIALES”</p>	CODIGO:
		FECHA:
		VERSION: 001
		ELABORO: Coordinador de Apoyo y asesor de calidad
		REVISION: Director Administrativo
		APROBO: Gerente

REQUERIMIENTO DE MATERIALES						
ESPECIALIDAD						
SOLICITADO POR:						
NOMBRE:						
FECHA DE PEDIDO	NOMBRE DEL ARTICULO	CANTIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	MARCA	FECHA DE ENTREGA:	OBSERVACIONES
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

CONTROL DE CAMBIOS				
VERSIÓN	FECHA	PAG	APROBÓ	DESCRIP. DE CAMBIOS

	SGC “OPERACIÓN”	CODIGO:
		FECHA:
		VERSION: 001
		ELABORO: Coordinador de Apoyo y asesor de calidad
		REVISION: Director Administrativo
		APROBO: Gerente

OPERACIÓN

RESPONSABLE: Coordinador Clínico
OBJETIVO
Realizar los procedimientos necesarios y requeridos por el cliente
ALCANCE
Incluye actividades de la prestación del servicio en cualquiera de las ramas de la odontología


PROCESO - PROVEEDORES	ENTRADAS	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	SALIDAS	DOCUMENTOS Y/O REGISTROS	PROCESO - CLIENTE
Atención Odontológica	Instrumental clínico	Realizar esterilización al instrumental	Auxiliar de Odontología	Instrumental esterilizado	Manual de bioseguridad (MA-001)	Atención odontológica
Atención Odontológica	Necesidades de material / Instrumental esterilizado	Preparar material y alistar instrumental según necesidades del odontólogo	Auxiliar de Odontología	Material preparado/ Instrumental preparado	NA	Atención odontológica
Atención Odontológica / Atención al cliente	Material preparado/ Instrumental preparado/ Necesidad del cliente/ Cliente registrado	Realizar atención odontológica según procedimiento necesario	Odontólogo general / especialista	Procedimiento realizado	Protocolos clínicos establecidos	Clientes / Atención al cliente /
Atención al cliente	Necesidad de diagnóstico / Cliente registrado	Realizar valoración general	Odontólogo general	Tratamientos a realizar	Valoración (FO- 011)	Clientes / Atención al cliente /
Atención al cliente	Necesidad de valoración por especialista / Cliente registrado	Realizar valoración especializada	Especialista	Tratamiento a seguir	Valoración (FO- 011); Historia Clínica Odontológica (FO-016)	Clientes / Atención al cliente /

Contabilidad y archivo	Historias clínicas programadas por cada especialidad	Realizar la TAREA de las áreas de rehabilitación, periodoncia y cirugía y alistamiento de material necesario para cada procedimiento	Coordinador Clínico	TAREA realizada	Tarea (FO-053)	Atención al cliente / Atención Odontológica
Atención odontológica/ Contabilidad y archivo	Historias Clínicas	Realizar auditoria clínica a las historias clínicas	Auditor Clínico	Historias clínicas auditadas	Historias clínicas	Atención odontológica
Atención Odontológica	Procesos, Procedimientos, Servicio, Producto	Identificación de oportunidades de mejora, no conformidades	Coordinador clínico, director clínico, auxiliar de odontología, odontólogo general, especialista	Oportunidades de mejora, no conformidades	No aplica	Gestión de Calidad y Mejoramiento
Gestión Gerencial	Política de Calidad, Misión, Visión, Objetivos de Calidad	Lectura, comprensión y aplicación de los lineamientos de El Centro Médico Aurea.	Gerente / Coordinador contable	Objetivos y metas globales de El Centro Médico Aurea claros.	No aplica	Todos lo procesos

INDICADOR / SEGUIMIENTO	UNIDAD DE MEDIDA	FÓRMULA DE CÁLCULO	META	FRECUENCIA DE ANALISIS	RESPONSABLE
Iniciados	% de iniciados	(# de clientes iniciados/ # de clientes valorados) *100	75%	Mensual	Coordinador Clínico
Odontólogos	% de clientes encuestados que opinan que los odontólogos son buenos	(# de clientes que opinan que los odontólogos son buenos / # total de clientes encuestados) * 100	NA	Mensual	Coordinador Clínico
	% de clientes encuestados que opinan que los odontólogos son regulares	(# de clientes que opinan que los odontólogos son regulares / # total de clientes encuestados) * 100	NA		
	% de clientes encuestados que opinan que los odontólogos son malos	(# de clientes que opinan que los odontólogos son malos / # total de clientes encuestados) * 100	NA		
% Clientes satisfechos	% de clientes encuestados que opinan que se encuentran satisfechos con Aurea Implant	(# de clientes que se encuentran satisfechos con Aurea Implant / # total de clientes encuestados) * 100	NA	Mensual	Coordinador Clínico
% Clientes que entendieron la explicación del tratamiento	% de clientes encuestados que entendieron la explicación del tratamiento que se les va a realizar	(# de clientes que entendieron la explicación del tratamiento / # total de clientes encuestados) *100	NA	Mensual	Coordinador Clínico
Capacidad utilizada	% de Capacidad utilizada de la instalada	(Número de horas utilizadas/ Número de horas instaladas) *100	80%	Diaria	Coordinador Clínico

Bioseguridad	Cumplimiento de los estándares de bioseguridad	% de cumplimiento respecto a la evaluación Estándares de Bioseguridad	90%	Mensual	Coordinador Clínico
Odontólogos de todas las especialidades	Odontólogos de todas las especialidades	¿Se cuenta con doctores y especialistas en todas las ramas de la odontología?	SI	Bimensual	Coordinador Clínico
Proporción de reporte de garantías	% de eventos reportes de garantía	(Número de reporte de garantía gestionados/ Numero de reportes de garantía) *100	100%	Mensual	Coordinador Clínico

CONTROL DE CAMBIOS				
VERSIÓN	FECHA	PAG	APROBÓ	DESCRIP. DE CAMBIOS


	<p align="center">SGC “EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO”</p>	CODIGO:
		FECHA:
		VERSION: 001
		ELABORO: Coordinador de Apoyo y asesor de calidad
		REVISION: Director Administrativo
		APROBO: Gerente

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO

FECHA AUDITORÍA			
LUGAR AUDITORÍA			
OBJETIVO			
ALCANCE			
PROCESOS A AUDITAR	AUDITOR INTERNO ENCARGADO	AUDITADO	FECHA - HORA
GESTIÓN GERENCIAL			
CALIDAD Y MEJORA			
ATENCIÓN ODONTOLÓGICA			
ATENCIÓN AL CLIENTE			
COMPRAS Y MANTENIMIENTO			
RECURSOS HUMANOS			
MARKETING Y VENTAS			
CONTABILIDAD Y ARCHIVO			

TEMA A TRATAR	COMPROMISOS	PROCESOS							
		GESTIÓN GERENCIAL	MEJORA Y CALIDAD	ATENCIÓN	ATENCIÓN AL CLIENTE	COMPRAS Y	RECURSOS HUMANOS	MARKETING Y VENTAS	CONTABILIDAD Y
CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	Compromiso de la organización y de su contexto								
	Comprensión de las necesidades y expectativas de las partes interesadas								
	Determinación del alcance del sistema de gestión de la calidad								
	Sistema de gestión de la calidad y sus procesos								
LIDERAZGO	Liderazgo y compromiso								
	Enfoque al cliente								
	Política								
PLANIFICACIÓN	Acciones para abordar riesgos y oportunidades								
	Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos								
	Planificación de los cambios								
APOYO	Recursos								
	Generalidades								
	Personas								
	Infraestructura								
	Ambiente para la operación de los procesos								
	Recursos de seguimiento y medición								
	Trazabilidad de las mediciones								
	Conocimientos de la organización								
	Competencia								
	Toma de conciencia								
	Comunicación								
	Información documentada								
	Creación y actualización								
Control de la información documentada									
OPERACIÓN	Planificación y control operacional								
	Requisitos para los productos y servicios								


	Comunicación con el cliente								
	Determinación de los requisitos para los productos y servicios								
	Revisión de los requisitos para los productos y servicios								
	Cambios en los requisitos para los productos y servicios								
	Diseño y desarrollo de los productos y servicios								
	Planificación del diseño y desarrollo								
	Entradas para el diseño y desarrollo								
	Controles del diseño y desarrollo								
	Salidas del diseño y desarrollo								
	Cambios del diseño y desarrollo								
	Control de los procesos, productos y servicios suministrados externamente								
	Tipo y alcance del control								
	Información para los proveedores externos								
	Producción y provisión del servicio								
	Control de la producción y de la provisión del servicio								
	Identificación y trazabilidad								
	Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos								
	Preservación								
	Actividades posteriores a la entrega								
	Control de los cambios								
	Liberación de los productos y servicios								
	Control de las salidas no conformes								
EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO	Seguimiento, medición, análisis y evaluación								
	Satisfacción del cliente								
	Análisis y evaluación								
	Auditoría interna								
MEJORA	Revisión por la dirección								
	No conformidad y acción correctiva								
	Mejora continua								

	SGC “MEJORA”	CODIGO:
		FECHA:
		VERSION: 001
		ELABORO: Coordinador de Apoyo y asesor de calidad
		REVISION: Director Administrativo
		APROBO: Gerente

MEJORA

ACCION DE MEJORA	ACCION CORRECTIVA	ACCION PREVENTIVA
FUENTE DE INFORMACIÓN		
1. Producto No Conforme		4. Satisfacción del Cliente
2. Revisión por la Dirección		5. Otros
3. Desempeño de Procesos		
Otros:	Informe Auditoría interna	
DESCRIPCION DE LA SITUACIÓN, PROBLEMA O NO CONFORMIDAD		
ANÁLISIS DE CAUSAS (CAUSA PRINCIPAL)		
ACCION A TOMAR (PARA ELIMINAR LA CAUSA)		
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FIRMA
	Coordinador de Apoyo	
FECHA LIMITE PARA CONCRETAR ACCION A TOMAR:		

CONTROL DE CAMBIOS				
VERSIÓN	FECHA	PAG	APROBÓ	DESCRIP. DE CAMBIOS

 <p>AUREA ODONTOLOGÍA Y MEDICINA</p>	ACTA DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	CODIGO:
		FECHA:
		VERSION: 001
		ELABORO: Coordinador de Apoyo
		REVISION: Director Administrativo
		APROBO: Gerente

REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN No 1

FECHA	
PARTICIPANTES	
CARGO	NOMBRE
GERENTE	LUIS ALCALDE CARRERA
DIRECTOR ADMINISTRATIVO	
COORDINADOR CLÍNICO	
COORDINADOR DE APOYO	

INFORMACIÓN PARA LA REVISIÓN	
RESULTADOS DE AUDITORÍAS	<p>La auditoría realizada el 30 y 31 de abril tuvo como resultado 14 no conformidades las cuales fueron:</p> <ol style="list-style-type: none"> 15. No se presenta certificado de calibración de los dispositivos de seguimiento y medición. 16. Se encontró que algunas historias clínicas no se están diligenciando la identificación del usuario. 17. No se tiene claridad acerca de a qué proceso pertenece cada empleado y acerca de cuáles procedimientos intervienen en los procesos de atención odontológica y atención al cliente 18. No se tienen claros los conceptos de acciones correctivas y preventivas que están definidos en el procedimiento PR-003 de acciones correctivas y preventivas. 19. En algunas historias clínicas falta evidencia en la aceptación por parte del cliente del servicio a prestar 20. Las empleadas del área de recepción, deben entregar el buzón de urgencias formato FO-020, a un número mayor de clientes. 21. No se está realizando la actividad de arqueo de caja que se define en la caracterización de este proceso y en la guía GU-033 22. No se han evaluado algunos de los proveedores de la empresa 23. No existe evidencia de la reevaluación de algunos de los proveedores

	<p>24. No se está diligenciando el formato de orden de compra FO-45 completamente, falta la verificación del producto comprado</p> <p>25. No se encuentran completos los soportes de los perfiles de los siguientes empleados: Ivy Valera, Álvaro Araujo Guerrero</p> <p>26. Algunos documentos del sistema de gestión de calidad no estaban en sus puntos de uso, como está establecido en el listado maestro de documentos FO-001</p> <p>27. No se ha realizado revisión por la dirección</p> <p>28. Falta comprensión de la política de calidad de la empresa</p>
<p>RETROALIMENTACION DEL CLIENTE</p>	<p>Aunque el promedio obtenido para el nivel de satisfacción del cliente es del 91%, se presenta muchas quejas acerca de la atención puntual, un gran porcentaje 25% de clientes son atendidos después de la hora de la cita.</p>
<p>DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS Y CONFORMIDAD DEL PRODUCTO</p>	<p>De manera general se realizó una revisión de todos los indicadores del sistema de gestión de calidad, resaltando principalmente los siguientes hechos:</p> <p>Se observo el desempeño de la satisfacción del cliente, la cual se ha considerado que fue satisfactoria para la empresa pues obtuvo calificaciones un promedio del 91%. Por tal motivo se considera que para las próximas mediciones la meta del indicador debe ser superior, quedando en un 90%</p> <p>Para el indicador de porcentaje de iniciados sobre valorados, se obtuvo un promedio 55% de clientes iniciados muy por debajo de la meta del 75%</p> <p>El indicador de AVANCE DEL SGC muestra que la diseño del sistema de gestión de calidad tuvo un gran adelanto según lo presupuestado inicialmente, demostrando el compromiso de la empresa para con él.</p> <p>Se observo que en promedio un 25% de los clientes son atendidos después de la hora de la cita, esta cifra se obtuvo en mayor parte por los clientes de ortodoncia, debido a que los ortodoncistas atienden a dos unidades.</p> <p>Los estados financieros no se han presentado debido a fallas del sistema contable, debido a que el contador anterior no verifico el correcto funcionamiento de este software</p> <p>Se presenta un alto porcentaje para el indicador de rotación de personal, debido a que falta políticas de motivación para los empleados.</p>
<p>ESTADO DE ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS</p>	<p>Se han presentado 15 acciones, de las cuales 6 son acciones correctivas, 9 preventivas y 4 de mejora</p> <p>De las 15 acciones registradas se han cerrado 13 y quedan abiertas 2, correspondientes a mejoras en la bioseguridad de la clínica y sistematización del inventario general.</p>

REVISION POR LA DIRECCION ANTERIORES	No aplica			
CAMBIOS QUE PUEDEN AFECTAR EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	Próximamente se abrirá un centro de tomografía, por lo tanto, es necesario planificar la diseño del sistema de gestión de calidad.			
RESULTADOS DE REVICIÓN				
REVISION DE LA POLITICA DE CALIDAD Y LOS OBJETIVOS DE CALIDAD	Se revisó la política de calidad y los objetivos de calidad y se consideró que se encuentran adecuados y actualizados de acuerdo a la realidad de la empresa. Se hace la observación sobre el objetivo de calidad "IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD", el cual debe ser modificado una vez se obtenga la certificación según la norma NTC ISO 9001:2015.			
MEJORA DE LA EFICACIA DEL S.G.C	<p>Se deja constancia que una vez obtenida la certificación en ISO 9001:2015, se debe modificar el objetivo de calidad que habla de la diseño de un sistema de gestión de calidad. Debe modificarse por un objetivo de mantenimiento del sistema de gestión junto con un nuevo indicador de medición.</p> <p>Se debe realizar seguimiento a la actividad de mejora planteadas en el informe de la auditoría interna, para garantizar el cumplimiento de todos los requisitos de la norma ISO 9001:2015</p> <p>Es necesario capacitar al personal de Marketing y ventas en temas de odontología para que ofrezcan de una mejor manera el servicio y los beneficios de la empresa.</p> <p>Las historias clínicas que se manejan en la empresa se empezaran a llevar en carpetas para mejorar su orden, diligenciamiento y almacenamiento. A largo plazo se llevarán sistematizadas.</p>			
MEJORA DEL SERVICIO	Se tiene planeado para los clientes que abrir un centro de tomografía, para facilitar el trabajo del centro médico Aurea Implant y subir el ingreso monetario.			
NECESIDADES DE RECURSOS	Recursos económicos para la apertura de centro tomográfico, equipo de oficina y equipo clínico			
CONTROL DE CAMBIOS				
VERSIÓN	FECHA	PAG	APROBÓ	DESCRIP. DE CAMBIOS