

“Año de la Promoción de la Industria Responsable y del Compromiso Climático”

**UNIVERSIDAD NACIONAL TECNOLÓGICA DEL CONO SUR DE LIMA
(UNTECS)**



**APLICACIÓN DEL PMBOK V.5 AL PLAN DE AUDITORÍA
INTERNA PARA LOGRAR LA EFECTIVIDAD EN LOS
PROCESOS OPERATIVOS SEGÚN LA ISO 9001:2008
CASO: SALOG S.A.**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR EL TÍTULO DE INGENIERO
DE SISTEMAS

PRESENTADO POR EL BACHILLER:

SARA MARLENE ALVA OBANDO

LIMA-PERÚ

2014

DEDICATORIA

A: Dios por permitirme escribir estas líneas y encontrarme en éste memorable momento, a quienes se encuentran hoy presentes y a quienes viven en mis recuerdos y en el corazón por formar parte de Mí.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mis padres por su apoyo incondicional porque gracias a ello he llegado a realizar uno de mis más grandes anhelos, culminar el peldaño más importante de mi carrera profesional, la cual representa para Mí la herencia más valiosa que pudiera recibir, a mis maestros y jefes por las lecciones aprendidas y a mis amigos por cada uno de los momentos compartidos. Con amor y respeto infinito.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	IIIIV
AGRADECIMIENTO	IV
ÍNDICE	V
GLOSARIO DE TÉRMINOS	VII
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.1DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	2
1.2JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	3
1.2.1 Implicancia:	4
1.2.2 Conveniencia:	4
1.2.3 Relevancia:	4
1.3DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.3.1 Delimitación Espacial:	4
1.3.2 Delimitación Temporal:	4
1.3.3 Delimitación Social:	5
1.3.4 Delimitación Conceptual:	5
1.4FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	6
1.5OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN.....	7
1.5.1 Objetivo General:	7
1.5.2 Objetivos Específicos:	7
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	8
2.1MARCO REFERENCIAL O INSTITUCIONAL	8
2.1.1 Cultura Organizacional	8
2.1.2 Estructura Organizacional	9
2.1.3 Mapa de Procesos	10
2.2ANTECEDENTES	11
2.1.1 Análisis Internacional.....	11
2.1.2 Análisis Nacional.....	15
2.3BASES TEÓRICAS	17
2.3.1 GUÍA DEL PMBOK V.5.....	17
2.3.2 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD (ISO 9001:2008)	30
2.4MARCO CONCEPTUAL	35
2.4.1 AUDITORÍA	35
2.4.2 PROCESOS OPERATIVOS.....	36
CAPÍTULO III DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA	39
3.1 GESTIÓN DE PROYECTOS	39
3.1.1 INICIACIÓN	39
3.1.2 PLANIFICACIÓN	41
3.1.3 EJECUCIÓN.....	42
3.1.4 MONITOREO Y CONTROL	42
3.1.5 CIERRE	43
3.2 ANÁLISIS DE PROCESOS OPERATIVOS	44
3.2.1 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL	44
3.2.2 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN.....	45
3.2.3 MEJORA CONTINUA	55

3.3 AUDITORÍA DE PROCESOS	56
3.3.1 INICIO DE AUDITORÍA	56
3.3.2 ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE LA INFORMACIÓN	56
3.3.3 PREPARACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DEL INFORME DE AUDITORÍA	58
3.4 SEGUIMIENTO DE AUDITORÍA	65
CONCLUSIONES	66
RECOMENDACIONES	67
BIBLIOGRAFÍA	67
ANEXOS	69
ANEXO 1: ORGANIGRAMA SALOG	70
ANEXO 2: SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD – REQUISITOS	72
ANEXO 3: DIAGRAMAS DE FLUJO DE LOS PROCESOS OPERATIVOS	95
ANEXO 4: GESTIÓN DEL PROYECTO	110
ANEXO 5: REDES ASISTENCIALES DE SALUD	152
ANEXO 6: PLAN DE ENCUESTA	152
ANEXO 7: RESULTADOS DE LA ENCUESTA	180
ANEXO 8: CHECKLIST	203
ANEXO 9: FORMATO PDCA	212

GLOSARIO DE TÉRMINOS

A

Alcance de Auditoría: Extensión y límites de una auditoría.

Auditoría: proceso sistemático, independiente, documentado, para obtener evidencia y evaluarla objetivamente, con el fin de determinar en qué grado se cumplen los criterios de auditoría.

Auditoría externa: incluye lo que se denomina auditoría de segunda y tercera parte. Las auditorías de segunda parte se llevan a cabo por partes que tiene un interés en la organización tal como los clientes, o por otras personas en su nombre. Las auditorías de tercera parte que se llevan a cabo por organizaciones auditoras independientes y externas, tales como aquellas que proporcionan el registro o certificaciones de conformidad de acuerdo con los requisitos de las normas ISO.

Auditoría interna del SGC: Denominadas en algunos casos como auditorías de primera parte. En un examen sistemático e independiente con el fin de determinar si las actividades y los resultados relativos a la calidad satisfacen las disposiciones previamente establecidas y si estas disposiciones son aplicadas en forma efectiva y son apropiadas para alcanzar los objetivos propuestos.

Auditoría de rutina: Son las auditorías desarrolladas por el área de planeamiento y gestión para verificar el cumplimiento de los requisitos contractuales y validez de los reportes semanales enviados al organismo supervisor de operaciones.

Verificación: Auditoría de carácter interno aplicado principalmente al personal operativo. Forma parte del grupo de actividades comprendidas en el programa de auditoría interna.

Auditor: Persona calificada para efectuar una auditoría del SGC.

Auditor líder: Persona calificada por haber llevado cursos de Formación de Auditores de Calidad y haber acumulado un mínimo de 20 horas de auditoría.

Acción correctiva (AC): Conjunto de acciones tomadas para eliminar las causas de una no conformidad detectada u otra situación indeseable.

Acción preventiva (AP): Conjunto de acciones tomadas para evitar que algo ocurra.

Alcance de una auditoría: Extensión y límite de una auditoría. El alcance de la auditoría incluye generalmente una descripción de las ubicaciones, las unidades de la organización, las actividades de los procesos, así como el periodo de tiempo cubierto.

Auditado: Gerencia, Jefatura o área a la cual se le va a realizar la auditoría del SGC.

C

Calidad: Grado en que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos.

Conclusiones de auditoría: Resultado de una auditoría que proporciona el equipo auditor tras considerar los objetivos de la auditoría y todos los hallazgos de la auditoría.

Conformidad: Cumplimiento de un requisito.

Criterio de auditoría: Conjunto de políticas, procedimientos o requisitos. Los criterios de auditoría son los requisitos que se definen en las normas ISO 9001:2008 y los métodos de trabajo que la organización define en sus distintos documentos.

E

Eficacia: Grado en el que se realizan las actividades planificadas y se alcanzan resultados planificados.

Eficiencia: Relación entre el resultado alcanzado y los resultados utilizados.

Efectividad: Medida del impacto de la gestión tanto en el logro de los resultados planificados, como en el manejo de los recursos utilizados y disponibles; es decir; se considera la suma de la eficacia y la eficiencia.

Equipo auditor: Persona o grupo de personas calificadas por haber llevado los cursos de Formación de Auditores Internos de Calidad, que acompañan y apoyan al auditor líder en la realización de la auditoría.

Evidencia de auditoría: Registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que son pertinentes para los criterios de auditoría y que son verificables.

G

Gestión: actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización.

H

Hallazgos de la auditoría: Resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría recopilada frente a los criterios de auditoría.

M

Manual de Calidad: Documento que especifica el sistema de gestión de la calidad de una organización.

Mejora continua: Acción permanente realizada con el fin de aumentar la capacidad para cumplir los requisitos y optimizar el desempeño.

N

No conformidad (NC): Incumplimiento de un requisito.

No conformidad potencial (NCP): Es aquella que todavía no se ha manifestado; pero puede convertirse en una no conformidad.

O

Observación: Comprobación de hecho negativo aislado que no afecta el sistema de gestión.

Organización: Conjunto de personas e instalaciones con una disposición de responsabilidades, autoridades y relaciones.

P

Proceso: Una secuencia de actividades que combina la utilización de persona, métodos de trabajo, herramientas, entorno, instrumentación y materiales para convertir las entradas dadas o planificadas en salidas con valor agregado para la empresa y la satisfacción plena del usuario.

Procedimientos documentados: Procedimientos que se establecen formalmente en un medio reproducible como papel o medio electrónico para llevar a cabo las secuencias de un proceso o cumplir con los requerimientos del sistema de calidad de la empresa.

Plan de auditoría: Descripción de las actividades y de los detalles acordados de una auditoría.

Programa de auditoría: Conjunto de una o más auditorías planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico.

R

Registro: Documento que presenta resultados obtenidos o proporciona evidencia de actividades ejecutadas.

Requisito: Necesidad o expectativa establecida generalmente implícita u obligatoria.

Revisión: Actividad emprendida para asegurar la conveniencia, adecuación, eficacia, eficiencia y efectividad del tema objeto de la revisión, para alcanzar unos objetivos establecidos.

S

Satisfacción del cliente: percepción del cliente sobre el grado en que se han cumplido sus requisitos.

Sistema: conjunto de elementos mutuamente relacionados o que interactúan.

Sistema de gestión de la calidad: sistema de gestión para dirigir y controlar una organización con respecto a la calidad.

V

Validación: Confirmación mediante el suministro de evidencia objetiva de que se han cumplido los requisitos para una utilización o aplicación específica prevista.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación lleva por título “Aplicación del PMBOK V.5 al plan de auditoría interna para lograr la efectividad en los procesos operativos según la ISO 9001:2008 – Caso SALOG S.A.”, para optar el título de Ingeniero de Sistemas, presentado por la alumna Sara Marlene Alva Obando.

Durante el desarrollo del presente proyecto, se busca dar una propuesta de solución a uno de los varios problemas encontrados en la empresa; es por ello que se ha planteado como estrategia de solución atacar es problema a través de la herramienta de auditoría de procesos y gestionándola a través del estándar de proyectos más reconocido como es la Guía del PMBOK.

Ante ello surgen varias interrogantes, como por ejemplo: ¿Por qué debemos auditar?, ¿La gestión de proyectos a través del PMBOK puede dar una solución efectiva a nuestro problema?, entre otros.

La estructura que se ha seguido en este proyecto se compone de tres capítulos. El primer capítulo comprende el planteamiento del problema, el segundo capítulo el desarrollo del marco teórico y el tercer capítulo corresponde al desarrollo del proyecto.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La empresa Salud y Logística - SALOG S.A., se dedica a suministrar medicina y material médico en la RAF¹ de EsSalud en Lima y Callao, enfocándose al cumplimiento de los siguientes compromisos:

- Cumplimiento de los requisitos de nuestro cliente, buscando la plena satisfacción de sus necesidades y expectativas.
- Entrega oportuna de nuestros servicios, buscando el control pleno de nuestros procesos.
- Comunicación efectiva con nuestro cliente interno y externo.
- Permanente capacitación de nuestros colaboradores.
- Mejora continua de nuestros procesos.

Motivo por el cual se realizó un análisis sobre el diagnóstico de la situación actual que atraviesan los procesos operativos de la empresa evidenciándose las siguientes realidades:

¹ RAF: Red de Almacenes y Farmacias.
<http://www.essalud.gob.pe/>

- Los procedimientos de los procesos operativos en su mayoría se encuentran documentados según la norma internacional del SGC²; pero no actualizados, lo cual crea confusión entre los colaboradores respecto a las actividades y responsabilidades, dificulta la comunicación entre los clientes (interno y externo) y por ende retrasa las actividades relacionadas a la cadena logística.
- No se realiza seguimiento a los procesos operativos, debido a que no se cuenta con un personal para desempeñar dicha función.
- Existe alta rotación del personal debido a la carga laboral y falta de motivación para alcanzar las metas de crecimiento.

Para el desarrollo del presente trabajo de investigación, se otorgará una propuesta de solución a la primera realidad encontrada.

1.2 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Se desea que la empresa SALOG S.A., con certificación ISO³ 9001:2008 en lo que respecta a los procesos operativos: Recepción, Almacenamiento, Distribución y Entrega de Materiales; mantenga la certificación, para ello el mantenimiento se confirma a través de un programa de visitas de seguimiento anuales, que finaliza a los tres años con la auditoría de re-certificación. En dichas auditorías sería una No Conformidad el no tener actualizados los procedimientos operativos, los formatos utilizados en ellos y la difusión de los mismos a cada uno de los colaboradores.

Motivo por el cual, se debe realizar auditorías internas que permitan identificar cuáles son las brechas que se tienen y establecer planes de acción para cerrarlas. Por ello, el presente proyecto busca dar solución a través de la elaboración de un plan de auditoría interna siguiendo la Norma ISO 9001:2008 y basado en el estándar de proyectos PMBOK⁴ para lograr el control de los procesos operativos.

² SGC: Sistema de Gestión de la Calidad.

³ ISO: Organización Internacional de Normalización.

<http://www.iso.org/>

⁴ PMBOK: Conjunto de conocimiento para la Dirección de Proyectos.

<http://www.pmi.org/>

1.2.1 Implicancia:

La participación del personal involucrado, desempeña un rol muy importante para obtener un adecuado control de los procesos operativos y garantizar mediante los mejores estándares de calidad y seguridad existentes, el suministro de medicinas y material médico de manera óptima, permanente y oportuna a los asegurados de EsSalud. Para ello es importante contar con una herramienta que facilite la realización de ésta tarea en forma rápida y efectiva.

1.2.2 Conveniencia:

Es sumamente importante controlar los procesos operativos y estandarizarlos, a fin de alcanzar la efectividad.

1.2.3 Relevancia:

Se justifica en el impacto que tendrá, principalmente en la satisfacción de los usuarios internos (colaboradores de SALOG S.A.) y externos (personal de EsSalud y asegurados) respecto al servicio brindado. Esto debido a que se considera a la calidad como uno de sus pilares.

1.3 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Delimitación Espacial:

Esta investigación se realizará a nivel prototipo en la empresa Salud y Logística - SALOG S.A, ubicada en Pasaje el Sol N° 400 en el distrito del Callao, Callao-Perú.

1.3.2 Delimitación Temporal:

Esta investigación tendrá una duración de aproximadamente 8 meses, comenzando el lunes 15 de Julio del 2013 y tendrá por finalizado el día lunes 10 de Marzo del 2014.

1.3.3 Delimitación Social:

Esta investigación se elaborará en base a las necesidades verbales que el Gerente de Operaciones de SALOG expresó en el Comité de Operaciones debido al diagnóstico de la situación actual que atraviesan los procesos operativos.

Los roles sociales involucrados en la presente investigación son:

- Gerente General.
- Gerente de Operaciones.
- Jefe de Planeamiento y Gestión.
- Coordinador de Mejora Continua.
- Coordinador de Planeamiento y Gestión.
- Asistente de Planeamiento y Gestión.
- Dueño del Proceso.
- Centro Asistencial de Salud (CAS).⁵
- Asegurados de ESSALUD (usuarios finales).

1.3.4 Delimitación Conceptual:

En esta investigación se estudiarán los siguientes temas:

- Guía del PMBOK.- Es la Guía de los Fundamentos para la Dirección de Proyectos reconocida en la profesión de la dirección de proyectos. Por norma se hace referencia a un documento formal que describe normas, métodos, procesos y prácticas establecidos. (Project Management Institute, 2013, pág. 5;6)
- Auditoría.- Proceso sistemático, independiente, documentado, para obtener evidencia y evaluarla objetivamente, con el fin de determinar en qué grado se cumplen los criterios de auditoría.

⁵ CAS: Centro Asistencial de Salud.
<http://www.essalud.gob.pe/>

- Auditoría Interna del SGC.- Denominadas en algunos casos como auditorías de primera parte. Es un examen sistemático e independiente con el fin de determinar si las actividades y los resultados relativos a la calidad satisfacen las disposiciones previamente establecidas y si estas disposiciones son aplicadas en forma efectiva y son apropiadas para alcanzar.
- Proceso.- Es un conjunto de tareas que forman una serie de actividades, interrelacionadas entre sí, las cuales transforman elementos de entrada en resultados con valor para el cliente (interno y externo).
- Procesos Operativos.- Son aquellos procesos que gestionan actividades conducentes a la entrega del producto o servicio al cliente (externo a la unidad). De ellos depende la posibilidad de cumplir satisfactoriamente con sus requerimientos y expectativas.
- ISO 9001:2008.- La ISO 9001:2008 es la base del Sistema de Gestión de Calidad, ya que, es una norma internacional que centra todos los elementos de administración de calidad con los que una empresa debe contar para tener un sistema efectivo que le permita administrar y mejorar la calidad de sus productos o servicios para satisfacer los requisitos del cliente.

1.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Debido a la necesidad que tiene la empresa, la cual es mantener la certificación ISO 9001:2008 por tres años consecutivos, y encontrándonos a puertas de pasar por la evaluación para mantener la primera re-certificación de un total de tres re-certificaciones, surge la propuesta del presente proyecto de investigación; el mismo que busca dar respuesta a la siguiente interrogante:

¿De qué manera la Aplicación del PMBOK al plan de auditoría interna, permite lograr la efectividad en los procesos operativos según la Norma ISO 9001:2008 en SALOG S.A.?

1.5 OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1 Objetivo General:

Aplicar el estándar de proyectos PMBOK al plan de auditoría interna para lograr la efectividad en los procesos operativos según la Norma ISO 9001:2008 en SALOG S.A.

1.5.2 Objetivos Específicos:

- Realizar un análisis de la situación actual de los procesos operativos para identificar las brechas y aplicar un plan de mejora continua.
- Realizar auditorías internas para dar seguimiento y control a los procesos operativos.
- Garantizar que los procesos operativos cumplan con las normas legales y estándares de calidad exigidas.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 MARCO REFERENCIAL O INSTITUCIONAL

SALOG S.A., es una empresa peruana con capitales brasileños certificada en ISO 9001 que es la norma internacional de Sistemas de Gestión de la Calidad (SGC) y en Buenas Prácticas de Almacenamiento, creada en el Perú en el año 2009 como una empresa de propósito exclusivo para brindar servicios a EsSalud en el marco del contrato de “Asociación Público Privada (APP) EsSalud - SALOG”.

2.1.1 Cultura Organizacional

- Misión

Garantizar, mediante los mejores estándares de calidad y seguridad existentes, el suministro de medicinas y material médico de manera óptima, permanente y oportuna para los asegurados de EsSalud.

- Visión

Lograr que EsSalud sea la institución referente en América Latina en servicios de suministro de medicinas y material médico al servicio del asegurado. Esto lo lograremos con el apoyo de cada uno de ustedes.

▪ Valores

- Transparencia.- Transmitir respeto, integridad y confianza a los asegurados, empleados y a la sociedad en general.
- Focalización en resultados - Cumplir y superar con creces las metas acordadas para que EsSalud tenga una cadena logística de almacenes y farmacias acorde a las mejoras prácticas internacionales.
- Calidad.- Fomentar la innovación y ofrecer constantemente la mejor calidad en los servicios de logística hospitalaria.
- Integración.- Trabajar de manera conjunta y colaborativa con los empleados, proveedores y colaboradores de la seguridad social para alcanzar el objetivo común de tener un excelente servicio de logística hospitalaria.

2.1.2 Estructura Organizacional

Como se ha mencionado anteriormente SALOG S.A., es una empresa que surgió en el 2009 y ha experimentado un crecimiento paulatino, es por eso que el organigrama general se muestra como Anexo 1.

A continuación, la Ilustración 1 muestra la estructura organizacional resumen de la empresa:

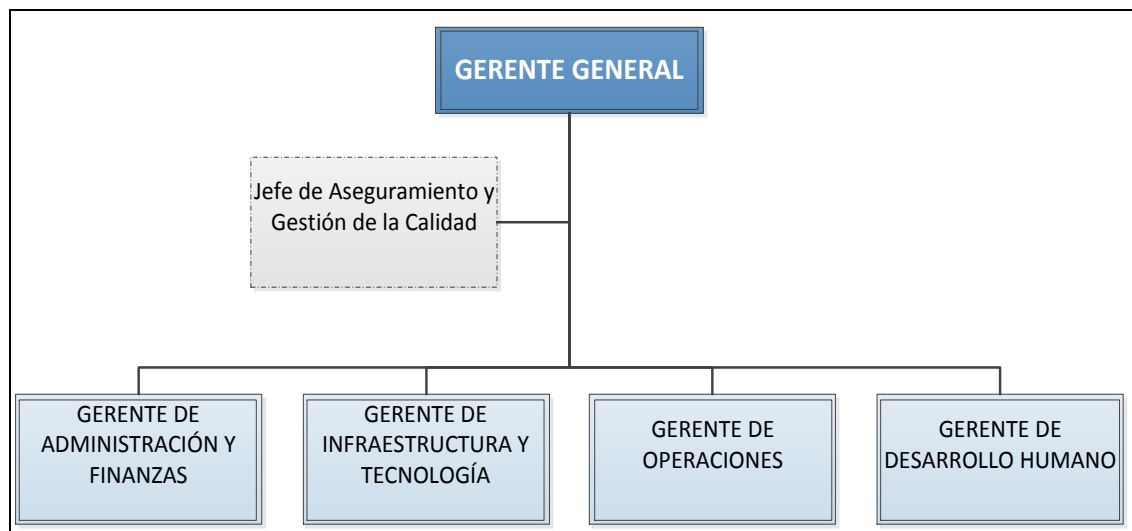


Ilustración 1 Estructura Organizacional, (SALOG S.A., 2013).

2.1.3 Mapa de Procesos

Las modernas estrategias de calidad han demostrado que para mejorar continuamente la calidad de los servicios de la organización, es necesario incidir también en la mejora continua de todos los elementos que configuran una organización (personas, competencias, recursos, sistemas, líderes, planes de acción). Por ello se ha delineado el mapa de procesos en función a nuestro objetivo principal y a los procesos administrados por SALOG.

La empresa tiene cuatro (4) procesos operacionales que conforman actividad principal de su operación.

Además ha identificado procesos estratégicos y de soporte que permiten que los procesos operacionales se ejecuten de manera eficaz y cumplan con los requisitos contractuales del cliente. Para mayor detalle de la interacción, secuencia y funcionamiento sistémico de los procesos de la empresa.

En la siguiente Ilustración 2, podemos apreciar el mapa de procesos y la distribución de los mismos, los cuales detalla los input, output de los procesos y como se interrelacionan para obtener como resultado la satisfacción de nuestro cliente EsSalud.

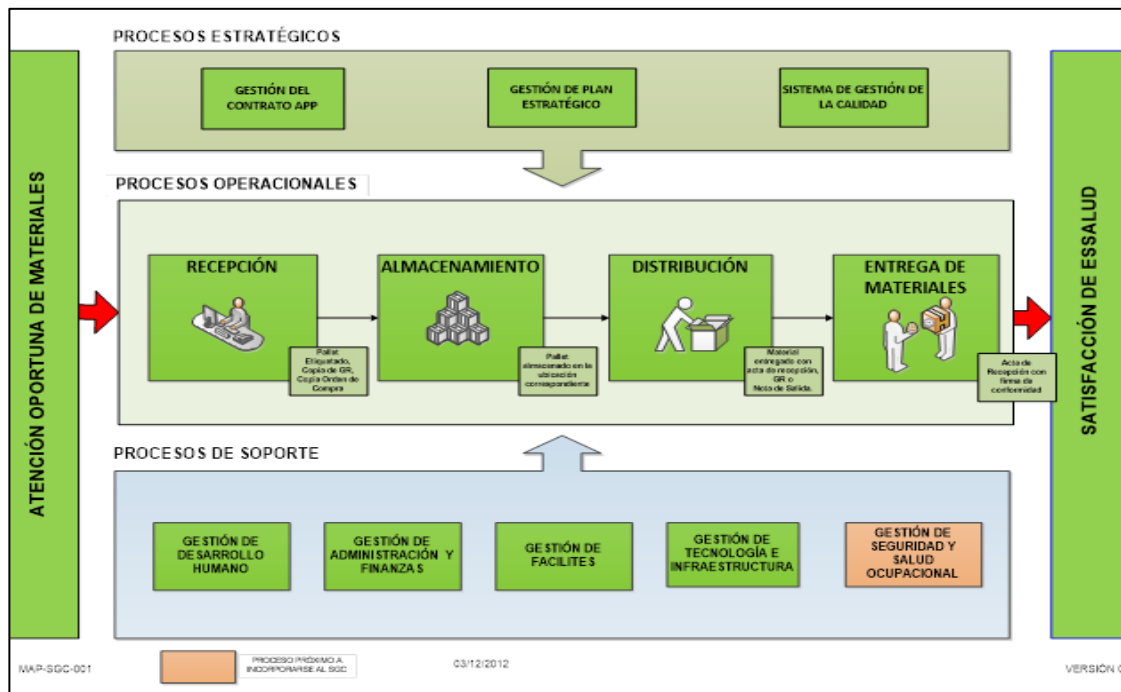


Ilustración 2 Mapa de Procesos SALOG, (SALOG S.A., 2012)

2.2 ANTECEDENTES

2.1.1 Análisis Internacional

a. Lilia María Torres López (2012)

UNIVERSIDAD PARA LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL (UCI) -
San José, Costa Rica.

Título: Desarrollo de estándares para la gestión de la PMO⁶ del Grupo SARET.

Tesis para optar el título de Máster en Administración de Proyectos.

Resumen:

La presente tesis tiene por objetivo desarrollar estándares para la gestión de la PMO del Grupo SARET integrando las normas ISO y estándares del PMI⁷.

⁶ PMO: Oficina de Gestión de Proyectos.

⁷ PMI: Instituto de Gestión de Proyectos. <http://www.pmi.org/>

Los objetivos específicos que se trazaron fueron: realizar análisis de la situación actual de la empresa para determinar que herramientas y estándares relacionados a la Gestión de Proyectos se utilizan. Seguidamente se identificaron y seleccionaron las normas ISO y del PMI a utilizar e integrar en la Oficina de Gestión de Proyectos (PMO) para lograr la estandarización a nivel del Grupo Corporativo. A partir de estos análisis se procedió a desarrollar herramientas y plantillas para apoyar la gestión de la PMO del Grupo SARET integrando las normas ISO y del PMI.

Entre las principales conclusiones obtenidas de esta investigación tenemos el estudio realizado acerca de la utilización de herramientas y estándares para la Administración de Proyectos que arrojó las carencias existentes en varios de los procesos principales de la administración de proyectos, esto a pesar que la empresa tiene establecidos en sus empresas procesos y trata continuamente de avanzar a niveles más altos.

Además se pudo constatar durante la revisión documental que no solo hay faltas en la uniformidad de los formatos que se utilizan y en procedimientos sino que esto contribuye a que no se tenga disponibilidad de información relevante de tiempo y costos que sirvan de referencia a futuros proyectos, además la falta de recopilación estandarizada de estos datos podrían enmascarar ineficiencias y sobrecostos.

Para SARET resulta de suma importancia la aplicación de metodologías según el PMI e ISO en un procedimiento que permita un monitoreo y control efectivo de los proyecto para la toma de acciones preventivas oportunas, la integración de programas y portafolio, así como el fortalecimiento de la cultura en administración de proyectos.

b. Josefina Palapa Sánchez (2012)

INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL (UCI) - México

Título: Propuesta de estandarización de Procesos.

Tesis para optar el grado de Master en Administración.

Resumen:

El presente trabajo, que tiene como objetivo proponer una metodología de estandarización de procesos de valor como herramienta que permita a las empresas tener información de sus operaciones de forma ordenada y sistemática en un sitio único de consulta.

La problemática se centra en los servicios de impresión que brinda el departamento de diseño que es un proveedor interno de la industria alimenticia.

c. Ana Silvia Herrera Moya (2011)

UNIVERSIDAD PARA LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL (UCI)-
San José, Costa Rica

Título: Plan de gestión para certificar ISO 9001:2008 a la constructora SCALEN.

Tesis para optar el grado de Master en Administración de Proyectos.

Resumen:

SCALEN Constructores decide prepararse para entrar en este proceso de certificación, veamos un poco a continuación cual ha sido la trayectoria de SCALEN.

SCALEN se constituye en el año 2006 de la mano de profesionales con amplia experiencia en el sector de la construcción y desde sus inicios centra su actividad en el campo del estudio y coordinación de los trabajos derivados de la construcción. El equipo humano de SCALEN lo integran profesionales propios, técnicos, personal de obra y administrativos, comprometidos en su trabajo y en el proyecto

común. A parte cuentan con un gran número de colaboradores externos, seleccionados con criterios no solo basados en profesionalismo y los conocimientos imprescindibles en cada uno de los trabajos que desarrollan, sino también en sus cualidades personales y humanas. Como SCALEN es una empresa relativamente joven, su experiencia en organización de procesos no ha sido la mejor y el hecho de valorar una posible certificación ISO 9001:2008 haría que SCALEN mejor sus procesos internos en el área de administración de proyectos, así como en la organización de procedimientos internos de cada uno de los departamentos que conforman SCALEN.

d. Rómulo Patricio Torres Gonzales (2012)

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA, Quito, Colombia.

Título: Diseño de un sistema de gestión de la calidad para la empresa Corporación Mundo Grafic de la ciudad de Quito bajo los estándares ISO 9001:2008.

Tesis de grado previo a la obtención del título de Magister en Auditoría de Gestión de la Calidad.

Resumen:

Se plantea diseñar un Sistema de Gestión de Calidad para la empresa Corporación Mundo Grafic, dedicada a la impresión industrial offset como proceso principal, realizando además trabajos de diseño gráfico, troquelado, serigrafía, etc. La empresa está clasificada como pequeña empresa que tiene calificación artesanal y está representada por una persona natural.

El trabajo realizado consta de tres partes, la primera que hace una evaluación de la empresa con la finalidad de conocerla y determinar el estado actual de la misma respecto a la gestión de la calidad.

La segunda parte se desarrolla las bases teóricas para la implantación de un Sistema de Gestión de Calidad, como son definiciones de calidad, los sistemas de gestión de calidad, los requisitos de la Norma ISO 9001:2008, el enfoque a procesos, metodología PHVA, etc.

La tercera parte se entra de lleno al diseño del Sistema de Gestión de Calidad para la Empresa Corporación Mundo Grafic, definiendo procesos, Política y objetivos de Calidad, plan de acción de objetivos para el mejoramiento de la calidad, y la elaboración de la documentación del SGC. (Gonzales, 2012)

2.1.2 Análisis Nacional

a. Alfonso Domingo Núñez Fernández. (2005)

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS (UNMSM) -
Lima, Perú.

Título: Importancia de una oficina de gestión de proyectos en una institución bancaria en el Perú.

Tesis para optar el título de Máster en Administración de Empresas.

Resumen:

a. Credicorp: Uno de los grupos financieros más sólidos y reconocidos en Latinoamérica. Sus acciones se cotizan en bolsas de Lima y Nueva York. Credicorp cuenta con dos grandes áreas de operación: la financiera, con empresas en varios países; Banco de Crédito BCP en Perú, Banco de Crédito en Bolivia, Banco Tequendama en Colombia y Venezuela, alianza con el Banco de Crédito de Inversiones en Chile, Banco Capital en El Salvador, Atlantic Security Bank en Miami y la sucursal del Banco de Crédito BCP en

Nueva York, y la aseguradora que cuenta con la Compañía Pacífico Peruano Suiza. (1) b. Banco de Crédito BCP: Institución financiera líder en el mercado peruano, con sucursales en Nassau, Nueva York, y Corresponsalías en todo el mundo; es el único Banco Peruano presente en dos de las plazas financieras más importantes del mundo. A fines de 1998, se estableció una Red Nacional de Tele Proceso, que conectaba casi todas las oficinas del país; y se instaló una extensa red de cajeros automáticos. En 1993, se adquirió el Banco Popular de Bolivia, hoy Banco de Crédito de Bolivia. Un año más tarde, se creó Credifondo una nueva empresa subsidiaria dedicada a la promoción de los fondos mutuos; al año siguiente se estableció Credileasing, empresa dedicada a la promoción del arrendamiento financiero. (Fernández, 2005)

b. Carlos Hernán León Rabanal. (2010)

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS (UNMSM) –
Lima, Perú.

Título: Influencia de la responsabilidad directiva en el mejoramiento continuo de la técnica de valoración de mercancías de importación en la Aduana Marítima del Callao entre los años 2004 al 2009 (ISO 9001:2000)

Tesis para optar el título de académico de Magíster en Administración con mención Empresarial.

Resumen:

En el año 1999 la Aduana del Perú fue la primera Aduana en el mundo en obtener la certificación ISO 9000 a su sistema de gestión de la calidad, siendo catalogada por la OMA como una aduana modelo para los países emergentes. Tras el correr de los años y múltiples cambios en el personal directivo de la aduana Marítima del Callao así como de la institución aduanera, se vienen presentando problemas

sistémicos internos en la actividad de valoración de mercancías de importación ya que a la luz de los datos recopilados en la presente investigación, tienen una relación presuntamente causal con la responsabilidad directiva la que incluye los aspectos de identificación de necesidades de capacitación y entrenamiento, actividades de retroalimentación a partir de la revisión de los resultados del proceso, la definición de planes y métodos de trabajo así como la dotación de los recursos básicos necesarios. La norma ISO 9001: 2000 establece actividades concretas que debe realizar la dirección de la organización para la mejora continua de los procesos, en la presente tesis se muestra evidencia del incumplimiento de tales actividades que determinan la relación causal entre la responsabilidad directiva y la falta de mejoramiento continuo en la valoración de mercancías de importación durante los años 2004 al 2009. (Rabanal, 2010)

2.3 BASES TEÓRICAS

2.3.1 GUÍA DEL PMBOK V.5

La Guía de los Fundamentos para la Dirección de Proyectos (Guía del PMBOK) es una estandarización para la gestión de proyectos, desarrollada por el PMI, que hace un compendio de los procesos y áreas de conocimientos, necesarias para dicha gestión, donde se describen los procesos, las herramientas y las técnicas generalmente aceptadas para la Gestión de Proyectos, con el propósito de lograr un proyecto con un resultado exitoso.

Las Guía del PMBOK presentan una visión general de las interacciones entre los procesos dentro de las diez áreas de conocimiento y los cinco grupos de proceso. (Project Management Institute, 2013)

2.3.1.1 ¿Qué es un proyecto?

Un proyecto es un esfuerzo temporal que se lleva a cabo para crear un producto, servicio o resultado único. La naturaleza temporal de los proyectos implica que un proyecto tiene un principio y un final definidos. El final se alcanza cuando se logran los objetivos del proyecto, cuando se termina el proyecto porque sus objetivos no se cumplirán o no pueden ser cumplidos, o cuando ya no existe la necesidad que dio origen al proyecto. Asimismo, se puede poner fin a un proyecto si el cliente desea terminar el proyecto. Que sea temporal no significa necesariamente que la duración del proyecto haya de ser corta. Se refiere a los compromisos del proyecto y su longevidad. En general, esta cualidad de temporalidad no se emprende para crear un resultado duradero. Por ejemplo, un proyecto para construir un monumento nacional creará un resultado que se espera perdure durante siglos. Por otra parte, los proyectos pueden tener impactos sociales, económicos y ambientales susceptibles de perdurar mucho más que los propios proyectos. Cada proyecto genera un producto, servicio o resultado único.

El resultado del proyecto puede ser tangible o intangible. Aunque puede haber elementos repetitivos en algunos entregables y actividades del proyecto, esta repetición no altera las características fundamentales y únicas del trabajo del proyecto. Por ejemplo, los edificios de oficinas se pueden construir con materiales idénticos o similares, y por el mismo equipo o por equipos diferentes. Sin embargo, cada proyecto de construcción es único, posee una localización diferente, un diseño diferente, circunstancias y situaciones diferentes, diferentes interesados, etc. (Project Management Institute, 2013)

Un proyecto puede generar:

- Un producto, que puede ser componente de otro elemento, una mejora de un elemento o un elemento final en sí mismo.

- Un servicio o la capacidad de realizar un servicio (p.ej., una función de negocio que brinda apoyo a la producción o distribución).
- Una mejora de las líneas de producción o servicios existentes (p.ej., un proyecto Seis Sigma cuyo objetivo es reducir defectos).
- Un resultado, tal como una conclusión o un documento (p.ej., un proyecto de investigación que desarrolla conocimiento que se puede emplear para determinar si existe una tendencia o si un nuevo proceso beneficiará a la sociedad).
- Entre los ejemplos de proyectos, se incluye:
 - El desarrollo de un nuevo producto, servicio o resultado.
 - La implementación de un cambio en la estructura, los procesos, el personal o el estilo de una organización.
 - El desarrollo o la adquisición de un sistema de información nuevo o modificado (hardware o software).
 - La realización de un trabajo de investigación cuyo resultado será adecuadamente registrado.
 - La construcción de un edificio, planta industrial o infraestructura.
 - La implementación, mejora o potenciación de los procesos y procedimientos de negocio existentes.

2.3.1.2 ¿Qué es la Dirección de Proyectos?

La dirección de proyectos es la aplicación de conocimientos, habilidades, herramientas y técnicas a las actividades del proyecto para cumplir con los requisitos del mismo. Se logra mediante la aplicación e integración adecuadas de los 47 procesos de la dirección de proyectos, agrupados de manera lógica, categorizados en cinco Grupos de Procesos. Estos cinco grupos de procesos son: Iniciación; Planificación;

Ejecución; Monitoreo y Control; y Cierre. (Project Management Institute, 2013)

Dirigir un proyecto por lo general implica, aunque no se limita a:

- Identificar requisitos.
- Abordar las diversas necesidades, inquietudes y expectativas de los interesados en la planificación y ejecución del proyecto.
- Establecer, mantener y realizar las comunicaciones activas, eficaces y de naturaleza colaborativa entre los interesados.
- Gestionar a los interesados para cumplir los requisitos del proyecto y generar los entregables del mismo.
- Equilibrar las restricciones contraproducentes del proyecto que incluyen, entre otras: el alcance, la calidad, el cronograma, el presupuesto, los recursos y los riesgos.

Las características específicas del proyecto y las circunstancias pueden influir sobre las restricciones en las que el equipo de dirección del proyecto necesita concentrarse.

2.3.1.3 Procesos de la Dirección de Proyectos

La dirección de proyectos es la aplicación de conocimientos, habilidades, herramientas y técnicas a las actividades del proyecto para cumplir con los requisitos del mismo. Esta aplicación de conocimientos requiere de la gestión eficaz de los procesos de la dirección de proyectos.

Un proceso es un conjunto de acciones y actividades, relacionadas entre sí, que se realizan para crear un producto, resultado o servicio predefinido. Cada proceso se caracteriza por sus entradas, las herramientas y técnicas que se pueden aplicar y por las salidas que se obtienen. (Comité Técnico ISO/TC 176 - ISO 9000, 2005)

Los procesos de la dirección de proyectos se aplican de manera global y a todos los grupos de industrias. Buenas prácticas significa que

existe un acuerdo general respecto a que la aplicación de los procesos de la dirección de proyectos aumenta la posibilidad de éxito de una amplia variedad de proyectos. Buenas prácticas no significa que los conocimientos, habilidades y procesos descritos deban aplicarse siempre de la misma manera en todos los proyectos. Para un proyecto determinado, el director del proyecto, en colaboración con el equipo del proyecto tiene siempre la responsabilidad de determinar cuáles son los procesos adecuados, así como el grado de rigor adecuado para cada proceso.

La Guía del PMBOK describe la naturaleza de los procesos de la dirección de proyectos en términos de la integración entre los procesos, de sus interacciones y de los propósitos a los que responden. Los procesos de la dirección de proyectos se agrupan en cinco categorías conocidas como Grupos de Procesos de la Dirección de Proyectos (o Grupos de Procesos):

- **GRUPO DEL PROCESO DE INICIACIÓN:** Aquellos procesos relacionados para definir un nuevo proyecto o nueva fase de un proyecto existente al obtener la autorización para iniciar el proyecto o fase. (Project Management Institute, 2013)
- **GRUPO DEL PROCESO DE PLANIFICACIÓN:** Aquellos procesos requeridos para establecer el alcance del proyecto, refinar los objetivos y definir el curso de acción requerido para alcanzar los objetivos propuestos del proyecto. (Project Management Institute, 2013)
- **GRUPO DEL PROCESO DE EJECUCIÓN:** Aquellos procesos realizados para completar el trabajo definido en el plan para la dirección del proyecto a fin de satisfacer las especificaciones del mismo. (Project Management Institute, 2013)
- **GRUPO DEL PROCESO DE MONITOREO Y CONTROL:** Aquellos procesos requeridos para rastrear, revisar y regular el progreso y el

desempeño del proyecto, para identificar áreas en las que el plan requiera cambios y para iniciar los cambios correspondientes. (Project Management Institute, 2013)

- GRUPO DEL PROCESO DE CIERRE: Aquellos procesos realizados para finalizar todas las actividades a través de todos los grupos de procesos, a fin de cerrar formalmente el proyecto o una fase del mismo. (Project Management Institute, 2013)

2.3.1.4 Grupos de Procesos de la Dirección de Proyectos

A continuación se identifican y describen los cinco Grupos de Procesos de la Dirección de Proyectos necesarios en todo proyecto.

Estos cinco Grupos de Procesos cuentan con dependencias bien definidas; normalmente se ejecutan en cada proyecto y tienen un elevado grado de interacción entre sí. Estos cinco Grupos de Procesos son independientes de las áreas de aplicación y del enfoque de las industrias. Los Grupos de Procesos individuales y los procesos dentro de un Grupo de Procesos y entre Grupos de Procesos. Estas interacciones, cuya naturaleza varía de un proyecto a otro, pueden realizarse o no en un orden determinado.

La Ilustración 3, proporciona un resumen global del flujo del flujo básico y de las interacciones entre los grupos de procesos y los interesados concretos. Los procesos de la dirección de proyectos están vinculados por entradas y salidas específicas, de modo que el resultado de un proceso se convierte en la entrada de otro proceso, aunque no necesariamente en el mismo grupo de procesos. Los Grupos de Procesos no son fases del ciclo de vida del proyecto. De hecho, es posible que todos los Grupos de Procesos se lleven a cabo dentro de una fase. Dado que los proyectos están separados en fases diferenciadas o componentes, como por ejemplo desarrollo conceptual, estudio de viabilidad, diseño, prototipo, construcción, prueba, etc.

Los procesos de la dirección de proyectos se muestran en el Grupo de Procesos en el cual ocurre la mayor parte de las actividades relacionadas. Por ejemplo, un proceso que normalmente se lleva a cabo en la fase de planificación se sitúa en el ámbito del Grupo de Procesos de Planificación. Cuando este proceso se actualiza a través de un proceso o actividad del Grupo de Procesos de Ejecución, no se considera como un proceso nuevo dentro del Grupo de Procesos de Planificación. La naturaleza iterativa de la dirección de proyectos significa que se pueden reutilizar procesos de cualquier grupo a lo largo del ciclo de vida del proyecto. Por ejemplo, en respuesta a un evento de riesgo, ejecutar una respuesta a los riesgos podría motivar un análisis más profundo, el cual conducirá a otra iteración del proceso de Identificar los Riesgos y de los procesos asociados a Realizar el Análisis Cualitativo de Riesgos y Realizar el Análisis Cuantitativo de Riesgos, a fin de evaluar el impacto.

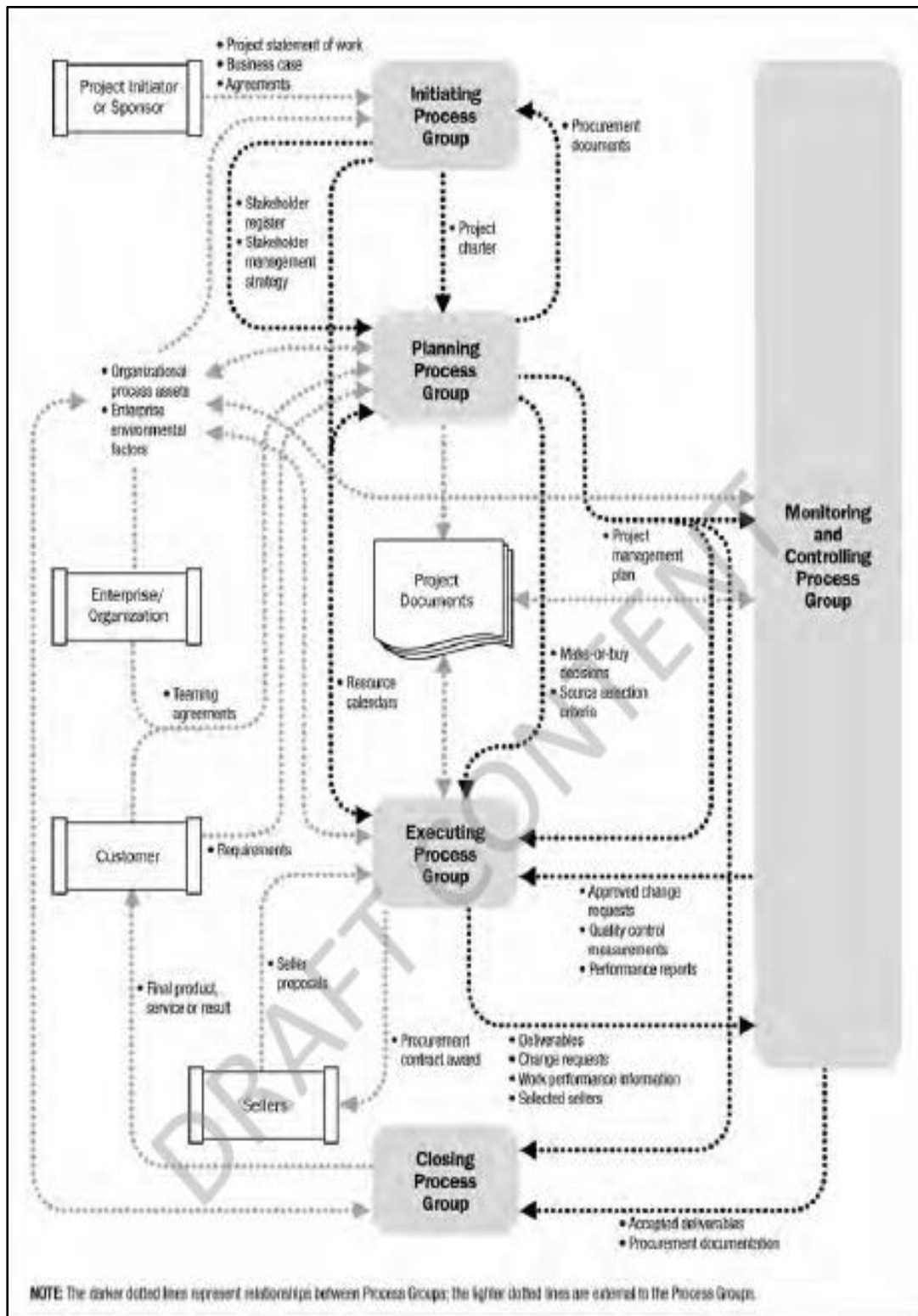


Ilustración 3 Interacciones entre procesos de la Dirección de Proyectos, (Guía del PMBOK, 2013).

2.3.1.5 Rol de las Área de Conocimiento

Los cuarenta y siete (47) procesos de la dirección de proyectos identificados en la Guía del PMBOK se agrupan a su vez en diez Área de Conocimiento diferenciadas. Un área de conocimiento representa un conjunto completo de conceptos, términos y actividades que conforman un ámbito profesional, un ámbito de la dirección de proyectos o un área de especialización. Estas diez áreas de conocimiento se utilizan en la mayoría de los proyectos, durante la mayor parte del tiempo. Los equipos de proyecto deben utilizar estas diez áreas de conocimiento, así como otras pareja de conocimiento, de la manera más adecuada en su proyecto específico. Las áreas de conocimiento son: Gestión de la Integración del Proyecto, Gestión del Alcance del Proyecto, Gestión del Tiempo del Proyecto, Gestión del Costo del Proyecto, Gestión de la Calidad del Proyecto, Gestión de Recursos Humanos del Proyecto, Gestión de las Comunicaciones del Proyecto, Gestión de los Riesgos del Proyecto, Gestión de las Adquisiciones del Proyecto y Gestión de los Interesados del Proyecto.

La Guía del PMBOK define los aspectos importantes de cada una de las áreas de conocimiento y cómo éstas se integran con los cinco grupos de procesos. Como elementos de apoyo, las áreas de conocimiento proporcionan una descripción detallada de las entradas y salidas de los procesos, junto con una explicación descriptiva de las herramientas y técnicas de uso más frecuente en los procesos de la dirección de proyectos para producir cada uno de los resultados.

La Ilustración 4, refleja la correspondencia entre los cuarenta y siete (47) procesos de la dirección de proyectos dentro de los cinco (5) Grupos de Procesos de la Dirección de Proyectos y las diez (10) Áreas de Conocimiento.

	INICIO	PLANIFICACIÓN	EJECUCIÓN	SEGUIMIENTO Y CONTROL	CIERRE
INTEGRACIÓN	Acta de Constitución.	Plan de Proyecto.	Dirigir el Proyecto.	- Controlar el trabajo. - Controlar los cambios.	Cerrar Proyecto.
ALCANCE		- Planificar alcance - Recopilar requisitos - Definir Alcance - Crear EDT		- Validar alcance. - Controlar alcance.	
TIEMPO		- Planificar tiempo. - Definir actividades. - Secuenciar actividades. - Estimar recursos. - Estimar duración. - Desarrollar cronograma.		Controlar cronograma.	
COSTO		- Planificar costos. - Estimar costos. - Determinar presupuesto.		Controlar costos.	
CALIDAD		Planificar Calidad.	Asegurar la calidad.	Controlar Calidad.	
R.R.H.H.		Planificar RRHH.	- Adquirir el equipo. - Desarrollar el equipo. - Dirigir el equipo.		
COMUNICACIÓN		Planificar Comunicaciones	Gestionar Comunicaciones.	Controlar Comunicaciones.	
RIESGOS		- Planificar Riesgos. - Identificar Riesgos. - Análisis Cualitativo de Riesgos. - Análisis Cuantitativo de Riesgos. - Plan de respuesta a Riesgos.		Controlar Riesgos	
ADQUISICIONES		Planificar Adquisiciones.	Efectuar Adquisiciones.	Administrar Adquisiciones.	Cerrar Adquisiciones.
INTERESADOS	Identificar interesados.	Planificar interesados.	Gestionar interesados.	Controlar interesados.	
TOTAL	2	24	8	11	2

Ilustración 4 Correspondencia entre Grupos de Procesos y Áreas de Conocimiento de la Dirección de Proyecto, (Guía del PMBOK, 2013).

A continuación, una breve descripción de las 10 áreas de conocimiento:

- **GESTIÓN DE LA INTEGRACIÓN:** Incluye los procesos y actividades necesarios para identificar, definir, combinar, unificar y coordinar los diversos procesos y actividades de la dirección de proyectos dentro de los grupos de procesos de dirección de proyectos. En el contexto de la dirección de proyectos, la integración incluye características de unificación, consolidación, comunicación y acciones cruciales para que el proyecto se lleve a cabo de manera controlada, de modo que se complete, que se manejen con éxito las expectativas de los interesados y se cumpla con los requisitos. La Gestión de la Integración del Proyecto implica tomar decisiones en cuanto a la asignación de recursos, equilibrar objetivos y alternativas contrapuestas y manejar las interdependientes entre las áreas de conocimiento de la dirección de proyectos. (Project Management Institute, 2013)
- **GESTIÓN DEL ALCANCE DEL PROYECTO:** Incluye los procesos necesarios para garantizar que el proyecto incluya todo el trabajo requerido y únicamente el trabajo requerido para completar el proyecto con éxito. Gestionar el alcance del proyecto se enfoca primordialmente en definir y controlar qué se incluye y qué no se incluye en el proyecto. (Project Management Institute, 2013)
- **GESTIÓN DEL TIEMPO DEL PROYECTO:** Incluye los procesos requeridos para gestionar la terminación en plazo del proyecto. (Project Management Institute, 2013)
- **GESTIÓN DE LOS COSTOS DEL PROYECTO:** Incluye los procesos relacionados con planificar, estimar, presupuestar, financiar, obtener financiamiento, gestionar y controlar los costos de modo que se

complete el proyecto dentro del presupuesto aprobado. (Project Management Institute, 2013)

- **GESTIÓN DE LA CALIDAD DEL PROYECTO:** Incluye los procesos y actividades de la organización ejecutora que establecen las políticas de calidad, los objetivos y las responsabilidades de la calidad para que el proyecto satisfaga las necesidades para las que fue acometido. La Gestión de la Calidad del Proyecto utiliza políticas y procedimientos para implementar el sistema de gestión de la calidad de la organización en el contexto del proyecto, y, en la forma que resulte adecuada, apoya las actividades de mejora continua del proceso, tal y como las lleva a cabo la organización ejecutora. La Gestión de la Calidad del Proyecto trabaja para asegurar que se alcancen y se validen los requisitos del proyecto, incluidos los de los productos. (Project Management Institute, 2013)
- **GESTIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS DEL PROYECTO:** Incluye los procesos que organizan, gestionan y conducen al equipo del proyecto. El equipo del proyecto está compuesto por las personas a las que se han asignado roles y responsabilidades para completar el proyecto. Los miembros del equipo del proyecto pueden tener diferentes habilidades, pueden estar asignados a tiempo completo o a tiempo parcial y se pueden incorporar o retirar del equipo conforme avanza el proyecto. También se puede referir a los miembros del equipo del proyecto como personal del proyecto. Si bien se asignan roles y responsabilidades específicos a cada miembro del equipo del proyecto, la participación de todos los miembros en la toma de decisiones y en la planificación del proyecto, la participación de todos los miembros en la toma de decisiones y en la planificación del proyecto es beneficiosa. La participación de los miembros del equipo en la planificación aporta su experiencia al proceso y fortalece su compromiso con el proyecto. (Project Management Institute, 2013)

- **GESTIÓN DE LAS COMUNICACIONES DEL PROYECTO:** Incluye los procesos requeridos para asegurar que la planificación, recopilación, creación, distribución, almacenamiento, recuperación, gestión, control, monitoreo y disposición final de la información del proyecto sean oportunos y adecuados. Los directores del proyecto emplean la mayor parte de su tiempo comunicándose con los miembros del equipo y otros interesados en el proyecto, tanto si son internos (en todos los niveles de la organización) como externos a la misma. Una comunicación eficaz crea un puente entre diferentes interesados que pueden tener diferentes antecedentes culturales y organizacionales, diferentes niveles de experiencia, y diferentes perspectivas e intereses, lo cual impacta o incluye en la ejecución o resultado del proyecto. (Project Management Institute, 2013)
- **GESTION DE LOS RIESGOS DEL PROYECTO:** Incluye los procesos para llevar a cabo la planificación de la gestión de riesgos, así como la identificación, análisis, planificación de respuesta y control de los riesgos de un proyecto. Los objetivos de la gestión de los riesgos del proyecto consisten en aumentar la probabilidad y el impacto de los eventos positivos, y disminuir la probabilidad y el impacto de los vénétos negativos en el proyecto. (Project Management Institute, 2013)
- **GESTION DE LAS ADQUISICIONES DEL PROYECTO:** Incluye los procesos necesarios para comprar o adquirir productos, servicios o resultados que es preciso obtener fuera del equipo del proyecto. La organización puede ser la compradora o vendedora de los productos, servicios o resultados de un proyecto. (Project Management Institute, 2013)
- **GESTIÓN DE LOS INTERESADOS DEL PROYECTO:** Incluye los procesos necesarios para identificar a las personas, grupos u organizaciones que pueden afectar o ser afectados por el proyecto,

para analizar las expectativas de los interesados y su impacto en el proyecto, y para desarrollar estrategias de gestión adecuadas a fin de lograr la participación eficaz de los interesados en las decisiones y en la ejecución del proyecto. La gestión de los interesados también se centra en la comunicación continua con los interesados para comprender sus necesidades y expectativas, abordando los incidentes en el momento en que ocurren, gestionando conflictos de intereses y fomentando una adecuada participación de los interesados en las decisiones y actividades del proyecto. La satisfacción de los interesados debe gestionarse como uno de los objetivos del proyecto. (Project Management Institute, 2013)

2.3.2 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD (ISO 9001:2008)

ISO (Organización Internacional de Normalización) es una federación de organismos nacionales de normalización (organismos miembros de la ISO).

Esta Norma Internacional promueve la adopción de un enfoque basado en procesos cuando se desarrolla, implementa y mejora la eficacia de un sistema de gestión de la calidad, para aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos.

Para que una organización funcione de manera eficaz, tiene que determinar y gestionar numerosas actividades relacionadas entre sí. Una actividad o un conjunto de actividades que utiliza recursos, y que se gestiona con el fin de permitir que los elementos de entrada se transformen en resultados, se puede considerar como un proceso. Frecuentemente el resultado de un proceso constituye directamente el elemento de entrada del siguiente proceso.

La aplicación de un sistema de procesos dentro de la organización, junto con la identificación e interacciones de estos procesos, así como su gestión para producir el resultado deseado, puede denominarse como "enfoque basado en procesos". (Comité Técnico ISO/TC 176 - ISO 9001, 2008)

Una ventaja del enfoque basado en procesos es el control continuo que proporciona sobre los vínculos entre los procesos individuales dentro del sistema de procesos, así como sobre su combinación e interacción.

Un enfoque de este tipo, cuando se utiliza dentro de un sistema de gestión de la calidad, enfatiza la importancia de:

- a) la comprensión y el cumplimiento de los requisitos.
- b) la necesidad de considerar los procesos en términos que aporten valor.
- c) la obtención de resultados del desempeño y eficacia del proceso.
- d) la mejora continua de los procesos con base en mediciones objetivas.

El modelo de un sistema de gestión de la calidad basado en procesos que se muestra en la Ilustración 5, ilustra los vínculos entre los procesos presentados en los Capítulos 4 a 8. Esta figura muestra que los clientes juegan un papel significativo para definir los requisitos como elementos de entrada. El seguimiento de la satisfacción del cliente requiere la evaluación de la información relativa a la percepción del cliente acerca de si la organización ha cumplido sus requisitos. El modelo mostrado a continuación, cubre todos los requisitos de esta Norma Internacional, pero no refleja los procesos de una forma detallada. (Comité Técnico ISO/TC 176 - ISO 9000, 2005)

Las cláusulas a utilizar durante el proceso de auditoría, comprende el Sistema de Gestión de la Calidad – Requisitos; según la Norma ISO 9001. Para ello se adjunta dicho documento en el Anexo 2.

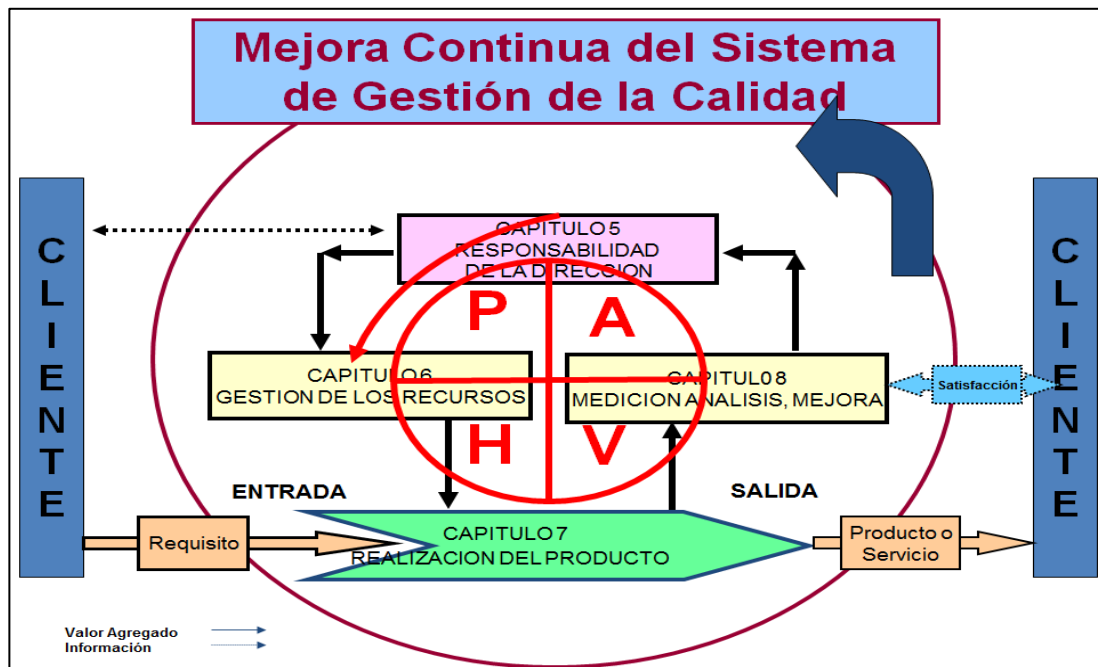


Ilustración 5 Modelo de un Sistema de Gestión de Calidad basado en Procesos, (Norma ISO 9001:2008, 2008).

2.3.2.1 Principios de auditoría

La auditoría se caracteriza por depender de varios principios. Estos principios deberían ayudar a hacer de la auditoría una herramienta eficaz y fiable en apoyo de las políticas y controles de gestión, proporcionando información sobre la cual una organización puede actuar para mejorar su desempeño. La adhesión a esos principios es un requisito previo para proporcionar conclusiones de la auditoría que sean pertinentes y suficientes y para permitir a los auditores, trabajando independientemente entre sí, alcanzar conclusiones similares en circunstancias similares. (Comité Técnico ISO/TC 176 - ISO 19011, 2011)

La auditoría se basa en los siguientes principios:

- a) Integridad: Es el fundamento de la profesionalidad

Los auditores y las personas que gestionan un programa de auditoría deberían:

- Desempeñar su trabajo con honestidad, diligencia y responsabilidad.
- Observar y cumplir todos los requisitos legales aplicables.
- Demostrar su competencia al desempeñar su trabajo.
- Desempeñar su trabajo de manera imparcial, es decir, permanecer ecuánime y sin sesgo en todas sus acciones.
- Ser sensible a cualquier influencia que se pueda ejercer sobre su juicio mientras lleva a cabo una auditoría.

b) Presentación imparcial: La obligación de informar con verdad y exactitud.

Los hallazgos, conclusiones e informes de la auditoría deberían reflejar con veracidad y exactitud las actividades de auditoría. Se debería informar de los obstáculos significativos encontrados durante la auditoría y de las opiniones divergentes sin resolver entre el equipo auditor y el auditado. La comunicación debería ser veraz, exacta, objetiva, oportuna, clara y completa.

c) Debido cuidado profesional: La aplicación de diligencia y juicio al auditar.

Los auditores deberían proceder con el debido cuidado, de acuerdo con la importancia de la tarea que desempeñan y la confianza depositada en ellos por el cliente de la auditoría y por otras partes interesadas. Un factor importante al realizar su trabajo con el debido cuidado profesional es tener la capacidad de hacer juicios razonados en todas las situaciones de la auditoría.

d) Confidencialidad: Seguridad de la información.

Los auditores deberían proceder con discreción en el uso y la protección de la información adquirida en el curso de sus tareas. La información de la auditoría no debería usarse inapropiadamente para beneficio personal del auditor o del cliente de la auditoría, o de modo que perjudique el interés legítimo del auditado. Este concepto incluye el tratamiento apropiado de la información sensible o confidencial.

e) Independencia: La base para la imparcialidad de la auditoría y la objetividad de las conclusiones de la auditoría.

Los auditores deberían ser independientes de la actividad que se audita siempre que sea posible, y en todos los casos deberían actuar de una manera libre de sesgo y conflicto de intereses. Para las auditorías internas, los auditores deberían ser independientes de los responsables operativos de la función que se audita. Los auditores deberían mantener la objetividad a lo largo del proceso de auditoría para asegurarse de que los hallazgos y conclusiones de la auditoría estarán basados sólo en la evidencia de la auditoría.

Para las organizaciones pequeñas, puede que no sea posible que los auditores internos sean completamente independientes de la actividad que se audita, pero deberían hacerse todos los esfuerzos para eliminar el sesgo y fomentar la objetividad.

f) Enfoque basado en evidencia: El método racional para alcanzar conclusiones de la auditoría fiable y reproducible en un proceso de auditoría sistemático.

La evidencia de la auditoría debería ser verificable. En general se basará en muestras de la información disponible, ya que una auditoría se lleva a cabo durante un periodo de tiempo delimitado y con recursos finitos. Debería aplicarse un uso apropiado del

muestreo, ya que está estrechamente relacionado con la confianza que puede depositarse en las conclusiones de la auditoría.

2.4 MARCO CONCEPTUAL

A continuación se detallan las definiciones relacionadas al presente proyecto:

2.4.1 AUDITORÍA

Las auditorías son el mecanismo con el que cuenta la organización para identificar y registrar la información que permita controlar, retroalimentar y medir el estado actual (al momento de la auditoría) o el avance de la eficiencia del sistema de calidad y control.

Una auditoría realizada efectivamente debe:

- Proporcionar información real sobre la cual pueden basarse las decisiones de la Gerencia.
- Eliminar ideas preconcebidas e información sesgada.
- Promover la comunicación entre los diferentes niveles de dentro de la organización.

2.4.1.1 Marcas de auditoría

Las marcas de auditoría son símbolos convencionales que utiliza el auditor para dejar constancia del trabajo realizado y señalar el tipo de procedimiento que está aplicando. Generalmente, estas marcas se escriben con color rojo.

A continuación, se detallan las marcas de auditoría consideradas en el presente plan:

MARCA	SIGNIFICADO
√	Operaciones aritméticas verificadas.
√√	Sumas cuadradas (correctas)
○	Cifra no considerado en suma, es decir, no incluido en tabulaciones, sumatorias, inventarios, etc.
∅	Documento o asunto pendiente por aclarar, revisar o localizar
⊗	Documento o asunto pendiente aclarado, revisado o localizado.
u	Verificado contra formato y/o registro.
u	Verificado contra documento original o expediente.

2.4.2 PROCESOS OPERATIVOS

SALOG S.A., considera dentro de su mapa de procesos cuatro (4) procesos operativos, los cuales son la razón de ser de la empresa, estos cuatro procesos son: Recepción, Almacenamiento, Distribución y Entrega de Materiales.

Para mayor comprensión, se describirá de qué tratan cada uno de los siguientes procesos y cuáles son los subprocesos que comprenden:

- Recepción del Material Estratégico⁸: El proceso de recepción, se encarga de recibir todos los materiales estratégicos adquiridos por EsSalud, cumpliendo con las Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA), y cumplimiento del contrato APP⁹ EsSalud SALOG.

El proceso comprende, desde la recepción de los materiales estratégicos provenientes de los proveedores de EsSalud y de los

⁸ Material Estratégico: Se llama así al conjunto de materiales formados por: medicina, laboratorio y material médico.

⁹ APP: Asociación Pública Privada, se llama así al contrato entre EsSalud y SALOG S.A.

puntos de entrega de la RAF, hasta su almacenamiento dentro de la Droguería Central.

- Almacenamiento del Material Estratégico: El proceso de almacenamiento, se encarga brindar ubicación y almacenar todos los materiales estratégicos después de haber pasado el proceso de recepción, cumpliendo con las Buenas Prácticas de Almacenamiento (BPA), y las normativas sanitarias vigentes.

El proceso comprende, desde el ingreso de los materiales estratégicos y durante su permanencia en el almacén.

- Distribución del Material Estratégico: El proceso de distribución, se encarga brindar a toda la RAF materiales estratégicos solicitados según su programación mensual y demás modalidades según la urgencia. Asimismo, garantiza que todo el material estratégico preparado cumpla con los estándares de calidad, es decir, contenga la cantidad solicitada, en la presentación adecuada.

El proceso comprende, desde la generación del pedido hasta el despacho del mismo.

- Entrega del Material Estratégico: El proceso de entrega de materiales, se garantiza al CAS la entrega oportuna de los materiales estratégicos.

El proceso comprende, desde la salida del material estratégico de la Droguería Central hasta entrega del mismo en el CAS.

El Anexo 3, muestra diagramas de flujo correspondientes a cada uno de los procesos operativos.

A continuación se detallan los subprocesos correspondientes a cada proceso:

PROCESO	CÓDIGO	TÍTULO
RECEPCIÓN	PRO-REC-001	PROCEDIMIENTO DE RECEPCIÓN DE MATERIAL ESTRATÉGICO EN CENTRO DE DISTRIBUCIÓN.
	PRO-REC-002	PROCEDIMIENTO DE DEVOLUCIÓN DE MATERIAL ESTRATÉGICO
	PRO-REC-003	PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DE PROVEEDORES
ALMACENAMIENTO	PRO-ALM-001	PROCEDIMIENTO DE ALMACENAMIENTO DE MATERIAL ESTRATÉGICO
	PRO-ALM-002	PROCEDIMIENTO DE SUPERVISIÓN Y CONTROL DE CALIDAD DE MATERIAL ESTRATÉGICO
	PRO-ALM-003	PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE INVENTARIO DE MATERIAL ESTRATÉGICO
	PRO-ALM-004	PROCEDIMIENTO DE LIMPIEZA Y SANEAMIENTO
	PRO-ALM-005	PROCEDIMIENTO DE RETIRO DE PRODUCTOS DEL MERCADO
	PRO-ALM-006	PROCEDIMIENTO DE AUTOINSPECCIÓN
	PRO-ALM-008	PROCEDIMIENTO DE INSPECCIÓN Y SUPERVISIÓN AL PERSONAL
	PRO-ALM-009	PROCEDIMIENTO DE CONTROL DE CADENA DE FRÍO
	PRO-ALM-010	PROCEDIMIENTO DEL PLAN DE CONTINGENCIA DEL CONTROL DE CADENA DE FRÍO
	PRO-ALM-011	PROCEDIMIENTO DE BAJA DE MATERIAL ESTRATÉGICO.
PRO-ALM-012	PROCEDIMIENTO DE EMBALAJE DE BIENES ESTRATÉGICOS	
DISTRIBUCIÓN	PRO-DIS-001	PROCEDIMIENTO DE PICKING Y FILTRO DE MATERIAL ESTRATÉGICO
DISTRIBUCIÓN	PRO-DIS-002	PROCEDIMIENTO DE DESPACHO DE MATERIAL ESTRATÉGICO
DISTRIBUCIÓN	PRO-DIS-003	PROCEDIMIENTO DE PROGRAMACIÓN DE PEDIDOS DE MATERIAL ESTRATÉGICO
DISTRIBUCIÓN	PRO-DIS-004	PROCEDIMIENTO DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LOGÍSTICA INTEGRADA EN CENTRO DE DISTRIBUCIÓN
DISTRIBUCIÓN	PRO-DIS-006	PROCEDIMIENTO DE EMBALAJE DE MATERIAL ESTRATÉGICO
ENTREGA DE MATERIALES	PRO-EMA-001	PROCEDIMIENTO DE ENTREGA DE MATERIALES EN LOS PUNTOS DE ENTREGA
	PRO-EMA-002	PROCEDIMIENTO DE RESOLUCIÓN DE INCIDENCIAS PRESENTADAS EN LA ENTREGA DE MATERIALES
	PRO-EMA-003	PROCEDIMIENTO DE CONTROL Y VERIFICACION EN LOS PUNTOS DE ENTREGA
	PRO-EMA-004	PROCEDIMIENTO DE SEGUIMIENTO AL SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE.
	PRO-EMA-005	PROCEDIMIENTO DE VALIDACION DE EMBALAJES DE REFRIGERADO
	PRO-EMA-006	PROCEDIMIENTO DE TRANSFERENCIAS DE BIENES ESTRATÉGICOS EN LA RAF DE LIMA

CAPÍTULO III

DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA

3.1 GESTIÓN DE PROYECTOS

El desarrollo del presente proyecto ha considerado desarrollar el plan de auditoría interna respecto a los procesos operativos, los cuales son: Recepción, Almacenamiento, Distribución y Entrega de Materiales.

Para ello, el desarrollo del presente plan se realizará según los cinco grupos de procesos de la Dirección de Proyectos, en cada uno de los cuales se adjuntará los formatos utilizados durante la auditoría.

A continuación para tener una idea clara del desarrollo del presente proyecto, se muestra la estructura de desglose del trabajo acompañado de su respectivo cronograma de actividades.

3.1.1 Iniciación

3.1.1.1 Acta de constitución del proyecto

Mediante el desarrollo del Acta de Constitución del Proyecto, se buscó desarrollar un documento que autorice formalmente el proyecto; así como también documentar los requisitos iniciales que satisfacen las necesidades y expectativas de los interesados.

3.1.1.2 Lista de Stakeholders

A través de la Lista de Stakeholders, se buscó asignar a cada uno de los involucrados un rol dentro del proyecto.

3.1.1.3 Registro de Stakeholders

Con la identificación de todas las personas u organizaciones que reciben el impacto del proyecto y documentando la información relevante a sus intereses, participación e impacto en el éxito del proyecto; y poder formular estrategias, como por ejemplo:

INFLUENCIA- PODER	ESTRATÉGIA
ALTO-BAJO	Trabajar con ellos
ALTO-ALTO	Trabajar para él.
BAJO-ALTO	Mantenerlos informados con mínimo esfuerzo.
BAJO-BAJO	Mantenerlos informados y nunca ignorarlos.

3.1.1.4 Clasificación de Stakeholders

Mediante la Matriz de clasificación de Stakeholders, se clasifica el a todos los involucrados en relación a la Influencia v.s. el poder que cada uno de ellos tiene dentro del proyecto.

3.1.2 Planificación

3.1.2.1 Documento de requisitos

La recopilación de requisitos es el proceso por el cual definimos y documentamos las necesidades de los interesados a fin de cumplir con los objetivos del proyecto.

3.1.2.2 Scope statement

Este documento describe, en detalle, los entregables del proyecto y el trabajo requerido para crear estos entregables. También provee un entendimiento común del alcance del proyecto entre los stakeholders del proyecto. Puede contener exclusiones explícitas de alcance que ayuden a manejar las expectativas de los stakeholders. Permite al equipo del proyecto seguir con un planeamiento más detallado, guía el trabajo del equipo del proyecto durante la ejecución y proporciona una línea base para evaluar si solicitudes de cambio que añaden o reducen trabajo están contenidas dentro de los límites del proyecto o están fuera de dichos límites.

3.1.2.3 WBS

El WBS llamado también estructura de desglose del trabajo, nos ayuda a subdividir los entregables del proyecto y el trabajo del proyecto en componentes más pequeños y manejables.

3.1.2.4 Diccionario WBS

El DWBS es el diccionario simplificado de la estructura de desglose del trabajo, este documento proporciona soporte al WBS y proporciona las descripciones más detalladas de los componentes del WBS.

3.1.2.5 Identificación y secuenciamiento de actividades

Permite mostrar a detalle las actividades dentro de cada paquete de trabajo.

3.1.2.6 Cronograma del proyecto

Se muestran las actividades correspondientes al proyecto y su diagrama de Gantt.

3.1.3 Ejecución

3.1.3.1 Directorio del equipo del proyecto

Aquí se detalla toda la información de cada uno de los involucrados en el proyecto.

3.1.3.2 Acta de reunión de coordinación del proyecto.

Es consecuencia de la reunión de coordinación que se realiza cada 15 días.

3.1.3.3 Informe de auditoría de calidad.

Se audita en cualquier momento del proyecto para saber sobre el avance y cumplimiento de este.

3.1.3.4 Evaluación de competencias generales

Se debe realizar la evaluación de desempeño a cada uno de los miembros del equipo, a fin de lograr un equipo cada vez más cohesivo.

3.1.4 Monitoreo y Control

3.1.4.1 Inspección de calidad.

3.1.4.2 Reporte del performance del proyecto.

Muestra el resumen del avance del proyecto en un determinado corte.

3.1.5 Cierre

3.1.5.1 Relación de lecciones aprendidas generadas.

Las lecciones aprendidas son documentadas al término del proyecto, y son de gran valor gracias a ellas se va logrando la perfección.

3.1.5.2 Informe de performance final del proyecto.

Muestra el resultado final del proyecto.

3.1.5.3 Relación de los documentos del proyecto.

Para el presente proyecto se anexan: procedimiento de auditoría y el procedimiento de mejora continua.

3.1.5.4 Acta de aceptación del proyecto.

Toda vez que se haya concluido el proyecto, se debe registrar el Acta de aceptación, para este proyecto, aún no se cumple con el término del proyecto.

3.1.5.5 Checklist de cierre.

Al término del proyecto, también se deberá realizar el checklist de cierre, dando conformidad de haber concluido todas las actividades.

Cada grupo de procesos muestra los documentos que se deberán anexar al presente proyecto. Anexo 4.

ANÁLISIS DE PROCESOS OPERATIVOS

3.2.1 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

Para comprender el negocio, es recomendable realizar un análisis de la situación actual. Para ello se debe recopilar información a través de diversas técnicas, a fin de poder obtener una idea clara de lo que ocurre a nuestro alrededor.

El análisis de la situación actual por la que atravesaban los procesos operativos de la empresa, se realizó durante las fechas del 4 de Septiembre al 1 de Octubre del año pasado.

Durante esos meses se realizaron actividades como:

- Recopilación de la información; es decir, a través de diversas técnicas como la observación, entrevista, encuestas, trabajo de campo, etc., las cuales fueron realizadas al personal involucrado en el proceso, se obtuvo el diagnóstico respecto a las desviaciones que presentaba cada proceso operativo.
- Modelar procesos; posteriormente y con toda la información obtenida, se realizó el modelado de los procesos, según la realidad encontrada. Ello, para poder explicar a todos los involucrados cuales son los cuellos de botella detectados en cada proceso y tomar acciones certeras a fin de mejorar la efectividad de los procesos operativos y brindar un mejor servicio a nuestro cliente.
- Documentar los procesos según el SGC; después de habernos reunido con todos los involucrados y haber explicado cual es el flujo correcto que debe seguir cada proceso operativo, se actualizaron todos los procesos según el SGC, realizándose la difusión y capacitación correspondiente a todos los involucrados.

La Ilustración 6, muestra el flujo que debe seguir cada dueño de proceso, cada vez que observe una desviación o mejora en su proceso para actualizar la documentación de su procedimiento según el SGC.

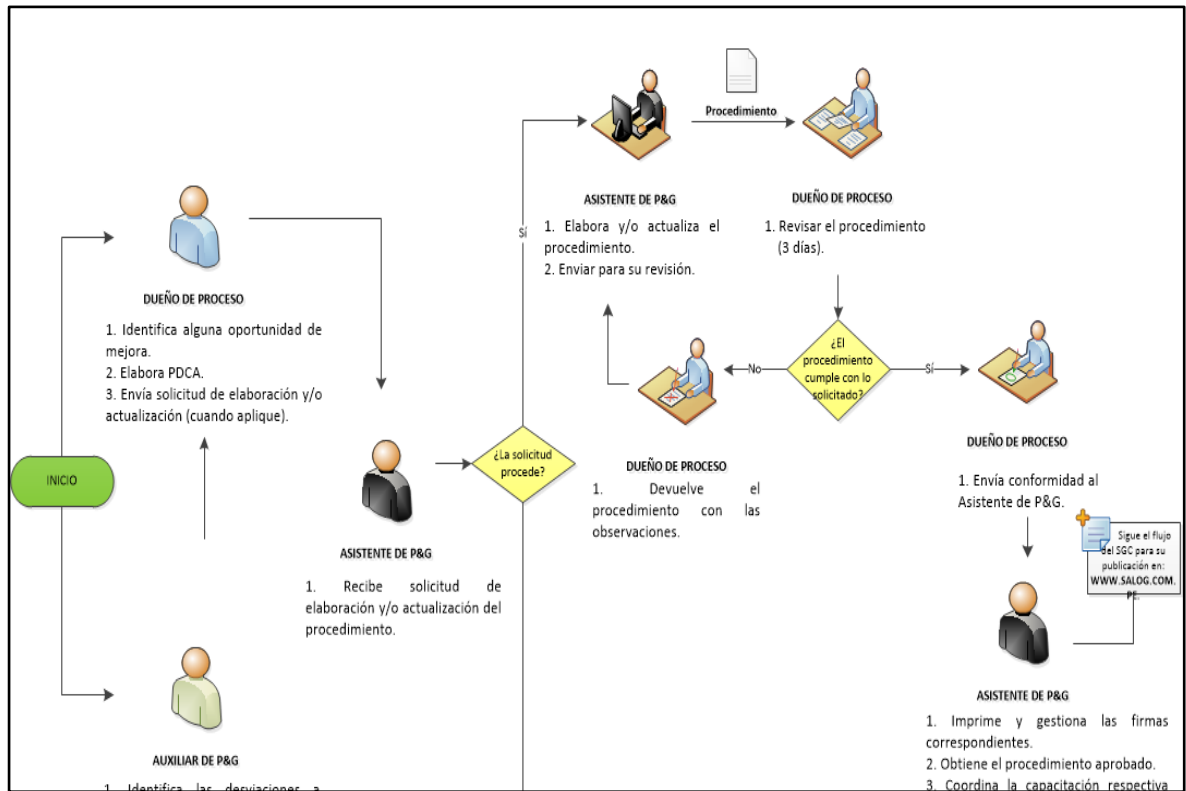


Ilustración 6 Flujo del SGC para el área de Operaciones, (Elaboración Propia).

3.2.2 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

Como parte del compromiso que tiene la organización para con su cliente, en este caso EsSalud, se ha elaborado un plan de encuesta.

Este plan de encuesta, se aplica semestralmente y tiene como objetivo evaluar las expectativas y percepciones de los responsables del servicio de Medicina y Material Médico, de los diversos Centros Asistenciales de Salud (CAS); y así poder medir el nivel de satisfacción de los usuarios respecto del

servicio de entrega de materiales brindados por la sociedad operadora SALOG, de acuerdo al nivel de complejidad de la RAS¹⁰. Anexo 5.

La encuesta que se realiza debe contemplar cuatro aspectos principales que identifican el negocio, ellos son:

- a) Transporte - Entrega de materiales en los CAS.
- b) Abastecimiento de materiales - Gestión Logística Integrada.
- c) Gestión de Mantenimiento.
- d) Operaciones Hospitalarias - Gestión de Coordinadores.

3.2.2.1 Elaborar plan de encuesta

Para elaborar el Plan de encuesta, se ha considerado los siguientes puntos:

- Objetivo.
- Finalidad.
- Metodología.
- Perfil del público objetivo.
- Segmentación del público objetivo.
- Población y muestra.
- Frecuencia.
- Cronograma.
- Análisis de los resultados.
- Método de análisis.
- Formato de encuesta.

¹⁰ RAS: Red Asistencial de Salud.
<http://www.essalud.gob.pe/>

El Plan de Encuesta, se detalla a continuación. Ver Anexo 6.

3.2.2.2 Realizar encuestas

Para el presente proyecto, las encuestas que tomaremos como referencia, son aquellas que fueron realizadas del 9 al 25 de Octubre del año pasado.

El cronograma de encuestas realizado durante el mes de Octubre del 2013, se detalla en el Anexo 6.

3.2.2.3 Analizar resultados de encuestas

El método de análisis es el MODELO SERVQUAL. (Galló, 2000) Dicho modelo mide lo que el cliente espera de la organización que presta el servicio en cinco dimensiones: fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y elementos tangibles. El cliente contrasta lo que espera del servicio prestado con lo que percibe del servicio en las 5 dimensiones (Zeithaml, 1993).

- Fiabilidad: Habilidad para realizar el servicio de modo cuidadoso y fiable.
- Capacidad de respuesta: Disposición y voluntad para ayudar a los usuarios y proporcionar un servicio rápido.
- Seguridad: Conocimiento del servicio prestado, cortesía de los empleados y su habilidad para transmitir confianza al cliente.
- Empatía: Atención personalizada que dispensa la organización a sus clientes.
- Elementos tangibles: Apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación.

Para el presente ejemplo, se tiene como meta inicial llegar obtenerlos siguientes resultados:

ICS ¹¹: -0.5

RSC¹²: 60% - 80%

Todas las encuestas fueron realizadas a través de entrevistas personales, a cargo de la Asistente de Planeamiento y Gestión.

El total de la población fue de 60 Centros Asistenciales de Salud, lo que en promedio representa 120 encuestas.

Para determinar la muestra, se utilizó el Pareto en base a tres aspectos relevantes, los cuales son:

- Nivel de Criticidad – Peso 2
- Niveles de Incidencias – Peso 3
- Nivel de Despachos – Peso 4

Es por ello que como muestra representativa se ha considerado evaluar a 38 CAS, los que en promedio representan 76 encuestas.

Resultados:

Del total de los 38 CAS que se debían encuestar, solo se encuestaron a 35, esto debido a factores externos a la organización, con lo cual se realizaron 59 encuestas.

El análisis de los resultados obtenidos de dichas encuestas, se muestra a continuación:

¹¹ Índice de calidad de servicio (ICS).

¹² Rango de Satisfacción del Cliente (RSC).

Variables	Elementos Tangibles	Fiabilidad	Seguridad y garantía	Capacidad de respuesta	Empatía
Preguntas	1,2,16,24	3,4,5,8,17,19,21,22,23	6,9,14,15	11,13,18,20	7,10,12
Prom Expectativas	4	4	4	4	4
Prom Percepciones	4	3	3	3	4
Brecha	-0.5	-1.2	-1.3	-1.0	-0.3

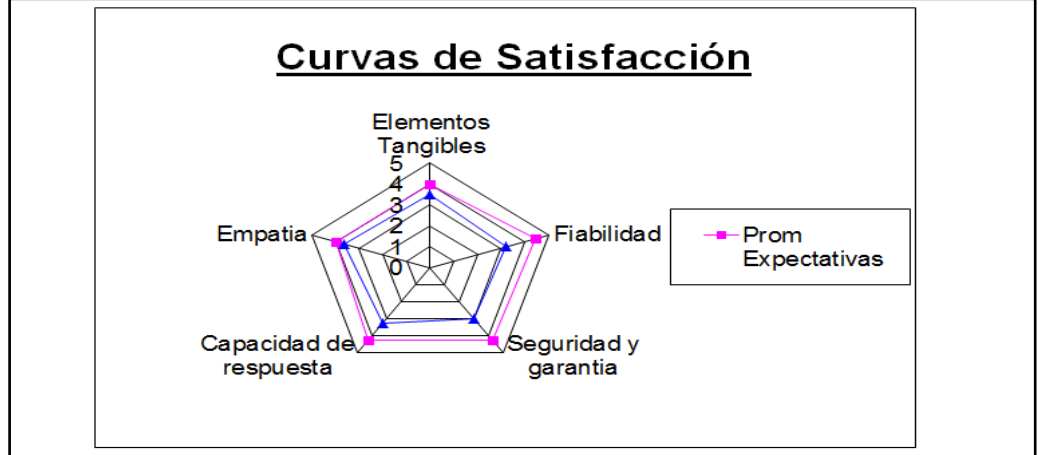


Ilustración 7 Curvas de Satisfacción, (Elaboración propia).

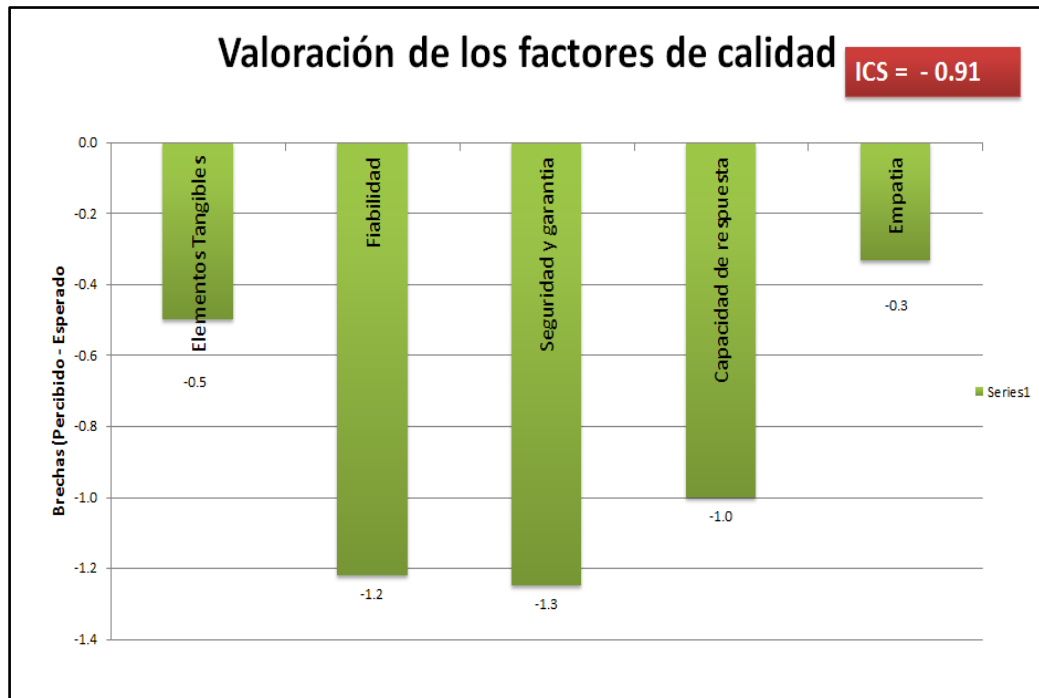


Ilustración 8 Valoración de los Factores de Calidad, (elaboración propia).

De las gráficas presentadas en la Ilustración 7 y la Ilustración 8, se puede notar una ventaja competitiva respecto a la variable “**empatía**”.

Esto ya que la brecha es muy próxima a “0” (-0.3), por lo que el cliente, es decir, EsSalud, está percibiendo que el personal de SALOG se muestra amable y brinda un servicio personalizado.

Otra ventaja competitiva es la variable “**Elementos Tangibles**”, con una brecha de -0.5, lo que se interpreta que el Cliente, percibe que los equipos, empleados y materiales de comunicación de SALOG tienen una buena apariencia.

En contraste, existe una desventaja competitiva en las variables: **Seguridad y Garantía** (-1.3); y **Capacidad de respuesta** (-1.0), esto se interpreta que el cliente, percibe que SALOG no muestra deseo de ayudar y satisfacer sus necesidades de forma rápida y eficiente. También que SALOG no tiene conocimiento del servicio prestado, y no trasmite confianza al cliente.

Asimismo, otra desventaja competitiva es la variable “**fiabilidad**”, mediante esta variable se mide la efectividad, es decir obtener el servicio mediante un proceso correcto que cumpla las expectativas para el que fue diseñado. Como resultado se ha obtenido -1.2, lo que se interpreta que el cliente no percibe que se esté brindando un servicio de calidad.

Variables	Elementos Tangibles	Fiabilidad	Seguridad y garantía	Capacidad de respuesta	Empatía
Preguntas	1,2,16,24	3,4,5,8,17,19,21,22,23	6,9,14,15	11,13,18,20	7,10,12
Prom Expectativas	5	5	5	5	5
Prom Percepciones	4	3	3	3	4
Brecha	-1.5	-1.8	-2.0	-2.0	-1.3

Así pues si el promedio total de los cinco grados arroja una cifra del **3,3**, lo que representa un 65,6% respecto al índice ideal “5”. La lectura sería que el **65,6%** está satisfecho con el servicio según el grado de porcentaje 0-100 de la escala Likert.

INDICADOR	META	RESULTADO
ICS	-0.5	-0.91
RCS	60% a 80%	65.6%

La Ilustración 9, muestra los resultados obtenidos por cada red:

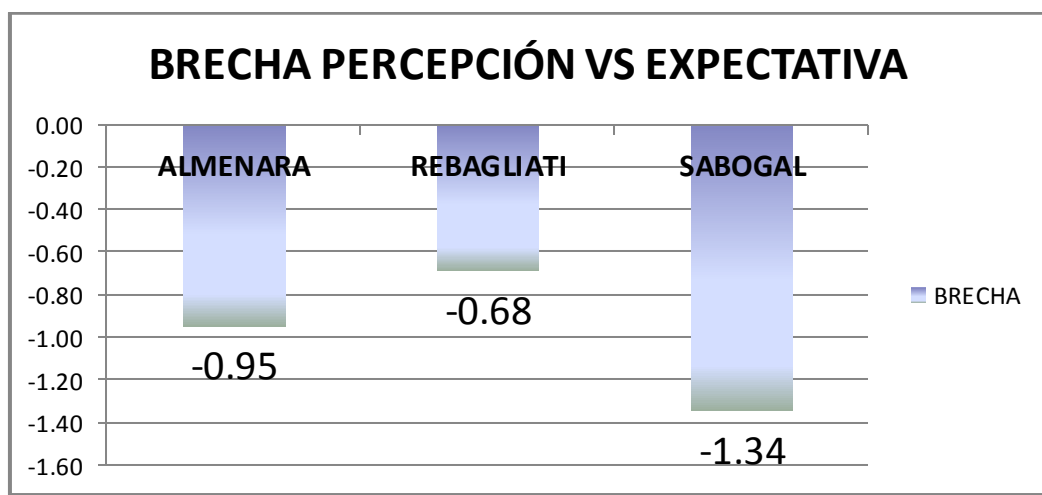


Ilustración 9 Brecha Percepción V.S. Expectativa, (SALOG, 2013)

El Anexo 6, muestra los resultados la valoración de los resultados obtenidos por cada red, así como los resultados obtenidos por cada una de las preguntas realizadas en la encuesta. De donde se ha tomado como caso ejemplo el plan de acción a realizarse para las preguntas de la sección cuatro (4); es decir, preguntas relacionadas a la Gestión que realizan los coordinadores de Operaciones Hospitalarias.

CASO: Gestión Hospitalaria – Gestión de Coordinadores

Uno de los aspectos principales a evaluar durante la encuesta de satisfacción, hace referencia a la Gestión que realizan los Coordinadores, es por ello que analizando los resultados, obteniéndose lo siguiente:

Se redefinieron los puntos de calificación de acuerdo a la Ilustración 10, siguiente:

TABLA DE CALIFICACIÓN			
Calificación original		Calificación real	
Totalmente de acuerdo	5	De acuerdo	3
De acuerdo	4		
Neutro	3	Neutro	2
Totalmente desacuerdo	2	En Desacuerdo	1
En desacuerdo	1		

Ilustración 10 Tabla de Calificación, (SALOG, Operaciones Hospitalarias)

Obteniéndose el siguiente gráfico:

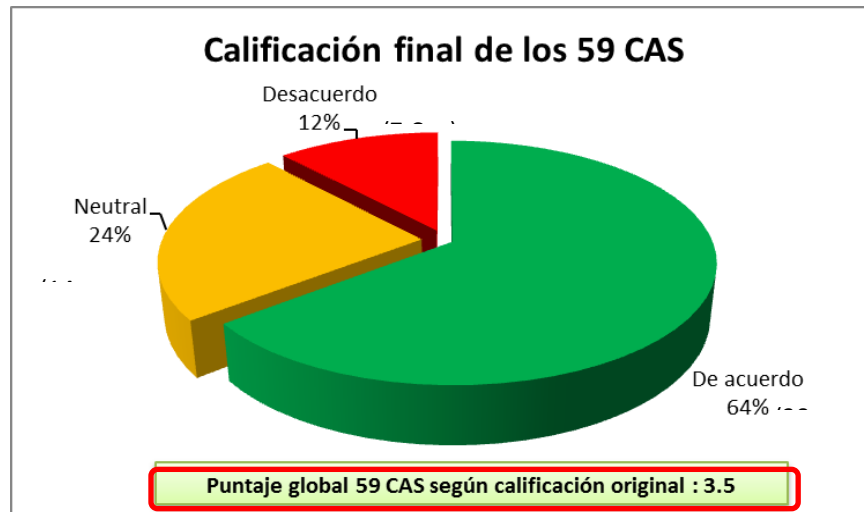


Ilustración 11 Calificación Final, (SALOG, Operaciones Hospitalarias).

Observándose la Ilustración 11, se tiene que el 12 % de los CAS se encuentran en desacuerdo con el servicio brindado.

Según el análisis de satisfacción por pregunta, se tiene:

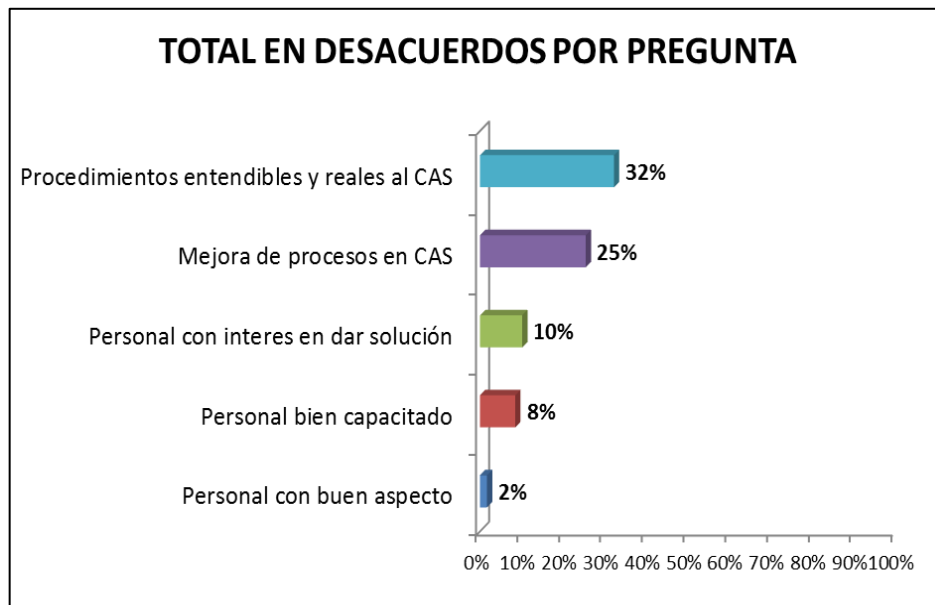


Ilustración 12 Total en Desacuerdos por pregunta, (SALOG, Operaciones Hospitalarias).

De la Ilustración 12, se puede concluir lo siguiente:

- Realizado el respectivo análisis por centros y por pregunta, podemos definir que la mejor opción de atacar los problemas es definiendo planes de acción por pregunta, lo cual abarcaría resolver los problemas en forma grupal y tener un impacto en todos los CAS.
- Analizando las preguntas llegamos a la conclusión de agrupar al tener un punto inicial en común, teniendo: para la primera y segunda pregunta se realizara un solo plan de acción, de igual forma para la tercera y cuarta pregunta, y la última pregunta se trabajara de forma individual.

3.2.2.4 Elaborar plan de acción

La Ilustración 13, muestra el plan de acción a tomar como consecuencia de los resultados obtenidos respecto al análisis anterior.

Nº	Pregunta	Acción a Tomar	Fecha Inicio	Fecha Fin
1	¿Los procedimientos, manuales y políticas elaborados por SALOG son entendibles y se adecua a la realidad del CAS?	Al no tener los procedimientos de los CAS no se puede iniciar las etapas de las mejoras de los procesos internos en los CAS, por lo cual como se ha realizado un gant para la elaboración de los mismos.	feb-14	jul-14
2	¿Salog a logrado mejorar los procesos internos que se desarrollan en los CAS (recepción, almacenamiento, abastecimiento interno)?			
3	¿El personal de operaciones Hospitalarias muestra un interes sincero en solucionar algún problema que se presenta en los CAS?	Se pudo ver que le personal necesitaba capacitaciones en puntos referentes a sus labores, a lo cual en el 2013 se realizaron	abr-14	dic-14
4	¿El personal de Operaciones Hospitalarias demuestra estar capacitado para ofrecer un buen servicio?			
5	¿El personal de SALOG tienen un aspecto agradable (aseo, presentación, etc.)?	Se mejorara esto mediante una charla de concientización esta se realizara la ultima semana de febrero.	feb-14	feb-14

Ilustración 13 Plan de Acción, (SALOG, Operaciones Hospitalarias).

La Ilustración 14, muestra el cronograma con relación a las actividades a realizarse durante los meses de Febrero a Julio del presente año, a fin de brindar cada vez un mejor servicio.

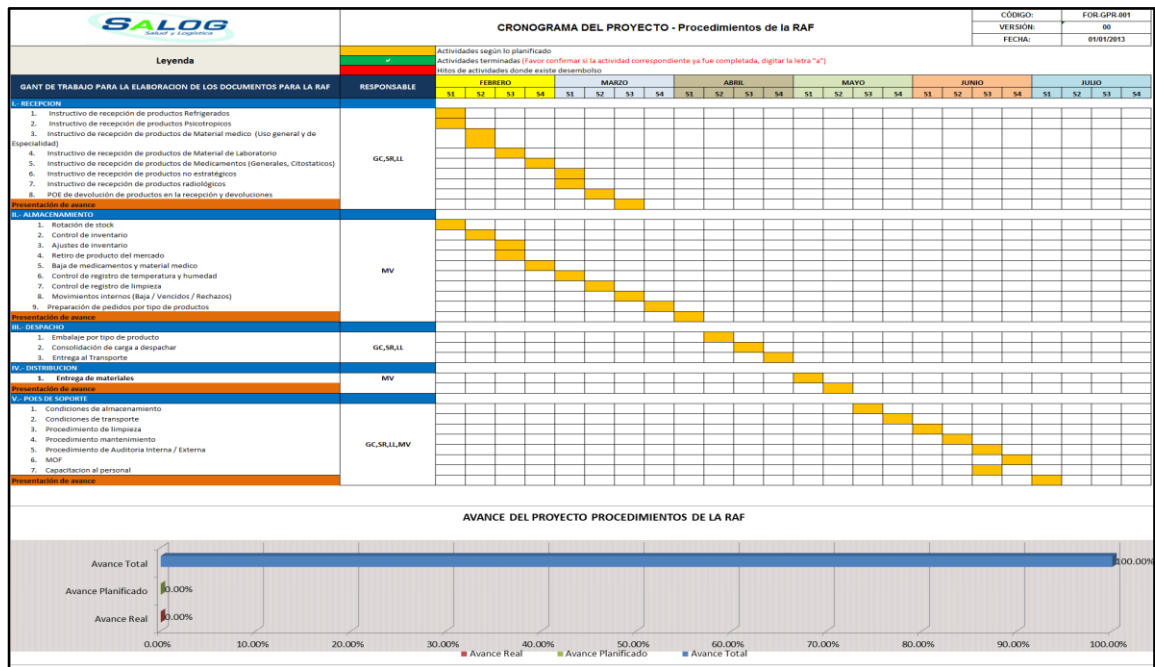


Ilustración 14 Cronograma del Plan de Acción, (SALOG, Operaciones Hospitalarias).

3.2.3 MEJORA CONTINUA

Se busca establecer una metodología para identificar, ejecutar y evaluar proyecto de mejoramiento continuo, como parte del compromiso de mantener y mejorar el SGC de SALOG S.A., estableciendo el tratamiento a seguir para identificar y definir acciones correctivas y preventivas respecto a:

- Productos y/o servicios no conformes.
- Cumplimiento de metas de indicadores por objetivos de calidad.
- No conformidades detectadas por los ejecutores de los procesos o en las auditorías internas.
- Problemas identificados por los ejecutores de los procesos del SGC.

3.2.3.1 Checklist de verificación

Para obtener un mayor control de los procesos desarrollados en SALOG S.A., se ha visto conveniente elaborar checklist (lista de verificación).

- Elaboración de Checklist; las listas de verificación se han elaborado de acuerdo a las cláusulas descritas en la Norma ISO 9001:2008 según el SGC. Anexo 8.
- Realizar checklist de procesos; estas listas de verificación son realizadas todos los meses, a fin de identificar alguna oportunidad de mejora en el proceso.

3.2.3.2 PDCA

- Elaborar PDCA; cada dueño de proceso es responsable de elaborar un PDCA después de haber sido identificada la oportunidad de mejora. Ver Anexo 9.
- Ejecutar PDCA; las actividades establecidas en el formato deben ser ejecutadas según el cronograma establecido.
- Realizar seguimiento a las actividades del PDCA; el cumplimiento, así como las sanciones respectivas en caso de no ejecutarse las

actividades correspondientes en el formato del PDCA, serán responsabilidad del dueño del proceso.

3.3 AUDITORÍA DE PROCESOS

3.3.1 INICIO DE AUDITORÍA

Toda auditoría comienza con una reunión de apertura, en la cual se realizan las siguientes actividades:

- Presentar a los miembros del equipo auditor.
- Revisar el alcance y los objetivos de la auditoría.
- Mostrar un breve resumen de los métodos y procedimientos a ser usados.
- Establecer los canales de comunicación oficial entre el equipo auditor y el auditado.
- Confirmar que los recursos y facilidades necesarias para el equipo auditor estén disponibles.
- Confirmar las fechas y horas para las reuniones de cierre e intermedias entre el equipo auditor y el auditado.
- Aclarar cualquier detalle confuso del plan de auditoría.

3.3.2 ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE LA INFORMACIÓN

A medida que se va desarrollando la auditoría, el equipo auditor va registrando los hallazgos detectados en el transcurso del trabajo de campo, como (no conformidad, observación, conformidad, etc.). Para ello, se debe aplicar a cada proceso las cláusulas que a continuación se describen:

PROCESO	CÓDIGO	PROCEDIMIENTO	CLÁUSULAS
Recepción	PRO-REC-001	Procedimiento de recepción de material estratégico.	Cláusulas: 5.3; 5.4.1; 7.1; 7.2.1; 7.2.2; 7.5.1; 7.5.2; 7.5.3; 8.2.3; 8.2.4; 8.3; 8.4;8.5
	PRO-REC-002	Procedimiento de devolución de material estratégico.	
	PRO-REC-003	Procedimiento de gestión de proveedores de EsSalud.	
Almacenamiento	PRO-ALM-001	Procedimiento de almacenamiento de material estratégico.	Cláusulas: 6.4; 7.1; 7.2.1; 7.2.2; 7.5.1; 7.5.2; 7.5.3; 7.5.4; 7.5.5; 8.2.3; 8.2.4; 8.3; 8.4; 8.5
	PRO-ALM-002	Procedimiento de supervisión y control de calidad de material estratégico.	
	PRO-ALM-003	Procedimiento de control de inventario de material estratégico.	
	PRO-ALM-004	Procedimiento de limpieza y saneamiento.	
	PRO-ALM-005	Procedimiento de retiro de productos del mercado.	
	PRO-ALM-006	Procedimiento de autoinspección.	
	PRO-ALM-007	Procedimiento de inspección y supervisión al personal.	
	PRO-ALM-008	Procedimiento de control de cadena de frío.	
	PRO-ALM-009	Procedimiento del plan de contingencia del control de cadena de frío.	
	PRO-ALM-010	Procedimiento de baja de material de material estratégico.	
	PRO-ALM-011	Procedimiento de embalaje de bienes estratégicos.	
Distribución	PRO-DIS-001	Procedimiento de picking y filtro de material estratégico.	Cláusulas: 5.3; 5.4.1; 7.1; 7.2.1; 7.2.2; 7.5.1; 7.5.2; 7.5.3; 8.2.3; 8.2.4; 8.3; 8.4;8.5
	PRO-DIS-002	Procedimiento de despacho de material estratégico.	
	PRO-DIS-003	Procedimiento de programación de pedidos de material estratégico.	
	PRO-DIS-004	Procedimiento de seguimiento y control de logística integrada en centro de distribución.	
	PRO-DIS-005	Procedimiento de embalaje de material estratégico.	
Entrega de Materiales	PRO-EMA-001	Procedimiento de entrega de materiales en los puntos de entrega.	Cláusulas: 7.2.3; 7.1; 7.2.1; 7.2.2; 7.5.1; 7.5.2; 7.5.3; 8.2.1; 8.2.3; 8.2.4; 8.3; 8.4; 8.5; 5.2; 7.2
	PRO-EMA-002	Procedimiento de regularización de incidencias presentadas en la entrega de materiales.	
	PRO-EMA-003	Procedimiento de control y verificación en los puntos de entrega.	
	PRO-EMA-004	Procedimiento de seguimiento al servicio de atención al cliente.	
	PRO-EMA-005	Procedimiento de validación de embajes de refrigerado.	

Como una buena práctica de retroalimentación, en lo posible se intenta que el personal auditado concluya o visualice las NC¹³ encontradas.

Una vez que el equipo auditor termina de realizar el trabajo de campo (recolección de evidencias, muestreo, entrevistas, etc.) analiza la información

¹³ NC: No Conformidades.
<http://www.iso.org/>

recolectada. Luego inicia un proceso de selección y clasificación de la información y se define cual debe ser incluida en el informe final de la auditoría interna del SGC.

Seguidamente se da inicio a la reunión de cierre, la cual está a cargo del equipo auditor quienes se reúnen con el personal auditado, a fin de dar a conocer un balance de la auditoría, comunicar los aspectos por mejorar y los aspectos positivos. En general se busca informar acerca de las no conformidades que se encontraron en la auditoría.

Esta reunión permite también que se genere un espacio para que el auditado exprese su opinión acerca de cómo se sintió durante el desarrollo de la auditoría, se cree que existió alguna consulta inadecuada por parte del equipo auditor, o si desea entregar alguna explicación acerca de una de las NC.

Las NC se entregan al auditado máximo tres (3) días hábiles después de la auditoría., en el cual se detallará la NC encontrada, la evidencia que fundamenta la NC encontrada y el tiempo estimado, así como la lista de requisitos restringidos.

3.3.3 PREPARACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DEL INFORME DE AUDITORÍA

Al término de la auditoría, se realiza por escrito un informe con los resultados obtenidos. Este informe se realizará de acuerdo a los atributos relacionados a los hallazgos y mencionados a continuación:

- a) Título del Hallazgo
- b) Condición.- Lo que es, es decir la situación actual.
- c) Criterio.- Lo que debe ser, es decir, las normas.
- d) Causa.- Porque sucedió, es decir, el motivo de las desviaciones.
- e) Efecto.- Diferencia entre la Medición de lo que es y debe ser, es decir, los costos.

f) Recomendación.- Acciones correctivas, es decir, las mejoras de la operación.

Asimismo, este informe deberá ser firmado por el responsable directo del proceso auditado y por el Asistente de Planeamiento y Gestión (auditor líder).

CASO: AUDITORÍA 2013

Las auditorías propuestas se realizaron de acuerdo al programa anual de auditorías 2013, presentado en la Ilustración 14.


 PROGRAMA ANUAL DE AUDITORÍAS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		2013												
		CÓDIGO	FOR-SGC-012											
		VERSIÓN	00											
		VIGENCIA	15/11/2013											
		Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.	
Procesos CORE	Recepción			PI ✓								PI ✓	PE	
	Almacenamiento			PI ✓								PI ✓	PE	
	Distribución			PI ✓								PI ✓	PE	
	Entrega de Materiales			PI ✓								PI ✓	PE	
Procesos No CORE	Sistema de Gestión de Calidad						PI X	✓				PI ✓	PE	
	Gestión del Contrato APP						PI X	✓				PI ✓	PE	
	Gestión del Plan Estratégico						PI X	✓				PI ✓	PE	
	Gestión de Desarrollo Humano						PI X	✓				PI ✓	PE	
	Gestión de Administración y Finanzas						PI X	✓				PI ✓	PE	
	Gestión de Facilites						PI X	✓				PI ✓	PE	
	Gestión de Tecnología e Infraestructura						PI X	✓				PI ✓	PE	

Ilustración 15 Cronograma de Auditoría, (SALOG, 2013)

Nota: Se reprogramó la Auditoría correspondiente al mes de Junio debido a la transferencia de cargo de parte de Edward Pajuelo a Connie Barrionuevo, actual responsable del Sistema de Gestión de Calidad.

De acuerdo al cronograma anual 2013, se realizaron cuatro auditorías en las fechas correspondientes:

N° de Auditoria	Fecha
Auditoria N° 1	21-03-13 al 22-03-13
Auditoria N° 2	23-07-13 al 24-07-13
Auditoria N° 3	20-11-13 al 02-12-13
Auditoria Externa de seguimiento.	16-12-13

De las auditorías realizadas en el periodo 2013, los auditores internos y externos al cierre de cada una de las auditorias identifico los siguientes hallazgos:

Procesos Auditados - 2013	Tipo de hallazgos	Auditoría a Interna N° 01	Auditoría a Interna N° 02	Auditoría a Interna N° 03	Auditoría externa de seguimiento	TOTAL
Sistema de Gestión de Calidad	No conformidades	1	6	2	0	9
	Observaciones	1	9	0	7	17
	Oportunidades de Mejora	0	7	0	1	8
Gestión del Contrato APP	No conformidades	0	0	1	0	1
	Observaciones	0	0	0	0	0
	Oportunidades de Mejora	0	2	2	0	4
Gestión del Plan Estratégico	No conformidades	0	0	1	0	1
	Observaciones	0	0	0	1	1
	Oportunidades de Mejora	0	0	0	0	0
Gestión de Administración y Finanzas	No conformidades	0	1	2	0	3
	Observaciones	0	0	1	0	1
	Oportunidades de Mejora	0	0	1	0	1
Gestión de Desarrollo Humano	No conformidades	0	0	4	0	4
	Observaciones	0	1	1	3	5
	Oportunidades de Mejora	0	5	3	0	8
Gestión de Tecnología e Infraestructura	No conformidades	0	0	2	0	2
	Observaciones	0	0	0	0	0
	Oportunidades de Mejora	0	0	2	0	2
Gestión de Facilities	No conformidades	0	0	5	0	5
	Observaciones	0	2	3	1	6
	Oportunidades de Mejora	0	4	1	0	5
Recepción	No conformidades	4	0	2	0	6
	Observaciones	2	0	2	1	5
	Oportunidades de Mejora	2	0	1	0	3
Almacenamiento	No conformidades	8	0	1	0	9
	Observaciones	1	0	3	0	4
	Oportunidades de Mejora	2	0	0	0	2
Distribución	No conformidades	0	0	1	0	1
	Observaciones	4	0	0	1	5
	Oportunidades de Mejora	0	0	0	0	0
Entrega de Materiales	No conformidades	3	0	3	0	6
	Observaciones	0	0	4	0	4
	Oportunidades de Mejora	1	0	1	0	2
	Total de hallazgos	29	37	49	15	130

Resultados:

Al término de las auditorías realizadas durante el periodo 2013, y considerando que desde el mes de Julio se realizó la gestión presentada en el presente proyecto. A continuación se muestra el resumen de los resultados generales obtenidos durante la gestión del 2013.

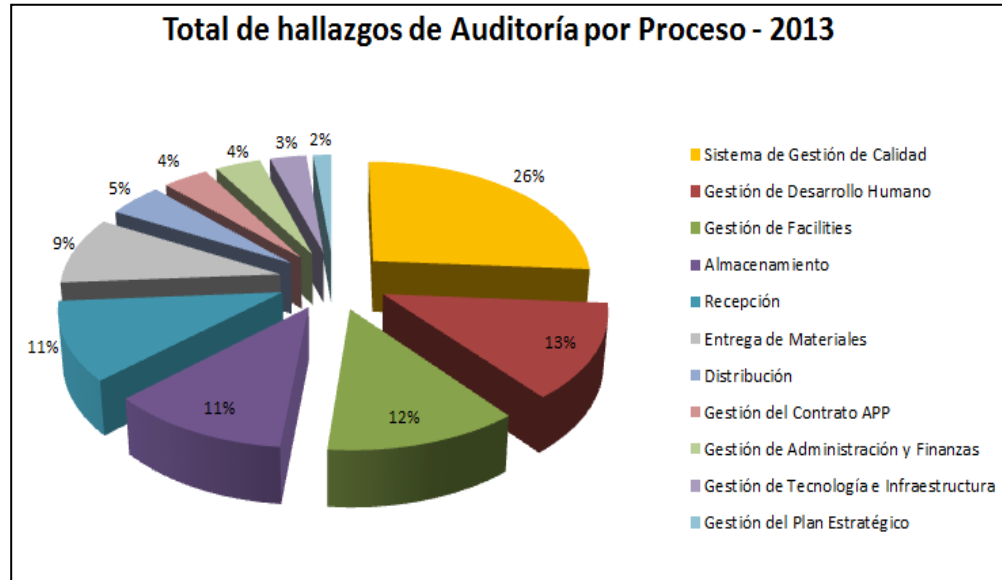


Ilustración 16 Total de hallazgos de Auditoría por proceso, (SALOG, 2013)

De la Ilustración 14, se observa que del 100% de hallazgos encontrados, el 26% corresponde a la mayor cantidad de hallazgos encontrados en el área de Sistema de Gestión de la Calidad.

El área de Sistema de Gestión de la Calidad registro 34 hallazgos de los cuales 9 son no conformidades, 17 observaciones y 8 oportunidades de mejora.

De los hallazgos encontrados por procesos tenemos a bien detallar el estatus de los hallazgos a la fecha.

Proceso	Estado de hallazgos		
	Hallazgos cerrados	Hallazgos abiertos	Hallazgos pendientes
Sistema de Gestión de Calidad	21	13	0
Gestión del Contrato APP	2	3	0
Gestión del Plan Estratégico	1	1	0
Gestión de Administración y Finanzas	2	3	0
Gestión de Desarrollo Humano	0	13	4
Gestión de Tecnología e Infraestructura	0	4	0
Gestión de Facilities	8	7	1
Recepción	8	5	1
Almacenamiento	11	4	0
Distribución	3	2	1
Entrega de Materiales	5	7	0

Del cuadro anterior podemos afirmar que tenemos 61 hallazgos cerrados, 62 hallazgos abiertos y 7 hallazgos pendientes.

De los hallazgos identificados, tenemos los procesos que tienen mayor cantidad de hallazgos abiertos, pendientes y cerrados:

- Hallazgos abiertos, sistema de gestión de la calidad y gestión de desarrollo humano, registrando 13 hallazgos abiertos.
- Hallazgos pendientes, el proceso con mayor cantidad de hallazgos pendientes es el de gestión de desarrollo humano, registrando 7 hallazgos pendientes.
- Hallazgos cerrados, el proceso con mayor cantidad de hallazgos cerrados es el de sistema de gestión de la calidad, registrando 21 hallazgos cerrados.

Estado de Hallazgos y acciones correctivas según el Nivel de criticidad

El nivel de criticidad según los procesos indicados líneas abajo nos indica que el proceso con mayor puntaje de criticidad debido al estado de sus hallazgos es gestión de desarrollo humano.

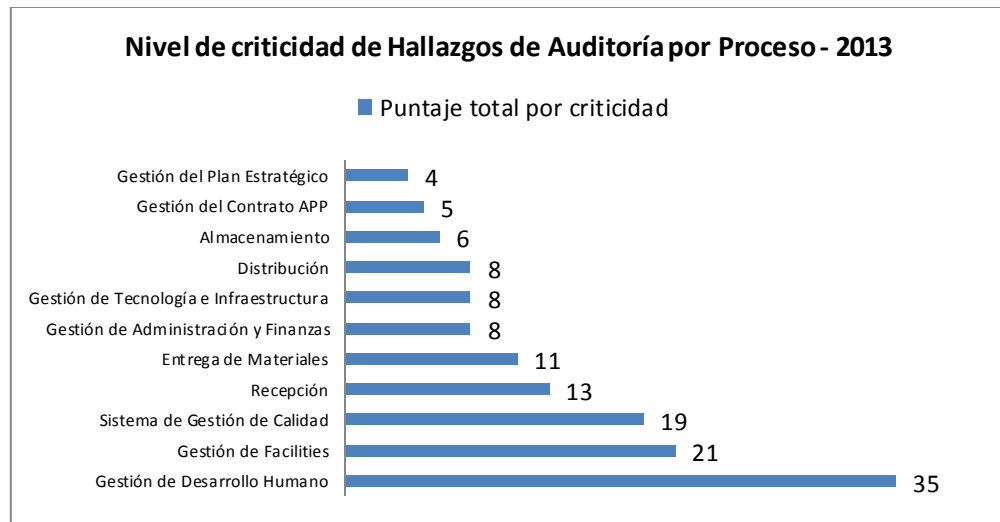


Ilustración 17 Nivel de criticidad de hallazgos de auditoría por proceso, (SALOG, 2013)

LOGRO:

Uno de los más grandes logros que obtuvo la empresa durante el año 2013 fue la de obtener la re-certificación ISO 9001:2008 durante la auditoría externa realizada por la empresa certificadora SGC.

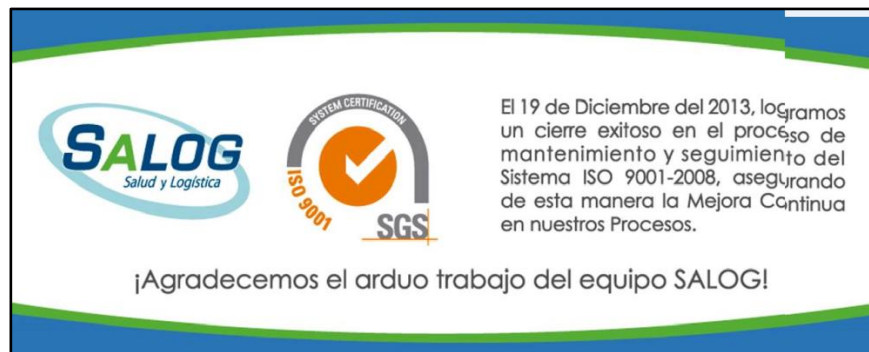


Ilustración 18 Re-Certificación ISO 9001:2008, (SALOG, 2013)

3.4 SEGUIMIENTO DE AUDITORÍA

Después de la presentación de los informes, el auditado tiene como cometido proponer y desarrollar actividades para implementar las acciones provenientes del informe de auditoría, definir las fechas límites para la implantación de estas acciones y verificar la eficacia de las mismas antes de la auditoría de seguimiento.

De otro lado el auditor interno tiene como responsabilidad realizar la auditoría de seguimiento, preparar e informar la auditoría de seguimiento y evaluar la eficacia de las acciones implantadas.

El seguimiento de auditoría, está a cargo del área de Planeamiento y Gestión de la empresa SALOG S.A., esto por tratarse de procesos operativos. Es por ello que el área antes mencionada debe hacer seguimiento y verificar el cumplimiento en los compromisos y fechas pactadas para la implementación de las AC¹⁴. En caso de no encontrarse terminada la implementación de las acciones correctivas pertinentes, se plantea una nueva fecha de cumplimiento y se deja la anotación en el formato respectivo.

¹⁴ AC: Acciones Correctivas.
<http://www.iso.org/>

CONCLUSIONES

1. La auditoría externa realizada del 16 al 19 de Diciembre del 2013, resultó todo un éxito respecto a los procesos operativos, pues lo logró la re-certificación ISO 9001:2008.
2. Todos los meses se deben realizar auditorías de seguimiento para garantizar el correcto funcionamiento de los procesos e identificar oportunidades de mejora.
3. El SGC brinda a las empresas poder establecer un orden respecto al manejo de la documentación.
4. Toda gestión debe ser medida a través de indicadores, puesto que lo que no se mide no se controla.
5. Se ha logrado la efectividad durante el proceso de auditoría interna respecto a los procesos operativos.
6. La innovación de manejar un proyecto de auditoría a través de la gestión de proyectos ha resultado un éxito para el área de Planeamiento y Gestión, por ende el Gerente de operaciones ha designado al área nuevos proyectos como: La gestión del proyecto “Capacitación Integral 2014” el cual lleva por nombre Programa de Formación y Cultura SALOG S.A.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda seguir realizando las auditorías de seguimiento pero con intervalos de tiempo más amplios, puesto que los procesos ya se encuentran estandarizados.
2. Se recomienda replicar la gestión realizada para los procesos operativos a los procesos de soporte y a los procesos estratégicos, a fin de obtener una mejor gestión de los mismos.
3. Se recomienda mantener capacitaciones constantes a los colaboradores de la empresa, a fin de desarrollar el crecimiento organizacional y personal.
4. Por ello es importante disponer de una herramienta de gestión que facilite la realización de esta tarea en forma rápida y efectiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Comité Técnico ISO/TC 176 - ISO 19011. (15 de 11 de 2011). www.iso.org.
2. Comité Técnico ISO/TC 176 - ISO 9000. (2005). Obtenido de www.iso.org.
3. Comité Técnico ISO/TC 176. (2005). *Norma Internacional ISO 9000*. Obtenido de www.iso.org.
4. Comité Técnico ISO/TC 176 - ISO 9001. (2008). www.iso.org.
5. Fernández, A. D. (2005).
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/2723>
6. Fernández, A. D. (2005).
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/2723>.
7. Gonzales, R. P. (18 de Enero de 2012). Obtenido de
<http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/3192/1/Torres%20Gonzalez%20Romulo%20Patricio.pdf>
8. Project Management Institute. (2013). *A Guide to the Project Management Body of Knowledge (PMBOK GUIDE) Fifth Edition*. Estados Unidos de América: Project Management Institute.
9. NT N° 0021/MINSA / DGSP V.01 NORMA TÉCNICA. (2004). Categoría de Establecimientos del Sector Salud, Redes Asistenciales y Centros Especializados de Salud 2004. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud 2004.
10. Rabanal, C. H. (2010). Obtenido de
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/handle/cybertesis/416>
11. Calidad Total: Fuente de Ventaja Competitiva. (2000). *Juan José Tarí Guilló*. España. Espagrafic.

ANEXOS

ANEXO 1: ORGANIGRAMA SALOG

ANEXO 2: SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD – REQUISITOS

SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD – REQUISITOS

1. Objeto y campo de aplicación

1.1 Generalidades

Esta Norma Internacional especifica los requisitos para un sistema de gestión de la calidad, cuando una organización:

- a) Necesita demostrar su capacidad para proporcionar regularmente productos que satisfagan los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables.
- b) Aspira a aumentar la satisfacción del cliente a través de la aplicación eficaz del sistema, incluidos los procesos para la mejora continua del sistema y el aseguramiento de la conformidad con los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables.

NOTA: En esta Norma Internacional, el término "producto" se aplica únicamente a:

- a) El producto destinado a un cliente o solicitado por él.
- b) Cualquier resultado previsto de los procesos de realización del producto.

1.2 Aplicación

Todos los requisitos de esta Norma Internacional son genéricos y se pretende que sean aplicables a todas las organizaciones sin importar su tipo, tamaño y producto suministrado.

Cuando uno o varios requisitos de esta Norma Internacional no se puedan aplicar debido a la naturaleza de la organización y de su producto, pueden considerarse para su exclusión.

Cuando se realicen exclusiones, no se podrá alegar conformidad con esta Norma Internacional a menos que dichas exclusiones queden restringidas a los requisitos expresados en el Capítulo 7 y que tales exclusiones no afecten a la capacidad o responsabilidad de

la organización para proporcionar productos que cumplan con los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables.

2. Referencias normativas

Los documentos de referencia siguientes son indispensables para la aplicación de este documento. Para las referencias con fecha sólo se aplica la edición citada. Para las referencias sin fecha se aplica la última edición del documento de referencia (incluyendo cualquier modificación).

3. Términos y definiciones

Para el propósito de este documento, son aplicables los términos y definiciones dados en la Norma ISO 9000.

A lo largo del texto de esta Norma Internacional, cuando se utilice el término "producto", éste puede significar también "servicio".

4. Sistema de Gestión de la Calidad

4.1 Requisitos Generales

La organización debe establecer, documentar, implementar y mantener un sistema de gestión de la calidad y mejorar continuamente su eficacia de acuerdo con los requisitos de esta Norma Internacional.

La organización debe:

- a) Determinar los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad y su aplicación a través de la organización.
- b) Determinar la secuencia e interacción de estos procesos.
- c) Determinar los criterios y los métodos necesarios para asegurarse de que tanto la operación como el control de estos procesos sean eficaces.

- d) Asegurarse de la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar la operación y el seguimiento de estos procesos.
- e) Realizar el seguimiento, la medición cuando sea aplicable y el análisis de estos procesos,
- f) Implementar las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de estos procesos.
- g) La organización debe gestionar estos procesos de acuerdo con los requisitos de esta Norma Internacional.

En los casos en que la organización opte por contratar externamente cualquier proceso que afecte a la conformidad del producto con los requisitos, la organización debe asegurarse de controlar tales procesos. El tipo y grado de control a aplicar sobre dichos procesos contratados externamente debe estar definido dentro del sistema de gestión de la calidad.

4.2 Requisitos de la documentación

4.2.1 Generalidades

La documentación del sistema de gestión de la calidad debe incluir:

- a) Declaraciones documentadas de una política de la calidad y de objetivos de la calidad.
- b) Un manual de la calidad,
- c) Los procedimientos documentados y los registros requeridos por esta Norma Internacional, y
- d) Los documentos, incluidos los registros que la organización determina que son necesarios para asegurarse de la eficaz planificación, operación y control de sus procesos.

4.2.2 Manual de la calidad

La organización debe establecer y mantener un manual de la calidad que incluya:

- a) El alcance del sistema de gestión de la calidad, incluyendo los detalles y la justificación de cualquier exclusión.
- b) Los procedimientos documentados establecidos para el sistema de gestión de la calidad, o referencia a los mismos.
- c) Una descripción de la interacción entre los procesos del sistema de gestión de la calidad.

4.2.3 Control de los documentos

Los documentos requeridos por el sistema de gestión de la calidad deben controlarse. Los registros son un tipo especial de documento y deben controlarse de acuerdo con los requisitos citados en el apartado 4.2.4.

Debe establecerse un procedimiento documentado que defina los controles necesarios para:

- a) Aprobar los documentos en cuanto a su adecuación antes de su emisión.
- b) Revisar y actualizar los documentos cuando sea necesario y aprobarlos nuevamente.
- c) Asegurarse de que se identifican los cambios y el estado de la versión vigente de los documentos.
- d) Asegurarse de que las versiones pertinentes de los documentos aplicables se encuentran disponibles en los puntos de uso.
- e) Asegurarse de que los documentos permanecen legibles y fácilmente identificables.
- f) Asegurarse de que los documentos de origen externo, que la organización determina que son necesarios para la planificación y

la operación del sistema de gestión de la calidad, se identifican y que se controla su distribución.

g) Prevenir el uso no intencionado de documentos obsoletos, y aplicarles una identificación adecuada en el caso de que se mantengan por cualquier razón.

5. Responsabilidad de la dirección

5.1 Compromiso de la dirección

La alta dirección debe proporcionar evidencia de su compromiso con el desarrollo e implementación del sistema de gestión de la calidad, así como con la mejora continua de su eficacia:

- a) Comunicando a la organización la importancia de satisfacer tanto los requisitos del cliente como los legales y reglamentarios,
- b) Estableciendo la política de la calidad,
- c) Asegurando que se establecen los objetivos de la calidad,
- d) llevando a cabo las revisiones por la dirección, y
- e) asegurando la disponibilidad de recursos.

5.2 Enfoque al cliente

La alta dirección debe asegurarse de que los requisitos del cliente se determinan y se cumplen con el propósito de aumentar la satisfacción del cliente (véanse 7.2.1 y 8.2.1).

5.3 Política de la calidad

La alta dirección debe asegurarse de que la política de la calidad:

- a) Es adecuada al propósito de la organización.
- b) Incluye un compromiso de cumplir con los requisitos y de mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad.
- c) Proporciona un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de la calidad.

- d) Es comunicada y entendida dentro de la organización.
- e) Es revisada para su continua adecuación.

5.4 Planificación

5.4.1 Objetivos de la calidad

La alta dirección debe asegurarse de que los objetivos de la calidad, incluyendo aquellos necesarios para cumplir los requisitos para el producto [véase 7.1 a)], se establecen en las funciones y los niveles pertinentes dentro de la organización. Los objetivos de la calidad deben ser medibles y coherentes con la política de la calidad.

5.4.2 Planificación del sistema de gestión de la calidad

La alta dirección debe asegurarse de que:

- a) La planificación del sistema de gestión de la calidad se realiza con el fin de cumplir los requisitos citados en el apartado 4.1, así como los objetivos de la calidad.
- b) Se mantiene la integridad del sistema de gestión de la calidad cuando se planifican e implementan cambios en éste.

5.5 Responsabilidad, autoridad y comunicación

5.5.1 Responsabilidad y autoridad

La alta dirección debe asegurarse de que las responsabilidades y autoridades están definidas y son comunicadas dentro de la organización.

5.5.2 Representante de la dirección

La alta dirección debe designar un miembro de la dirección de la organización quien, independientemente de otras responsabilidades, debe tener la responsabilidad y autoridad que incluya:

- a) Asegurarse de que se establecen, implementan y mantienen los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad,
- b) Informar a la alta dirección sobre el desempeño del sistema de gestión de la calidad y de cualquier necesidad de mejora, y
- c) Asegurarse de que se promueva la toma de conciencia de los requisitos del cliente en todos los niveles de la organización.

5.5.3 Comunicación interna

La alta dirección debe asegurarse de que se establecen los procesos de comunicación apropiados dentro de la organización y de que la comunicación se efectúa considerando la eficacia del sistema de gestión de la calidad.

5.6 Revisión por la Dirección

5.6.1 Generalidades

La alta dirección debe revisar el sistema de gestión de la calidad de la organización, a intervalos planificados, para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continuas.

La revisión debe incluir la evaluación de las oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar cambios en el sistema de gestión de la calidad, incluyendo la política de la calidad y los objetivos de la calidad. Deben mantenerse registros de las revisiones por la dirección (véase 4.2.4).

5.6.2 Información de entrada para la revisión

La información de entrada para la revisión por la dirección debe incluir:

- a) Los resultados de auditorías.
- b) La retroalimentación del cliente.
- c) El desempeño de los procesos y la conformidad del producto,
- d) El estado de las acciones correctivas y preventivas.

- e) Las acciones de seguimiento de revisiones por la dirección previas.
- f) Los cambios que podrían afectar al sistema de gestión de la calidad.
- g) Las recomendaciones para la mejora.

5.6.3 Resultados de la revisión

Los resultados de la revisión por la dirección deben incluir todas las decisiones y acciones relacionadas con:

- a) La mejora de la eficacia del sistema de gestión de la calidad y sus procesos,
- b) La mejora del producto en relación con los requisitos del cliente.
- c) Las necesidades de recursos.

6. Gestión de los recursos

6.1 Provisión de recursos

La organización debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para:

- a) Implementar y mantener el sistema de gestión de la calidad y mejorar continuamente su eficacia, y
- b) Aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos.

6.2 Recursos humanos

6.2.1 Generalidades

El personal que realice trabajos que afecten a la conformidad con los requisitos del producto debe ser competente con base en la educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas.

6.2.2 Competencia, formación y toma de conciencia

La organización debe:

- a) Determinar la competencia necesaria para el personal que realiza trabajos que afectan a la conformidad con los requisitos del producto,
- b) Cuando sea aplicable, proporcionar formación o tomar otras acciones para lograr la competencia necesaria.
- c) Evaluar la eficacia de las acciones tomadas.
- d) Asegurarse de que su personal es consciente de la pertinencia e importancia de sus actividades y de cómo contribuyen al logro de los objetivos de la calidad.
- e) Mantener los registros apropiados de la educación, formación, habilidades y experiencia (véase 4.2.4).

6.3 Infraestructura

La organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del producto. La infraestructura incluye, cuando sea aplicable:

- a) Edificios, espacio de trabajo y servicios asociados,
- b) Equipo para los procesos (tanto hardware como software), y
- c) Servicios de apoyo (tales como transporte, comunicación o sistemas de información).

6.4 Ambiente de trabajo

La organización debe determinar y gestionar el ambiente de trabajo necesario para lograr la conformidad con los requisitos del producto.

7. Realización del producto

7.1 Planificación de la realización del producto

La organización debe planificar y desarrollar los procesos necesarios para la realización del producto. La planificación de la realización del producto debe ser coherente con los requisitos de los otros procesos del sistema de gestión de la calidad (véase 4.1).

Durante la planificación de la realización del producto, la organización debe determinar, cuando sea apropiado, lo siguiente:

- a) Los objetivos de la calidad y los requisitos para el producto.
- b) La necesidad de establecer procesos y documentos, y de proporcionar recursos específicos para el producto.
- c) Las actividades requeridas de verificación, validación, seguimiento, medición, inspección y ensayo/prueba específicas para el producto así como los criterios para la aceptación del mismo.
- d) Los registros que sean necesarios para proporcionar evidencia de que los procesos de realización y el producto resultante cumplen los requisitos (véase 4.2.4).

El resultado de esta planificación debe presentarse de forma adecuada para la metodología de operación de la organización.

7.2 Procesos relacionados con el cliente

7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el producto

La organización debe determinar:

- a) Los requisitos especificados por el cliente, incluyendo los requisitos para las actividades de entrega y las posteriores a la misma,
- b) Los requisitos no establecidos por el cliente pero necesarios para el uso especificado o para el uso previsto, cuando sea conocido,
- c) Los requisitos legales y reglamentarios aplicables al producto, y

d) Cualquier requisito adicional que la organización considere necesario.

7.2.2 Revisión de los requisitos relacionados con el producto

La organización debe revisar los requisitos relacionados con el producto. Esta revisión debe efectuarse antes de que la organización se comprometa a proporcionar un producto al cliente (por ejemplo, envío de ofertas, aceptación de contratos o pedidos, aceptación de cambios en los contratos o pedidos) y debe asegurarse de que:

- a) Están definidos los requisitos del producto.
- b) Están resueltas las diferencias existentes entre los requisitos del contrato o pedido y los expresados previamente.
- c) La organización tiene la capacidad para cumplir con los requisitos definidos.

Deben mantenerse registros de los resultados de la revisión y de las acciones originadas por la misma (véase 4.2.4).

Cuando el cliente no proporcione una declaración documentada de los requisitos, la organización debe confirmar los requisitos del cliente antes de la aceptación.

Cuando se cambien los requisitos del producto, la organización debe asegurarse de que la documentación pertinente sea modificada y de que el personal correspondiente sea consciente de los requisitos modificados.

7.2.3 Comunicación con el cliente

La organización debe determinar e implementar disposiciones eficaces para la comunicación con los clientes, relativas a:

- a) La información sobre el producto,
- b) Las consultas, contratos o atención de pedidos, incluyendo las modificaciones, y

- c) La retroalimentación del cliente, incluyendo sus quejas.

7.3 Diseño y desarrollo

7.3.1 Planificación del diseño y desarrollo

La organización debe planificar y controlar el diseño y desarrollo del producto.

Durante la planificación del diseño y desarrollo la organización debe determinar:

- a) Las etapas del diseño y desarrollo.
- b) La revisión, verificación y validación, apropiadas para cada etapa del diseño y desarrollo.
- c) Las responsabilidades y autoridades para el diseño y desarrollo.

La organización debe gestionar las interfaces entre los diferentes grupos involucrados en el diseño y desarrollo para asegurarse de una comunicación eficaz y una clara asignación de responsabilidades.

Los resultados de la planificación deben actualizarse, según sea apropiado, a medida que progresa el diseño y desarrollo.

7.3.2 Elementos de entrada para el diseño y desarrollo

Deben determinarse los elementos de entrada relacionados con los requisitos del producto y mantenerse registros (véase 4.2.4). Estos elementos de entrada deben incluir:

- a) Los requisitos funcionales y de desempeño,
- b) Los requisitos legales y reglamentarios aplicables,
- c) La información proveniente de diseños previos similares, cuando sea aplicable, y
- d) Cualquier otro requisito esencial para el diseño y desarrollo.

- e) Los elementos de entrada deben revisarse para comprobar que sean adecuados. Los requisitos deben estar completos, sin ambigüedades y no deben ser contradictorios.

7.3.3 Resultados del diseño y desarrollo

Los resultados del diseño y desarrollo deben proporcionarse de manera adecuada para la verificación respecto a los elementos de entrada para el diseño y desarrollo, y deben aprobarse antes de su liberación.

Los resultados del diseño y desarrollo deben:

- f) Cumplir los requisitos de los elementos de entrada para el diseño y desarrollo.
- g) Proporcionar información apropiada para la compra, la producción y la prestación del servicio.
- h) Contener o hacer referencia a los criterios de aceptación del producto.
- i) Especificar las características del producto que son esenciales para el uso seguro y correcto.

7.3.4 Revisión del diseño y desarrollo

En las etapas adecuadas, deben realizarse revisiones sistemáticas del diseño y desarrollo de acuerdo con lo planificado (véase 7.3.1) para:

- a) Evaluar la capacidad de los resultados de diseño y desarrollo para cumplir los requisitos, e
- b) Identificar cualquier problema y proponer las acciones necesarias.

Los participantes en dichas revisiones deben incluir representantes de las funciones relacionadas con la(s) etapa(s) de diseño y desarrollo que se está(n) revisando. Deben mantenerse

registros de los resultados de las revisiones y de cualquier acción necesaria (véase 4.2.4).

7.3.5 Verificación del diseño y desarrollo

Se debe realizar la verificación, de acuerdo con lo planificado (véase 7.3.1), para asegurarse de que los resultados del diseño y desarrollo cumplen los requisitos de los elementos de entrada del diseño y desarrollo. Deben mantenerse registros de los resultados de la verificación y de cualquier acción que sea necesaria (véase 4.2.4).

7.5 Producción y prestación del servicio

7.5.1 Control de la producción y de la prestación del servicio

La organización debe planificar y llevar a cabo la producción y la prestación del servicio bajo condiciones controladas. Las condiciones controladas deben incluir, cuando sea aplicable:

- j) La disponibilidad de información que describa las características del producto.
- k) La disponibilidad de instrucciones de trabajo, cuando sea necesario.
- l) El uso del equipo apropiado.
- m) La disponibilidad y uso de equipos de seguimiento y medición.
- n) La implementación del seguimiento y de la medición.
- o) La implementación de actividades de liberación, entrega y posteriores a la entrega del producto.

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

La organización debe validar todo proceso de producción y de prestación del servicio cuando los productos resultantes no pueden verificarse mediante seguimiento o medición posteriores y,

como consecuencia, las deficiencias aparecen únicamente después de que el producto esté siendo utilizado o se haya prestado el servicio.

La validación debe demostrar la capacidad de estos procesos para alcanzar los resultados planificados.

La organización debe establecer las disposiciones para estos procesos, incluyendo, cuando sea aplicable:

- a) Los criterios definidos para la revisión y aprobación de los procesos.
- b) La aprobación de los equipos y la calificación del personal.
- c) El uso de métodos y procedimientos específicos.
- d) Los requisitos de los registros (véase 4.2.4).
- e) La revalidación.

7.5.3 Identificación y trazabilidad

Cuando sea apropiado, la organización debe identificar el producto por medios adecuados, a través de toda la realización del producto.

La organización debe identificar el estado del producto con respecto a los requisitos de seguimiento y medición a través de toda la realización del producto.

Cuando la trazabilidad sea un requisito, la organización debe controlar la identificación única del producto y mantener registros (véase 4.2.4).

7.5.4 Propiedad del cliente

La organización debe cuidar los bienes que son propiedad del cliente mientras estén bajo el control de la organización o estén siendo utilizados por la misma. La organización debe identificar, verificar, proteger y salvaguardar los bienes que son propiedad del

cliente suministrado para su utilización o incorporación dentro del producto. Si cualquier bien que sea propiedad del cliente se pierde, deteriora o de algún otro modo se considera inadecuado para su uso, la organización debe informar de ello al cliente y mantener registros (véase 4.2.4).

7.5.5 Preservación del producto

La organización debe preservar el producto durante el proceso interno y la entrega al destino previsto para mantener la conformidad con los requisitos. Según sea aplicable, la preservación debe incluir la identificación, manipulación, embalaje, almacenamiento y protección. La preservación debe aplicarse también a las partes constitutivas de un producto.

7.6 Control de los equipos de seguimiento y de medición

La organización debe determinar el seguimiento y la medición a realizar y los equipos de seguimiento y medición necesarios para proporcionar la evidencia de la conformidad del producto con los requisitos determinados.

La organización debe establecer procesos para asegurarse de que el seguimiento y medición pueden realizarse y se realizan de una manera coherente con los requisitos de seguimiento y medición.

Cuando sea necesario asegurarse de la validez de los resultados, el equipo de medición debe:

- a) Calibrarse o verificarse, o ambos, a intervalos especificados o antes de su utilización, comparado con patrones de medición trazables a patrones de medición internacionales o nacionales; cuando no existan tales patrones debe registrarse la base utilizada para la calibración o la verificación (véase 4.2.4);
- b) Ajustarse o reajustarse según sea necesario.
- c) Estar identificado para poder determinar su estado de calibración.

- d) Protegerse contra ajustes que pudieran invalidar el resultado de la medición.
- e) Protegerse contra los daños y el deterioro durante la manipulación, el mantenimiento y el almacenamiento.

Además, la organización debe evaluar y registrar la validez de los resultados de las mediciones anteriores cuando se detecte que el equipo no está conforme con los requisitos. La organización debe tomar las acciones apropiadas sobre el equipo y sobre cualquier producto afectado.

Deben mantenerse registros de los resultados de la calibración y la verificación (véase 4.2.4).

Debe confirmarse la capacidad de los programas informáticos para satisfacer su aplicación prevista cuando estos se utilicen en las actividades de seguimiento y medición de los requisitos especificados. Esto debe llevarse a cabo antes de iniciar su utilización y confirmarse de nuevo cuando sea necesario.

8. Medición, análisis y mejora

8.1 Generalidades

La organización debe planificar e implementar los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora necesarios para:

- f) Demostrar la conformidad con los requisitos del producto,
- g) Asegurarse de la conformidad del sistema de gestión de la calidad.
- h) Mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad.

Esto debe comprender la determinación de los métodos aplicables, incluyendo las técnicas estadísticas, y el alcance de su utilización.

8.2 Seguimiento y medición

8.2.1 Satisfacción del cliente

Como una de las medidas del desempeño del sistema de gestión de la calidad, la organización debe realizar el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos por parte de la organización. Deben determinarse los métodos para obtener y utilizar dicha información.

8.2.2 Auditoría interna

La organización debe llevar a cabo auditorías internas a intervalos planificados para determinar si el sistema de gestión de la calidad:

- a) Es conforme con las disposiciones planificadas (véase 7.1), con los requisitos de esta Norma Internacional y con los requisitos del sistema de gestión de la calidad establecidos por la organización.
- b) Se ha implementado y se mantiene de manera eficaz.

Se debe planificar un programa de auditorías tomando en consideración el estado y la importancia de los procesos y las áreas a auditar, así como los resultados de auditorías previas. Se deben definir los criterios de auditoría, el alcance de la misma, su frecuencia y la metodología. La selección de los auditores y la realización de las auditorías deben asegurar la objetividad e imparcialidad del proceso de auditoría. Los auditores no deben auditar su propio trabajo.

Se debe establecer un procedimiento documentado para definir las responsabilidades y los requisitos para planificar y realizar las auditorías, establecer los registros e informar de los resultados. Deben mantenerse registros de las auditorías y de sus resultados (véase 4.2.4).

La dirección responsable del área que esté siendo auditada debe asegurarse de que se realizan las correcciones y se toman las acciones correctivas necesarias sin demora injustificada para eliminar las no conformidades detectadas y sus causas. Las actividades de seguimiento deben incluir la verificación de las acciones tomadas y el informe de los resultados de la verificación (véase 8.5.2).

8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos

La organización debe aplicar métodos apropiados para el seguimiento, y cuando sea aplicable, la medición de los procesos del sistema de gestión de la calidad. Estos métodos deben demostrar la capacidad de los procesos para alcanzar los resultados planificados. Cuando no se alcancen los resultados planificados, deben llevarse a cabo correcciones y acciones correctivas, según sea conveniente.

8.2.4 Seguimiento y medición del producto

La organización debe hacer el seguimiento y medir las características del producto para verificar que se cumplen los requisitos del mismo. Esto debe realizarse en las etapas apropiadas del proceso de realización del producto de acuerdo con las disposiciones planificadas (véase 7.1). Se debe mantener evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación.

Los registros deben indicar la(s) persona(s) que autoriza(n) la liberación del producto al cliente (véase 4.2.4).

La liberación del producto y la prestación del servicio al cliente no deben llevarse a cabo hasta que se hayan completado satisfactoriamente las disposiciones planificadas (véase 7.1), a menos que sean aprobados de otra manera por una autoridad pertinente y, cuando corresponda, por el cliente.

8.3 Control del producto no conforme

La organización debe asegurarse de que el producto que no sea conforme con los requisitos del producto, se identifica y controla para prevenir su uso o entrega no intencionados. Se debe establecer un procedimiento documentado para definir los controles y las responsabilidades y autoridades relacionadas para tratar el producto no conforme.

Cuando sea aplicable, la organización debe tratar los productos no conformes mediante una o más de las siguientes maneras:

- a) Tomando acciones para eliminar la no conformidad detectada.
- b) Autorizando su uso, liberación o aceptación bajo concesión por una autoridad pertinente y, cuando sea aplicable, por el cliente.
- c) Tomando acciones para impedir su uso o aplicación prevista originalmente.
- d) Tomando acciones apropiadas a los efectos, reales o potenciales, de la no conformidad cuando se detecta un producto no conforme después de su entrega o cuando ya ha comenzado su uso.

Cuando se corrige un producto no conforme, debe someterse a una nueva verificación para demostrar su conformidad con los requisitos.

Se deben mantener registros (véase 4.2.4) de la naturaleza de las no conformidades y de cualquier acción tomada posteriormente, incluyendo las concesiones que se hayan obtenido.

8.4 Análisis de datos

La organización debe determinar, recopilar y analizar los datos apropiados para demostrar la idoneidad y la eficacia del sistema de gestión de la calidad y para evaluar dónde puede realizarse la mejora continua de la eficacia del sistema de gestión de la calidad. Esto

debe incluir los datos generados del resultado del seguimiento y medición y de cualesquiera otras fuentes pertinentes.

El análisis de datos debe proporcionar información sobre:

- a) La satisfacción del cliente (véase 8.2.1).
- b) La conformidad con los requisitos del producto (véase 8.2.4).
- c) Las características y tendencias de los procesos y de los productos, incluyendo las oportunidades para llevar a cabo acciones preventivas (véase 8.2.3 y 8.2.4).
- d) Los proveedores (véase 7.4).

8.5 Mejora

8.5.1 Mejora continua

La organización debe mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad mediante el uso de la política de la calidad, los objetivos de la calidad, los resultados de las auditorías, el análisis de datos, las acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección.

8.5.2 Acción correctiva

La organización debe tomar acciones para eliminar las causas de las no conformidades con objeto de prevenir que vuelvan a ocurrir. Las acciones correctivas deben ser apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.

Debe establecerse un procedimiento documentado para definir los requisitos para:

- a) Revisar las no conformidades (incluyendo las quejas de los clientes),
- b) Determinar las causas de las no conformidades,
- c) Evaluar la necesidad de adoptar acciones para asegurarse de que las no conformidades no vuelvan a ocurrir,

- d) Determinar e implementar las acciones necesarias,
- e) Registrar los resultados de las acciones tomadas (véase 4.2.4).
- f) Revisar la eficacia de las acciones correctivas tomadas.

8.5.3 Acción preventiva

La organización debe determinar acciones para eliminar las causas de no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia. Las acciones preventivas deben ser apropiadas a los efectos de los problemas potenciales.

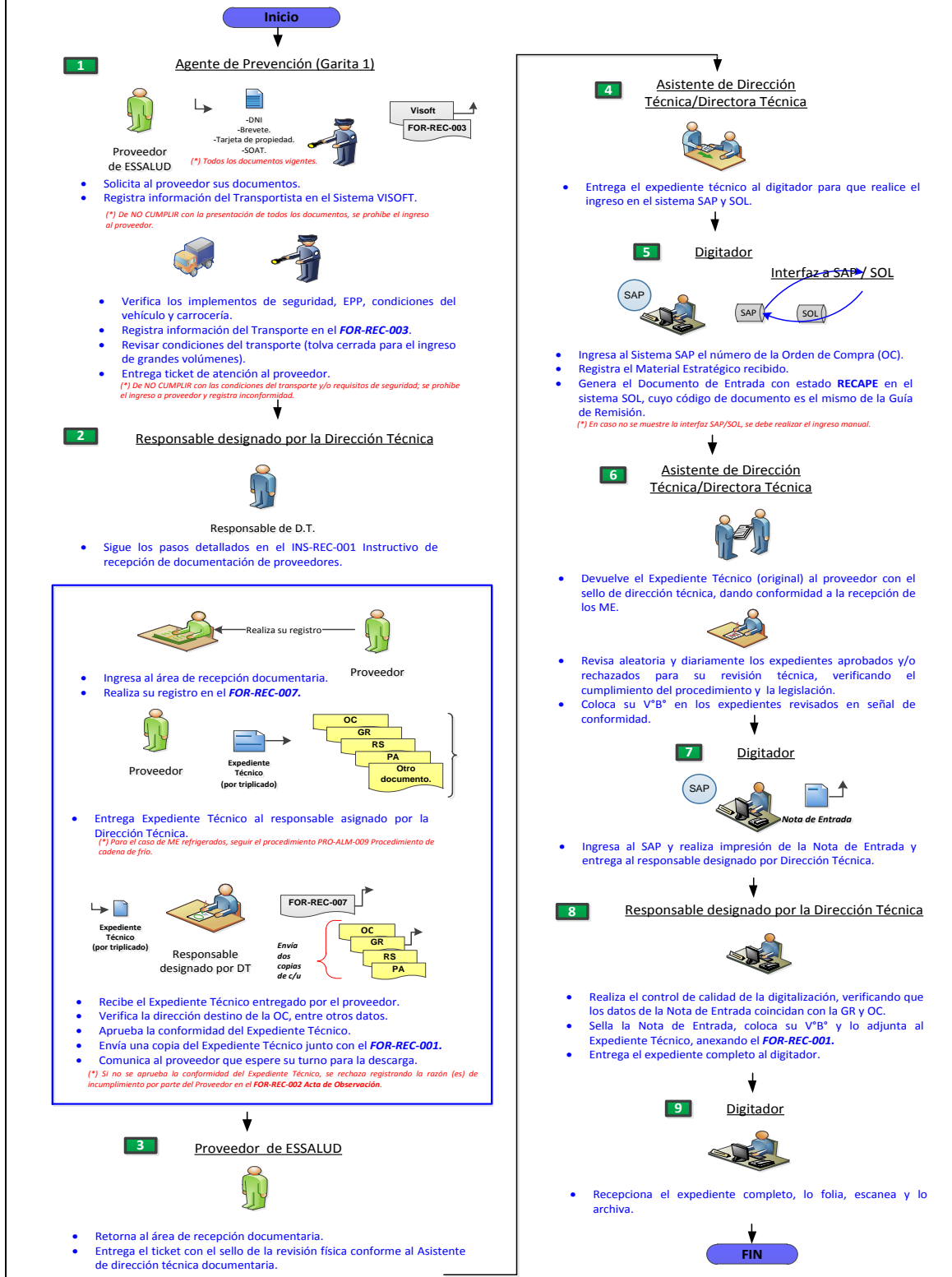
Debe establecerse un procedimiento documentado para definir los requisitos para:

- a) Determinar las no conformidades potenciales y sus causas,
- b) Evaluar la necesidad de actuar para prevenir la ocurrencia de no conformidades,
- c) Determinar e implementar las acciones necesarias,
- d) Registrar los resultados de las acciones tomadas (véase 4.2.4).
- e) Revisar la eficacia de las acciones preventivas tomadas.

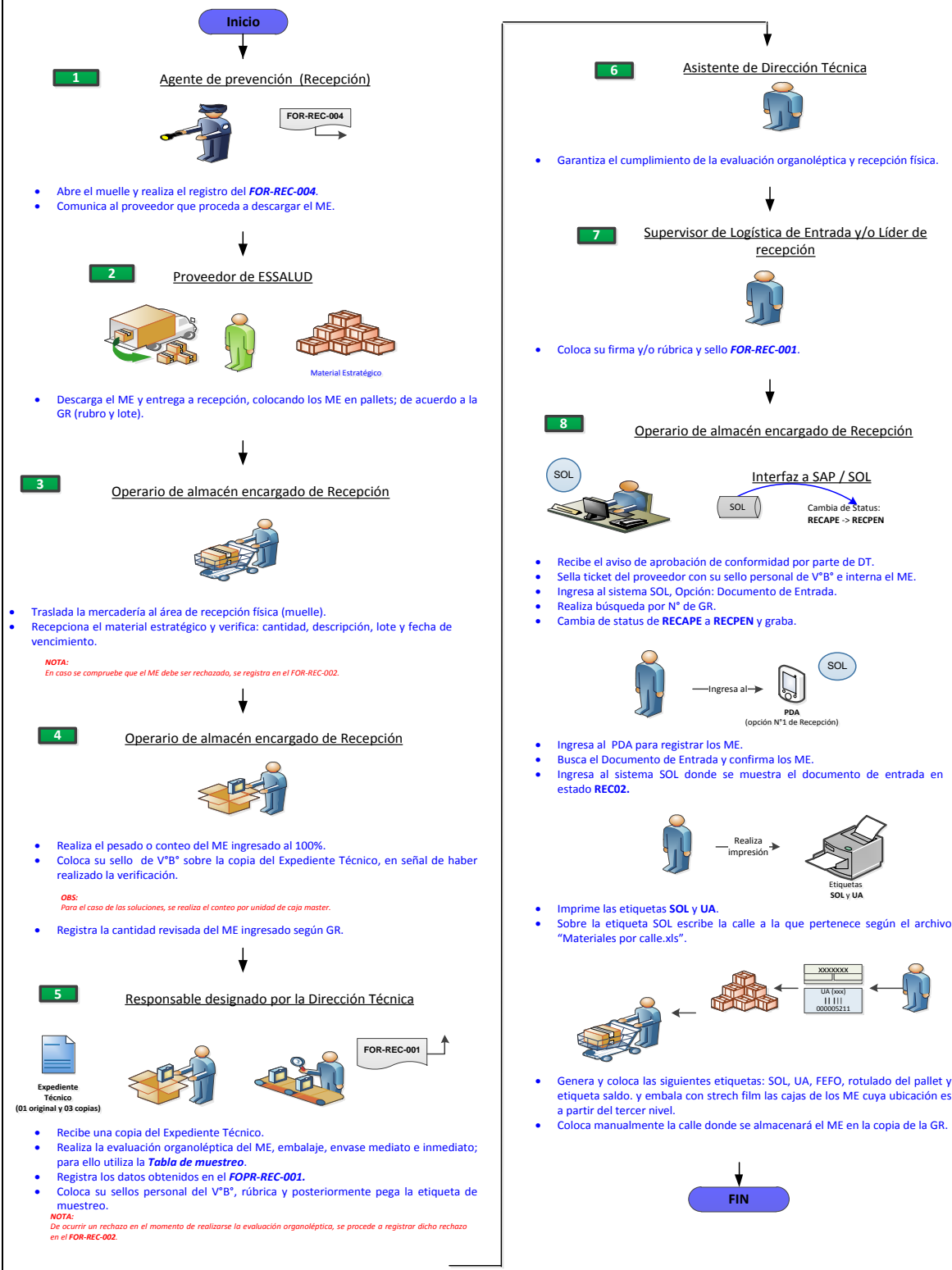
ANEXO 3: DIAGRAMAS DE FLUJO DE LOS PROCESOS OPERATIVOS

RECEPCIÓN

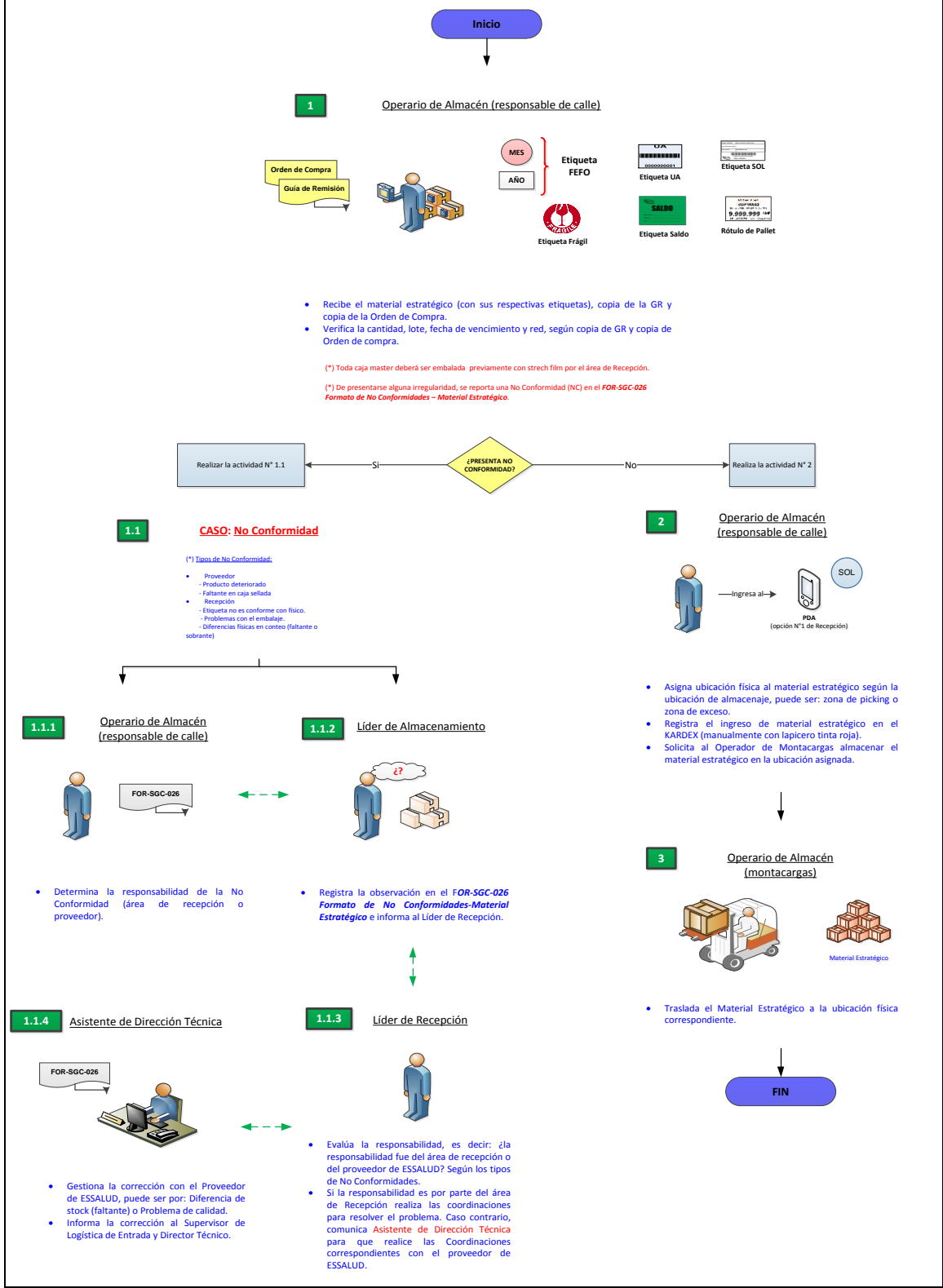
RECEPCIÓN DOCUMENTARIA



RECEPCIÓN FÍSICA



ALMACENAMIENTO

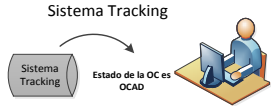


DISTRIBUCIÓN

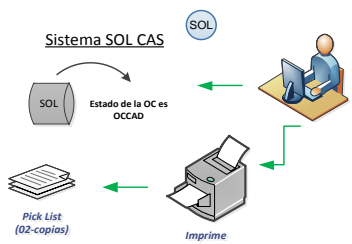
PICKING

Inicio

1 Monitor de CD



- Ingresar al Sistema Tracking.
- Revisa la información en función a los lead time por cada modalidad.
- Establece la programación del trabajo del día.



- Ingresar al Sistema SOL e imprime el **FOR-DIS-012**.
- Identifica la modalidad del pedido y coloca el sello del color correspondiente.



- Realiza un control respecto del seguimiento de la OC mediante el sistema Tracking.



- Ingresar de forma manual el número de la OC a PDA – Sistema Tracking para dar inicio al proceso de Picking.
- Entrega las copias del **FOR-DIS-012** (02-copias por cada OC) al Líder de picking.

2 Líder de Picking



- Recibe el **FOR-DIS-012**.
- Entrega el **FOR-DIS-012** a los operarios responsables de calle según rubro.

() La Orden de carga indica la calle donde están ubicados todos los ME. Así mismo, indica a modo manual la calle en la cual se deben colocar las OC's picadas.*

3 Operario de almacén (responsable de calle)



- Recibe el **FOR-DIS-012**.
- Inicia el picado del ME, previa verificación sobre la ubicación de la cantidad solicitada (zona de Picking o zona de Exceso).

Nota: Si necesitas stock de la Zona de Exceso este tiene que realizar la retira virtual del ME en el PDA – Stock Locator.

- Realiza la descarga manual respecto a la cantidad del ME correspondiente enviado en el Kardex.
- Coloca el rótulo de Pick List



- Lleva el ME a la calle indicada por el líder de Picking.

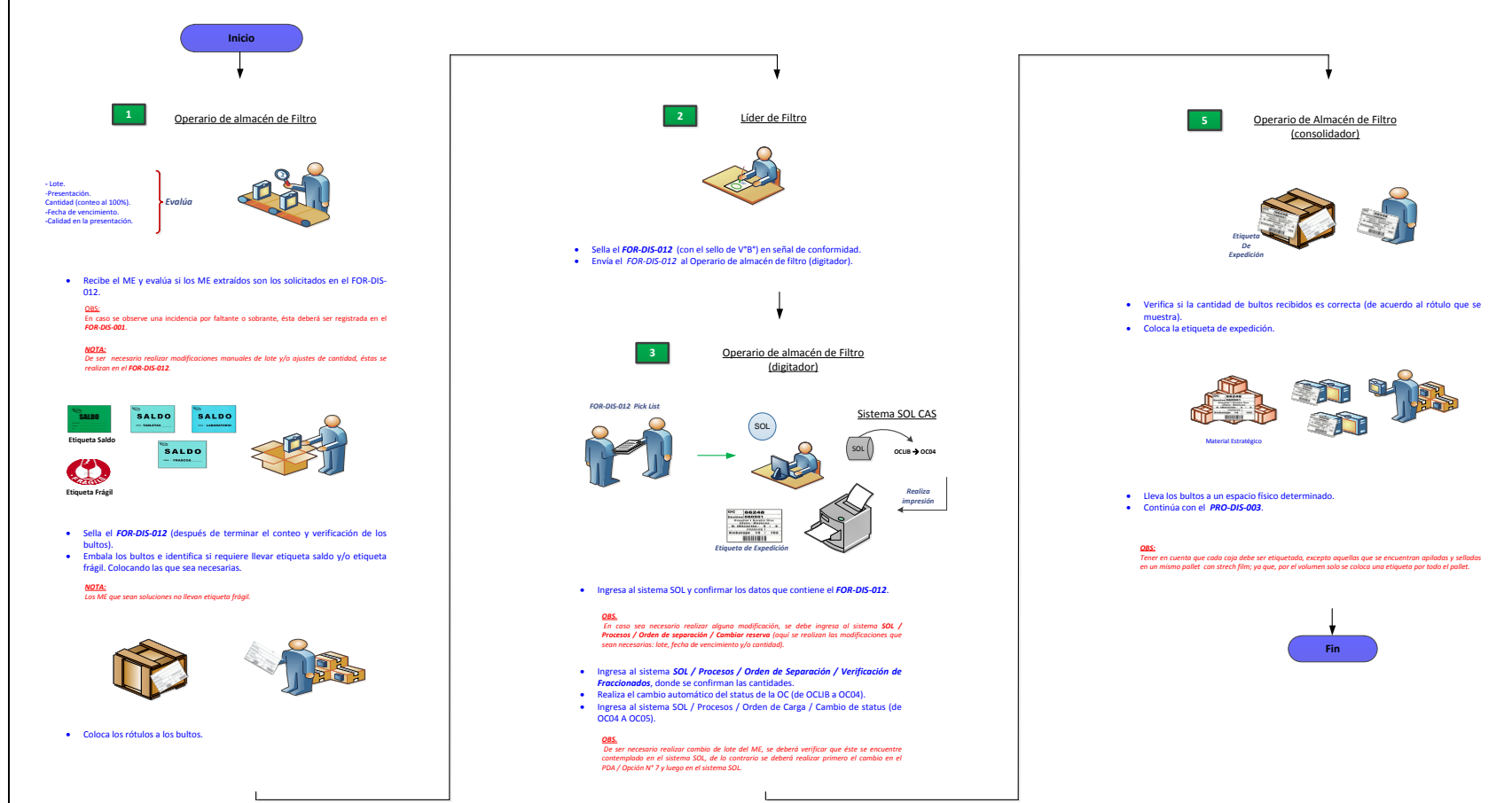
4 Líder de Picking

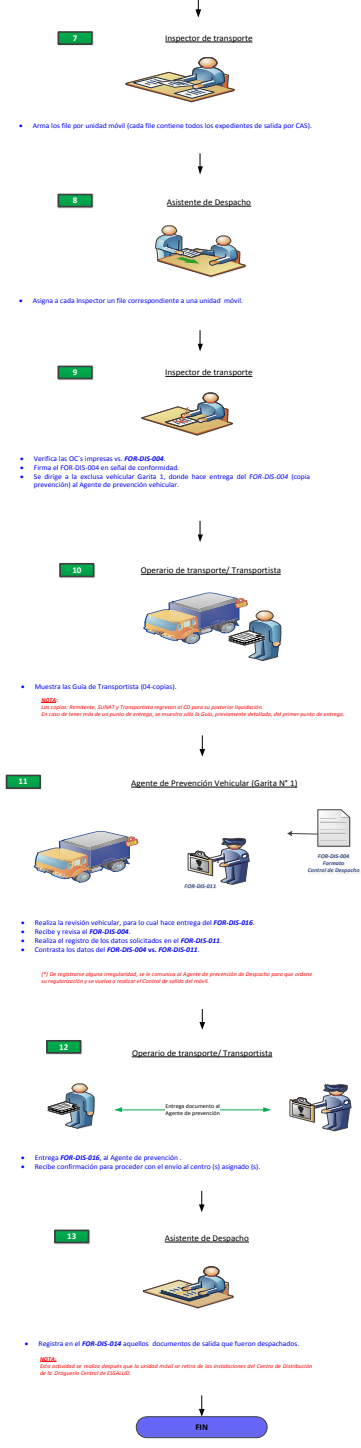
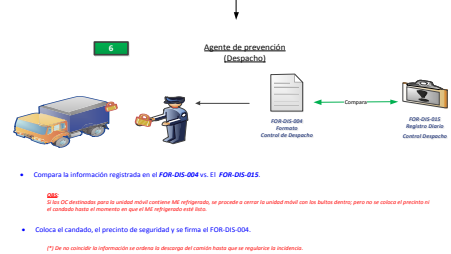
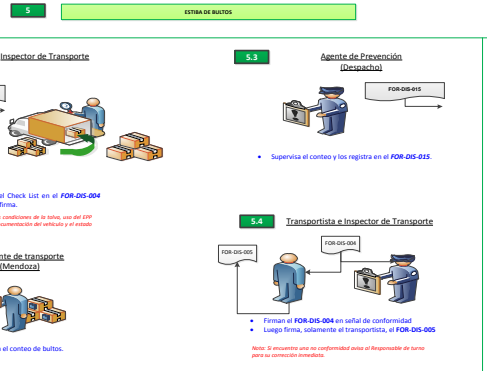
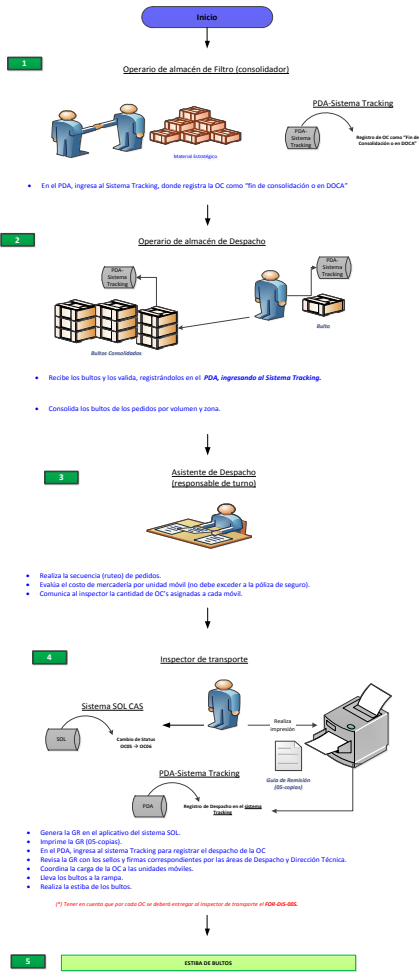


- Lleva el ME al área de Filtro, según la programación establecida en el Sistema tracking.

OTR-DIS-003

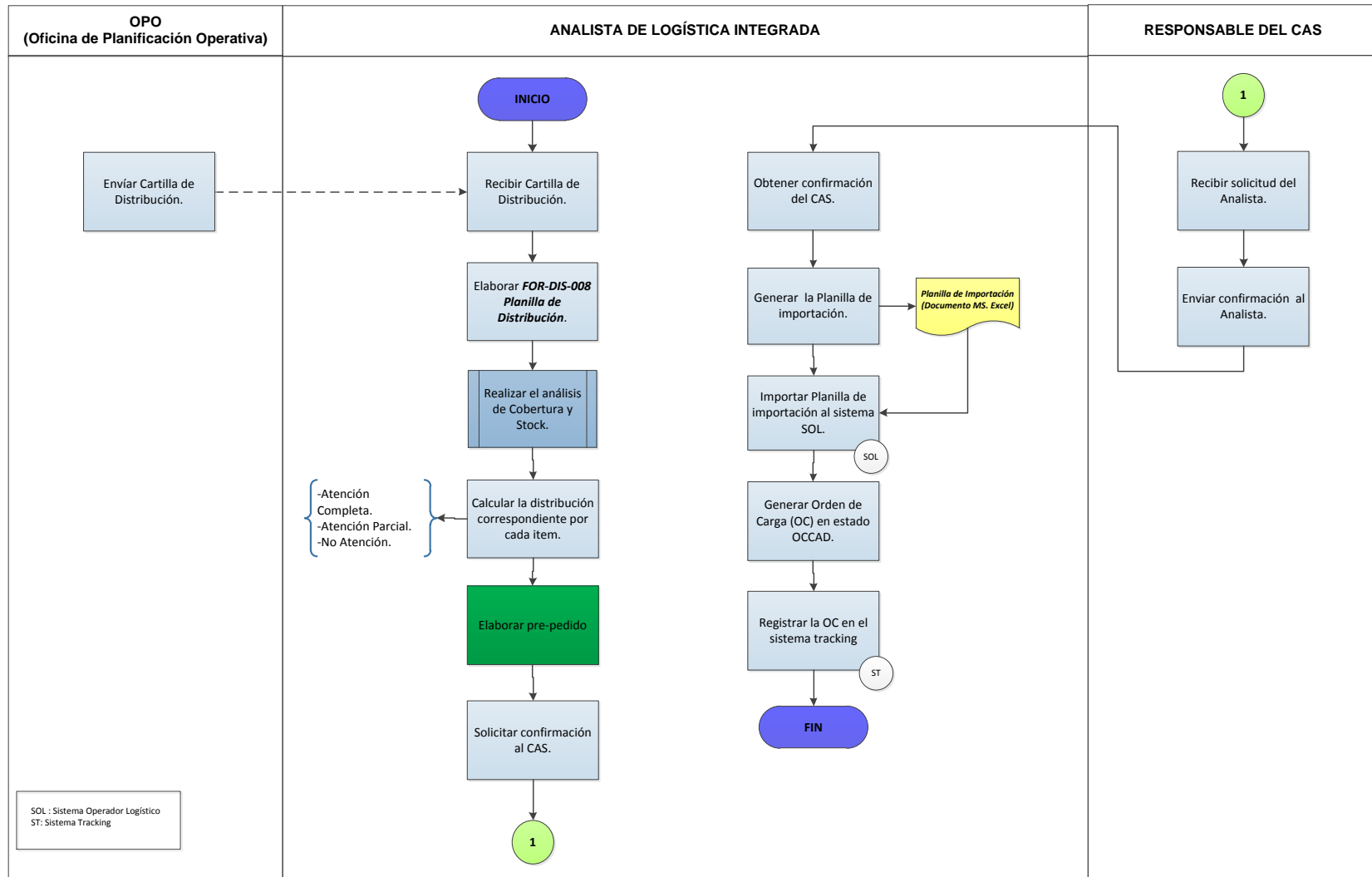
FILTRO

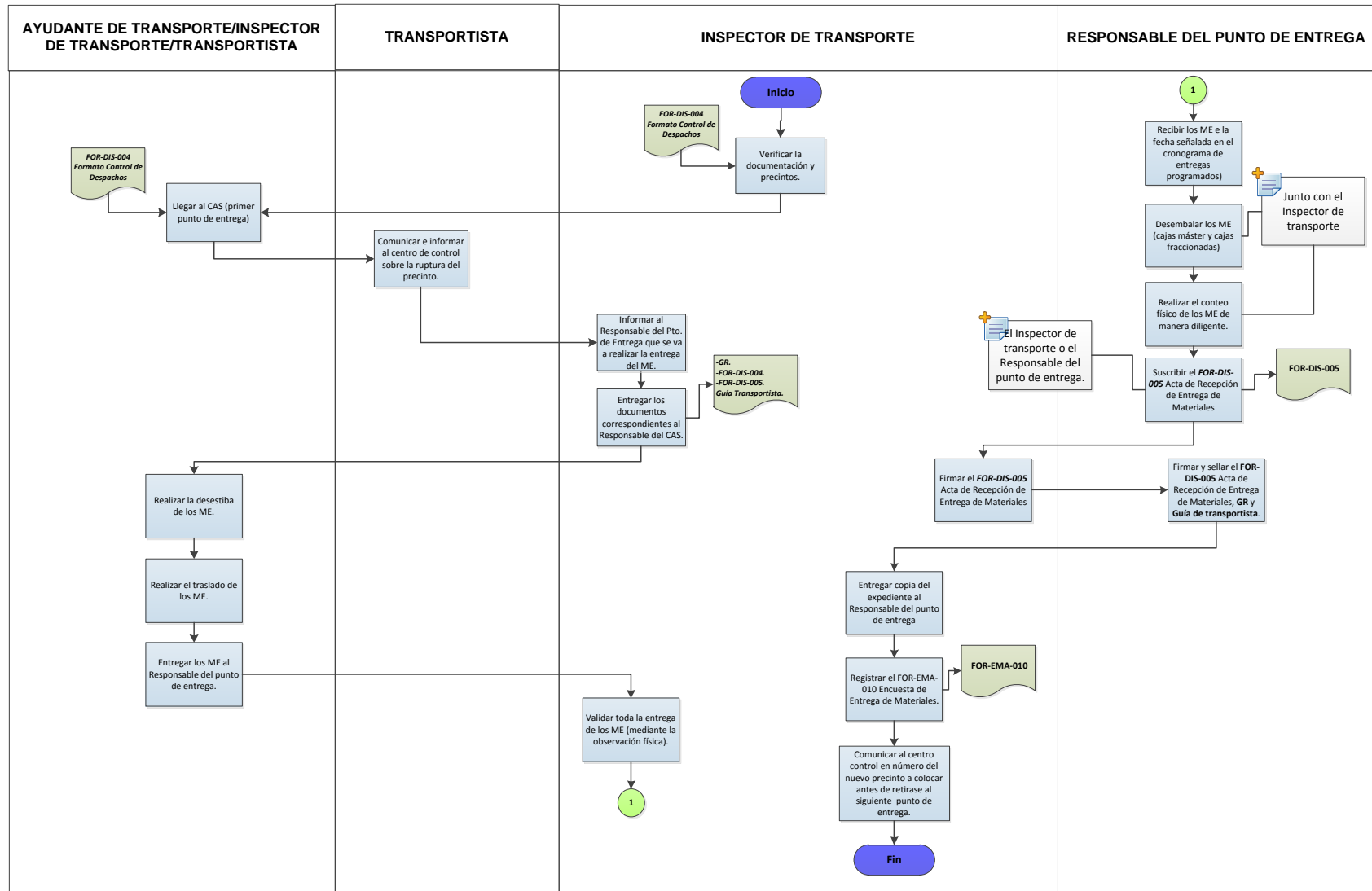


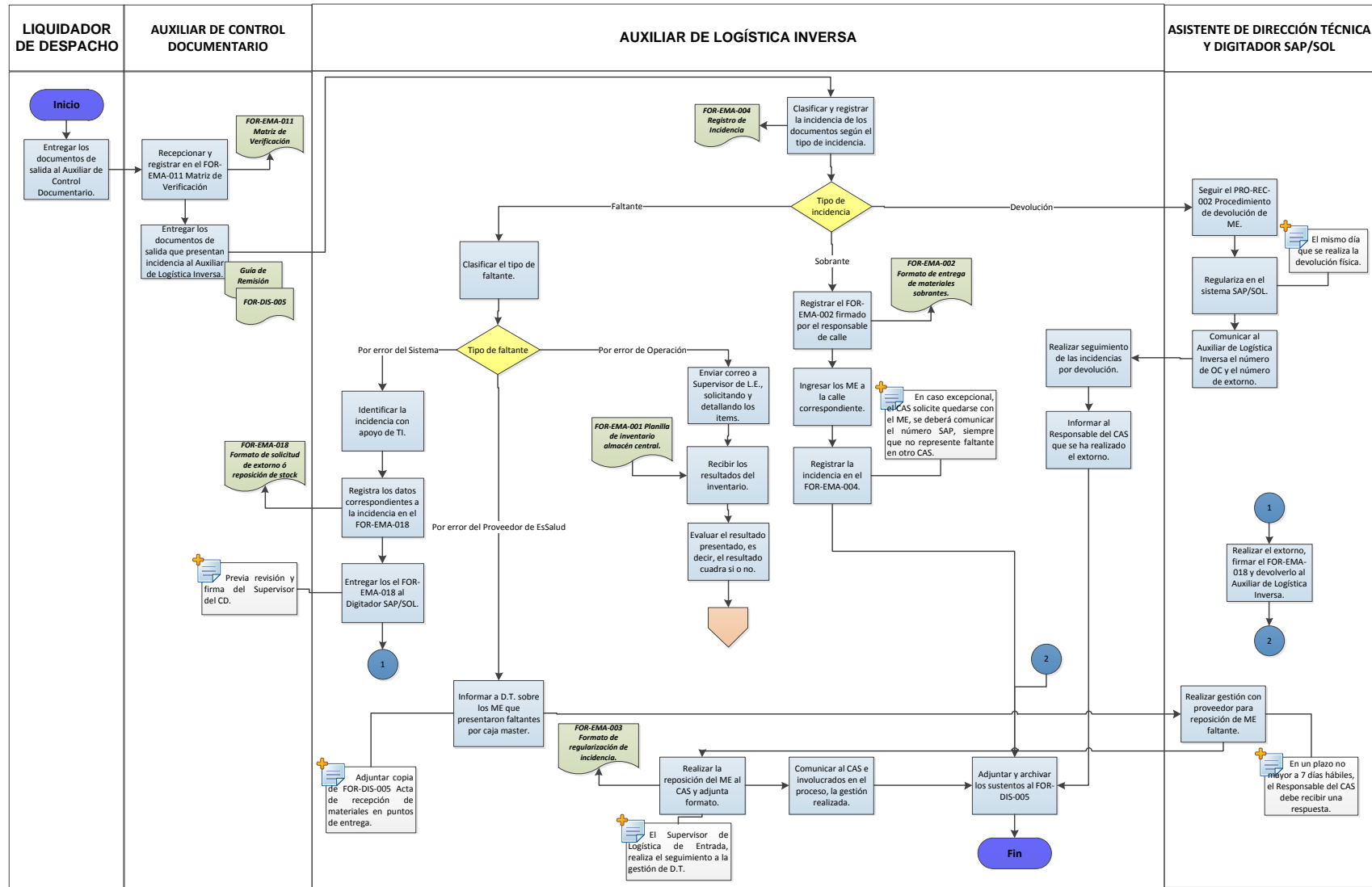


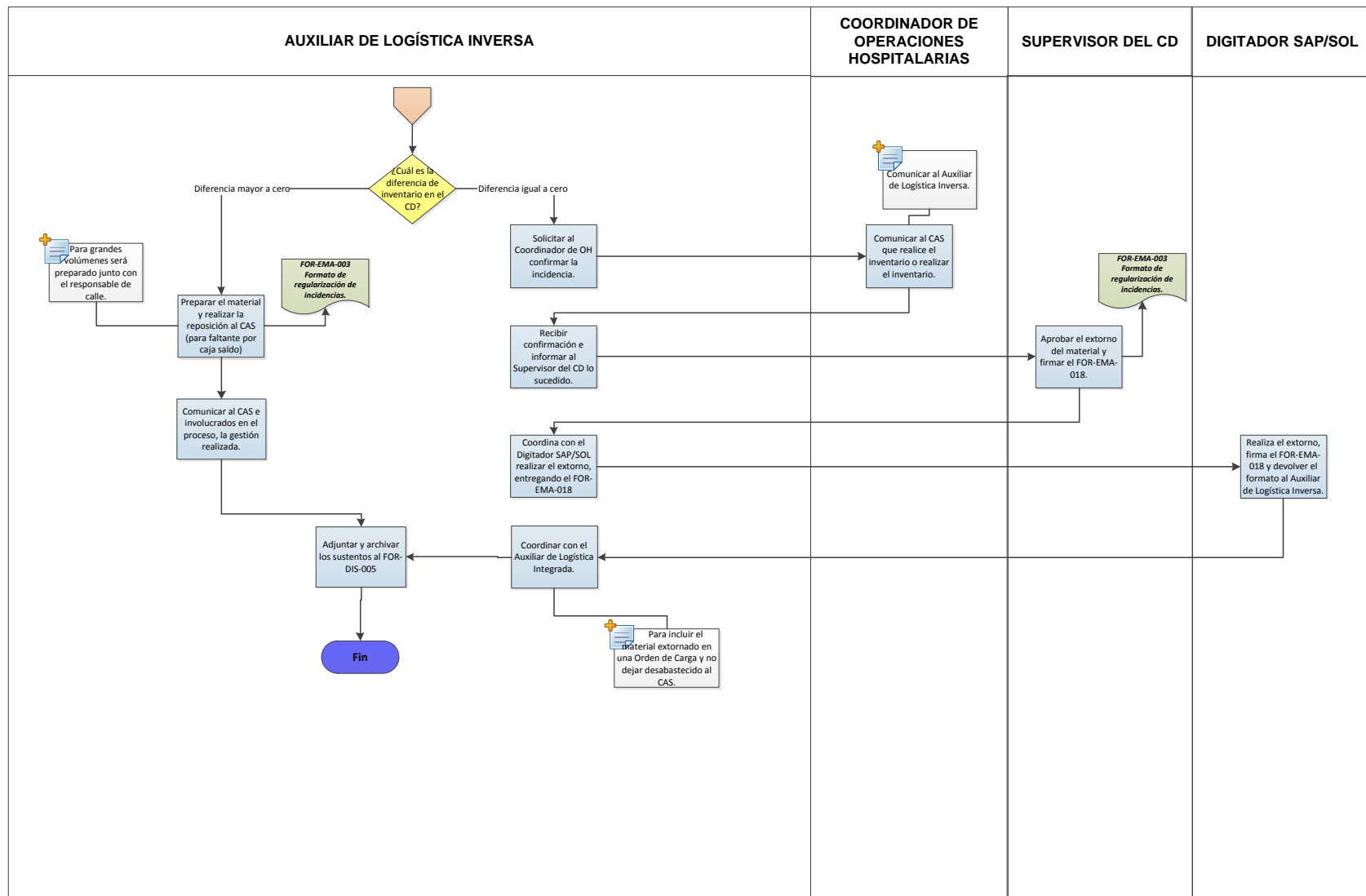
FIN

ENTREGA DE MATERIALES









ANEXO 4: GESTIÓN DEL PROYECTO

INICIACIÓN

PLANIFICACIÓN

EJECUCIÓN

MONITOREO Y CONTROL

CIERRE

ANEXO 5: REDES ASISTENCIALES DE SALUD

ERTENECEN A LA RED REBAGLIATI TIPO A	Hospital Nacional IV Edgardo Rebagliati Martins
	Hospital III Suárez Angamos
	Hospital II Cañete -Posta Médica la Quebrada - Posta Médica San Isidro
	Hospital I Uldarico Rocca Fernández
	Hospital I Carlos Alcántara Butterfield
	Clínica Central de Prevención
	Policlínico Pablo Bermúdez
	Policlínico Chincha
	Policlínico Los Próceres
	Policlínico Juan José Rodríguez Lazo
	Policlínico Villa María
	Policlínico Santa Cruz
	Centro de Atención Primaria III San Isidro
	Centro de Atención Primaria III San Juan de Miraflores
	Centro de Atención Primaria III Surquillo
	Centro Médico Mala
	UBAP Magdalena
	UBAP Barranco “Carlos Mayorga Figueroa”
	UBAP Lurín
	UBAP Manchay
UBAP Jesús María	
Centro de Urgencias “Playas del Sur”	

PERTENECEN A LA RED ALMENARA TIPO A	Hospital Nacional IV Guillermo Almenara Irigoyen
	Hospital III de Emergencias Grau
	Hospital II Vitarate
	Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador
	Hospital II Ramón Castilla
	Hospital I Aurelio Díaz Ufano y Peral
	Hospital I Jorge Voto Bernales Corpancho
	Policlínico Chosica
	Policlínico Francisco Pizarro
	Policlínico San Luis
	Centro de Atención Primaria III Huaycán
	Centro de Atención Primaria III El Agustino
	Centro de Atención Primaria III Independencia
	Centro de Atención Primaria III Alfredo Piazza Roberts
	Centro Médico Ancije
	Centro Médico Casapalca
	Posta Médica de Construcción Civil
	EsSalud en San Borja
UBAP Zárate	
UBAP Gamarra	

PERTENECEN A LA RED SABOGAL TIPO A	Hospital IV Alberto Sabogal Sologuren
	Hospital Lima Norte Callao "Luis Negreiros Vega
	Hospital II Gustavo Lanatta Luján - Huacho
	Hospital I Marino Molina Scippa
	Hospital I Octavio Mongrut Muñoz
	Centro de Atención Primaria III Fiori
	Centro de Atención Primaria III Hna. María Donrose Sutmöller
	Centro de Atención Primaria III Pedro Reyes Barboza – Barranca
	Centro de Atención Primaria III Huaral
	Centro de Atención Primaria III Bellavista
	Centro de Atención Primaria III Puente Piedr
	Centro de Atención Primaria III Carabayllo
	Centro de Atención Primaria III Metropolitano del Callao
	Centro de Atención Primaria III Luis Negreiros
	Centro de Atención Primaria II Chancay
	Centro de Atención Primaria II Paramonga
	Centro de Atención Primaria I Raura
	Centro de Atención Primaria II Sayán
	Centro de Atención Primaria I Humaya
	Centro de Atención Primaria I Oyón
	Centro de Atención Primaria I Andahuasi
	UBAP Villa Sol – Los Olivos
	UBAP El Trébol – Los Olivos
UBAP Pro Lima – Los Olivos	

**NIVELES DE ATENCIÓN, NIVELES DE COMPLEJIDAD, CATEGORÍAS DE ESTABLECIMIENTOS DEL
SECTOR SALUD Y CUADRO COMPARATIVO NACIONAL**

NIVELES DE ATENCIÓN	NIVELES DE COMPLEJIDAD	CATEGORIAS DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	MINSA	ESSALUD	PNP	FAP	NAVAL	PRIVADO
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN	1° Nivel de complejidad	I - 1	Puesto de salud		Puesto Sanitario	Posta médica	Enfermería y servicios de sanidad	Consultorio
	2° Nivel de complejidad	I - 2	Puesto de Salud con médico	Posta médica	Posta médica	Departamento sanitario	Departamento de sanidad y posta Naval	Consultorio médicos
	3° Nivel de complejidad	I - 3	Centro de Salud sin internamiento	Centro médico	Policlínico		Centro médico	Policlínicos
	4° Nivel de complejidad	I - 4	Puesto de Salud con Internamiento	Policlínico	Hospital Regional	Hospital zonal	Policlínico Naval	Centros médicos
SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN	5° Nivel de complejidad	II - 1	HOSPITAL I	Hospital i y II		Hospital Regional	Clínica Naval	Clínicas
	6° Nivel de complejidad	II - 2	HOSPITAL II	Hospital iii y IV				Clínicas
TERCER NIVEL DE ATENCIÓN	7° Nivel de complejidad	III - 1	HOSPITAL III	Hospital Nacional	Hospital Nacional	Hospital Central FAP	Hospital Naval	Clínicas
	8° Nivel de complejidad	III - 2	Instituto especializado	Instituto				Institutos

CUADRO COMPARATIVO DE LAS DIFERENTES CATEGORIAS

UNIDADES PRODUCTORAS	PUESTO DE SALUD	PUESTO DE SALUD CON MEDICO	CENTRO DE SALUD	CENTRO DE DE SALUD CON INTERNAMIENTO	HOSPITAL I	HOSPITAL II	HOSPITAL III	INSTITUTOS ESPECIALIZADOS
SALUD COM. Y AMBIENTAL	SI	SI	SI	SI	SI			
CONSULTA EXTERNA MEDICA	Itinerante	6 a 12 Hrs.	12 Hrs	12 Hrs.	12 Hrs.	12 Hrs.	12 Hrs.	12 Hrs.
*PATOLOGIA CLINICA (Laboratorio)			SI	SI	SI	SI	SI	SI
ESPECIALIDAD				Medicina General y algunas especialidades (Ginecología y Pediatría prioritariamente)	Medicina General, Medicina Interna, Pediatría, Gineco-Obstetricia, Cirugía General, Anestesiología	TODAS LAS ESPECIALIDADES	Además TODAS LAS SUBESPECIALIDADES	SOLO ESPECIALIZADES CORRESPONDIENTES AL INSTITUTO MEDICO
EMERGENCIA					SI	SI	SI	CONDICIONAL
HOSPITALIZACION					SI	SI	SI	SI
CENTRO QUIRURGICO					SI	SI	SI	CONDICIONAL
DX POR IMAGENES					SI	SI	SI	SI
HEMOTERAPIA						SI	SI	
ANATOMIA PATOLOGICA						SI	SI	SI
HEMODIALISIS							SI	
U. C. I.						General	ESPECIALIZADA	De acuerdo a su Especialidad
RADIOTERAPIA							SI	
MEDICINA NUCLEAR							SI	
TRANSPLANTE DE ORGANOS							SI	
NORMATIVIDAD								SI
INVESTIGACION DOCENCIA INTERVENCIONES DE SUB ESPECIALIDAD							SI	SI

CATEGORÍA I-1:

DEFINICIÓN

Es el tipo de Categoría del primer nivel de atención, responsable de satisfacer las necesidades de salud de la población de su ámbito jurisdiccional, a través de una atención integral ambulatoria con énfasis en la promoción de la salud, prevención de los riesgos y daños y fomentando la participación ciudadana.

CARACTERÍSTICAS

Pertenece al primer nivel de atención.

- Para el Caso del Ministerio de Salud, corresponde a un PUESTO DE SALUD.
- Presenta un ámbito de acción con una población y territorio asignado.
- Es parte de la Microrred de Salud, articulándose con los otros establecimientos de salud, para resolver los problemas sanitarios de su ámbito.
- El Puesto de Salud contará como mínimo, con un Técnico de Enfermería (debidamente capacitado) y puede adicionalmente contar con una Enfermera y/o Obstetíz.
- En los casos en los cuales no exista disponibilidad del Recurso Humano calificado, la Microrred asumirá la responsabilidad de proveer los servicios mediante atenciones itinerantes.

Profesional Itinerante	Personal Mínimo
Personal Profesional Médico.	Técnico de Enfermería y/o Enfermera y/o Obstetíz

- El tipo y la cantidad de recursos humanos serán establecidos con precisión en función al volumen de las necesidades de salud y al tamaño de la oferta que de ella se derive.

CATEGORÍA I-2:

DEFINICIÓN

Es el tipo de Categoría del primer nivel de atención, responsable de satisfacer las necesidades de salud de la población de su ámbito jurisdiccional, a través de una atención médica integral ambulatoria con énfasis en la promoción de la salud, prevención de los riesgos y daños y fomentando la participación ciudadana.

CARACTERÍSTICAS

- Pertenece al primer nivel de atención.
- Para el Caso del Ministerio de Salud, corresponde a un PUESTO DE SALUD CON MEDICO.
- Presenta un ámbito de acción con una población y territorio asignado,
- Es parte de la Microrred de Salud, articulándose con los otros establecimientos de salud, para resolver los problemas sanitarios de su ámbito.
- El Puesto de Salud con Médico además de contar con el personal que corresponde a la Categoría anterior, tendrá MEDICO GENERAL.

Personal Mínimo de ésta Categoría:
Médico General
Enfermera
Obstetríz
Técnicos y Auxiliar de Enfermería

- El tipo y la cantidad de recursos humanos serán establecidos con precisión en función al volumen de las necesidades de salud y al tamaño de la oferta que de ella se derive.

CATEGORÍA I-3:

DEFINICIÓN

Es el tipo de Categoría que pertenece al primer nivel de atención, responsable de satisfacer las necesidades de salud de la población de su ámbito jurisdiccional, brindando atención médica integral ambulatoria con acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos y daños y recuperación de problemas de salud más frecuentes a través de unidades productoras de servicios básicos de salud de complejidad inmediata superior al puesto de salud.

CARACTERÍSTICAS

- Pertenece al primer nivel de atención
- Para el caso del Ministerio de Salud corresponde a Centro de Salud Sin Internamiento.
- Presenta un ámbito de acción con una población y territorio asignado y referencial.
- Es parte de la Microrred de Salud y es el centro de referencia del Puesto de Salud con Médico.
- El Centro de Salud debe contar con un equipo de salud constituido como mínimo por:

Personal de Salud:
* Médico Cirujano o Médico Familiar
* Enfermera
* Obstetriz
* Técnico o Auxiliar de Enfermería.
* Odontólogo
* Técnico de Laboratorio.
* Técnico de Farmacia.
* Técnico o Auxiliar de Estadística.

- El tipo y la cantidad de recursos humanos serán establecidos con precisión en función al volumen de las necesidades de salud y al tamaño de la oferta que de ella se derive.
- En los casos en los cuales no exista disponibilidad de algún tipo de recurso humano calificado, la Microrred y/o Red asumirá la responsabilidad de proveer los servicios mediante atenciones itinerantes.

CATEGORÍA I-4:

DEFINICIÓN

Es el establecimiento de salud del primer nivel de atención, responsable de satisfacer las necesidades de salud de la población de su ámbito jurisdiccional, brindando atención médica integral ambulatoria y con Internamiento de corta estancia principalmente enfocada al área Materno-Perinatal, con acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos y daños y recuperación de problemas de salud más frecuentes a través de unidades productoras de servicios básicos y especializados de salud de complejidad inmediata superior al centro de salud sin internamiento.

CARACTERÍSTICAS

- Pertenece al primer nivel de atención
- Para el caso del Ministerio de Salud corresponde a un Centro de Salud con Internamiento.
- Es parte de las Microrredes de Salud y es el centro de referencia inmediato del Puesto y Centro de Salud sin Internamiento.
- El Centro de Salud con Internamiento debe contar con un equipo de salud constituido como mínimo por:

Profesionales de la Salud:	Técnicos y/o Auxiliares:
* Médico Cirujano o Médico Familiar * Médicos de la especialidad prioritariamente Gineco-Obstetra y Pediatra. * Personal de Enfermería. * Personal de Obstetricia. * Odontólogo * Puede haber Químico Farmacéutico	Técnico o Auxiliar de Enfermería. * Técnico de Laboratorio. * Técnico de Farmacia. * Técnico o Auxiliar de Estadística. * Técnico Administrativo

- El tipo y la cantidad de recursos humanos serán establecidos con precisión en función al volumen de las necesidades de salud y al tamaño de la oferta que de ella se derive.

CATEGORIA II - 1

DEFINICIÓN

Establecimiento de Salud del segundo nivel de atención, responsable de satisfacer las necesidades de salud de la población de su ámbito jurisdiccional, a través de una atención integral ambulatoria y hospitalaria en cuatro especialidades básicas que puede ser medicina interna, ginecología, cirugía general, pediatría, anestesiología, con acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos y daños, recuperación y rehabilitación de problemas de salud.

CARACTERÍSTICAS

- Pertenece al segundo nivel de atención de salud
- Para el Ministerio de Salud esta categoría corresponde al Hospital I.
- Presenta un ámbito de acción con una población y territorio asignado.

- Es el establecimiento de referencia de las microrredes de salud.
- La cantidad de recursos humanos será establecida con precisión en función a la demanda.
- Deberá contar como mínimo con los siguientes recursos humanos:

Profesionales de la Salud	Técnicos y/o Auxiliares
Médico Internista. Pediatra Gineco-obstetra. Cirujano General. Anestesiólogo. Odontólogo. Psicólogo. Enfermera/o. Lic. en obstetricia Asistente Social. Nutricionista. Químico Farmacéutico Tecnólogo Médico (en laboratorio, terapia física y radiología)	Técnico de laboratorio. Técnico de Enfermería. Auxiliar de Enfermería Técnico Sanitario Técnico o Auxiliar de Estadística. Personal Servicios Generales

CATEGORIA II-2

DEFINICIÓN

Establecimiento de Salud del segundo nivel de atención responsable de satisfacer las necesidades de salud de la población de su ámbito referencial, brindando atención integral ambulatoria y hospitalaria especializada, con énfasis en la recuperación y rehabilitación de problemas de salud.

CARACTERÍSTICAS

- Pertenece al segundo nivel de atención de salud.
- Para el Ministerio de Salud esta categoría corresponde al Hospital II
- En el Sector Público, no tiene población asignada directa, sino población referencial regional de las redes y establecimientos de categoría II -1 de su jurisdicción.
- La cantidad de recursos humanos será establecida con precisión en función a la demanda.
- Esta categoría de establecimiento de salud, contará como mínimo con los siguientes recursos humanos del nivel profesional, técnico y auxiliar además de lo consignado en la categoría anterior:

Profesionales médicos	Otros profesionales	Técnicos y/o Auxiliares
<p>Adicionalmente a lo consignado en la categoría anterior</p> <p>Cardiólogo</p> <p>Médico especialista en Medicina de Rehabilitación</p> <p>Neurólogo</p> <p>Neumólogo</p> <p>Gastroenterólogo</p> <p>Reumatólogo</p> <p>Psiquiatra.</p> <p>Oftalmólogo</p> <p>Otorrinolaringólogo</p> <p>Traumatólogo</p> <p>Urólogo</p> <p>Patólogo Clínico</p> <p>Radiólogo</p> <p>Anátomo-Patólogo</p>	<p>Profesional de la salud con post grado (maestría o PREC) en epidemiología</p> <p>Administrador Estadístico</p> <p>Contador.</p>	<p>Técnico de laboratorio</p> <p>Técnico de Enfermería</p> <p>Auxiliar de Enfermería</p> <p>Técnico en Estadística</p> <p>Técnico o Auxiliar Administrativo</p> <p>Personal Servicios Generales</p> <p>Técnicos especialistas en Informática</p> <p>Auxiliares</p> <p>Artesanos</p>

CATEGORIA III-1

DEFINICIÓN

Establecimiento de Salud pertenece al tercer nivel de atención responsable de satisfacer las necesidades de salud de la población de su ámbito referencial, brindando atención integral ambulatoria y hospitalaria altamente especializada, con énfasis en la recuperación y rehabilitación de problemas de salud a través de unidades productoras de servicios de salud médico quirúrgicos de alta complejidad.

CARACTERÍSTICAS

- Pertenece al tercer nivel de atención.
- Para el Ministerio de salud esta categoría corresponde al Hospital III.
- En el Sector Público, no tiene población asignada directa, sino población referencial nacional y regional.
- Se ubica a nivel del ámbito nacional y constituye el centro de referencia de mayor complejidad nacional y regional.
- La cantidad de recursos humanos será establecida con precisión en función de la demanda.
- Esta categoría de establecimiento de salud, contará como mínimo con los siguientes recursos humanos del nivel profesional, técnico y auxiliar.

Profesionales médicos	Otros profesionales	Técnicos y/o Auxiliares
<p>Adicionalmente a lo consignado en la categoría anterior</p> <p>Dermatólogo</p> <p>Endocrinólogo</p> <p>Hematólogo</p> <p>Infectólogo</p> <p>Oncólogo</p> <p>Cirujano Oncólogo</p> <p>Cirujano de Tórax y Cardiovascular</p> <p>Cirujano plástico</p> <p>Cirujano de cabeza y cuello</p> <p>Neurocirujano</p> <p>Neonatólogo</p> <p>Nefrólogo.</p> <p>Emergenciólogo.</p> <p>Geriatra.</p> <p>Cirujano Pediatra</p>	<p>Odontólogo especializado</p> <p>Administrador</p> <p>Estadístico</p> <p>Ingeniero de sistemas</p> <p>Contador.</p> <p>Economista.</p>	<p>Lo consignado en la categoría anterior</p>

CATEGORIA III-2

DEFINICIÓN

Establecimiento de Salud del tercer nivel de atención de ámbito nacional que propone normas, estrategias e innovación científico tecnológica en un área de la salud o etapa de vida a través de la investigación, docencia y prestación de servicios de salud altamente especializados que contribuye a resolver los problemas prioritarios de salud.

CARACTERISTICAS

- Pertenece al tercer nivel de atención.
- Para el Ministerio de Salud esta categoría corresponde a Instituto Especializado.
- Establecimientos de salud y de investigación altamente especializados en el ámbito nacional
- Constituye el Centro de Referencia especializado de mayor complejidad
- Cuenta con un equipo de profesionales altamente especializados que garantiza la investigación y el desarrollo de técnicas médico quirúrgicas de alta complejidad

ANEXO 6: PLAN DE ENCUESTA

1. OBJETIVO:

Describir la metodología a utilizar para evaluar y medir el nivel de satisfacción de los usuarios respecto del servicio de entrega de materiales brindados por la Sociedad operadora (SALOG).

2. FINALIDAD:

La recolección de la información por medio de las encuestas, tienen como finalidad dar a conocer las percepciones y expectativas que tienen los Responsables de almacén (medicina y material médico) en los Centros Asistenciales de Salud (CAS).

A continuación, se detalla el significado de percepción y expectativa para el presente documento:

- Las percepciones, se refieren a cómo el usuario HA RECIBIDO la atención en el servicio brindado por la Sociedad Operadora.
- Las expectativas, que se refieren a cómo el usuario ESPERA RECIBIR la atención en el servicio brindando por la Sociedad Operadora.

3. METODOLOGÍA:

La metodología a seguir, es la siguiente:

- 3.1 Se define las fuentes de información a emplear (primarias y secundarias) y el perfil del usuario al que va dirigido el presente el presente documento.
- 3.2 Se aplica el análisis de Pareto para elegir la muestra representativa de Centros a encuestar, estableciendo para ello la secuencia y el cronograma del Plan de Encuesta.
- 3.3 Se presenta la ficha de encuesta aprobada, la misma que será plasmada al final del presente documento.
- 3.4 La encuesta será realizada de modo personal, para garantizar la veracidad de la información.
- 3.5 Se utilizan las siguientes fuentes secundarias como herramienta de identificación para el muestreo:
 - Listado de CAS Vip.
 - Registro de incidencias por CAS.
 - Registro de OC's despachadas por.
Correspondientes a los últimos seis meses previos a la encuesta.

4. PERFIL DEL PÚBLICO OBJETIVO:

Se consideran las siguientes variables de segmentación: demográfica, socio-económica y conductual.

En las variables demográfica y socioeconómica se considera los siguientes criterios:

- Condición del encuestado; puede corresponder a la posición de: Encargado, Asistente u Otro.
- Edad del encuestado; pregunta abierta.
- Sexo; pregunta para marcar.
- Nivel de estudios; puede clasificar a los usuario en: Secundaria, Superior Técnico o Superior Universitario.
- Tiempo en el cargo; considera los rangos: Menor a 3 meses, Entre 3 y 6 meses, Entre 6 y 12 meses, y Mayor a 12 meses.

Luego, se analizan características conductuales, como las descritas a continuación:

- Nivel de criticidad; que clasifica a los centros identificando a los llamados CAS Vip, es decir aquellos con mayor prioridad sobre los demás por el nivel de reclamos que presentan u otros factores.
- Niveles de incidencias; es decir aquellos centros que presentan un mayor número de incidencias presentadas.
- Nivel de despachos; es decir aquellos Centros que originan la generación de mayores OC's y por tanto, despachos.

5. SEGMENTACIÓN DEL PÚBLICO OBJETIVO:

Aplica a toda la población de Centros Asistenciales de Salud, que son abastecidos por la Sociedad Operadora según el contrato de APP ESSALUD-SALOG, los cuales están conformados por 60 Centros de la Red de EsSalud de Lima y Provincias, clasificados entre ellos en 03 Redes y la Sede Central, los cuales son:

- Red Sabogal.
- Red Almenara.
- Red Rebagliati.
- Sede Central.

A continuación se detalla la lista de Centros Asistenciales correspondientes a cada Red de EsSalud de Lima y Provincias.

SABOGAL	ALMENARA	REBAGLIATI
Hospital Sabogal	Hospital Almenara	Hospital Rebagliati
Negreiros CAP	San Luis	Hospital II Angamos
Metropolitano	Hospital III Grau	General Suárez
Mongrut	Hospital II Vitarte	Lurín
Bellavista	H. Geriátrica San Isidro Labrador	Cañete
Hospital G. Lanatta – Huacho	Hospital Voto Bernales	Hospital I Uldarico Rocca Fernández
Pol. Fiori	Hospital Aurelio Díaz Ufano	H. Carlos Alcántara Butterfield
C.AP III Carabaylo	Policlínico Ramón Castilla	Clínica Central de Prevención
Marino Molina	Policlínico Chosica	Pol. Pablo Bermúdez
Pol. Hna. María Donrose Sutmöller	Policlínico Francisco Pizarro	Policlínico Chinchá
CAP-III "Pedro Reyes Barboza" – Barranca	CAP III Huaycán	Policlínico Los Próceres
Pol. Pedro Arbulú – Huaral	CAP III El Agustino	Pol. Juan José Rodríguez Lazo
CAP (Udap) Puente Piedra	CAP Independencia	CAP San Isidro
CAP Chancay	Centro Médico Ancije	Policlínico Villa María
Posta Médica Paramonga	Centro Médico Casapalca	Policlínico Santa Cruz
Posta Médica Sayán	CAP III. Alfredo Piazza Roberts	CAP III San Juan de Miraflores
Posta Médica Humaya	Construcción Civil	Surquillo
Hospital Lima Norte		Centro Médico Mala
Posta Médica Raura	SEDE CENTRAL	
Posta Médica Oyón	Salud Renal	
	INCOR	
	PADOMI	
	STAE	
	Programas	
	Hospital Perú	

Tabla 1. Red de EsSalud en Lima y Provincias de Lima

6. POBLACIÓN Y MUESTRA:

Para la realización de las encuestas, se escoge una muestra en base a tres aspectos ya descritos anteriormente:

- Nivel de Criticidad – Peso 2
- Niveles de Incidencias – Peso 3
- Nivel de Despachos – Peso 4

Se asigna un peso a cada indicador, que conjuntamente al puntaje obtenido por el Centro Asistencial de Salud, en cada criterio, y haciendo uso del principio de Pareto, se obtendrá la muestra final de CAS a encuestar.

6.1 Nivel de criticidad:

Se trabaja con la lista de los CAS, evaluando de acuerdo al valor asignado a la criticidad y puntaje. El puntaje utilizado para determinar la muestra es de 1 a 4, siendo 1 el valor asignado al más crítico (CAS Vip) y 4 al menos crítico; y para determinar el puntaje, se asigna el valor más alto al CAS más crítico.

6.2 Nivel de Incidencia:

Del registro de incidencia correspondiente a los seis meses previos a la encuesta, se obtiene el total de incidencias registradas por cada CAS. Asignando a cada uno un puntaje de acuerdo a su nivel de incidencias, siendo mayor el valor para los CAS con mayores registros de incidencias.

6.3 Nivel de Despacho:

Del registro de OC's despachadas correspondiente a los seis meses previos a la encuesta, se tiene el total de despachos registrados por cada CAS. Asignando a cada uno un puntaje de acuerdo a su nivel de despachos, siendo mayor el valor para los CAS con mayores despachos presentados.

Hecha la asignación de puntaje a cada CAS y de peso a cada criterio, se procede a calcular el puntaje total ponderado para cada uno, teniendo en cuenta ambos valores. Después se realiza el análisis de Pareto, se obteniendo la lista final de CAS a encuestar.

7. FRECUENCIA DE ENCUESTA:

El presente documento, establece que ésta sea aplicada con una frecuencia semestral (6 meses), tiempo prudente y necesario para recoger de forma eficiente la información de interés.

Se define la fecha de realización para efectuar la encuesta.

8. CRONOGRAMA DE ENCUESTA:

Teniendo en cuenta la ubicación de los CAS escogidos, se elabora el cronograma de encuesta.

9. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:

Para el análisis de los resultados, se utilizará el modelo SERVQUAL. Dicho modelo mide lo que el cliente espera de la organización que presta el servicio en cinco dimensiones: fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía y elementos tangibles. El cliente contrasta lo que espera del servicio prestado con lo que percibe del servicio en las 5 dimensiones.

A través del SERVQUAL, se obtiene:

- Índice de Calidad de servicio (ICS):
- Promedio de Percepción –Promedio Expectativa.

La interpretación de este índice se hace con base en que si es un número negativo indica que las expectativas son mayores que las percepciones, si el número es positivo, indica que la percepciones de los clientes están por arriba de las expectativas, lo que significa que la empresa si está cumpliendo con sus expectativas con el porcentaje obtenido.

La meta del ICS es cero, es decir el cliente recibió lo que esperaba.

Escala de medición Likert:

Es un método de pregunta bipolar que mide tanto lo positivo como lo negativo de cada enunciado. Se aplican con 5,7,9,10 grados. en la práctica se usa la de 5 y 7 grados.

- 1-totalmente insatisfecho RSC= 0-20%
- 2.-insatisfecho RSC=20-40%
- 3.-ni satisfecho ni insatisfecho RSC=40-60%
- 4.-satisfecho RSC=60-80%
- 5.-totalmente satisfecho RSC=80-100%

RSC=Rango de Satisfacción del Cliente.

10. MÉTODO DE ANÁLISIS:

- **Fiabilidad:** Habilidad para realizar el servicio de modo cuidadoso y fiable.

- **Capacidad de respuesta:** Disposición y voluntad para ayudar a los usuarios y proporcionar un servicio rápido.
- **Seguridad:** Conocimiento del servicio prestado, cortesía de los empleados y su habilidad para transmitir confianza al cliente.
- **Empatía:** Atención personalizada que dispensa la organización a sus clientes.
- **Elementos tangibles:** Apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación.

11. ANEXOS:

FOR-EMA-009 Formato de Encuesta de Satisfacción.



ENCUESTA PARA EVALUAR LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO
DE ENTREGA DE MATERIALES BRINDADO POR LA SOCIEDAD OPERADORA
(SALOG)

Código: 00000000000000000000

VERSIÓN: 00

VIGENCIA: 27/09/2013

Nombre del encuestador:	_____		
Centro Asistencial de Salud:	_____		
Fecha:	Hora de inicio:	Hora final:	
Estimado usuario (a), estamos interesados en conocer su opinión sobre la calidad de atención que recibieron en el servicio de Entrega de Materiales.			
DATOS GENERALES DEL ENCUESTADO:			
1. Nombre del encuestado:	_____		
2. Condición del encuestado:	Encargado	<input type="checkbox"/>	
	Asistente	<input type="checkbox"/>	
	Otro	<input type="checkbox"/>	
3. Edad del encuestado en años:	<input type="text"/>		
4. Sexo:	Masculino	<input type="checkbox"/>	
	Femenino	<input type="checkbox"/>	
5. Nivel de estudio:	Secundaria	<input type="checkbox"/>	
	Superior Técnico	<input type="checkbox"/>	
	Superior Universitario	<input type="checkbox"/>	
6. Tiempo en el cargo:	Menor a 3 meses	<input type="checkbox"/>	
	Entre 3 y 6 meses	<input type="checkbox"/>	
	Entre 6 y 12 meses	<input type="checkbox"/>	
	Mayor a 12 meses	<input type="checkbox"/>	
_____ FIRMA Y SELLO DE LA PERSONA ENCUESTADA		_____ FIRMA Y SELLO DEL ENCUESTADOR	

EXPECTATIVAS						
En primer lugar, califique las expectativas, que se refieren a la IMPORTANCIA que usted le otorga a la atención que espera recibir en el servicio de la Sociedad Operadora.		Muy Baja	Baja	Media	Alta	Muy Alta
Nº	Preguntas	1	2	3	4	5
Transporte - Entrega de materiales en los CAS						
1	E Que las unidades de transporte de la Sociedad Operadora cumplan con las Buenas Prácticas de Transporte (Limpieza, Apilamiento adecuado, Carga, Condiciones de temperatura, etc.)					
2	E Que el personal de la Sociedad Operadora tenga un aspecto agradable (aseo, presentación, etc).					
3	E Respecto a la entrega de material a la Sociedad Operadora cumple con los tiempos ofrecidos y acordados para la entrega de pedidos programados.					
4	E Que la Sociedad Operadora conduzca los transferencias y traslado en el tiempo prometido.					
5	E Que cuando se presente una incidencia la Sociedad Operadora la regularice dentro de los límites establecidos.					
6	E Que la Sociedad Operadora comuniqué a los usuarios cuándo se dará la regularización de una incidencia.					
7	E Que los empleados de la Sociedad Operadora sean amables con los usuarios.					
8	E Que la Sociedad Operadora cumpla con el cronograma de entrega de pedidos programados de medicamentos y material médico.					
Abastecimiento de materiales (Gestión Logística Integrada)						
1	E Que nos sirvamos seguros de nuestras transacciones con la Sociedad Operadora.					
2	E Que los empleados de la Sociedad Operadora sean amables con los usuarios.					
3	E Que la Sociedad Operadora tenga horarios de trabajo convenientes para todos sus usuarios.					
4	E Que la Sociedad Operadora ofrezca una atención personal a sus clientes.					
5	E Que la Sociedad Operadora entienda sus necesidades específicas.					
6	E Que la Sociedad Operadora le brinde la información necesaria para la adecuada gestión de abastecimiento (reportes de agotados, próximos a vencer, solicitudes, inventarios, cumplimiento de BPA)					
7	E Que la Sociedad Operadora le comunique oportunamente los materiales que va a recibir, y así evitar devoluciones.					
Gestión de mantenimiento						
1	E Por Contrato la Sociedad Operadora le debería brindar a su CAS ciertos equipos, dichos equipos deben ser de calidad y funcionar adecuadamente.					
2	E Que la sociedad operadora cumple con los tiempos ofrecidos y a condición para el mantenimiento correctivo de los equipos.					
3	E Que cuando se presente un problema, la Sociedad Operadora muestre sincero interés en solucionarlo.					
4	E Que el personal de la Sociedad Operadora sea competente y profesional.					
Atenciones Hospitalaria (Gestión de coordinaciones)						
1	E Que cuando se presente un problema, la Sociedad Operadora muestre sincero interés en solucionarlo.					
2	E Que los empleados de la Sociedad Operadora demuestren esta necesidad para ofrecer un buen servicio.					
3	E Que la Sociedad Operadora mejore los procesos internos que se desarrollan en los CAS (Optimización de recursos, mejora en el nivel del servicio al asegurado)					
4	E Que los manuales, procedimientos y políticas elaboradas por la Sociedad Operadora sean entendibles y se adecúen a la realidad del CAS.					
5	E Que el personal de la Sociedad Operadora tenga un aspecto agradable (aseo, presentación, etc)					

PERCEPCIONES

En segundo lugar, clasifique las percepciones, que se refieren a como usted HA RECIBIDO la atención en el servicio brindado por la Sociedad Operadora

Nº	Preguntas	Calificación de acuerdo a la escala				
		1	2	3	4	5
Transporte - Entrega de materiales en los CAS						
1	P ¿Las Unidades de Transporte de SALOS son adecuadas y aptas para el transporte de materiales estratégicos, es decir cumplen con las Buenas Prácticas de Transporte (Limpieza, ambiente adecuado, condiciones de temperatura)					
2	P ¿El personal de SALOS tiene un aspecto agradable (aseo, presentación, etc) ?					
3	P SALOS cumple con los tiempos ofrecidos y acordados para la entrega de pedido no programados.					
4	P ¿SALOS conduce las referencias/trámites en el tiempo prometido?					
5	P ¿SALOS regulariza las incidencias presentadas durante la entrega de materiales en los plazos establecidos?					
6	P SALOS comunica a los usuarios cuándo se culminará con la regularización de alguna incidencia?					
7	P ¿Los empleados de SALOS son amables con los usuarios?					
8	P SALOS cumple con el cronograma de entrega de pedidos programados de medicina médica y material médico?					
Abastecimiento de materiales (Gestión Logística Integrada)						
9	P ¿Se siente seguro de las transacciones realizadas con SALOS?					
10	P Los empleados de SALOS son amables con los usuarios?					
11	P ¿SALOS tiene horario de trabajo conveniente para todos sus usuarios?					
12	P ¿SALOS ofrece una atención personalizada a sus clientes?					
13	P ¿SALOS muestra interés en sus necesidades específicas?					
14	P ¿SALOS le brinda la información necesaria para la adecuada gestión de abastecimiento (reportes de agotados, próximos a vencer, saldos, inventarios, cumplimiento de BPA)?					
15	P ¿SALOS le comunica oportunamente los materiales que va a recibir, para así evitar devoluciones?					
Gestión de mantenimiento						
16	P ¿Los equipos implementados por SALOS, son de calidad y funcionan adecuadamente?					
17	P ¿SALOS cumple con los tiempos ofrecidos y acordados para el mantenimiento correctivo de los equipos?					
18	P ¿SALOS mostró un sincero interés en solucionar su problema?					
19	P ¿El personal de mantenimiento de SALOS se mostró competente y profesional?					
Operaciones Hospitalaria (Gestión de coordinadores)						
20	P ¿El personal de Operaciones Hospitalarias muestra un interés sincero en solucionar algún problema que se presente en el CAS?					
21	P ¿El personal de Operaciones Hospitalarias demuestra estar capacitado para ofrecer un buen servicio?					
22	P ¿SALOS ha logrado mejorar los procesos internos que se desarrollan en los CAS (recepción, almacenamiento, abastecimiento interno)?					
23	P ¿Los procedimientos, manuales y políticas elaborados por SALOS son entendibles y se adecúan a la realidad del CAS?					
24	P ¿El personal de SALOS tiene un aspecto agradable (aseo, presentación, etc) ?					

CRONOGRAMA DE ENCUESTAS – OCTUBRE 2013

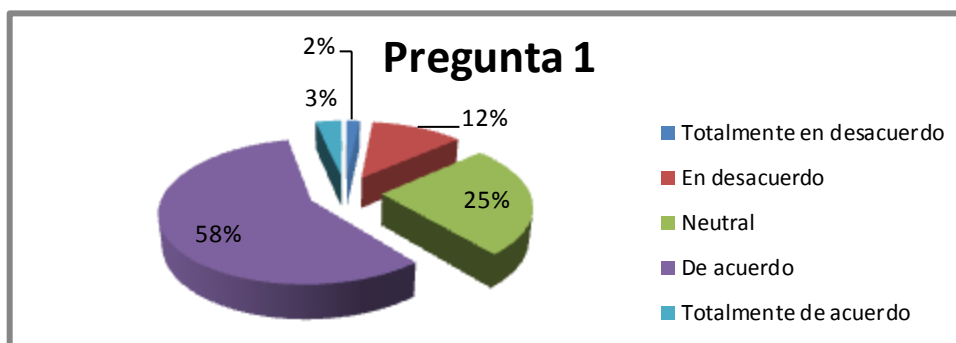
FECHA VISITA	CAS
09/10/2013	Policlínico Villa María
09/10/2013	Uldarico Rocca - Villa El Salvador
09/10/2013	Juan José Rodríguez Lazo – Chorrillos.
10/10/2013	Policlínico Próceres
10/10/2013	Hospital Suárez Angamos
10/10/2013	Alfredo Piazza Roberts
10/10/2013	PADOMI
11/10/2013	Chosica
11/10/2013	Huaycán
14/10/2013	Vitarte
14/10/2013	Jorge Voto Bernales
14/10/2013	San Isidro Labrador
15/10/2013	Carlos Alcántara Butterfield
15/10/2013	San Luis
15/10/2013	El Agustino
16/10/2013	Policlínico Pablo Bermúdez
16/10/2013	Policlínico Chíncha
16/10/2013	Ancije
16/10/2013	Hospital de Emergencias Grau
16/10/2013	Hospital Almenara
17/10/2013	Hospital I Mongrut
17/10/2013	Policlínico Bellavista
17/10/2013	Hospital Sabogal
17/10/2013	Metropolitano
18/10/2013	Hospital Negreiros - Lima Norte
18/10/2013	CAP Negreiros
18/10/2013	Policlínico Fiori
18/10/2013	Independencia
21/10/2013	Hospital I Marino Molina - Comas
21/10/2013	Policlínico María Donrose - Ventanilla
22/10/2013	Ramón Castilla
22/10/2013	Francisco Pizarro
22/10/2013	Aurelio Díaz Ufano
23/10/2013	Hospital Cañete
24/10/2013	Hospital II G. Lanatta
24/10/2013	Policlínico Pedro Reyes Barboza – Barranca
25/10/2013	CAP Hualal
25/10/2013	CAP Chancay

ANEXO 7: RESULTADOS DE LA ENCUESTA

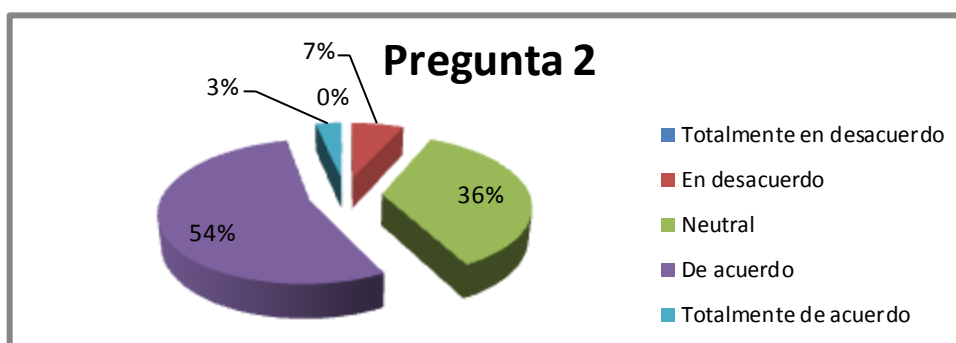
RESUMEN GENERAL DE PREGUNTAS

Percepción:

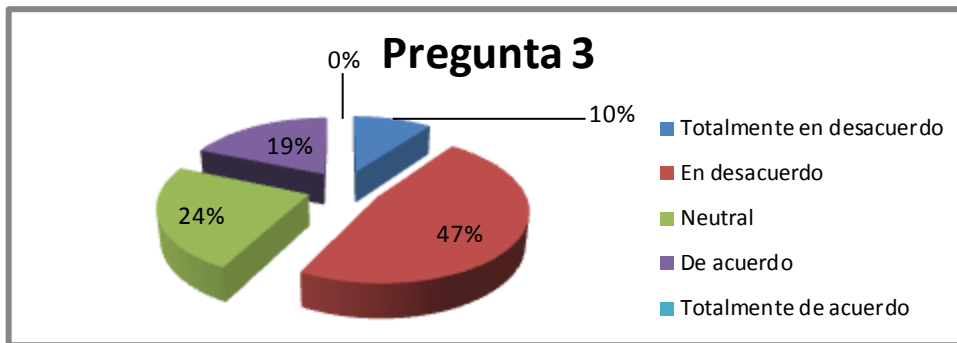
1	Del transporte : Las Unidades de Transporte de SALOG son adecuadas y aptas para el transporte de materiales estratégicos, es decir cumplen con las Buenas Prácticas de transporte (Limpieza, apilamiento adecuado, condiciones de temperatura)				
<i>Totalmente en desacuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Neutral</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	<i>Total</i>
1	2	3	4	5	
1	7	15	34	2	59
2%	12%	25%	58%	3%	



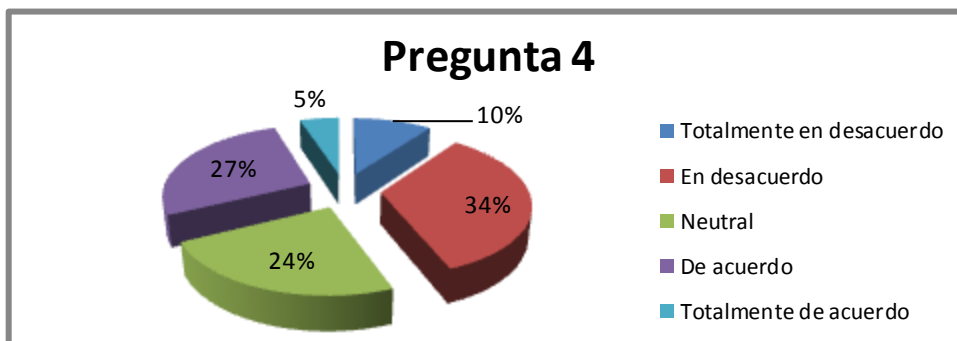
2	Del transporte : ¿El personal de SALOG tiene un aspecto agradable (aseo, presentación, etc) ?				
<i>Totalmente en desacuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Neutral</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	<i>Total</i>
1	2	3	4	5	
0	4	21	32	2	59
0%	7%	36%	54%	3%	



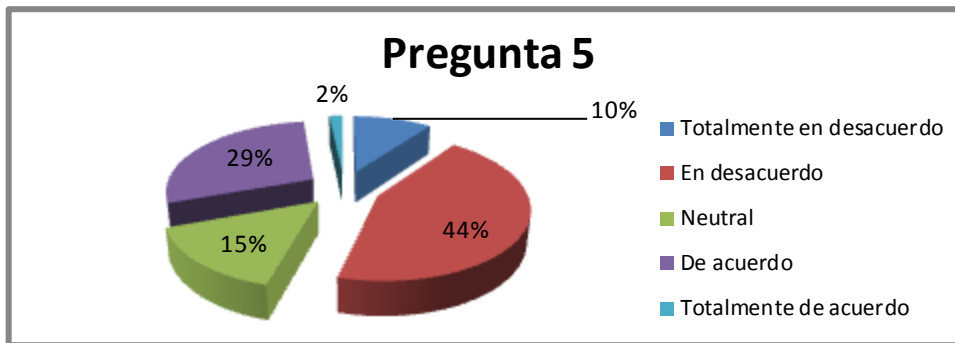
3	Del transporte: SALOG cumple con los tiempos ofrecidos y acordados para la entrega de pedido no programados.				
<i>Totalmente en desacuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Neutral</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	<i>Total</i>
1	2	3	4	5	
6	28	14	11	0	59
10%	47%	24%	19%	0%	



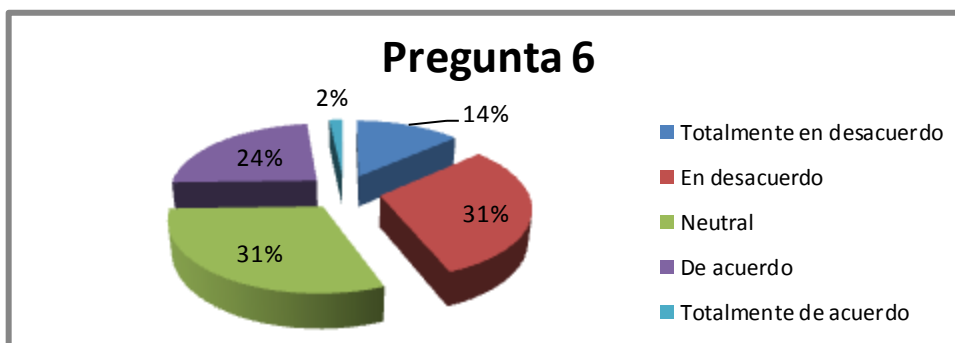
4	Del Transporte: ¿SALOG concluye las transferencias/traslados en el tiempo prometido?				
<i>Totalmente en desacuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Neutral</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	<i>Total</i>
1	2	3	4	5	
6	20	14	16	3	59
10%	34%	24%	27%	5%	



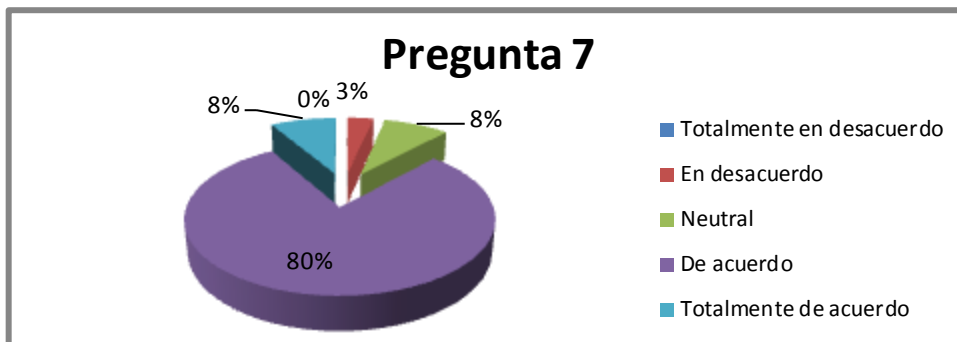
5	Del Transporte y entrega de materiales: ¿SALOG regulariza las incidencias presentadas durante la entrega de materiales en los plazos establecidos?				
<i>Totalmente en desacuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Neutral</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	<i>Total</i>
1	2	3	4	5	
6	26	9	17	1	59
10%	44%	15%	29%	2%	



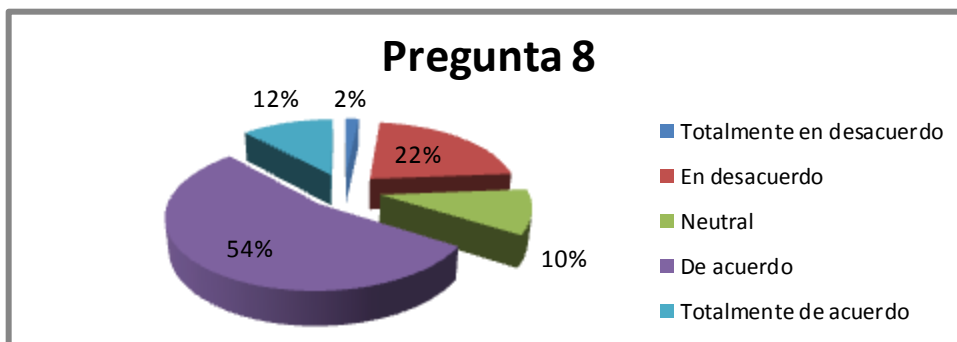
6	Del transporte y entrega de materiales: SALOG comunica a los usuarios cuándo se culminará con la regularización de alguna incidencia?				
<i>Totalmente en desacuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Neutral</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	<i>Total</i>
1	2	3	4	5	
8	18	18	14	1	59
14%	31%	31%	24%	2%	



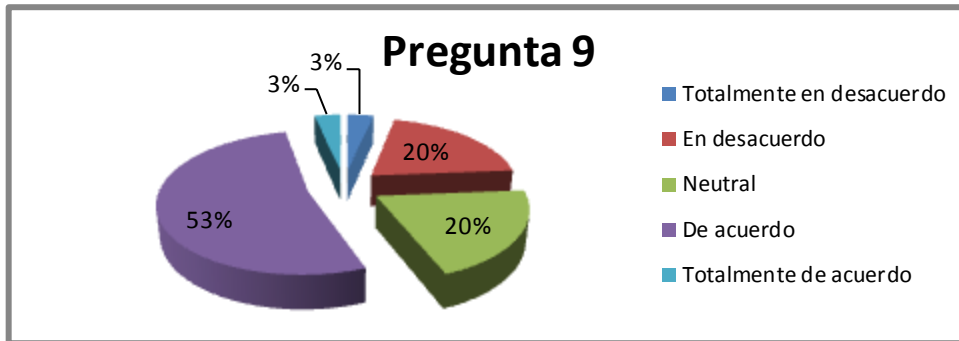
7					
Del transporte: ¿Los empleados de SALOG son amables con los usuarios?					
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
1	2	3	4	5	
0	2	5	47	5	59
0%	3%	8%	80%	8%	



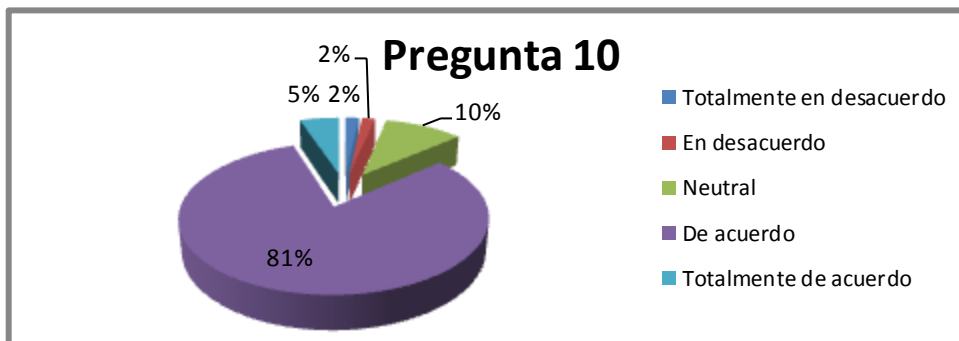
8					
Del transporte y entrega de materiales: SALOG cumple con el cronograma de entrega de pedidos programados de medicamentos y material médico?					
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
1	2	3	4	5	
1	13	6	32	7	59
2%	22%	10%	54%	12%	



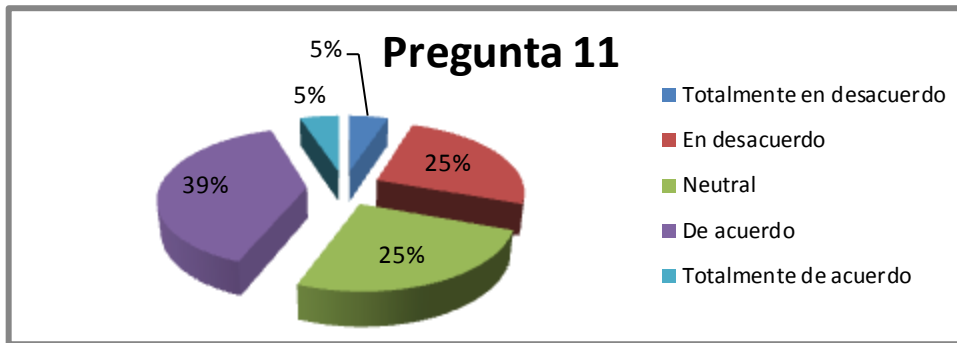
9					
Del Abastecimiento: ¿Se siente seguro de las transacciones realizadas con SALOG?					
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
1	2	3	4	5	
2	12	12	31	2	59
3%	20%	20%	53%	3%	



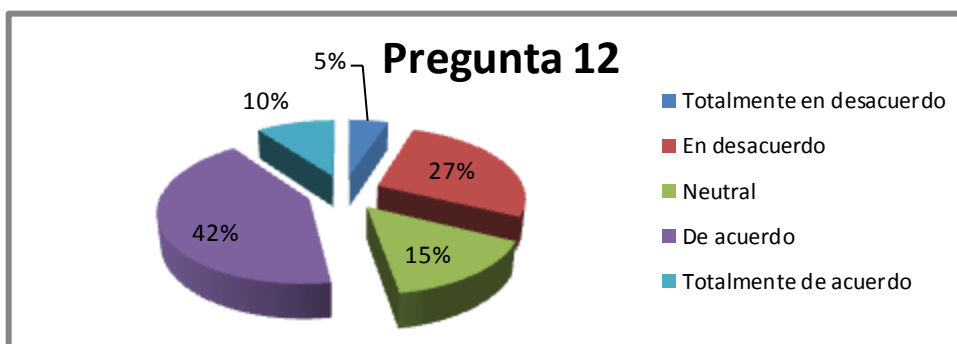
10					
Del Abastecimiento: Los empleados de SALOG son amables con los usuarios?					
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
1	2	3	4	5	
1	1	6	48	3	59
2%	2%	10%	81%	5%	



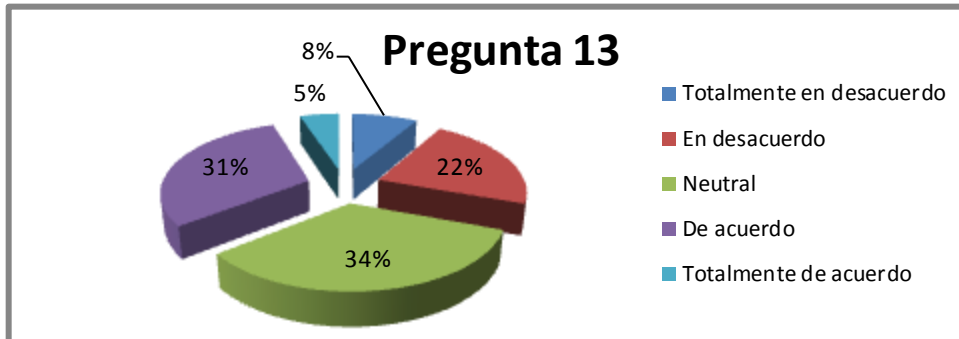
11 Del Abastecimiento: ¿SALOG tiene horarios de trabajo convenientes para todos sus usuarios?					
<i>Totalmente en desacuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Neutral</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	<i>Total</i>
1	2	3	4	5	
3	15	15	23	3	59
5%	25%	25%	39%	5%	



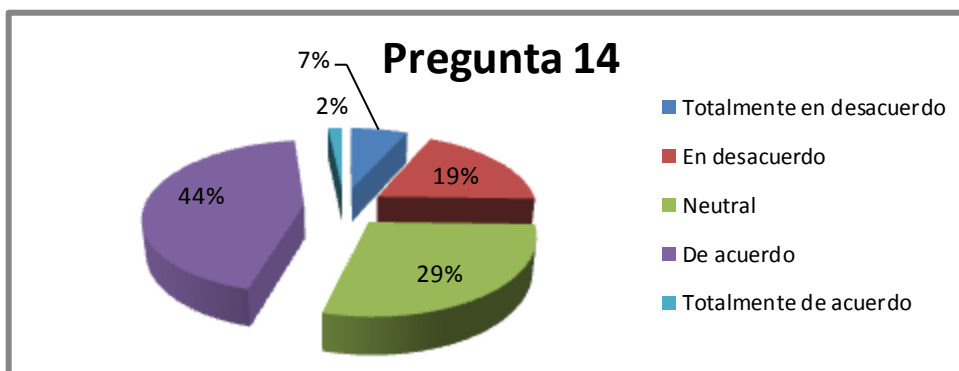
12 Del Abastecimiento: ¿SALOG ofrece una atención personalizada a sus clientes?					
<i>Totalmente en desacuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Neutral</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	<i>Total</i>
1	2	3	4	5	
3	16	9	25	6	59
5%	27%	15%	42%	10%	



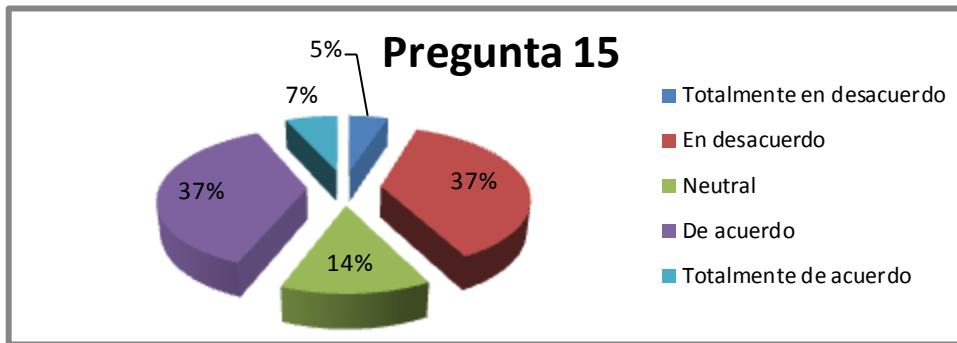
13					
Del Abastecimiento: ¿SALOG muestra interes en sus necesidades específicas?					
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
1	2	3	4	5	
5	13	20	18	3	59
8%	22%	34%	31%	5%	



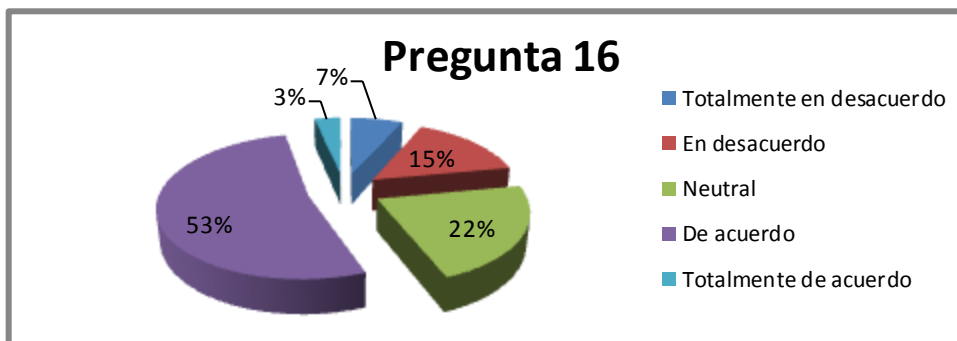
14					
Del Abastecimiento: ¿SALOG le brinda la información necesaria para la adecuada gestión de abastecimiento (reportes de agotados, próximos a vencer, sobrestock, inventarios, cumplimiento de BPA).?					
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
1	2	3	4	5	
4	11	17	26	1	59
7%	19%	29%	44%	2%	



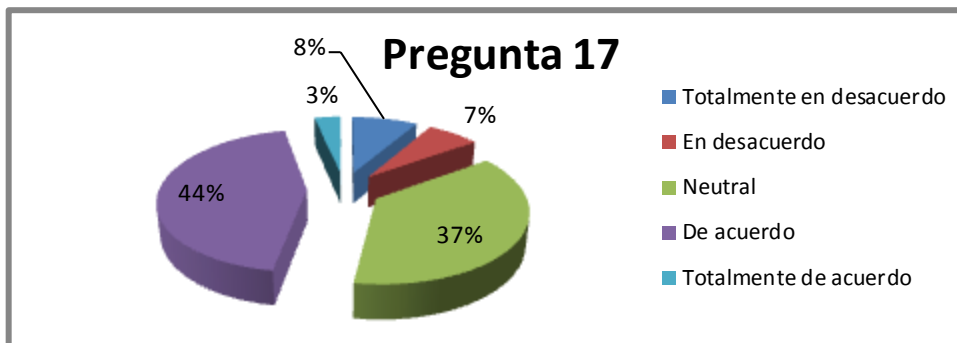
15					
Del Abastecimiento: ¿SALOG le comunica oportunamente los materiales que va a recibir, para así evitar devoluciones?					
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
1	2	3	4	5	
3	22	8	22	4	59
5%	37%	14%	37%	7%	



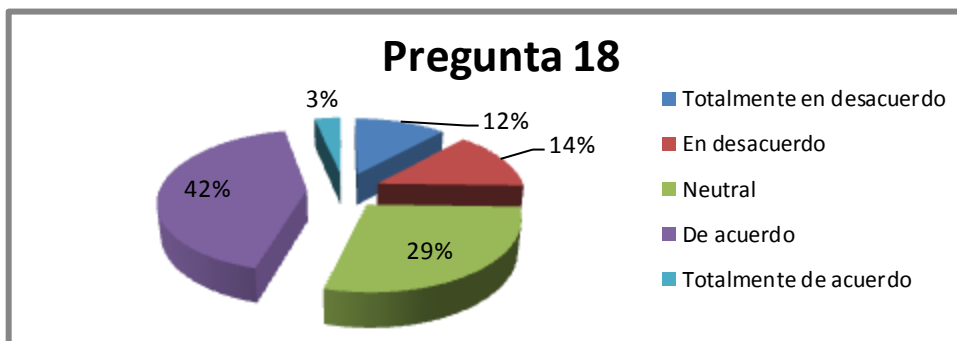
16					
Del mantenimiento: ¿Los equipos implementados por SALOG, son de calidad y funcionan adecuadamente?					
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
1	2	3	4	5	
4	9	13	31	2	59
7%	15%	22%	53%	3%	



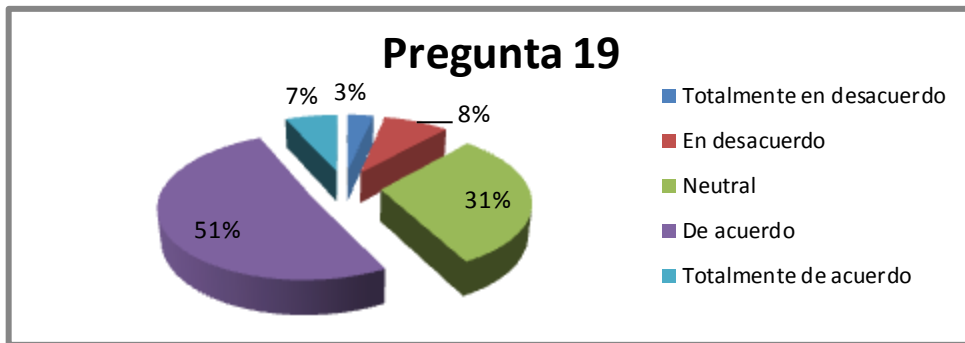
17					
Del mantenimiento: ¿SALOG cumple con los tiempos ofrecidos y acordados para el mantenimiento correctivo de los equipos?					
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
1	2	3	4	5	
5	4	22	26	2	59
8%	7%	37%	44%	3%	



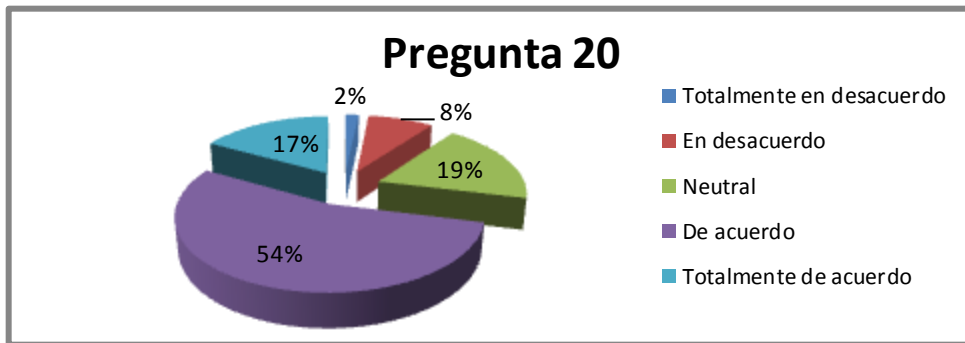
18					
Del mantenimiento: ¿SALOG mostró un sincero interes en solucionar su problema?					
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
1	2	3	4	5	
7	8	17	25	2	59
12%	14%	29%	42%	3%	



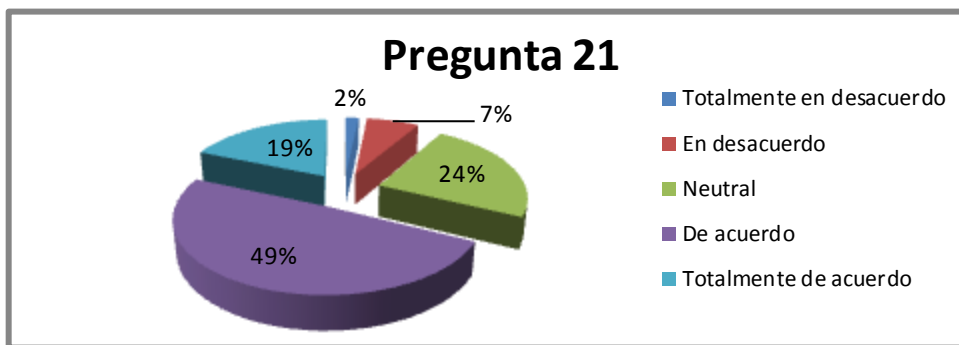
19 Del mantenimiento: ¿El personal de mantenimiento de SALOG se mostró competente y profesional?					
<i>Totalmente en desacuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Neutral</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	<i>Total</i>
1	2	3	4	5	
2	5	18	30	4	59
3%	8%	31%	51%	7%	



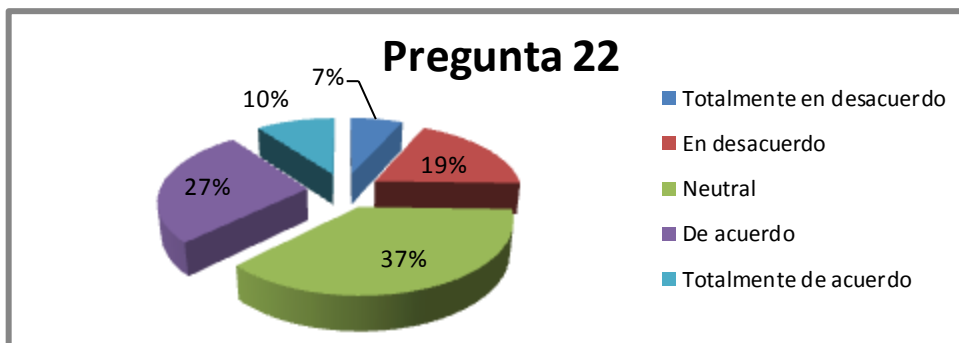
20 De la Gestión de O Hospitalaria: ¿El personal de Operaciones Hospitalarias muestra un interes sincero en solucionar algun problema que se presente en el CAS?					
<i>Totalmente en desacuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Neutral</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	<i>Total</i>
1	2	3	4	5	
1	5	11	32	10	59
2%	8%	19%	54%	17%	



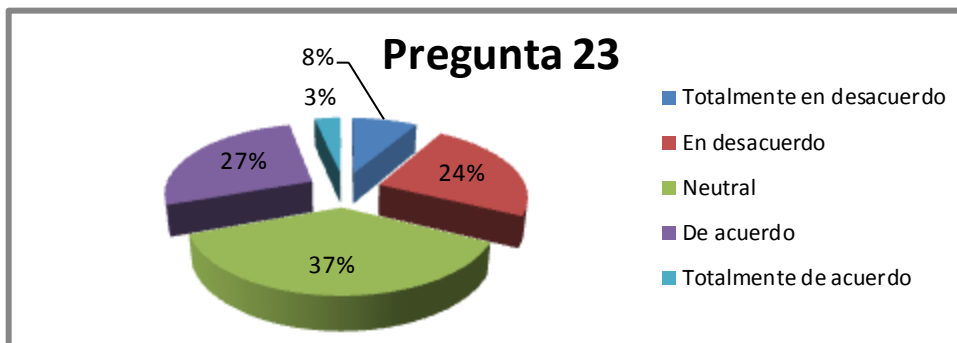
21	De la Gestión de O Hospitalaria: ¿El personal de Operaciones Hospitalarias demuestra estar capacitados para ofrecer un buen servicio?				
<i>Totalmente en desacuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Neutral</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	<i>Total</i>
1	2	3	4	5	
1	4	14	29	11	59
2%	7%	24%	49%	19%	



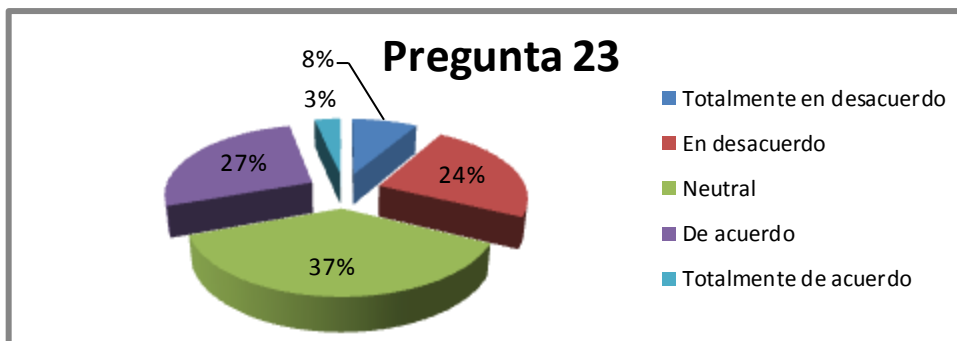
22	De la Gestión de O Hospitalaria: ¿SALOG ha logrado mejorar los procesos internos que se desarrollan en los CAS (recepción, almacenamiento, abastecimiento interno)?				
<i>Totalmente en desacuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Neutral</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	<i>Total</i>
1	2	3	4	5	
4	11	22	16	6	59
7%	19%	37%	27%	10%	



23	De la Gestión de O Hospitalaria: ¿Los procedimientos, manuales y políticas elaborados por SALOG son entendibles y se adecua a la realidad del CAS?				
<i>Totalmente en desacuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Neutral</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	<i>Total</i>
1	2	3	4	5	
5	14	22	16	2	59
8%	24%	37%	27%	3%	



24	De la Gestión de O Hospitalaria: ¿El personal de SALOG tiene un aspecto agradable (aseo, presentación, etc.) ?				
<i>Totalmente en desacuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Neutral</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>	<i>Total</i>
1	2	3	4	5	
1	0	10	35	13	59
2%	0%	17%	59%	22%	

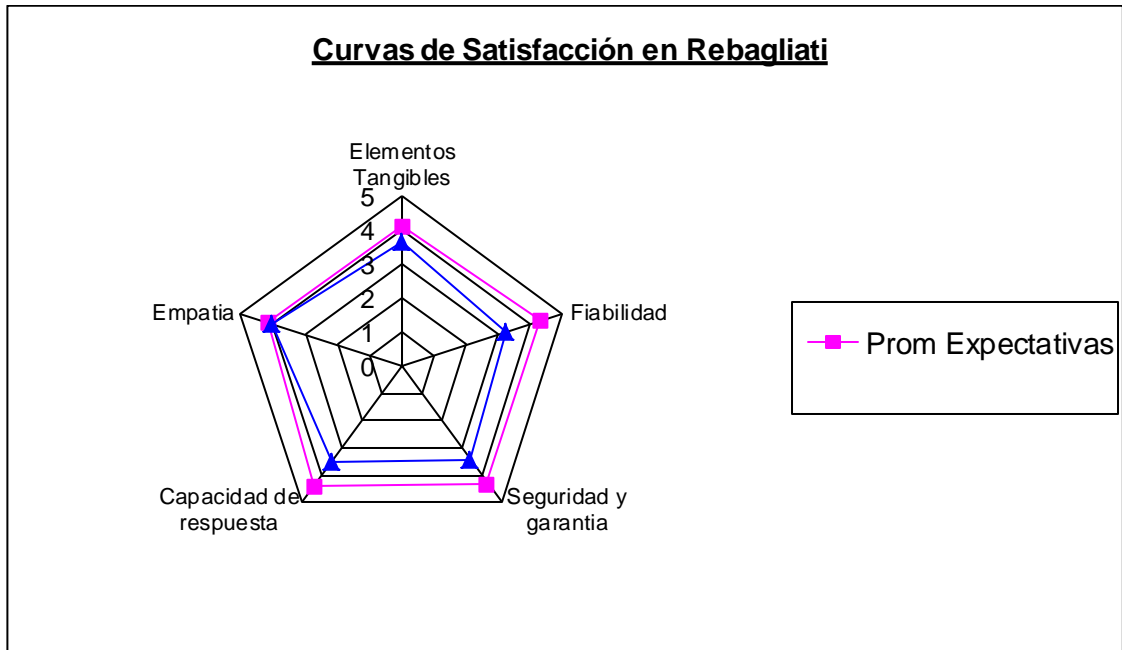


RED REBAGLIATI

Análisis de las preguntas:

	Elementos Tangibles	Fiabilidad	Seguridad y garantía	Capacidad de respuesta	Empatía
Preguntas	1,2,16,24	3,4,5,8,17,19,21,22,23	6,9,14,15	11,13,18,20	7,10,12
Prom Expectativas	4	4	4	4	4
Prom Percepciones	4	3	3	4	4
Brecha	-0.5	-1.1	-0.9	-0.8	-0.1

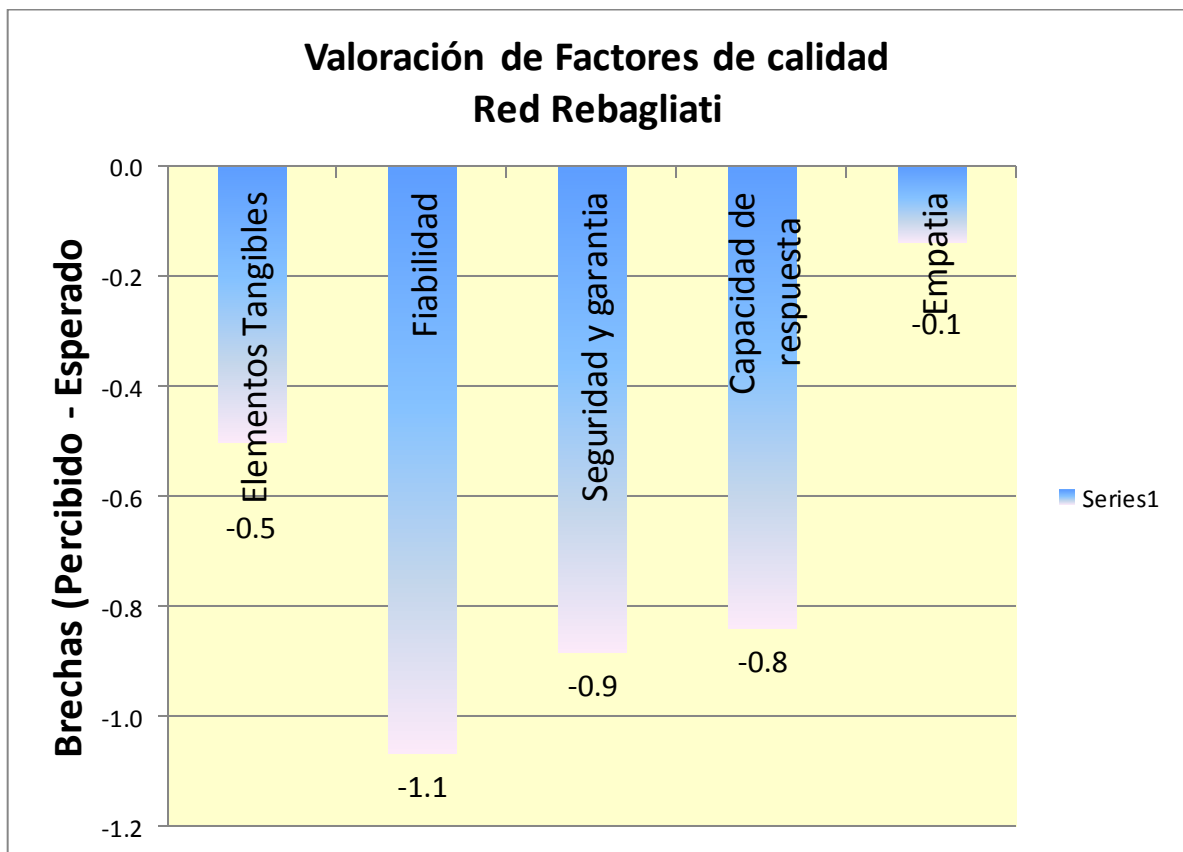
Gráfico:



Determinación de la brecha:

Meta	Brechas resultados	Elementos Tangibles	Fiabilidad	Seguridad y garantía	Capacidad de respuesta	Empatía
0.00	-0.68	-0.5	-1.1	-0.9	-0.8	-0.1

Gráfico:

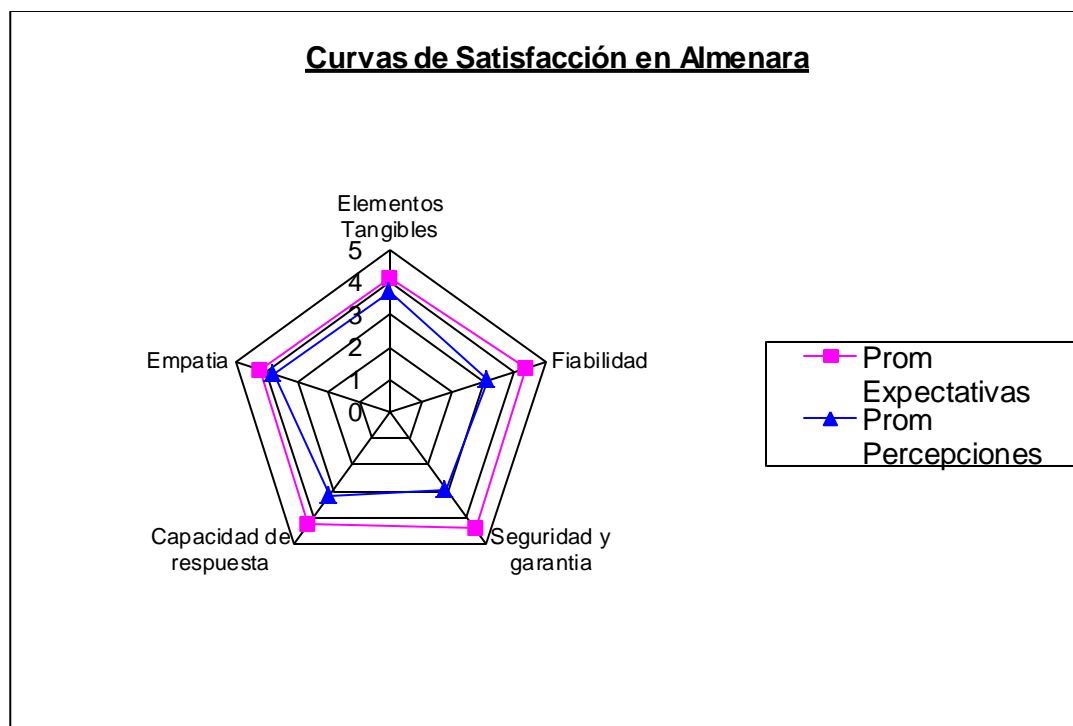


RED ALMENARA

Análisis de las preguntas:

	Elementos Tangibles	Fiabilidad	Seguridad y garantía	Capacidad de respuesta	Empatia
Preguntas	1,2,16,24	3,4,5,8,17,19,21,22,23	6,9,14,15	11,13,18,20	7,10,12
Prom Expectativas	4	4	4	4	4
Prom Percepciones	4	3	3	3	4
Brecha	-0.5	-1.3	-1.5	-1.1	-0.4

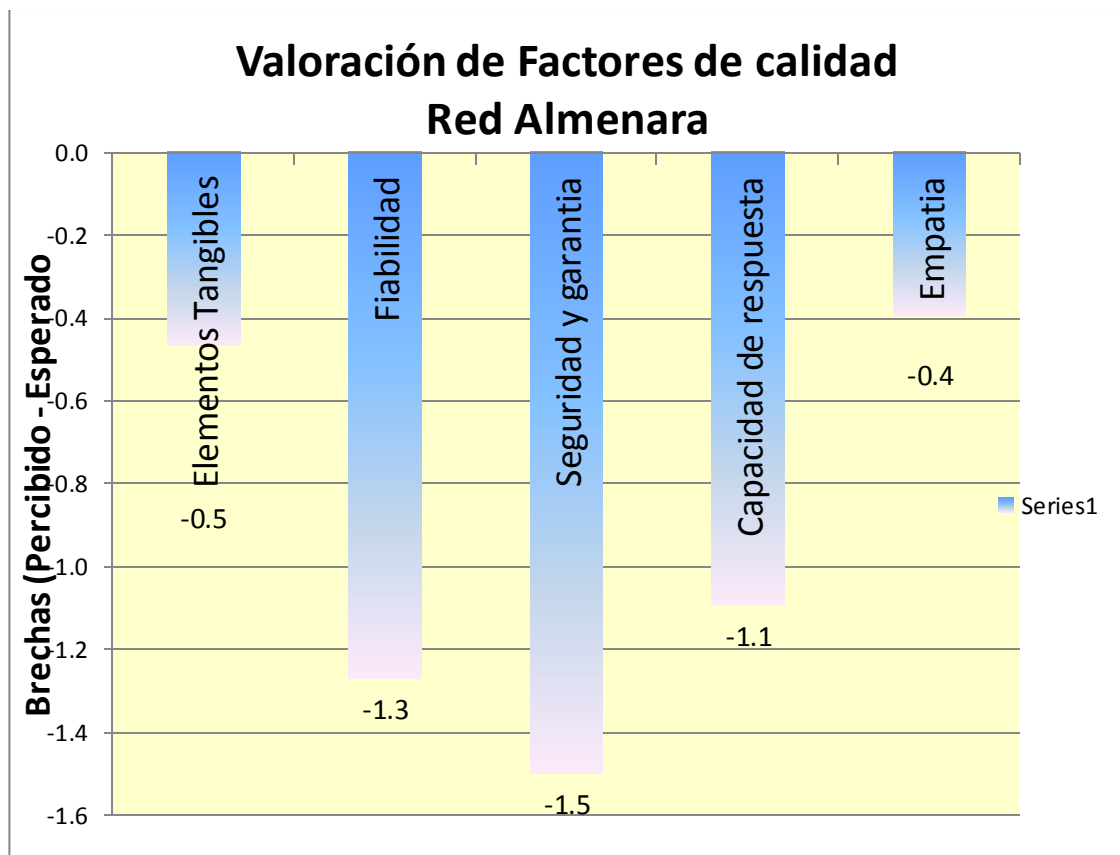
Gráfico:



Determinación de la brecha:

Meta	Brechas resultados	Elementos Tangibles	Fiabilidad	Seguridad y garantía	Capacidad de respuesta	Empatía
0.00	-0.95	-0.5	-1.3	-1.5	-1.1	-0.4

Gráfico:

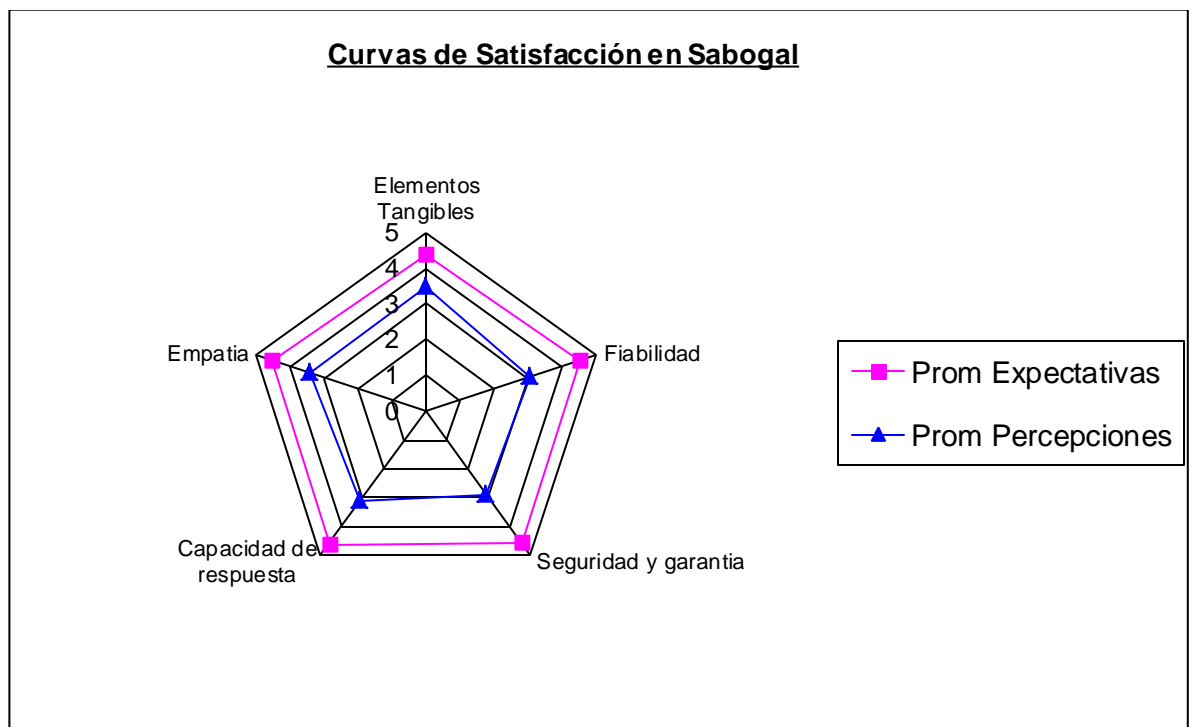


RED SABOGAL

Análisis de las preguntas:

	Elementos Tangibles	Fiabilidad	Seguridad y garantía	Capacidad de respuesta	Empatía
Preguntas	1,2,16,24	3,4,5,8,17,19,21,22,23	6,9,14,15	11,13,18,20	7,10,12
Prom Expectativas	4	5	5	5	5
Prom Percepciones	3	3	3	3	3
Brecha	-0.9	-1.5	-1.7	-1.5	-1.1

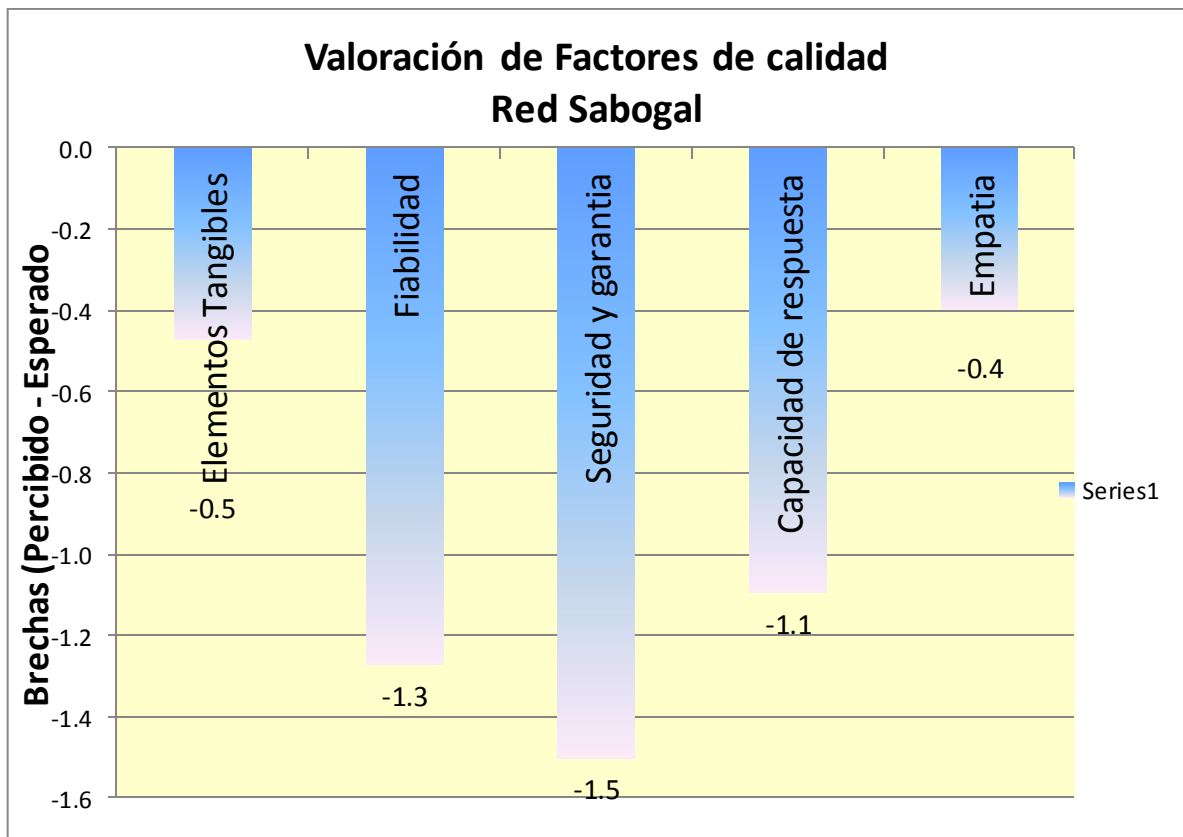
Gráfico:



Determinación de la brecha:

Meta	Brechas resultados	Elementos Tangibles	Fiabilidad	Seguridad y garantía	Capacidad de respuesta	Empatia
0.00	-1.34	-0.9	-1.5	-1.7	-1.5	-1.1

Gráfico:



ANEXO 8: CHECKLIST

RECEPCIÓN:

SALOS		CHECK LIST - Recepción de Material Estratégico		CUEDOS	FORMACIÓN PROFESIONAL
FECHA: / /		Nº		LABORAL	02
UBICACIÓN				0201	0214
El usuario debe tener en cuenta: El usuario debe tener en cuenta: El usuario debe tener en cuenta: El usuario debe tener en cuenta: El usuario debe tener en cuenta: El usuario debe tener en cuenta:					
PROCESO: FORMACIÓN PROFESIONAL de Recepción de Material Estratégico					
INDICADORES DE PROCESO:					
Nº	INDICADOR	RESPONSABLE	REVISIÓN	CATEGORÍA DE RIESGO	
Recepción y Procesamiento de EEE/SLUD en el área 1					
1	Delimita documentos a procesar en el área 1, tarjeta de propiedad del material, EEE y otros EEE (deben estar actualizados).	Operario de recepción (área 1)			
2	Registra la información de la tarjeta de ficha serial 2 (área 1) en el sistema.	Operario de recepción (área 1)			
3	Realiza la verificación de los materiales de seguridad, EEE y otros materiales de recepción en el sistema.	Operario de recepción (área 1)			
01.1	¿Cumple con requisitos de seguridad? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Puntaje al punto 01.1 Puntaje al punto 01.1			
4	Registra los datos de los materiales de EEE/SLUD en el sistema de recepción de EEE/SLUD y en el sistema de recepción de EEE/SLUD.	Operario de recepción (área 1)			
Recepción de Documentos de Recepción de EEE/SLUD en el área 1					
5	Registra los datos serial FORM EEE/SLUD y el material de recepción de EEE/SLUD.	Procesador de EEE/SLUD			
6	Entrega de EEE/SLUD a los usuarios de recepción de EEE/SLUD (original y copia).	Procesador de EEE/SLUD			
7	Verifica el cumplimiento de EEE/SLUD en el sistema (datos de recepción, datos de recepción, material de recepción de EEE/SLUD, registros de recepción de EEE/SLUD).	Responsables (área 1)			
01.2	¿Cumple con requisitos de seguridad? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Puntaje al punto 01.2 Puntaje al punto 01.2			
8	Registra y actualiza el FORM EEE/SLUD de recepción de recepción de EEE/SLUD y otros.	Responsables (área 1)			
9	Realiza la verificación de la recepción de los materiales de EEE/SLUD de recepción de EEE/SLUD.	Responsables (área 1)			
10	Envía EEE/SLUD a los usuarios de recepción de EEE/SLUD de recepción de EEE/SLUD y otros, al área de recepción de EEE/SLUD.	Responsables (área 1)			
Recepción y Procesamiento de EEE/SLUD en el área 2					
11	Delimita y registra el material de recepción de EEE/SLUD en el sistema de recepción de EEE/SLUD.	Operario de recepción (área 2)			
12	Delimita el material de recepción de EEE/SLUD en el sistema de recepción de EEE/SLUD.	Procesador de EEE/SLUD			
13	Realiza la verificación de la recepción de EEE/SLUD en el sistema de recepción de EEE/SLUD.	Operario de recepción (área 2)			
01.3	¿Cumple con requisitos de seguridad? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Puntaje al punto 01.3 Puntaje al punto 01.3			
14	Informa al área de recepción de EEE/SLUD para la verificación de los materiales de recepción de EEE/SLUD.	Operario de recepción (área 2)			
15	Compara el material de recepción de EEE/SLUD con el material de recepción de EEE/SLUD en el sistema de recepción de EEE/SLUD.	Operario de recepción (área 2)			
16	Realiza la verificación de los materiales de recepción de EEE/SLUD en el sistema de recepción de EEE/SLUD.	Operario de recepción (área 2)			
17	Registra la recepción de los materiales de recepción de EEE/SLUD en el sistema de recepción de EEE/SLUD.	Operario de recepción (área 2)			
18	Realiza la verificación de la recepción de los materiales de recepción de EEE/SLUD en el sistema de recepción de EEE/SLUD.	Operario de recepción (área 2)			
01.4	¿Cumple con requisitos de seguridad? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Puntaje al punto 01.4 Puntaje al punto 01.4			
19	Registra los datos de recepción de EEE/SLUD de recepción de EEE/SLUD y otros.	Responsables (área 2)			
20	Realiza la verificación de la recepción de EEE/SLUD en el sistema de recepción de EEE/SLUD.	Operario de recepción (área 2)			
21	Realiza la verificación de la recepción de EEE/SLUD en el sistema de recepción de EEE/SLUD.	Operario de recepción (área 2)			
22	Delimita el material de recepción de EEE/SLUD.	Operario de recepción (área 2)			
Recepción de Documentos de Recepción de EEE/SLUD en el área 2					
23	Entrega el material de recepción de EEE/SLUD con el material de recepción de EEE/SLUD en el sistema de recepción de EEE/SLUD.	Procesador de EEE/SLUD			
24	Entrega el material de recepción de EEE/SLUD con el material de recepción de EEE/SLUD en el sistema de recepción de EEE/SLUD.	Operario de recepción (área 2)			
25	Ingresar en el sistema de recepción de EEE/SLUD.	Operario			
26	Registra el material de recepción de EEE/SLUD.	Operario			
01.5	¿Cumple con requisitos de seguridad? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Puntaje al punto 01.5 Puntaje al punto 01.5		1	Continuar en página 2



CHECK LIST - Recepción de Material Estratégico

CUCUCO INFORMACION EMPRENDEDORA

UBICACION

00111304

FECHA: / /

Nº

Recepcionamos con: de acuerdo al inventario con de acuerdo a peso y información sobre los tipos de material en el listado

OPRODUCIDA FICHA 000237 Procedimiento de Recepción de Material Estratégico

RESPONSABILIDAD PROCESO:

Nº	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	REVISOR	COMPROBACIONES
1	Revisar el Documento de Intención de Compra (DIC) con el sistema SIG, asegurándose de que coincide con el sistema de la DT.	Operario		
2	Realizar la impresión de material al SIG y SIG.	Operario		
3	Devolver el material en la base original al proveedor con el sello de la DT.	Asistente Dirección Técnica (a) Responsables de Dirección Técnica		
4	Revisar la entrega y garantizar la recepción de cantidades y especificaciones.	Asistente Dirección Técnica (a) Responsables de Dirección Técnica		
5	Delimitar el IVA en las especificaciones recibidas con el proveedor de.	Asistente Dirección Técnica (a) Responsables de Dirección Técnica		
Recepción de la Preparación de Material para el Cliente				
1	Ingresa al Sistema SIG para realizar la recepción digital (FICHA 000237), se ingresa a la DT IVA y al sistema.	Gerente de almacén emergente de emergente		
2	¿Delimita la DT. Garantía de las bases del sistema de SIG/SIG? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No	Pasado al punto #13 <input type="checkbox"/> Pasado al punto #14 <input type="checkbox"/>		
3	Informar al Digital para que realice la recepción (DAR) más.	Gerente de almacén emergente de emergente		
4	Ingresa al SIG para registrar las DT.	Gerente de almacén emergente de emergente		
5	Ingresa al sistema SIG y realiza la información de garantía.	Gerente de almacén emergente de emergente		
6	Delimita el importe SIG, generado a través del SIG.	Gerente de almacén emergente de emergente		
7	Delimita el importe IVA, generados en el sistema.	Gerente de almacén emergente de emergente		
8	Delimita el importe IVA, de acuerdo al monto de mercancía (a través de recibos) y la etiqueta que indica el IVA.	Gerente de almacén emergente de emergente		
9	Delimita el material de (valor) (valor) (valor), de acuerdo, fecha de recepción y (IVA) (valor) (valor).	Gerente de almacén emergente de emergente		
10	Delimita el importe IVA en el sistema correspondiente.	Gerente de almacén emergente de emergente		
11	Delimita el IVA, asegurándose de que se delimita con el sistema SIG (Para esto basta la información de entrada) (valor) (valor) (valor) (valor).	Gerente de almacén emergente de emergente		



CHECK LIST - Recepción de Material Estratégico

CÓDIGO:
LEP/004
VERSIÓN:

FORMA DE CONTROL:
02
0001/0001

FECHA: / /

Nº

El procedimiento con el que se elabora este documento es el que se describe en el Manual de Procedimientos de la Empresa.

OBJETIVO: Poner en marcha el procedimiento de Recepción de Material Estratégico.


RESPONSABLE DEL PROCESO:

Nº	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	REVISIÓN	OTROS COMENTARIOS
Recepción de Material Estratégico de la División de Tecnología				
01	Recepción del MPE y realización de la recepción de la Nota de la División y la entrega al responsable designado por División Tecnología.	División		
02	Realizar el control de calidad de la División de Tecnología.	Responsable (proteger División Tecnología)		
03	Delimitar la Nota de la División y entregarla al responsable de Tecnología, en caso de ser PDM/0001/0001 de Recepción de Recepción de Productos/Componentes, Material Técnico y Otros.	Responsable (proteger División Tecnología)		
04	Entregar al responsable designado de la División.	Responsable (proteger División Tecnología)		
05	Recepción del material de la División, la Nota, el material y la entrega.	División		

Iniciado el proceso

Finalizado el proceso

ALMACENAMIENTO:



CHECK LIST - Almacenamiento de Material Explotivo

N° DE PLAN	FECHA DE ELABORACION
00000000	00
00000000	00000000

PLANO: / / N°

1) Si se refiere a un elemento (2) Si se refiere a un elemento (3) Si se refiere a un elemento (4) Si se refiere a un elemento

PROCESO: PRODUCCIÓN Fabricación de Componentes de Material Explotivo

RESPONSABLE DE PROCESO:

N°	ACTIVIDAD	INDICADOR	REVISIÓN
Inicio del Material Explotivo			
1	Revisar el UE con su respectivo documento.	Revisión realizada (responsable de activ.)	
2	Verificar que el Storage lo a la zona B1.	Revisión realizada (responsable de activ.)	
3	Verificar que el Storage lo a la zona B2.	Revisión realizada (responsable de activ.)	
4	Verificar que el Storage lo a la zona B3C lo cual incluye: revisar condiciones de humedad (relativa) y temperatura que indica el año.	Revisión realizada (responsable de activ.)	
5	Verificar que el Storage el material de polvo y/o sólido, almacenado, fecha de caducidad y UE por parte.	Revisión realizada (responsable de activ.)	
6	Verificar que el Storage lo a la zona B1a, según correspondiente.	Revisión realizada (responsable de activ.)	
7	Verificar que el B1a lo correspondiente a la B2 y a la B3C sólido, según indica los Años de caducidad, No. de identificación (UE).	Revisión realizada (responsable de activ.)	
01	¿Verificación realizada?	<input type="checkbox"/> Para al punto B1 <input type="checkbox"/> Para al punto B2	
Inicio del Material Explotivo			
8	Revisar el UE a su ubicación correspondiente (A).	Revisión realizada (responsable de activ. B. Responsable)	
9	Identificar el tipo de la Conformidad (por documentación por UE) de acuerdo al tipo de almacenamiento.	Revisión realizada (responsable de activ.)	
10	Revisar la conformidad en el PQ-00000 Norma de la Conformidad -UE según la categoría y número de lote de fabricación.	UE de la Conformidad	
11	Revisar la conformidad en caso del tipo de la Conformidad.	UE de la Conformidad	
12	Verificar ¿Se cumple la conformidad?	<input type="checkbox"/> No cumple Para al punto B2 <input type="checkbox"/> Cumple (ENCLAVE) Para al punto B3	
13	Revisar la conformidad e informar de inmediato al responsable de activ. (A).	UE de la Conformidad	
14	Completar el informe de Q. T. o la parte correspondiente, por cada revisión de conformidad correspondiente al proceso de ENCLAVE.	UE de la Conformidad	
15	Completar la conformidad con el proceso de ENCLAVE según cada conformidad al depender de la categoría de la Conformidad.	UE de la Conformidad	

Se cumplió con:

Se revisó:

ENTREGA DE MATERIALES:

ALOS		CÓDIGO	FORMA DE CONTROL
CHECK LIST - Entrega de Material Estratégico		VERSIÓN	02
		VIGENCIA	DESDE
FECHA: / /		N° _____	
El suscrito es responsable de la entrega de los materiales en el momento de la entrega.			
CODIGO: PDC-010-001 Procedimiento de Entrega de Materiales Estratégicos			
TABLA DE CONTENIDO			
ACTIVIDAD	RESPONSABLE	REVISIÓN	CONTROLES
Del Material Estratégico (CE)			
Realizar la clasificación (Código) de los materiales a entregar de acuerdo con los procedimientos PDC-010-001 Norma de Control de Documentos (versión 01 de 01/02/2011).	Responsable de entrega		
Informar al personal de control que realizará el proceso de entrega la naturaleza del primer proceso de entrega de CE.	Temporales		
Informar al Responsable del punto de entrega que se va a realizar la entrega del ME.	Responsable de entrega		
Entregar a los guardas de acceso de la Sala de Ferreo del CE los materiales en los puntos de entrega, Control de Documentos y la Sala de Distribución.	Responsable de entrega		
¿Definir el material entregado?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Puntos de entrega ME Puntos de entrega ME	
Entregar al Personal de Transporte de la Sala de Ferreo (CE) los materiales (CE).	Responsable de entrega		
Control de los materiales entregados.	(Responsable de entrega) (Responsable de entrega) (Responsable de entrega)		
Transferir y entregar los ME al Responsable del punto de entrega.	(Responsable de entrega) (Responsable de entrega)		
Validar toda la entrega del ME, mediante la elaboración del informe de entrega de materiales.	Responsable de entrega		
Desempeñar el ME (entrega) al responsable de la entrega, presentándose la apertura de las cajas y el control de los materiales según corresponda.	Responsable de entrega		
Realizar el control de los ME de acuerdo al procedimiento de entrega del punto de entrega.	Responsable de entrega		
Verificar: Descripción, Códigos, Cantidad y Fecha de entrega de los ME en los puntos de entrega de la CE.	Responsable de entrega		
Quitar el sello de PDC-010-001 de la entrega de Material en los Puntos de Entrega, que indica el proceso de entrega de CE.	Responsable de entrega		
Firmar y sellar el PDC-010-001 de la entrega de Material en los Puntos de Entrega, la CE, y la Sala de Control de Acceso al Centro de Material.	Responsable del punto de entrega		
Dejar una copia de los documentos al Responsable del punto de entrega (CE).	Responsable de entrega		
Comunicar al personal de control, que se va a realizar la entrega de CE al personal de control que realizará la entrega de los materiales al punto de entrega.	Responsable de entrega		
Registrar el PDC-010-001 de la entrega de Material.	Responsable de entrega		
_____ Responsable de entrega		_____ Responsable de punto	

LOGÍSTICA INTEGRADA:

SALOS		CHECK LIST - Logística Integrada		CÓDIGO	FOR-PYG-019-PRO-DIG-003
				VERSIÓN	00
				VIGENCIA	09/01/2014
FECHA: / /		N°			
<input type="checkbox"/> Se conforma con el sistema / <input type="checkbox"/> No se conforma con el sistema / <input type="checkbox"/> No se conforma con el sistema / <input type="checkbox"/> No se conforma con el sistema / <input type="checkbox"/> No se conforma con el sistema / <input type="checkbox"/> No se conforma con el sistema					
PERIODO: PRO-DIG-003 Procedimiento de Programación de Pedidos de Material Estratégico					
RESPONSABLE DEL PROCESO:					
N°	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	REVISIÓN	OBSERVACIONES	
Generación de la OC					
1	Recibe la Carta de Distribución, enviada por la Oficina de Planificación Operativa (OPO).	Análisis de Logística Integrada			
2	Elabora la ROR-DIG-003 Planilla de Distribución con los reportes que aporta de SAP y SOL.	Análisis de Logística Integrada			
2	Obtiene el ROR-DIG-003 Planilla de Distribución donde evalúa la distribución de ítems.	Análisis de Logística Integrada			
4	Analiza la cobertura; esto se obtiene mediante el Indicador de consumo del centro por stock del centro.	Análisis de Logística Integrada			
5	Analiza el stock del almacén central.	Análisis de Logística Integrada			
6	Calcula la distribución correspondiente por cada ítem respecto a la cantidad de ME para los Centros.	Análisis de Logística Integrada			
7	Asigna uno de los estados pre-asignados para dejar constancia del estado en el que se encuentra la atención del requerimiento (Atención completa, parcial y no atención).	Análisis de Logística Integrada			
8	Elabora el pre-pedido.	Análisis de Logística Integrada			
9	Generar un Orden de Carga en SOL.	Análisis de Logística Integrada			
10	Ingresar al Sistema Tracking para registrar la OC (asociada al pedido generado previamente en el SOL).	Análisis de Logística Integrada			
Inspeccionado por:			Supervisado por:		

ANEXO 9: FORMATO PDCA



FORMATO MODELO DE MEJORA CONTINUA - PDCA

CODIGO: FOR-02-04-10
 VERSIÓN: 01
 PDCA 6 H 07 09 10

Acción a tomar:

CODIGO PDCA:

Tipo de identificación:

Elaborado por: _____
 Revisado por: _____ Fecha: _____
 responsable del proceso: _____ Proceso: _____
 identificación del caso: _____
 descripción del caso: _____

Identificación de Causas:

Indicio (Cuando indique): _____

Identificación de Causas y Relaciones (5 ¿Por qué?)	Indicador (Cuando indique):
	Fuente:
	Medio (Cuando indique):

Identificación de alternativas:

ALTERNATIVAS	FACTOR DE SELECCIÓN						TOTAL
	P	A	C	I	I	S	
	3	2	8	1	5	4	

Plan de Acción:

	Acción	Inicio	Fin	¿Quién?	¿Dónde?	¿Por qué?	¿Cómo?
1							
2							
3							
4							

Verificación de la efectividad:	Verificado por:

Fecha de cierre: _____ Documento adjunto: _____

Revisado por: _____ Aprobado por: _____