

OBJETIVO	RESPONSABLE
Garantizar la mejora continua del Sistema de Gestión de la Calidad mediante la documentación y evaluación de los procesos; la implementación y vigilancia a la seguridad del paciente; y la gestión del servicio no conforme contribuyendo al cumplimiento de los requisitos.	Jefe de Oficina Planeación y Calidad.

PROVEEDOR	ENTRADAS	PLANEAR	HACER	VERIFICAR	ACTUAR	RESULTADO	CLIENTE
- Todos los procesos	- Requerimiento en documentación de procesos	- Establecer el procedimiento control de documentos	- Normalización de documentos del Sistema de Gestión de la Calidad	- Cumplimiento de requisitos de la documentación	- Realizar correcciones a la documentación	- Documentos actualizado y controlado	- Todos los procesos
- Procesos asistenciales	- Historias clínicas	- Programación de auditoría médica y odontológica	- Realizar Auditoría Clínica	- Adherencia a protocolos. - Pertinencia - Diligenciamiento de Historia clínica - Diligenciamiento de Consentimientos informados - Resolutividad de los programas de P y P - Proceso de referencia de pacientes	- Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora	- Informe de auditoría clínica	- Procesos asistenciales
- Todos los procesos	- Documentación del Sistema de Gestión de la Calidad	- Programa de auditoría internas del Sistema de Gestión de la Calidad	- Ejecutar auditorías internas del Sistema de Gestión de la Calidad	- Cumplimiento del programa de auditorías internas de calidad - Conformidad de los procesos.	- Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora	- Informe de auditoría interna del Sistema de Gestión de la Calidad	- Todos los procesos - Gerencia
- Todos los procesos	- Registro de no conforme	- Establecer procedimiento de manejo de producto/servicio o no conforme	- Gestión del servicio no conforme.	- Ejecución de correcciones	- Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora	- No conforme corregido	- Todos los procesos
- Procesos Misionales	- Reporte de eventos adversos o incidentes	- Programa de Seguridad del paciente - Procedimiento de reporte de eventos adversos o incidentes	- Reporte de casos sospechosos - Análisis de casos reportados - Comité de Seguridad del paciente	- Cierre de casos	- Acciones Correctivas, Preventivas y de Mejora	- Informe mensual de eventos adversos	- Procesos Misionales - SSPM

REQUISITOS	DOCUMENTOS	RIESGOS Y OPORTUNIDADES
<p>NTC ISO 9001:2015: 4.2, 4.3, 4.4, 5.2, 5.3, 6.1, 6.2, 6.3, 7.1.1, 7.1.6, 7.3, 7.4, 7.5, 9.1, 9.2, 10. (Ver Normograma)</p>	<p>Manual: Manual de calidad</p> <p>Procedimientos Operativos: Control de documentos - Control de registros - Acciones correctivas, preventivas y de mejoras- Auditorías internas- Control del servicio no conforme- Manejo de evento adverso o incidente-Acción inmediato ante eventos adversos o incidentes - Auditoría clínica.</p> <p>Programa: Programa de seguridad del paciente</p> <p>Instructivos: Diligenciamiento formato GC.F.15 ficha de análisis de evento adverso o incidente - lavado de manos.</p> <p>Registros: Acta de Reunión - Listado Distribución de Documentos – Listado Maestro de Registros - Registro de No Conforme - Perfil Auditor Interno - Lista de Chequeo - Informe de Auditoría - Evaluación de Competencias Auditor Interno - Plan de Mejora y Seguimiento - Planilla de Seguimiento a Indicadores - Rondas de Seguridad del Paciente - Listado de Eventos Adversos - Registro de Incidentes y Eventos Adversos - Listado Maestro de Documentos - Hoja de Vida Auditor Interno - Control de Cambios en Documentos - Programa de Auditorías Internas - Acta de Inspecciones de Seguridad a Servicios - Plan de Auditoría - Encuesta de Evaluación de Auditor Interno - Evaluación Calidad de la Historia Clínica.</p> <p>Tablas: Matriz de Interacción Procesos Red de Salud del Norte E.S.E - Matriz de Correlación Procesos y Requisitos de la Norma ISO 9001:2015 - Matriz de Gestión de Partes Interesadas.</p>	<p>- Ver Mapa de Riesgos de Proceso. - Ver Matriz de Oportunidades de Proceso.</p>

INDICADORES
<ul style="list-style-type: none"> - Eficacia del Sistema de Gestión de Calidad. - No conformes gestionados. - Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con Autoevaluación en la vigencia anterior. - Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad. - Tasa de caída de pacientes en el servicio de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica. - Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa. - Tasa de caída de pacientes en el servicio de urgencias. - Tasa de caída de pacientes en el servicio de Hospitalización. - Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en hospitalización. - Proporción de eventos adversos relacionados con la administración de medicamentos en urgencias. - Tasa de úlceras por presión. - Cobertura de verificación para habilitación de servicios.



**CARACTERIZACIÓN DE PROCESO
GESTIÓN DE LA CALIDAD**

Código: GC.C.01

Versión: 03

TRD: 1.13.16

Elaboró: ORIGINAL FIRMADO ANDRES CAMILO GIRALDO SOTO	Revisó: ORIGINAL FIRMADO XAVIER DAGNOIS MONTOYA GOMEZ	Aprobó: ORIGINAL FIRMADO MARIA PIEDAD ECHEVERRI CALDERON
Cargo: Actividad Colectiva Proceso de Gestión de la Calidad	Cargo: Jefe de Planeación y Calidad	Cargo: Gerente
Fecha: 28-abril-2019	Fecha: 28-abril-2019	Fecha: 29-abril-2019

COPIA CONTROLADA