

**TABLA 1**  
**EMERGENCIAS**

<b>EMERGENCIA</b>								
<b>ESPECIALIDAD</b>	<b>No. PROFESIONALES</b>	<b>NOMBRE DEL PROFESIONAL</b>	<b>HORAS DE TRABAJO</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>EMERGENCIA</b>	<b>OBSERVACIÓN</b>	<b>EQUIPOS</b>	<b>EQUIPOS ESTÉRILES</b>
					<b>CAMILAS</b>			
<b>MEDICINA GENERAL</b>	2	<b>MÉDICO RESIDENTE MÉDICO RURAL</b>	24 HORAS	CURACIONES, SUTURAS, RETIRO DE PUNTOS,	3	3	MONITOR SERVICIOS (1)	CURACIÓN (10)
				ATENCIÓN DE EMERGENCIAS - RECEPCION DEL RN			DESFIBRILADOR (1)	RETIRO DE PUNTOS (6)
				CERTIFICADOS MÉDICOS			SATURADOR (3)	SUTURA (7)
<b>OBSTETRICIA</b>	1	<b>OBSTETRIZ RURAL</b>	24 HORAS	ATENCIÓN DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ATENCIÓN DE PARTOS, MONITOREOS FETALES, INGRESO DE PACIENTES	3	3	SUCCIÓN (3)	CUERPO EXTRAÑO (1)
				TRANSFERENCIA DE PACIENTES			DOPPLER (1)	-
<b>ENFERMERÍA</b>	5	<b>ROTATIVO</b>	6/8/12 HORAS	INYECCIONES, CURACIONES, RETIRO DE PUNTOS	3	3	ESTERILIZADOR (1)	-
				CANALIZACIÓN DE VÍAS. ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN			-	-
<b>AUXILIAR ENFERMERÍA</b>	2	<b>ROTATIVO</b>	6/8/12 HORAS	TRASLADO DE PACIENTES DE EMERGENCIA A HOSPITALIZACIÓN	3	3	-	-
				ESTERILIZACIÓN DE EQUIPOS			-	-

**TABLA 2**

**CONSULTA EXTERNA**

<b>CONSULTA EXTERNA</b>							
<b>ESPECIALIDAD</b>	<b>No. PROFESIONALES</b>	<b>NOMBRE DEL PROFESIONAL</b>	<b>DÍAS DE ATENCIÓN</b>	<b>HORARIO</b>	<b>TORNOS MATUTINOS</b>	<b>TORNOS VESPERTINOS</b>	<b>TOTAL</b>
PEDIATRÍA	2	DRA. ALICIA PÉREZ DRA. YULY ANDRADE	LUNES A VIERNES	08H00 A 16H30	27	30	57
GINECOLOGÍA	1	DR. BOLIVAR CAGUANA	MARTES - MIERCOLES JUEVES	08H00 A 16H30	12	16	28
CIRUGÍA GENERAL	1	DR. ESTEBAN AGUILAR	LUNES - MIERCOLES VIERNES	08H00 A 12H00	16	X	16
OBSTETRICIA	2	OBSTETRAS NANCY REINOSO MAYRA QUILLUPANGUI	LUNES A VIERNES	08H00 A 16H30	32	16	48
MEDICINA GENERAL	2	DOCTORES CARLOS LOACHAMIN ALEXANDRO CRUZ	LUNES A VIERNES	08H00 A 16H30 13H00 A 16H30	16	16	32
ODONTOLOGÍA	2	DR. GUERRERO DRA. CHICAIZA	LUNES A VIERNES	08H00 A 12H00 12H00 A 16H30	8	8	16
PSICOLOGÍA CLÍNICA	1	PSICÓLOGA MIRELLA SÁNCHEZ	LUNES A VIERNES	08H00 A 16H30	5	5	10
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>				<b>116</b>	<b>91</b>	<b>207</b>

**Área de Salud N° 16 del Hospital Machachi  
Año 2012**

**TABLA 3**

**MEDICINA GENERAL**

<b>MEDICINA GENERAL</b>					
<i>ESPECIALIDAD</i>	<i>Nº. PROFESIONALES</i>	<i>NOMBRE DEL PROFESIONAL</i>	<i>DÍAS DE TRABAJO</i>	<i>HORARIO</i>	<i>ACTIVIDADES</i>
MEDICINA GENERAL	2	DR. LOACHAMIN	LUNES A VIERNES	08H00 A 16H30	Atención en consulta Externa (niños, Adultos y Adultos Mayores)
		DR. ALEXANDRO CRUZ		13H00 A 16H30	

**Área de Salud N° 16 del Hospital Machachi  
Año 2012**

**TABLA 4**

**PEDIATRÍA**

<b>PEDIATRÍA</b>									
<i>ESPECIALIDAD</i>	<i>Nº. PROFESIONALES</i>	<i>NOMBRE DEL PROFESIONAL</i>	<i>DÍAS DE TRABAJO</i>	<i>HORARIO</i>	<i>ACTIVIDADES</i>	<i>CONSULTA EXTERNA</i>	<i>HOSPITALIZACIÓN</i>	<i>EQUIPOS</i>	<i>EQUIPOS ESTÉRILES</i>
						<i>CAMILAS</i>			
PEDIATRÍA	2	DRA. ALICIA PÉREZ DRA. YULY ANDRADE	LUNES A VIERNES	08H00 A 16H30	Atención en consulta externa niños de 9 a 14 años: Morbilidad y control de niño sano.	2	3	AMBÚ PEDIÁTRICO	EQUIPOS MANEJO
					Recepción de recién nacidos de cesáreas y partos complicados.			TENSIÓMETROS	-
					Visita de pacientes pediátricos hospitalizados.			-	-
					Visita de recién nacido sano, y cuidado intermedio de recién nacido enfermo			-	-
					Valoración y atención de pacientes pediátricos en emergencias.			-	-
					Seguimiento de pacientes con desnutrición.			-	-
					Control de niño sano y atención a pacientes de guarderías.			-	-

**Área de Salud N° 16 del Hospital Machachi  
Año 2012**

**TABLA 5**  
**GINECOLOGIA**

GINECOLOGÍA									
ESPECIALIDAD	Nº PROFESIONALES	NOMBRE DEL PROFESIONAL	DÍAS DE TRABAJO	HORARIO	ACTIVIDADES	CONSULTA EXTERNA	HOSPITALIZACIÓN	EQUIPOS	EQUIPOS ESTÉRILES
						CAMILLAS			
GINECOLOGÍA	1	DR. BOLIVAR CAGUANA	MARTES – MIÉRCOLES - JUEVES	08H00 A 16H30	ATENCIÓN DE CONSULTA EXTERNA	1	7	MÁQUINA DE ANESTESIA (1)	ESPÉCULOS VAGINALES
					ATENCIÓN DE INTERCONSULTA			MONITOR DE SERVICIOS (1)	-
					VALORACIÓN DE PACIENTES DE EMERGENCIA			SUCCIÓN (1)	-
					REALIZACIÓN DE CIRUGÍAS PROGRAMADAS			LÁMPARA AUXILIAR (1)	-
					CIRUGÍAS DE EMERGENCIA			-	-
					PASE DE VISITA DIARIA A PACIENTES HOSPITALIZADAS			-	-

Área de Salud Nº 16 del Hospital Machachi  
Año 2012

**TABLA 6**  
**OBSTETRICIA**

OBSTETRICIA									
ESPECIALIDAD	No. PROFESIONALES	NOMBRE DEL PROFESIONAL	DÍAS DE TRABAJO	HORARIO	ACTIVIDADES	CONSULTA EXTERNA	HOSPITALIZACIÓN	EQUIPOS	EQUIPOS ESTÉRILES
						CAMILLAS			
OBSTETRICIA	3	OBST. MAYRA QUILLUPANGUI	LUNES A VIERNES	08H00 A 16H30	ATENCIÓN DE CONSULTA EXTERNA	1	7	LÀMPARA AUXILIAR (1)	ESPÉCULOS VAGINALES
					ATENCIÓN DE PARTOS			MONITOR DE SERVICIOS (1)	-
		ATENCIÓN EN EMERGENCIAS, SALA DE PARTOS, HOSPITALIZACIÓN MONITOREO			SUCCIÓN (1)			-	
		EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS			-			-	
		APOYO EN INTERVENCIONES DE FICHA FAMILIARES			-			-	
		PASE DE VISITA DIARIA A PACIENTES HOSPITALIZADAS			-			-	

Área de Salud N° 16 del Hospital Machachi  
Año 2012

**TABLA 7**

**PSICOLOGIA CLINICA**

<b>PSICOLOGÍA CLÍNICA</b>								
<b>ESPECIALIDAD</b>	<b>No. PROFESIONALES</b>	<b>NOMBRE DEL PROFESIONAL</b>	<b>DÍAS DE TRABAJO</b>	<b>HORARIO</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>CONSULTA EXTERNA</b>	<b>HOSPITALIZACIÓN</b>	<b>EQUIPOS</b>
						<b>CAMILLAS</b>		
<b>PSICOLOGÍA CLÍNICA</b>	1	PSC. MIRELLA SÁNCHEZ	LUNES A VIERNES	08H00 A 16H30	REALIZACIÓN DE INFORMES PSICOLÓGICOS	1	1	MATERIAL DIDÁCTICO
					ATENCIÓN DE PACIENTES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA CON PROBLEMAS PSICOLÓGICOS			CAMILLA
					CHARLAS EDUCATIVAS PARA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE TEMAS DE SALUD MENTAL			-
					ELABORACIÓN DE INFORMES MENSUALES			-
					PARTICIPACIÓN EN SALUD ESCOLAR			-
					ATENCIÓN A ADOLESCENTES CON RIESGOS PSICOLÓGICOS			-

**Área de Salud N° 16 del Hospital Machachi  
Año 2012**

**TABLA 8**

**HOSPITALIZACIÓN**

HOSPITALIZACIÓN									
ESPECIALIDAD	N° PROFESIONALES	NOMBRE DEL PROFESIONAL	DÍAS DE TRABAJO	HORARIO	ACTIVIDADES	CONSULTA EXTERNA	HOSPITALIZACIÓN	EQUIPOS	EQUIPOS ESTÉRILES
						CAMILLAS			
HOSPITALIZACIÓN	4	SRA. NELLY VILLACRES SRA. BLANCA SALAS LCDA. MIRIAN CHANGOLUISA LCDA. HERLINDA NARANJO	LUNES A DOMINGO	ROTATIVO	ATENCIÓN EN HOSPITALIZACIÓN	15		LÁMPARA AUXILIAR (1)	CUNA TÉRMICA
					MONITOREO DEL PERSONAL INGRESADO			MONITOR DE SERVICIOS (1)	
					PASE DE VISITA DIARIA A PACIENTES HOSPITALIZADOS			SUCCIÓN (1)	
					ENTREGA Y RECEPCIÓN DE MEDICAMENTOS			TERMÓMETRO	
					TOMA DE SIGNOS VITALES			FONENDOSCOPIO	

**TABLA 9**

**QUIROFANO**

<b>QUIROFANO</b>							
<i>ESPECIALIDAD</i>	<i>Nº PROFESIONALES</i>	<i>NOMBRE DEL PROFESIONAL</i>	<i>DÍAS DE CIRUGIA</i>	<i>HORARIO</i>	<i>ACTIVIDADES</i>	<i>EQUIPOS</i>	<i>EQUIPOSE STÉRILES</i>
<b>GINECOLOGIA</b>	1	DR. BOLIVAR CAGUANA	LUNES - VIERNES	08H00 A 16H30	LEGRADO - CESÁREA DE EMERGENCIA Y/O PROGRAMADAS POR EMBARAZO A PARTIR DE > 36 SEM	MAQUINA DE ANESTESIA (1)	EQUIPO ABDOMINAL DE 3 MANDILES (6)
					HISTERECTOMIA - LIGADURAS TEMPRANAS/TARDÍAS - OFORECTOMÍA - PLASTIA VAGINAL	MONITOR DE S.V (1)	EQUIPO. ABDOMINAL DE 4 MANDILES (5)
					LAPAROTOMIA POR EMBARAZO ECTOPICO EXCERESIS DE POLIPOS CERVICALES.	SUCCIÓN (1)	
<b>CIRUGIA GRAL</b>	1	DR. ESTEBAN AGUILAR	MARTES	08H00 A 12H00	HERNIOPLASTIAS UMBILICAL/INGUINAL/ESCROTAL - COLECISTECTOMIA ABIERTA	LÀMPARAAUXILIAR (1)	
			JUEVES		APENDICECTOMIA - PLASTIA ABDOMINAL - PLASTIA DE FRENILLO - CIRCUSICION – LAPAROTOMÍAS		
					COLOSTOMIAS - ILEOSTOMIAS - EXTIRPACION DE LIPOMAS/QUISTES/VERRUGAS		

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD  
HOSPITAL BÁSICO MACHACHI

MANUAL  
DE CALIDAD

EDICIÓN 1

ÍNDICE

1	PROPOSITO	5
1.1	VISIÓN	5
1.2	MISIÓN	5
2	ALCANCE	5
2.1	OBJETIVO	5
2.2	CAMPO DE APLICACIÓN	5
2.3	EXCLUSIONES	5
2.3.3	PRESERVACIÓN DEL SERVICIO (7.5.5)	6

3	DEFINICIONES Y TERMINOLOGÍA	6
3.1	DEFINICIONES	6
3.2	SIMBOLOGÍA O ABREVIATURAS	7
4	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	8
4.1	REQUISITOS GENERALES	8
4.2	REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN	9
4.2.1	GENERALIDADES.	9
4.2.3	CONTROL DE LOS DOCUMENTOS	9
4.2.4	CONTROL DE LOS REGISTROS	10
5.	RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN	10
5.1	COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN	10
5.2	ENFOQUE AL CLIENTE	11
5.3	POLÍTICA DE LA CALIDAD	11
5.4	PLANIFICACIÓN	11
5.4.1	OBJETIVOS DE LA CALIDAD	11
5.4.2	PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	11
5.5	RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN	12
5.5.1	RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD	12
5.5.2	REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN	12
5.6	REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	12
5.6.1	GENERALIDADES	12
5.6.2	INFORMACIÓN PARA LA REVISIÓN	13
5.6.3	RESULTADOS DE LA REVISIÓN	13
6.	GESTIÓN DE LOS RECURSOS	13
6.1	PROVISIÓN DE RECURSOS	13
6.2	RECURSOS HUMANOS	14
6.2.1	GENERALIDADES	14

6.2.2	COMPETENCIA, TOMA DE CONCIENCIA Y FORMACIÓN	14
6.3	INFRAESTRUCTURA	14
6.4	AMBIENTE DE TRABAJO	14
7	REALIZACIÓN DEL PRODUCTO	14
7.1	PLANIFICACIÓN DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO	14
7.2	PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE	15
7.2.1	DETERMINACIÓN DE LOS REQUISITOS RELACIONADOS CON LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO	15
7.2.2	REVISIÓN DE LOS REQUISITOS RELACIONADOS CON EL SERVICIO.	15
7.2.3	COMUNICACIÓN CON EL CLIENTE.	16
7.3	DISEÑO Y DESARROLLO	16
7.4	COMPRAS	16
7.4.1	PROCESO DE COMPRAS.	16
7.4.2	INFORMACIÓN DE LAS COMPRAS.	16
7.4.3	VERIFICACIÓN DE LOS PRODUCTOS COMPRADOS.	17
7.5	PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO	17
7.5.1	CONTROL DE LA PRODUCCIÓN Y DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.	17
7.5.2	VALIDACIÓN DE LOS PROCESOS DE LA PRODUCCIÓN Y DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.	17
7.5.3	IDENTIFICACIÓN Y TRAZABILIDAD.	17
7.5.4	PROPIEDAD DEL CLIENTE	18
7.5.6	CONTROL DE LOS EQUIPOS DE SEGUIMIENTO Y DE MEDICIÓN (METROLOGÍA)	18
8	MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA	18
8.1	GENERALIDADES	18
8.2	SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN	19
8.2.1	SATISFACCIÓN DEL CLIENTE.	19
8.2.2	AUDITORÍA INTERNA.	19
8.2.3	SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS.	19

8.2.4	SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DEL SERVICIO.	19
8.3	CONTROL DEL SERVICIO NO CONFORME	20
8.4	ANÁLISIS DE DATOS	20
8.5	MEJORA	20
8.5.1	MEJORA CONTINUA.	20
8.5.2	ACCIÓN CORRECTIVA.	21
8.5.3	ACCIÓN PREVENTIVA.	21
9	REGISTROS Y ANEXOS	22
10	REFERENCIAS	22
10.1	DOCUMENTOS A CONSULTAR	22
10.2	BASE DE ESTUDIO	23

## 1 PROPOSITO

### 1.1 VISIÓN

El Área de salud No. 16 contará con infraestructura adecuada, además de un Talento Humano calificado con visión integral satisfaciendo la demanda de los usuarios basados en los parámetros de calidad y calidez hasta el año 2013.

### 1.2 MISIÓN

Brindar al usuario una atención integral, con calidad, calidez adecuada y oportuna en nuestra área de influencia, con responsabilidad, solidaridad, ética en las actividades de prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y promoción de la salud, respondiendo a las exigencias de la demanda.

## 2 ALCANCE

### 2.1 OBJETIVO

El objetivo del presente manual es especificar el alcance del SGC y hacer referencia a la forma como se encuentra estructurado para cumplir con la norma ISO 9001: 2008

## 2.2 CAMPO DE APLICACIÓN

A los procesos identificados del departamento de Talento Humano del H.B.M. Descripción de los procesos que se encuentra detalladas en el Manual de Procesos - TH-MA-03-2012.

## 2.3 EXCLUSIONES

### 2.3.1 DISEÑO Y DESARROLLO

Dentro de la Administración Pública el departamento de Talento Humano se en cuenta normado de acuerdo a la Ley Orgánica de Servicio Público – LOSEP, por tal razón no se requiere de diseñar, ni desarrollan nuevos productos y/o servicios. Para mejor comprensión este detalle se encuentra descrito en el punto (7.3).

### 2.3.2 VALIDACIÓN DE PROCESOS ESPECIALES

En el del departamento de Talento Humano del H.B.M., no se han identificado procesos cuyos servicios no puedan verificarse mediante seguimiento o mediciones posteriores, puesto que los servicios actuales son medidos y controlados inmediatamente.

Para mejor comprensión este detalle se encuentra descrito en el punto (7.5.2).

### 2.3.3 PRESERVACIÓN DEL SERVICIO

Al tratarse de servicios el resultado de la gestión del departamento de Talento Humano, no aplica la preservación de los mismos en términos de identificar, manipular, embalar, almacenar y proteger.

Para mejor comprensión este detalle se encuentra descrito en el punto (7.5.5).

## 3 DEFINICIONES Y TERMINOLOGÍA

### 3.1 DEFINICIONES

En el presente manual se utilizan términos relacionados con los conceptos de la calidad que constan en la ISO 9000: 2005 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD. FUNDAMENTOS Y VOCABULARIO

### ENFOQUE BASADO EN PROCESOS

Cualquier actividad, o conjunto de actividades, que utiliza recursos para transformar elementos de entrada en resultados puede considerarse como un proceso.

## PROCESO

Conjunto de actividades mutuamente relacionadas que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados

## PRODUCTO

Resultado de un proceso

## RECURSOS

Medios necesarios para transformar elementos de entrada en resultados. Pueden ser humanos, físicos, económicos y técnicos.

## CONTROLES

Son los documentos de carácter normativos, reglamentarios o legales que constituyen referentes para desarrollar las actividades de un proceso.

## INDICADOR

Es un dato o conjunto de datos que ayudan a medir objetivamente la evolución de un proceso o de una actividad

## SISTEMA

Conjunto de elementos mutuamente relacionados o que interactúan

### 3.2 SIMBOLOGÍA O ABREVIATURAS

Director	DC
Coordinador de Talento Humano	CTH
Asistente de Talento Humanos	ATH
Comité de Calidad	CL
Hospital Básico Machachi	H.B.M.
Sistema de Gestión de la Calidad	SGC

En el presente manual, “La dirección” equivale decir Director del Hospital

## 4 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

#### 4.1 REQUISITOS GENERALES

El departamento de Talento Humano del H.B.M. ha establecido, documentado, implementado y mantiene un sistema de gestión de la calidad orientado a mejorar continuamente su eficacia de acuerdo con los requisitos de la norma ISO 9001:2008. La estructura documental del SGC se indica en el (ANEXO 2)

Para esto se ha desarrollado las siguientes actividades:

- a) Ha determinado los procesos necesarios (mapa de procesos) y su aplicación dentro del departamento de Talento Humano.
- b) Ha determinado la secuencia e interacción de los procesos.
- c) Ha determinado los criterios y los métodos necesarios para asegurarse que tanto la operación como el control de estos procesos sean eficaces, a través de registros, normas, instrucciones y/o procedimientos definidos en cada uno de los procesos.
- d) Se asegura de la disponibilidad de recursos e información necesaria para apoyar la operación y el seguimiento de estos procesos,
- e) Realiza el seguimiento, la medición cuando es aplicable y el análisis de los procesos
- f) Implementa las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y la mejora continua de los procesos.

El departamento de Talento Humano del H.B.M. gestiona estos procesos de acuerdo con los requisitos de la norma ISO 9001:2008

Cuando se contrata externamente procesos que afecta la conformidad de los servicios con los requisitos, se asegura de controlar tales procesos.

#### 4.2 REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN

##### 4.2.1 GENERALIDADES.

La documentación del sistema de gestión de la calidad incluye:

- a) Declaraciones documentadas de la política y los objetivos de la calidad
- b) El manual de gestión de la calidad
- c) Los procedimientos documentados y los registros requeridos en la norma ISO 9001:2009
- d) Los documentos, incluidos los registros necesitados para asegurarse de la eficaz planificación, operación y control de sus procesos.

#### 4.2.2 MANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.

Se mantiene el presente manual de la calidad que incluye:

- a) El alcance del sistema de gestión de la calidad del departamento de Talento Humanos, los detalles y la justificación de las exclusiones
- b) Los procedimientos documentados establecidos para el sistema de gestión de la calidad o referencia a los mismos
- c) La descripción de la interacción entre los procesos del sistema de gestión de la calidad. (Ver manual de procesos TH-MA-03-2012)

#### 4.2.3 CONTROL DE LOS DOCUMENTOS

Los documentos requeridos por el sistema de gestión de la calidad son controlados adecuadamente. Los registros son un tipo especial de documento y se controlan de acuerdo con los requisitos citados en el numeral 4.2.4.

Se ha establecido el procedimiento TH-PA-01-2012 en el que se define los controles 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 el departamento de Talento Humano a determinado como necesarios para la planificación y la operación del sistema de gestión de la calidad, se identifican y que se controla su distribución, y
- g) Prevenir el uso no intencionado de documentos obsoletos, y aplicarles una identificación adecuada en el caso de que se mantengan por cualquier razón.

Los documentos requeridos por el sistema de gestión de la calidad se controlan de acuerdo al procedimiento TH-PA-01-2012.

#### 4.2.4 CONTROL DE LOS REGISTROS

Se ha establecido el procedimiento TH- PA-02-2012 para el control de los registros del SGC.

### 5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN

## 5.1 COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN

La dirección proporcionará 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 tomando las siguientes acciones:

- a) Comunicando a todo el personal del Hospital Básico de Machachi, 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 dirección considera que el cliente interno es la razón de ser de la gestión del Talento Humano, por lo que tiene vital atención a través del SGC.

## 5.3 POLÍTICA DE LA CALIDAD

La dirección, ha definido la política de calidad, la misma que es comunicada al interior del HBM y evaluada periódicamente. Los resultados de las evaluaciones serán mantenidos en el departamento de Talento Humano.

## 5.4 PLANIFICACIÓN

### 5.4.1 OBJETIVOS DE LA CALIDAD

Los objetivos de calidad constan en el (ANEXO 1)

### 5.4.2 PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

La dirección se asegura que:

- a) La planificación del sistema de gestión de la calidad se realice con el fin de cumplir los requisitos citados en 4.1 a través del cronograma anual de actividades del SGC (ANEXO 7), así como los objetivos de la calidad indicados en el plan anual de objetivos (ANEXO 1), y
- b) Se mantenga la integridad del SGC cuando se planifican e implementan cambios en este, mediante el procedimiento de control de documentos.

## 5.5 RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN

### 5.5.1 RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD

La dirección se asegura que las responsabilidades y autoridades, estén definidas y comunicadas dentro del HBM en el manual de funciones y organigrama correspondiente.

### 5.5.2 REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN

La dirección designa al Coordinador de Talento Humano como representante de la Dirección, quien con independencia de otras funciones, tiene la responsabilidad y autoridad para:

- a) Asegurar que se establezcan, implementen y mantengan los procesos necesarios para el sistema de gestión de la calidad,
- b) Informar al Director sobre el desempeño del sistema de gestión de la calidad y de cualquier necesidad de mejora, y
- c) Asegurar que se promueva la toma de conciencia de los requisitos del cliente interno en todos los niveles de la institución.

### 5.5.3 COMUNICACIÓN INTERNA

La dirección ha establecido como mecanismos de comunicación interna los siguientes medios: Cartelera informativa, reuniones departamentales, reuniones generales, correo electrónico y comunicaciones escritas (memos y oficios.)

## 5.6 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

### 5.6.1 GENERALIDADES

El Director del Hospital conjuntamente con el Comité de Calidad, revisan anualmente el SGC del Hospital Básico Machachi, para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continua. La revisión incluye la evaluación de las oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar cambios en el SGC, incluyendo la política y los objetivos de la calidad. Se mantiene los registros de las revisiones.

### 5.6.2 INFORMACIÓN PARA LA REVISIÓN

La información de entrada para la revisión por parte del Director del HBM, es suministrada mediante un informe escrito por el Coordinador de Talento Humano, además se requiere la siguiente información:

- Cumplimiento de los objetivos de calidad.
- Política de calidad
- Resultados de auditorias
- Estado de acciones correctivas
- Estado de acciones preventivas

- Proyectos de mejoramiento continuo (seguimiento o creación)
- Desempeño de los procesos
- Conformidad del producto y quejas de clientes
- Acta anterior de revisión del SGC
- Resultados de evaluación de proveedores (Responsable de Compras)
- Cambios que podrían afectar al SGC
- Recomendaciones para la mejora

El Coordinador de Talento Humano reporta el resultado de la revisión al Director del HBM.

### 5.6.3 RESULTADOS DE LA REVISIÓN

Los resultados de la revisión se presentan en actas que serán archivadas por el asistente de Talento Humano.

## 6. GESTIÓN DE LOS RECURSOS

### 6.1 PROVISIÓN DE RECURSOS

La provisión de los recursos para el funcionamiento de los SGC se define en el Plan Operativo Anual (POA) del HBM.

Los recursos humanos, físicos, económicos y técnicos se han definido en cada uno de los procesos.

### 6.2 RECURSOS HUMANOS

#### 6.2.1 GENERALIDADES

El personal que realiza trabajos que afectan a la calidad de los servicios que presta el Departamento de Talento Humano se ha definido en el manual de funciones, el Coordinador de Talento Humano asegura que este personal sea competente.

#### 6.2.2 COMPETENCIA, TOMA DE CONCIENCIA Y FORMACIÓN

Para determinar la competencia, toma de conciencia y formación se aplica el procedimiento TH-PA-06-2012.

### 6.3 INFRAESTRUCTURA

Los equipos de oficina (computadoras de escritorio, portátil, impresoras y proyector) necesarios para el desarrollo de los subsistemas del Departamento de Talento Humano se han identificado en el cronograma anual de mantenimiento preventivo como se indica en el (ANEXO 8). Para la realización

del mantenimiento correctivo se solicita al Departamento de Servicios Administrativos cuando sea necesario.

#### 6.4 AMBIENTE DE TRABAJO

Las condiciones ambientales (temperatura, iluminación, circulación de aire) para el desarrollo de las actividades en el Departamento de Talento Humano son las adecuadas.

En el proceso de Seguridad y Salud Ocupacional se indica el procedimiento para cumplir con los requisitos legales aplicables para prevenir lesiones y enfermedades.

### 7 REALIZACIÓN DEL PRODUCTO

#### 7.1 PLANIFICACIÓN DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

La planificación del servicio que presta el Departamento de Talento Humano, se realiza el primer día laborable a través de una reunión donde el coordinador y el secretario: primero revisan las actividades planificadas de la semana anterior, de tal manera que se puedan identificar actividades no ejecutadas, y luego planifican las actividades que se van a ejecutar.

Para cada una de las actividades se asigna el responsable y el tiempo de ejecución.

Los procesos de prestación de servicios del Departamento de Talento Humano se indican en el Manual de Procesos.

#### 7.2 PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE

##### 7.2.1 DETERMINACIÓN DE LOS REQUISITOS RELACIONADOS CON LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

El Departamento de Talento Humano del HBM, conoce y cumple el marco legal asociado al servicio.

El Departamento de Talento Humano, cumple sus obligaciones legales:

- Constitución de la República del Ecuador
- Ley Orgánica del Servicio Público (LOSEP)
- Ley de Seguridad Social
- Reglamento de la Ley Orgánica del Servicio Público
- Código de Trabajo
- Sistemas transaccionales y de información del Ministerio de Finanzas del Ecuador
- Contrato Colectivo: Organización Sindical Única de los Trabajadores del Ministerio de Salud (OSUNTRAMSA)

## 7.2.2 REVISIÓN DE LOS REQUISITOS RELACIONADOS CON EL SERVICIO.

Para la revisión de los requisitos relacionados con el servicio, los clientes internos deben presentar por escrito en la secretaría del Departamento de Talento Humano, el documento donde conste el requerimiento respectivo para ser analizado y revisado por parte del Coordinador de talento Humano. El resultado se dará a conocer por escrito al cliente.

## 7.2.3 COMUNICACIÓN CON EL CLIENTE.

El Departamento de Talento Humano ha determinado medios que permitan mantener comunicación permanente con el cliente:

Comunicados vía carteleras, correo electrónico, memorandos, u otras comunicaciones escritas.

## 7.3 DISEÑO Y DESARROLLO

Esta cláusula ha sido excluida del Sistema de Gestión de la Calidad. (Ver exclusiones)

## 7.4 COMPRAS

### 7.4.1 PROCESO DE COMPRAS.

El Departamento de Talento Humano a través del Coordinador, realiza el requerimiento mediante un memorando al departamento de Servicios Institucionales, indicando las necesidades. Una vez efectuado la compra el responsable de la bodega institucional entrega mediante nota de egreso al solicitante.

Los proveedores son evaluados, seleccionados y re-evaluados por el responsable de Servicios Institucionales.

### 7.4.2 INFORMACIÓN DE LAS COMPRAS.

La información necesaria para la realización de las compras se indica detalladamente en el memorando que se entrega al departamento de Servicios Institucionales.

### 7.4.3 VERIFICACIÓN DE LOS PRODUCTOS COMPRADOS.

La verificación de los productos comprados realiza el secretario del Departamento de Talento Humano contrastando la información que consta en el memorando de solicitud con el producto recibido. En caso de conformidad se acepta el producto; caso contrario se devuelve el producto al responsable de la bodega institucional.

## 7.5 PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO

### 7.5.1 CONTROL DE LA PRODUCCIÓN Y DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

El Coordinador de Talento Humano planifica y lleva a cabo la ejecución de la prestación del servicio bajo las condiciones establecidas en el proceso y en el procedimiento correspondiente a cada uno de los subsistemas.

### 7.5.2 VALIDACIÓN DE LOS PROCESOS DE LA PRODUCCIÓN Y DE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

Esta cláusula no aplica para el Sistema de Gestión de Calidad. (Ver exclusión)

### 7.5.3 IDENTIFICACIÓN Y TRAZABILIDAD.

En el caso del Departamento de Talento Humano, la identificación y trazabilidad del servicio no es un requerimiento legal ni de seguridad, sin embargo para facilitar el seguimiento de nuestros procesos, se cuenta con un check list para realizar el seguimiento del cumplimiento de cada uno de los subsistemas del departamento.

En el check list consta la actividad realizada, el visto de cumplimiento y el responsable de cumplir, además debe estar en la carpeta de cada uno de los empleados y trabajadores del HBM.

### 7.5.4 PROPIEDAD DEL CLIENTE

La información que los clientes internos o aspirantes entreguen al departamento de Talento Humano en cualquier medio, sea escrito o electrónico, no podrá ser de libre disponibilidad y para la obtención de la misma debe haber una solicitud por escrito. Para la entrega de la información solicitada debe haber la aprobación del Director del Hospital y del Coordinador de Talento Humano

### 7.5.5 PRESERVACIÓN DEL SERVICIO.

Esta cláusula no aplica para el Sistema de Gestión de Calidad. (Ver exclusión)

### 7.5.6 CONTROL DE LOS EQUIPOS DE SEGUIMIENTO Y DE MEDICIÓN (METROLOGÍA)

En el Departamento de Talento Humano del HBM, no se utiliza equipos de seguimiento y medición para el desarrollo de los subsistemas. El mantenimiento de los equipos de computación realiza el departamento de Servicios Institucionales de acuerdo al programa de mantenimiento preventivo.

## 8 MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA

### 8.1 GENERALIDADES

El Departamento de Talento Humano ha planificado e implementado los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora necesarios para:

- a) Demostrar la conformidad del servicio
- b) Asegurarse de la conformidad del sistema de gestión de la calidad, y
- c) Mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad

### 8.2 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN

#### 8.2.1 SATISFACCIÓN DEL CLIENTE.

El Departamento de Talento Humano determina la satisfacción de los clientes respecto al cumplimiento de los requisitos del servicio a través de una encuesta, la misma que se realiza anualmente. Los resultados de las encuestas son archivados en el departamento de Talento Humano.

#### 8.2.2 AUDITORÍA INTERNA.

El Coordinador de Talento Humano lleva a cabo a intervalos planificados auditorías internas del sistema de gestión de la calidad.

El Director del HBM conjuntamente con el representante de la dirección planifica el cronograma de auditorías de acuerdo al procedimiento TH –PA-04 - 2012

#### 8.2.3 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DE LOS PROCESOS.

El Comité de Calidad realiza el seguimiento y medición de los procesos del sistema de gestión de la calidad a través de la tabla general de indicadores. Mensualmente el representante de la dirección recopila los resultados obtenidos en cada proceso, para presentar en el comité de calidad.

#### 8.2.4 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN DEL SERVICIO.

El Coordinador de Talento Humano mide y hace un seguimiento de las características del servicio para verificar que se cumplan con los requisitos del mismo, de acuerdo a los resultados de la encuesta de satisfacción del cliente, y de la tabulación del buzón de quejas.

### 8.3 CONTROL DEL SERVICIO NO CONFORME

El Coordinador de Talento Humano se asegura que el servicio que no sea conforme con los requisitos, se identifique y controle para prevenir su entrega. Los controles, las responsabilidades y autoridades relacionadas con el tratamiento del servicio no conforme, así como los registros correspondientes, están definidos en el procedimiento de control de los servicios no conformes, TH-PA-05-2012.

#### 8.4 ANÁLISIS DE DATOS

El Coordinador de Talento Humano, como responsable de la ejecución de los subsistemas que son parte del SGC, recopila y analiza los respectivos datos para demostrar la idoneidad y la eficacia de los mismos, así como para evaluar la posibilidad de realizar mejoras continuas.

El análisis de datos proporciona información sobre la satisfacción del cliente, la conformidad con los requisitos del servicio, las características y tendencia de los procesos y de los servicios, incluyendo las oportunidades para llevar a cabo acciones preventivas y sobre los proveedores, resulta del análisis de la tabla general de indicadores.

Si en dos meses consecutivos existe incumplimiento de los objetivos de la calidad o en las metas de los indicadores, el comité de calidad levantará la no conformidad al proceso respectivo.

#### 8.5 MEJORA

##### 8.5.1 MEJORA CONTINUA.

El Departamento de Talento Humano mejora continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad mediante el control 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, de la forma planificada en el manual de mejoramiento continuo, TH-MA-05-2012

##### 8.5.2 ACCIÓN CORRECTIVA.

El Departamento de Talento Humano toma acciones para eliminar la causa de las no conformidades con la finalidad de prevenir que vuelva a ocurrir, para lo cual se aplica el procedimiento de acciones correctivas TH-PA-06-2012. De las acciones correctivas se mantiene los respectivos registros.

##### 8.5.3 ACCIÓN PREVENTIVA.

El Departamento de Talento Humano determina acciones para eliminar las causas de las no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia, se aplica el procedimiento de acciones preventivas TH-PA-06-2012. Así mismo si en el análisis de datos hay tendencias que puedan desencadenar en un incumplimiento, se debe tomar una acción preventiva. De las acciones preventivas se mantiene los respectivos registros.

### 9. INDICADORES

Nombre

Descripción

Fórmula de calculo análisis	Responsable	Frecuencia	Sentido LI	LS	Responsable	del
--------------------------------	-------------	------------	------------	----	-------------	-----

#### 10. DOCUMENTOS

Código Nombre

TH-MA-02-2012 MANUAL DE FUNCIONES – Coordinador de Recursos Humanos

TH-MA-02-2012 MANUAL DE FUNCIONES – Asistente de Recursos Humanos

#### 11. REGISTROS

Código Nombre	Formato	Retención	Disposición
---------------	---------	-----------	-------------

	Impreso o digital	Tiempo de almacenaje	Acción luego de retención
--	-------------------	----------------------	---------------------------

#### 12. DIAGRAMA DE FLUJO

#### 13. REGISTROS Y ANEXOS

Anexo No. 1 Políticas y Objetivos de la Calidad

Anexo No. 2 Procedimiento de Control de Documentos

Anexo No. 3 Procedimiento de Control de Registros

Anexo No.4 Procedimiento de Auditorías Internas

Anexo No. 5 Procedimiento de Producto no Conforme

Anexo No. 6 Procedimiento de Acciones Correctivas y Preventivas

Anexo No. 7 Cronograma Anual de Actividades

Anexo No. 8 Cronograma Anual de Mantenimiento Preventivo.

#### 14. REFERENCIAS

#### 14.1 DOCUMENTOS A CONSULTAR

Ninguno

#### 14.2 BASE DE ESTUDIO

NORMA ISO 9001: 2008

SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD - REQUISITOS

## MANUAL DE CALIDAD

### ANEXO 1

#### POLÍTICA DE CALIDAD

El HBM provee servicios de salud seguros, oportunos, accesibles y equitativos buscando permanentemente la satisfacción de las expectativas de sus usuarios, promoviendo la calidad de los servicios con un enfoque de interculturalidad y de género, sin descuidar el involucramiento comunitario en las zonas de influencia a través de los Equipos Básicos de Salud (EBAS).

Constantemente desarrolla a su equipo humano, enfoca su gestión hacia el mejoramiento continuo, optimiza los recursos que dispone y cumple con los códigos y legislación relacionados.

## OBJETIVOS DE CALIDAD

- Lograr un nivel de satisfacción de los usuarios del 90 %, desarrollando estrategias de comunicación permanente, con el fin de identificar sus necesidades, observaciones y expectativas frente a los servicios prestados en la Institución.
- Implementar y mantener el Sistema de Gestión de la Calidad hasta octubre de 2013.
- Alcanzar el 95% en la medición del clima organizacional, que permita crear sentido de pertenencia del cliente interno y adherencia del cliente externo hacia la Institución.
- Cumplir el 100 % del programa de capacitación y concienciación que el HBM planifica para desarrollar con la población de la zona de influencia del hospital y que propende mejorar su calidad de vida.

## MANUAL DE CALIDAD

## ANEXO 2

## 1 OBJETIVO

El objetivo es el establecer el procedimiento mediante el cual se realiza el control de los documentos y los datos generados en el sistema de gestión.

## 2 CAMPO DE APLICACIÓN

Este procedimiento aplica en las tres categorías de documentos que se generan en el HBM

Categoría "1"

- Manuales
- Procedimientos mandatorios que cumplen con los requerimientos de la norma ISO 9001

Categoría "2"

- Procedimientos administrativos
- Formatos

Categoría "3"

- Documentos externos relativos a los subprocesos del departamento de Talento Humano que están dentro del Sistema de Gestión de la Calidad (leyes, normas, reglamentos, registro oficial, etc.)

## 3 RESPONSABLE

La aplicación del presente procedimiento es responsabilidad del Coordinador de Talento Humano.

## 4 TERMINOLOGÍA

SGC Sistema de Gestión de Calidad

## REPRESENTANTE DE LA DIRECCIÓN

Persona designada por la Dirección para asegurar que se establezca, ponga en práctica y mantenga el sistema de gestión de calidad.

SGC Sistema de Gestión de Calidad

HBM Hospital Básico de Machachi

RD Representante de la Dirección

## 5 CONTENIDO

### 5.1 APROBACIÓN Y EMISIÓN DE LOS DOCUMENTOS TIPO 1 y 2

ORIGEN	TIPO	RESPONSABLE DE		
		ELABORAR	REVISAR	APROBAR
SGC. 1	RD, Jefe	Director	Director	Director
SGC. 2	Integrantes	Jefe, RD	Jefe, RD	Jefe, RD

#### 5.1.1 CATEGORÍA 1

Los documentos tipo 1, aprueba el Director, firmando en el recuadro existente para el efecto en todas las hojas del documento original.

El representante de la dirección, debe mantener un listado de documentos actualizados y copias controladas.

Si existieran formatos, estos deben ser aprobados conjuntamente con los documentos que los generan

#### 5.1.2 CATEGORÍA 2

En los documentos tipo 2, el responsable de aprobar debe firmar en el recuadro existente para el efecto.

El responsable del área o departamento, debe mantener un listado de documentos actualizados y copias controladas.

Si existieran formatos, estos deben ser aprobados conjuntamente con los documentos que los generan

### 5.1.3 CATEGORÍA 3

El representante de la dirección, mantiene un listado de documentos externos actualizados y copias controladas.

En los tres casos, el responsable de aprobar un documento decidirá a quien se entrega copias controladas. Los documentos controlados, tendrán un sello que los identifique como tales en todas las páginas del documento.

## 5.2 IDENTIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS

Todos los documentos deben ser completamente legibles. Para la identificación, los correspondientes a las categorías 1 y 2 deben sujetarse a lo que indica el Procedimiento Base

Los documentos externos (Categoría 3) se identificarán por medio del título y la edición vigente o fecha última de emisión o publicación. El control de la distribución estará a cargo del Coordinador de Talento Humano.

## 5.3 CAMBIOS EN LOS DOCUMENTOS Y EN LOS DATOS

### 5.3.1 CATEGORÍAS 1 Y 2

Se pueden realizar cambios o modificaciones a los documentos, siempre que los mismos tengan justificación y sean aprobados por el responsable. Cuando se haya realizado cambios o modificaciones se procederá a emitir un nuevo ejemplar, con el número de edición y la fecha de aprobación actualizada.

El representante de la dirección o los responsables de áreas o departamentos según sea el caso; debe distribuir la última edición y retirar el documento obsoleto correspondiente. En todas las páginas del documento retirado se colocará un sello con la palabra obsoleto.

### 5.3.2 CATEGORÍA 3

En el caso de entregar copias de los documentos externos, se procederá colocando un sello Documento Controlado

Las ediciones que no estén vigentes, cuando por razones legales u otras no se puedan destruir, deben tener un sello que diga OBSOLETO en todas las páginas.

### 5.3.3 IDENTIFICACIÓN DE LOS CAMBIOS O MODIFICACIONES

Los cambios o modificaciones que se realizan en los documentos, se identifican escribiendo el texto modificado con letra en cursiva. Cuando el cambio o modificación sea cuadro o gráfico, el título correspondiente debe ser escrito con letra en cursiva.

En los documentos vigentes aparecerá identificado de acuerdo a lo establecido, únicamente el último cambio; el texto de los cambios anteriores será escrito normalmente.

#### 5.4 CONTROL DE LOS DATOS

Cuando los datos del Sistema de Gestión de Calidad que constan en los documentos o en los registros requieran ser modificados, estos se tacharán con una línea y se escribirá el nuevo valor junto con la sumilla y las iniciales de la persona que realizó la enmienda.

### 6 REGISTROS Y ANEXOS

#### 6.1 REGISTROS

Ninguno

#### 6.2 ANEXOS

Ninguna

### 7 REFERENCIAS

#### 7.1 DOCUMENTOS A CONSULTAR

Ninguno

#### 7.2 BASE DE ESTUDIO

Ninguno

MANUAL DE CALIDAD

ANEXO 3

## 1 OBJETIVO

Establecer el procedimiento mediante el cual identifica, almacena, protege, recupera, retiene y dispone los registros del Sistema de Gestión.

## 2 CAMPO DE APLICACIÓN

Se aplica a todos los registros mandatorios del SGI del H.B.M.

## 3 RESPONSABILIDAD

El responsable de la aplicación del presente procedimiento es el Coordinador de Talento Humano.

## 4 TERMINOLOGÍA

SGI Sistema de Gestión Integral

SGC Sistema de Gestión de Calidad

S&SO Sistema de Gestión en Seguridad y Salud Ocupacional

REGISTRO Documento que provee evidencias objetivas de las actividades efectuadas o de los resultados obtenidos

## 5 CONTENIDO

Los registros que se generan en el SGC deben ser debidamente diligenciados y archivados en el formato Control de Registros, llenando en cada uno de los espacios la información correspondiente en forma legible. Para llenar los registros no se debe utilizar lápiz. (ANEXO 1)

### 5.1 IDENTIFICAR

Se debe definir la manera de identificar un registro de tal forma que se pueda diferenciar uno de otro, de entre varios que tengan igual formato.

### 5.2 ALMACENAR

Se indica la frecuencia con la cual se recoge el registro desde donde se genera y la forma de archivar físicamente el registro en las carpetas correspondientes. Puede ser alfabético ascendente o descendente, cronológico, por el origen, etc.

### 5.3 PROTEGER

Se debe indicar el lugar físico en donde se archiva el registro, teniendo en cuenta que las condiciones prevengan de daño o deterioro.

### 5.4 RECUPERAR

Se debe definir quién o quienes tienen acceso a un registro.

### 5.5 TIEMPO DE RETENCIÓN

Se debe señalar el tiempo durante el cual se mantendrá archivado un registro antes de la disposición final. Los responsables de cada registro determinarán el tiempo necesario de retención considerando aspectos técnicos, requerimientos legales, y del cliente, etc.

### 5.6 DISPONER

Se debe indicar el destino o la disponibilidad final que se da a un registro luego de que ha cumplido el tiempo de retención.

El Director del H.B.M., el representante del Departamento de Talento Humano o la persona encargada, según sea el caso, mantendrá actualizada la información que solicita el formato Control de Registros y controlará los registros de acuerdo a lo indicado en los numerales anteriores.

## 6 REGISTROS Y ANEXOS

### 6.1 REGISTROS

Ninguno

### 6.2 ANEXOS

Anexo 1 Control de Registros

## 7 REFERENCIAS

### 7.3 DOCUMENTOS A CONSULTAR

Ninguno

### 7.4 BASE DE ESTUDIO

Ninguno

## CONTROL DE REGISTROS DE LA CALIDAD

ÁREA:

NOMBRE	CÓDIGO	IDENTIFICAR	ALMACENAR	RECUPERAR	PROTEGER
TIEMPO DE RETENCIÓN	DISPONER				

APROBADO POR:

MANUAL DE CALIDAD

ANEXO 4

#### 1. OBJETO

El presente procedimiento tiene como objeto especificar la forma de planificar y ejecutar las auditorías internas del SGC del departamento de Talento Humano.

## 2. CAMPO DE APLICACIÓN

Se aplica para auditar el SGC del HBM.

## 3. RESPONSABILIDAD

La responsabilidad de aplicar el presente procedimiento es del Coordinador de Talento Humano

## 4. TERMINOLOGÍA

### HBM

Hospital Básico Machachi

### AUDITORIA INTERNA

Examen sistemático e independiente para determinar si las actividades y sus resultados satisfacen los requisitos preestablecidos en las normas y si los mismos son implementados efectivamente y son aptos para cumplir los objetivos.

### AUDITOR INTERNO

Persona con la competencia para llevar a cabo una auditoría

### EVIDENCIA DE LA AUDITORIA

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

### NO CONFORMIDAD

Incumplimiento con un requisito establecido.

### AUDITOR LÍDER

Se denomina así al auditor designado para conducir una auditoría

SGC

Sistema de Gestión de la Calidad

AUDITADO

Es la persona a la que se le realizará la auditoría. Es el encargado de dar la información al auditor

## 5. CONTENIDO

### 5.1. CRONOGRAMA ANUAL DE AUDITORIAS

El Coordinador de Talento Humano elabora el Cronograma anual de auditorías internas (ANEXO 1) considerando la retroalimentación de las partes interesadas, revisiones gerenciales anteriores, el estado y la importancia de los procesos a auditar así como los resultados de auditorías anteriores. El cronograma es aprobado por el Director del HBM.

El SGC debe ser auditado al menos una vez por año.

### 5.2 PROGRAMA DE AUDITORIA

El programa de auditoría interna realiza el auditor líder dos semanas antes de la fecha establecida, el mismo que será informado con una semana de anticipación a los responsables de los procesos e incluirá: criterios de la auditoría, objetivo, alcance, fecha, hora, nómina de los auditores, proceso o área, responsable del proceso o área a ser auditada, el tiempo estimado para auditar y la metodología.

En el programa se indicará además las reuniones a realizarse durante la auditoría, de apertura, entre auditores y de cierre.

### 5.3 PREPARACIÓN

#### 5.3.1 CONFORMACIÓN DE EQUIPOS AUDITORES

El Coordinador de Talento Humano designa al auditor líder de entre los auditores internos calificados por un período de dos años, pudiendo ser reelecto por el mismo período.

El auditor líder conforma los equipos de auditores, tomando en consideración la imparcialidad y objetividad de los mismos frente a los procesos a ser auditados.

### 5.3.2 NOTIFICACIÓN DE LA AUDITORÍA A LOS RESPONSABLES

El auditor líder envía el programa de auditoría interna a cada responsable, además si fuera necesario se solicita los documentos correspondientes para una revisión previa.

## 5.4 EJECUCIÓN DE LA AUDITORIA

En la fecha prevista para la auditoria, el equipo auditor se reúne a la hora indicada en el programa de auditoría y efectúa las siguientes actividades:

### 5.4.1 REUNIÓN DE APERTURA

A la hora señalada se reúne el equipo auditor con el Coordinador de Talento Humano y los responsables de los procesos, el auditor líder hace un breve resumen del programa a ejecutarse, indica el objeto y el alcance de la auditoría y contesta cualquier duda de los asistentes.

### 5.4.2. AUDITORIA A LOS PROCESOS

El equipo auditor concurre a la hora establecida donde el responsable del proceso a ser auditado, dando inicio a la auditoría.

### 5.4.3 REGISTRO DE NO CONFORMIDADES

Antes de la reunión de cierre, el grupo de auditores se reúne para determinar definitivamente si hubo No Conformidades y/u Observaciones, las mismas que se registrarán en el formato de Acciones Correctivas.

### 5.4.4 REUNIÓN DE CIERRE

En la fecha y hora indicada según el programa de auditoría, el equipo auditor con la presencia del Coordinador de Talento Humano y los auditados, se reúne para cerrar la auditoría, donde el auditor líder recuerda los objetivos y el alcance de la auditoría.

Se indica los hallazgos encontrados y se entrega al Director del HBM. Posteriormente, de haber, las no conformidades u observaciones se entregan a los responsables de las mismas para que definan las acciones correctivas así como el tiempo prudencial de cumplimiento; cumplido esto, devolverán al auditor líder para su posterior verificación.

## 5.5 INFORME DE LA AUDITORIA

El auditor líder elabora el informe por escrito en un tiempo no mayor a siete días laborables posterior a la realización de la reunión de cierre. El informe contendrá:

- No. de auditoría
- Fecha de realización
- Objeto
- Alcance
- Metodología
- Cronograma
- Nombre de los auditores
- Registro de hallazgos
- Conclusiones
- Observaciones
- Firma del auditor líder

El informe de la auditoría es presentado al Coordinador de Talento Humano y/o el Director de HBM.

## 5.6 SEGUIMIENTO

Una vez que los auditados han definido las acciones correctivas y la fecha de cumplimiento, el auditor líder verificará su implantación en la fecha indicada.

## 5.7 INFORME DE LA EFICACIA DE LAS ACCIONES CORRECTIVAS

En un plazo no mayor a 30 días desde la fecha de cumplimiento de las acciones correctivas, el auditor líder elaborará el informe correspondiente a la eficacia de las acciones implantadas.

La responsabilidad del auditor líder para realizar el seguimiento y verificar la eficacia de acciones correctivas es tanto para No conformidades y Observaciones levantadas.

## 5.8 CALIFICACIÓN DE AUDITORES INTERNOS

### 5.8.1 REQUISITOS

Mínimo	Puntaje	
Instrucción	Bachiller	20
Experiencia	1 año en el HBM	20
Capacitación	Aprobar el curso *	60

Para ser auditor interno de calidad debe obtener mínimo 60 puntos

\* Dictado por una empresa calificada

Para obtener los 60 puntos correspondientes a capacitación, se debe aprobar el curso de formación o actualización de auditores internos

El Coordinador de Talento Humano calificará a los auditores internos.

Se tendrá el registro de la calificación de cada uno de los auditores

## 6 REGISTROS Y ANEXOS

### 6.1 REGISTROS

Formato de Acciones Correctivas

## 6.2 ANEXOS

Plan de Auditoria

Cronograma anual de actividades

Informe de Auditoria

Listas de Verificación 1-7

## 7. REFERENCIAS

### 7.1 DOCUMENTOS A CONSULTAR

Ninguna

### 7.2 BASES DE ESTUDIO

ISO 19011 Directrices para auditar Sistemas de Gestión de la Calidad

PLAN DE AUDITORIA      No.

Duración

Objetivo:

Alcance

PROCESO	DOCUMENTOS	AUDITOR	RESPONSABLE	DEL	PROCESO
FECHA	HORA				

CRONOGRAMA ANUAL DE ACTIVIDADES		RESPONSABLES														
2012-2013		COORDINADOR DE TALENTO HUMANO					DIRECTOR					DEL HOSPITAL BÁSICO MACHACHI				
No.	DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC			

1	Reuniones del Comité de Calidad	X	X	X	X	X	X
2	Auditoría Interna al SGC	X	X			X	
3	Capacitación y Calificación de Auditores Internos				X		
4	Revisión del Sistema de Gestión Calidad por la Dirección					X	X
5							
6							

## INFORME DE AUDITORIA

1 Objeto

2 Alcance

3 Equipo Auditor

4 Fecha y lugar de la Auditoría

5 Resumen de la Auditoría

5.1 Elementos de la norma revisados y no conformidades detectadas

5.2 Descripción de la no conformidad

5.3 Observaciones

6 Relación de participantes en el proceso de auditoría

7 Anexo I

7.1 Currículum vitae del Equipo Auditor

7.2 Plan de Auditoría ejecutado

7.3 Evidencias de la Auditoría.

## LISTA DE VERIFICACIÓN – PROCESO DE SELECCION

### DATOS DEL PROGRAMA

Código Programa	Descripción	Auditor Líder	Criterio
-----------------	-------------	---------------	----------

### DATOS DEL PLAN

Código Plan	Descripción	Auditor Principal
-------------	-------------	-------------------

## DATOS DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN

Fecha de elaboración:

Subproceso: Selección

Auditado:

Personal entrevistado: Dirección de Talento Humano

Preguntas/Actividades	Documentos y registros	Requisito	Cumplimiento	Hallazgos
-----------------------	------------------------	-----------	--------------	-----------

P

¿Ha planificado el proceso de selección para cada año?

¿Ha elaborado un cronograma de selección?

¿Ha socializado el cronograma de actividades?

H

¿Recibe y analiza los requerimientos de personal de las diferentes áreas?

¿Consulta el manual de clasificación de puestos institucional para los profesionales solicitados?

¿Aplica las herramientas de selección establecidas (entrevista, pruebas psicométricas y verifica las referencias laborales y académicas?

¿Elabora el resumen de proceso de selección y pronóstico ocupacional?

V

¿Elabora un cuadro de mando integral y realiza un análisis del mismo, dando cuenta del cumplimiento de los indicadores del subproceso?

¿Propone y documenta las acciones requeridas, de mejora continua, correctiva y preventiva?

¿Remite el informe a la dirección y control interno?

A

¿Identifica los ajustes a los documentos del sistema de Gestión de la calidad?

¿Documenta los respectivos cambios en los formatos establecidos?

¿Implementa las acciones que le sean aprobadas?

OBSERVACIONES GENERALES:

LISTA DE VERIFICACIÓN – PROCESO DE CONTRATACION

DATOS DEL PROGRAMA

Código Programa	Descripción	Auditor Líder	Criterio
-----------------	-------------	---------------	----------

DATOS DEL PLAN

Código Plan Descripción Auditor Principal

## DATOS DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN

Fecha de elaboración:

Subproceso: Contratación

Auditado:

Personal entrevistado: Dirección de Talento Humano

	Preguntas/Actividades	Documentos y registros	Requisito	Cumplimiento	Hallazgos
P	¿Ha planificado la Contratación dentro de las áreas?				
	¿Ha elaborado el borrador del estudio previo?				
	¿Ha solicitado la certificación presupuestaria para la contratación?				
H	¿Aplicado la planificación de contratación?				
	¿Ha revisado el estudio previo para emitir el definitivo?				
	¿Solicito la aprobación de la Máxima Autoridad?				
V	¿Verifica los requisitos de cumplimiento para la vinculación?				
	¿Aplica mediciones de satisfacción de los usuarios?				
	¿Remite el informe a la dirección?				
A					

¿Realiza el seguimiento y evaluación del subsistema?

¿Documenta los respectivos cambios en los formatos establecidos?

¿Implementa las acciones que le sean aprobadas?

OBSERVACIONES GENERALES:

LISTA DE VERIFICACIÓN – PROCESO DE E-SIPREN

DATOS DEL PROGRAMA

Código Programa      Descripción      Auditor Líder      Criterio

#### DATOS DEL PLAN

Código Plan      Descripción      Auditor Principal

#### DATOS DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN

Fecha de elaboración:

Subproceso: Sistema eSIPREN

Auditado:

Personal entrevistado: Dirección de Recursos Humanos

Preguntas/Actividades	Documentos y registros	Requisito	Cumplimiento	Hallazgos
P				
¿Ha solicitado las claves de usuario y contraseña a MINFIN?				

¿Ha solicitado certificación presupuestaria a Financiero?

¿Ha solicitado autorización al MINFIN ?

H

¿Ha elaborado las Reformas WEB al distributivo en el sistema eSIPREN?

¿Ha coordinado la capacitación con el MINFIN para cambios en el sistema?

¿Ha entregado a la Dirección los reportes del Sistema?

V

¿Verifica que la reforma este aprobada?

¿Autoevalúa la gestión del subsistema a través del seguimiento de indicadores?

¿Verifica que el sistema cumpla con todos los lineamientos ?

A

¿Realiza el seguimiento y evaluación del subsistema?

¿Documenta los respectivos cambios en los formatos establecidos?

¿Implementa las acciones que le sean aprobadas?

OBSERVACIONES GENERALES:

## LISTA DE VERIFICACIÓN – PROCESO DE INDUCCION

### DATOS DEL PROGRAMA

Código Programa	Descripción	Auditor Líder	Criterio
-----------------	-------------	---------------	----------

### DATOS DEL PLAN

Código Plan	Descripción	Auditor Principal
-------------	-------------	-------------------

### DATOS DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN

Fecha de elaboración:

Subproceso: Inducción

Auditado:

Personal entrevistado: Dirección de Recursos Humanos

Preguntas/Actividades Documentos y registros Requisito Cumplimiento Hallazgos

P

¿Ha elaborado el Plan de Inducción?

¿Ha planificado el cronograma de inducción?

¿Ha solicitado a la Máxima Autoridad hacer el texto de Bienvenida para el Plan de Inducción?

H

¿Ha implementado el plan de Inducción?

¿Ha coordinado con cada una de las áreas la parte técnica?

¿Ha entregado el material de Inducción al personal contratado?

V

¿Verifica el cumplimiento del Plan?

¿Autoevalúa la gestión del subsistema a través del seguimiento de indicadores?

¿Verificar los requisitos del plan?

A

¿Realiza el seguimiento y evaluación del subsistema?

¿Documenta los respectivos cambios en los formatos establecidos?

¿Implementa las acciones que le sean aprobadas?

OBSERVACIONES GENERALES:

## LISTA DE VERIFICACIÓN – PROCESO CAPACITACION

### DATOS DEL PROGRAMA

Código Programa	Descripción	Auditor Líder	Criterio
-----------------	-------------	---------------	----------

## DATOS DEL PLAN

Código Plan    Descripción    Auditor Principal

## DATOS DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN

Fecha de elaboración:

Subproceso: Capacitación

Auditado:

Personal entrevistado: Dirección de Recursos Humanos

Preguntas/Actividades	Documentos y registros	Requisito	Cumplimiento	Hallazgos
-----------------------	------------------------	-----------	--------------	-----------

P

¿Ha elaborado la Detección de Necesidades de cada una de las áreas?

¿Ha elaborado el Plan Anual de Capacitación?

¿Ha consolidado el plan de Capacitación?

H

¿Ha ejecutado el Plan Anual de Capacitación?

¿Ha cumplido con todos los cursos solicitados?

¿Ha impartido todos

los cursos solicitados?

V

¿Ha realizado la evaluación de las capacitaciones ejecutadas?

¿Ha verificado el cumplimiento del Plan?

¿Verifica que las capacitaciones sean de acuerdo al perfil del personal del hospital?

A

¿Realiza el seguimiento y evaluación del subsistema?

¿Documenta los respectivos cambios en los formatos establecidos?

¿Implementa las acciones que le sean aprobadas?

OBSERVACIONES GENERALES:

## LISTA DE VERIFICACIÓN – PROCESO DE EVALUACION DEL DESEMPEÑO

### DATOS DEL PROGRAMA

Código Programa	Descripción	Auditor Líder	Criterio
-----------------	-------------	---------------	----------

### DATOS DEL PLAN

Código Plan	Descripción	Auditor Principal
-------------	-------------	-------------------

### DATOS DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN

Fecha de elaboración:

Subproceso: Evaluación del Desempeño

Auditado:

Personal entrevistado: Dirección de Recursos Humanos

Preguntas/Actividades Documentos y registros Requisito Cumplimiento Hallazgos

P

¿Ha revisado el instrumento para la evaluación del desempeño del personal?

¿Ha realizado la programación de la evaluación del desempeño?

¿Ha formulado un plan de acción?

H

¿Ha ejecutado el programa de evaluación del desempeño?

¿Aplicado el Plan de Acción?

¿Aplicado los indicadores tanto cualitativos como cuantitativos como lo indica la LOSEP?

V

¿Autoevaluado la gestión del proceso a través del seguimiento de indicadores?

¿Ha verificado el cumplimiento de los indicadores?

¿Verifica que la evaluación del desempeño de a conocer los objetivos de la misma?

A

¿Realiza el seguimiento y evaluación del subsistema?

¿Documenta los respectivos cambios en los formatos establecidos?

¿Implementa las acciones que le sean aprobadas?

OBSERVACIONES GENERALES:

## LISTA DE VERIFICACIÓN – PROCESO DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL

### DATOS DEL PROGRAMA

Código Programa	Descripción	Auditor Líder	Criterio
-----------------	-------------	---------------	----------

### DATOS DEL PLAN

Código Plan    Descripción    Auditor Principal

## DATOS DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN

Fecha de elaboración:

Subproceso: Seguridad y Salud Ocupacional

Auditado:

Personal entrevistado: Dirección de Recursos Humanos

Preguntas/Actividades	Documentos y registros	Requisito	Cumplimiento	Hallazgos
-----------------------	------------------------	-----------	--------------	-----------

P

¿Ha elaborado el diagnóstico de Salud Ocupacional?

¿Ha elaborado el Plan de Seguridad y Salud Ocupacional?

¿Ha detectado los Riesgos Laborales?

H

¿Ha implementado el Plan de Seguridad y Salud Ocupacional?

¿Ha dado solución a los riesgos laborales determinados?

¿Ha desarrollado campañas de Salud Ocupacional?

V

¿Ha verificado que los chequeos pre-ocupacionales estén a todos los funcionarios?

¿Aplicado métodos de prevención pre-ocupacional?

¿Ha evaluado el impacto de y cumplimiento del plan de seguridad y salud ocupacional?

A

¿Realiza el seguimiento y evaluación del subsistema?

¿Documenta los respectivos cambios en los formatos establecidos?

¿Implementa las acciones que le sean aprobadas?

OBSERVACIONES GENERALES:

MANUAL DE CALIDAD

## ANEXO 5

### 1 OBJETO

Es asegurar que el servicio no conforme se identifique y controle para prevenir su uso o entrega no intencional.

### 2 CAMPO DE APLICACIÓN

Se aplica en los subsistemas del departamento de Talento Humano del HBM

### 3 RESPONSABILIDAD

El coordinador de Talento Humano es el responsable de la aplicación del presente procedimiento

### 4 TERMINOLOGÍA

HBM: Hospital Básico de Machachi

### 5 CONTENIDO

El Coordinador de Talento Humano es el responsable de asegurarse que el servicio que no sea conforme con los requisitos, se identifique y controle para prevenir su entrega. Para determinar si no cumplen los requisitos, cuenta con los procesos correspondientes a cada subsistema así como los respectivos procedimientos. Cuando se determine que ha habido No Conformidad del servicio, el Coordinador de Talento Humano debe registrarla utilizando el formato de Acciones Correctivas y Preventivas.

### 6 REGISTROS Y ANEXOS

#### 6.1 REGISTROS

Formato de Acciones Correctivas y Preventivas

6.2 ANEXOS

Ninguno

7 REFERENCIAS

7.1 DOCUMENTOS A CONSULTAR

Ninguno

7.2 BASE DE ESTUDIO

Ninguno

MANUAL DE CALIDAD

ANEXO 6

## 1 OBJETO

El objeto del presente procedimiento es el de establecer el método mediante el cual se determinan las no conformidades, se analizan las posibles causas, se toman las acciones para evitar no conformidades presentes o potenciales.

## 2 CAMPO DE APLICACIÓN

El presente procedimiento se aplica en el SGC del Departamento de Talento Humano.

## 3 RESPONSABILIDAD

Es responsable de la aplicación del procedimiento el Representante de la Dirección .

## 4 TERMINOLOGÍA

### 4.1 SGC

Sistema de Gestión Calidad

### 4.2 ACCION CORRECTIVA

Una acción emprendida para eliminar las causas de una no conformidad, defecto u otra situación no deseable existente con el propósito de evitar que vuelva a ocurrir

### 4.3 NO CONFORMIDAD

No cumplimiento de un requisito

### 4.4 EVIDENCIA OBJETIVA

Información cuya veracidad puede demostrarse, basada en hechos y obtenida por observación, medición, ensayo u otros medios

### 4.5 ESPECIFICACIÓN

Documento que enuncia requisitos

### 4.6 REGISTRO

Documento que provee evidencias objetivas de las actividades efectuadas o de los resultados obtenidos.

### 4.7 ACCIÓN CURATIVA

Acción tomada de inmediato para disminuir los efectos de una no conformidad existente o potencial

#### 4.7 ACCIÓN PREVENTIVA

Acción tomada para eliminar las causas de una potencial no conformidad, de un potencial defecto y de cualquier otra situación no deseada, con el fin de evitar que se produzcan.

#### 4.8 ABREVIATURAS

RD Representante de la Dirección

D Director

JD Jefes Departamentales

### 5 CONTENIDO

#### 5.1 ACCIONES CORRECTIVAS

Se trata de analizar las causas raíces del problema existente para tomar acciones con la finalidad de evitar que vuelvan a ocurrir.

ORIGEN DE LA NO CONFORMIDAD	RECEPTAN,	ANALIZAN	Y	PROPONEN
ACCIONES	RESPONSABLE DE VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE DE		VERIFICAR LA EFICACIA

SERVICIO NO CONFORME	JD, RD	RD		RD, JD
----------------------	--------	----	--	--------

PROCESO NO CONFORME	RD, o D	RD		RD, JD
---------------------	---------	----	--	--------

RECLAMOS DE CLIENTES	RD o JD	RD		RD, JD
----------------------	---------	----	--	--------

AUDITORIAS INTERNAS DEL SGC	RESPONSABLES DE LOS PROCESOS	RD		RD
-----------------------------	------------------------------	----	--	----

REVISIÓN DEL SGC	RESPONSABLES DE LOS PROCESOS	RD		RD, D
------------------	------------------------------	----	--	-------

COMITÉ DE CALIDAD	RESPONSABLES DE LOS PROCESOS	RD		RD
-------------------	------------------------------	----	--	----

El o los responsables aceptan todas las no conformidades, si el caso amerita se toman las acciones correctivas necesarias. Posteriormente se sigue el procedimiento que se indica en el flujograma. (ANEXO 1). El registro queda documentado en el formato de Acciones correctivas. Se verificará el cumplimiento de las acciones propuestas en la fecha indicada por el responsable. Se verificará la eficacia de las acciones propuestas en un lapso no mayor a 60 días a partir de la fecha de cumplimiento.

## 5.2 ACCIONES PREVENTIVAS

Analiza las causas raíces de un problema potencial.

Las fuentes de información para determinar acciones preventivas pueden ser:

Potenciales no conformidades del servicio

Proceso o actividades que presenten indicadores con tendencias a salirse de los límites

Observaciones del cliente en relación a los servicios

Observaciones a las operaciones e instalaciones

Observaciones de auditorías internas o externas

Revisión del sistema

Comité de Calidad

El procedimiento para tomar acciones preventivas, y los responsables, es el mismo que se ha establecido para las acciones correctivas y queda registrado en el formato de Acciones correctivas

## 5.3 OBSERVACIONES

Las observaciones serán analizadas y tratadas en el formato de Acciones correctivas

## 6 REGISTROS Y ANEXOS

### 6.1 REGISTROS

Formato para acciones correctivas y preventivas

### 6.2 ANEXOS

Anexo 1 Flujograma de acciones correctivas

Anexo 2 Formato de Acciones correctiva

## 7 REFERENCIAS

### 7.1 DOCUMENTOS A CONSULTAR

Ninguno

### 7.2 BASES DE ESTUDIO

Ninguno

MANUAL DE CALIDAD

ANEXO 7

PLAN DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

RESPONSABLE

2013 TÉCNICO DE MANTENIMIENTO

No.	DETALLE DE LAS ACTIVIDADES					ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL
	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC							
1	Mantenimiento de Computadoras					X				X		
	X			X		X						
2	Mantenimiento de Impresoras					X			X			X
			X		X							
3	Cambio de Lámparas Fluorescentes					X						
					X	X						
4	Pintura del Departamento de Talento Humano					X	X					
5	Arreglo de archivadores											
				X	X							
6												
7												

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

HOSPITAL BÁSICO MACHACHI

MANUAL DE FUNCIONES

EDICIÓN 1

## ÍNDICE

1	PRESENTACIÓN DE LA INSTITUCIÓN	3
1.1	VISIÓN	3
1.2	MISIÓN	3

2	OBJETIVO Y CAMPO DE APLICACIÓN	3
2.1	OBJETIVO	3
2.2	CAMPO DE APLICACIÓN	4
2.2.1	Aplica a los procesos anexos:	4
3	DEFINICIONES Y TERMINOLOGÍA	4
3.1	DEFINICIONES	4
	FUNCIONES	4
	PERFIL PROFESIONAL:	5
4	PERFILES PROFESIONALES	5
4.1	PERFIL Y FUNCIONES	5
5	REGISTROS Y ANEXOS	5
6	REFERENCIAS	5
6.1	DOCUMENTOS A CONSULTAR	5
6.2	BASE DE ESTUDIO	5

## 1. PROPOSITO

### 1.1 VISIÓN

El Área de salud No. 16 contará con infraestructura adecuada, además de un Talento Humano calificado con visión integral satisfaciendo la demanda de los usuarios basados en los parámetros de calidad y calidez hasta el año 2013.

## 1.2 MISIÓN

Brindar al usuario una atención integral, con calidad, calidez adecuada y oportuna en nuestra área de influencia, con responsabilidad, solidaridad, ética en las actividades de prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y promoción de la salud, respondiendo a las exigencias de la demanda.

## 2. ALCANCE

### 2.1 OBJETIVO

Identificar las funciones y el perfil correspondiente al Coordinador y Asistente de Talento Humano del H.B.M., su secuencia e interacción está de acuerdo al enfoque que promueve la norma ISO 9001: 2008.

### 2.2 CAMPO DE APLICACIÓN

#### 2.2.1 Aplica a los procesos anexos:

- Selección
- Contratación
- Ingreso de personal al Sistema Informático e-SIPREN
- Inducción
- Capacitación
- Evaluación de Desempeño
- Seguridad y Salud Ocupacional

## 3. RESPONSABLE DEL PROCESO

Anexo No. 1 Funciones del Coordinador

Anexo No. 2 Asistente de Talento Humano

## 4. DEFINICIONES

### 4.1 DEFINICIONES

Este documento especifica requisitos para el cargo, interacción con otros procesos, responsabilidades y funciones

### 4.2 FUNCIONES

Cualquier actividad, o conjunto de actividades, que realiza una persona.

#### 4.3 PERFIL PROFESIONAL:

Conjunto de capacidades y competencias que identifican la formación de una persona para asumir en condiciones óptimas las responsabilidades propias del desarrollo de funciones y tareas de una determinada profesión.

#### 5. POLITICAS

Normas que regulan al proceso

#### 6. INDICADORES

Nombre

Descripción

Fórmula de calculo análisis	Responsable	Frecuencia	Sentido LI	LS	Responsable	del
--------------------------------	-------------	------------	------------	----	-------------	-----

#### 7. DOCUMENTOS

Código Nombre

TH-MA-02-2012	MANUAL DE FUNCIONES – Coordinador de Recursos Humanos
---------------	---

TH-MA-02-2012	MANUAL DE FUNCIONES – Asistente de Recursos Humanos
---------------	---

#### 8. REGISTROS

Código Nombre	Formato	Retención	Disposición
---------------	---------	-----------	-------------

	Impreso o digital	Tiempo de almacenaje	Acción luego de retención
--	-------------------	----------------------	---------------------------

## 9. DIAGRAMA DE FLUJO

s/d

## MANUAL DE FUNCIONES

## ANEXO 1

### 1.DATOS GENERALES

Departamento:

(ubicación del puesto al que pertenece) RECURSOS HUMANOS

Área:

(nombre del puesto al que pertenece) RECURSOS HUMANOS

Nombre del Cargo: COORDINADOR DE RECURSOS HUMANOS

Jefe Inmediato (Cargo): DIRECTOR

## 2. OBJETO O PROPÓSITO DEL CARGO

(Descripción de la Función del puesto y su aporte a la Organización)

Administrar y controlar la gestión de Recursos Humanos de toda el Hospital en coordinación con el personal a cargo velando por una eficiente gestión que permita el desarrollo del talento humano de la compañía de acuerdo a las Estrategias emitidas por la Dirección .

## 3.FUNCIONES ASIGNADAS AL CARGO

Funciones Frecuencia

(Marque X)

(Descripción de las funciones y tareas que debe realizar el empleado)      Constante      Mensual  
Semestral o anual

- Cumplir y hacer cumplir la Ley, su reglamento general y las resoluciones del Ministerio de Relaciones Laborales, el Código de Trabajo, y el Reglamento Interno de Trabajo.      X
- Estructurar la planificación anual del talento humano institucional: Plan Operativo Anual (POA), Plan de Inversión Anual (PIA).      X
- Elaborar los proyectos, normativa interna, manuales e indicadores de gestión del talento humano.      X
- Administrar el Sistema Integrado de Desarrollo Institucional, Talento Humano y Remuneraciones elaborado por el Ministerio de Relaciones Laborales.      X
- Reportar al Ministerio de Relaciones Laborales, contratos, finiquitos, resultados de evaluaciones de desempeño, plan anual de capacitación, modificación de horarios de trabajo, buzón de quejas.      X
- Participar en equipos de trabajo para la preparación de planes, programas y proyectos institucionales.      X
- Informar al Director para que se remita al Ministerio de Relaciones laborales la creación de puestos previo al dictamen del Ministerio de Finanzas en los casos en que se afecte la masa salarial o no se cuente con los recursos necesarios.      X

- Cumplir y hacer cumplir la Ley, su reglamento general y las resoluciones del Ministerio de Relaciones Laborales, el Código de Trabajo, y el Reglamento Interno de Trabajo. X
- Estructurar la planificación anual del talento humano institucional: Plan Operativo Anual (POA), Plan de Inversión Anual (PIA). X
- Elaborar los proyectos, normativa interna, manuales e indicadores de gestión del talento humano. X
- Administrar el Sistema Integrado de Desarrollo Institucional, Talento Humano y Remuneraciones elaborado por el Ministerio de Relaciones Laborales. X
- Reportar al Ministerio de Relaciones Laborales, contratos, finiquitos, resultados de evaluaciones de desempeño, plan anual de capacitación, modificación de horarios de trabajo, buzón de quejas. X
- Participar en equipos de trabajo para la preparación de planes, programas y proyectos institucionales X
- Informar al Director para que se remita al Ministerio de Relaciones laborales la creación de puestos previo al dictamen del Ministerio de Finanzas en los casos en que se afecte la masa salarial o no se cuente con los recursos necesarios. X
- Cumplir y hacer cumplir la Ley, su reglamento general y las resoluciones del Ministerio de Relaciones Laborales, el Código de Trabajo, y el Reglamento Interno de Trabajo. X
- Estructurar la planificación anual del talento humano institucional: Plan Operativo Anual (POA), Plan de Inversión Anual (PIA). X
- Elaborar los proyectos, normativa interna, manuales e indicadores de gestión del talento humano. X
- Administrar el Sistema Integrado de Desarrollo Institucional, Talento Humano y Remuneraciones elaborado por el Ministerio de Relaciones Laborales. X
- Reportar al Ministerio de Relaciones Laborales, contratos, finiquitos, resultados de evaluaciones de desempeño, plan anual de capacitación, modificación de horarios de trabajo, buzón de quejas. X
- Participar en equipos de trabajo para la preparación de planes, programas y proyectos institucionales. X
- Informar al Director para que se remita al Ministerio de Relaciones laborales la creación de puestos previo al dictamen del Ministerio de Finanzas en los casos en que se afecte la masa salarial o no se cuente con los recursos necesarios. X
- Cumplir y hacer cumplir la Ley, su reglamento general y las resoluciones del Ministerio de Relaciones Laborales, el Código de Trabajo, y el Reglamento Interno de Trabajo. X

- Estructurar la planificación anual del talento humano institucional: Plan Operativo Anual (POA), Plan de Inversión Anual (PIA). X

#### 4. RETOS DEL PUESTO DE TRABAJO

(Mejoras, cambios, innovaciones a corto, mediano y largo)

- Desarrollo del talento humano del hospital de acuerdo a las estrategias de la compañía.

#### 5. RESPONSABILIDADES DEL CARGO

5.1 Supervisiones (Marque X) - Frecuentemente, Constante, Eventualmente, Ninguna

Supervisa a:(Nombre del Cargo) FR C E N

- ASISTENTE DE SERVICIOS Y BENEFICIOS AL PERSONAL X

5.2 En Toma de Decisiones:

Decisiones tomadas por sí mismo

( Referente a la iniciativa que puede tener el trabajador frente a problemas fortuitos o inesperados)  
Decisiones tomadas con consulta al superior

En general todas aquellas que tienen que ver con la Administración de Recursos Humanos  
Presupuestos, Remuneraciones, Cambios de estructura, estrategias a nivel de toda la empresa.

5.3 Sobre Bienes: (Equipos, Máquinas, Herramientas, Materiales, que se utilizan)

- Constante:

COMPUTADOR

TELÉFONO COPIADORA /IMPRESORA

SUMINISTROS Y MATERIALES DE OFICINA

5.4 Sobre Recursos Económicos:

- Constante:  Ocasionales:

PRESUPUESTOS DE RECURSOS HUMANOS

#### 6. RELACIONES DEL CARGO

(Describe las relaciones que tiene el cargo con otros departamentos o áreas, tanto dentro como fuera del Hospital y el propósito de las mismas)

#### Relaciones Internas

(Con Quién) Naturaleza o Propósito

(Para Qué)

TODOS LOS DEPARTAMENTOS DEL HOSPITAL  APOYO Y ASESORÍA EN EL TALENTO HUMANO

DEPARTAMENTO FINANCIERO

#### Relaciones Externas

(Con Quién) Naturaleza o Propósito

(Para Qué)

MINISTERIO DE TRABAJO  SOLUCIÓN PROBLEMAS LABORALES

IESS  SOLUCIÓN OBLIGACIONES PATRONALES

#### 7.PERFIL DEL CARGO

a) Nivel de Educación y Conocimientos

Nivel de Educación Marcar "X" Especificar Rama o Carrera

Secundaria Completa

Técnica o Intermedia

Universitaria X PSICOLOGÍA INDUSTRIAL O ORGANIZACIONAL

Postgrado, maestría o diplomado X DIRECCIÓN DE RECURSOS HUMANOS

Instrucción informal con conocimientos adicionales (cursos que debe tener para ocupar el puesto de trabajo):

LEGISLACIÓN LABORAL

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

LIDERAZGO

COMPETENCIAS

b) Con Experiencia Requerida en:

Fuera de la Empresa En la Empresa

Cargo:

COORDINADOR DE RECURSOS HUMANOS

Tiempo:

5 AÑOS

Cargo:

COORDINADORA DE RRHH

Tiempo:

5 AÑOS

d) Otras Características Requeridas

Edad:

35 A 45 AÑOS

Sexo:

INDISTINTO

Estado Civil:INDISTINTO Idioma (Cuál y %):

ESPAÑOL

Horario de trabajo:

08H30 A 17H30

Otras necesarias:

e) Adaptación.

¿Cuál es el tiempo promedio empleado en él para lograr un rendimiento adecuado? (Marque con números)

Tiempo:

Días

Tiempo:

Semanas

Tiempo:

Meses 6

Tiempo:

Años

f) Condiciones adicionales.

¿El perfil del cargo es apto para personas con discapacidades Marque con un a X y ponga el % máximo)

Discapacidad auditiva .....

Discapacidad física .....

Discapacidad visual .....

Discapacidad mental .....

g) Entrenamiento en el puesto de trabajo

Requiere capacitación o entrenamiento: Si .....X..... No .....

Área de Capacitación requerida: Tiempo

SISTEMA DE LA EMPRESA, INDUCCIÓN Y ADAPTACIÓN Hasta 30 horas

POLÍTICAS, NORMAS Y PROCEDIMIENTOS EMPRESARIALES de 31 a 60 horas

de 61 a 90 horas

de 91 a 120 horas

8. ASCENSOS, TRASLADOS, TRANSFERENCIASO CAMBIOS

a) Puestos que constituyen escalones para llegar a este: (Orden jerárquico)

COORDINADORA DE RRHH (SELECCIÓN Y DESARROLLO)

COORDINADORA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS DE TRABAJO

MANUAL DE FUNCIONES

## ANEXO 2

### 1. DATOS GENERALES

Departamento:

(ubicación del puesto al que pertenece) RECURSOS HUMANOS

Área:

(nombre del puesto al que pertenece) RECURSOS HUMANOS

Nombre del Cargo: ASISTENTE DE RECURSOS HUMANOS

Jefe Inmediato (Cargo): COORDINADOR DE RECURSOS HUMANOS

### 2. OBJETO O PROPÓSITO DEL CARGO

(Descripción de la Función del puesto y su aporte a la Organización)

Asistir a la gestión de Recursos Humanos de toda el Hospital bajo la tutela del coordinador

### 3. FUNCIONES ASIGNADAS AL CARGO

Funciones Frecuencia(Marque X)

(Descripción de las funciones y tareas que debe realizar el empleado)	Constante	Mensual
Participa en la planificación del POA y PIA del talento humano.	X	
Informa al Coordinador de Talento Humano la factibilidad de realizar convenios institucionales respetando la equidad y paridad de género, discapacidad y la interculturalidad.	X	
Verifica el sistema de control de asistencia de personal.		X
Lleva el control de vacaciones.		X
Mantiene actualizado el archivo.		X

- Apoya en la ejecución del plan de capacitación. X

- 

#### 4. RETOS DEL PUESTO DE TRABAJO

(Mejoras, cambios, innovaciones a corto, mediano y largo)

- Desarrollo del talento humano de la compañía de acuerdo a las estrategias de la compañía.

#### 5. RESPONSABILIDADES DEL CARGO

5.1 Supervisiones (Marque X) - Frecuentemente, Constante, Eventualmente, Ninguna

Supervisa a:(Nombre del Cargo)      FR      C      E      N

5.2 En Toma de Decisiones:

Decisiones tomadas por sí mismo

( Referente a la iniciativa que puede tener el trabajador frente a problemas fortuitos o inesperados)  
Decisiones tomadas con consulta al superior

Todas las que tengan que ver con el área y Hospital.

5.3 Sobre Bienes: (Equipos, Máquinas, Herramientas, Materiales, que se utilizan)

- Constante:

COMPUTADOR

TELÉFONO    COPIADORA /IMPRESORA

SUMINISTROS Y MATERIALES DE OFICINA

5.4 Sobre Recursos Económicos:

- Constante:       Ocasionales:

#### 6. RELACIONES DEL CARGO

(Describe las relaciones que tiene el cargo con otros departamentos o áreas, tanto dentro como fuera del Hospital y el propósito de las mismas)

Relaciones Internas

(Con Quién) Naturaleza o Propósito

(Para Qué)

TODOS LOS DEPARTAMENTOS DEL HOSPITAL  APOYO

Relaciones Externas

(Con Quién) Naturaleza o Propósito

(Para Qué)

MINISTERIO DE TRABAJO  SOLUCIÓN PROBLEMAS LABORALES

IESS  SOLUCIÓN OBLIGACIONES PATRONALES

## 7.PERFIL DEL CARGO

a) Nivel de Educación y Conocimientos

Nivel de Educación Marcar "X" Especificar Rama o Carrera

Secundaria Completa

Técnica o Intermedia

Universitaria X PSICOLOGÍA INDUSTRIAL O ORGANIZACIONAL

Postgrado, maestría o diplomado

Instrucción informal con conocimientos adicionales (cursos que debe tener para ocupar el puesto de trabajo):

OFFICE

LEGISLACIÓN LABORAL

b) Con Experiencia Requerida en:

Fuera de la Empresa En la Empresa

Cargo:

ASISTENTE DE RECURSOS HUMANOS Tiempo:

5 AÑOS Cargo:

ASISTENTE CONTABLE Tiempo:

5 AÑOS

d) Otras Características Requeridas

Edad:

25 A 30 AÑOS Sexo:

INDISTINTO

Estado Civil:INDISTINTO Idioma (Cuál y %):

ESPAÑOL

Horario de trabajo:

08H30 A 17H30 Otras necesarias:

e) Adaptación.

¿Cuál es el tiempo promedio empleado en él para lograr un rendimiento adecuado? (Marque con números)

Tiempo:

Días Tiempo:

Semanas Tiempo:

Meses

6 Tiempo:

Años

f) Condiciones adicionales.

¿El perfil del cargo es apto para personas con discapacidades Marque con un a X y ponga el % máximo)

Discapacidad auditiva .....

Discapacidad física .....

Discapacidad visual .....

Discapacidad mental .....

h) Entrenamiento en el puesto de trabajo

Requiere capacitación o entrenamiento: Si .....X..... No .....

Área de Capacitación requerida: Tiempo

SISTEMA DEL HOSPITAL, INDUCCIÓN Y ADAPTACIÓN Hasta 30 horas

POLÍTICAS, NORMAS Y PROCEDIMIENTOS EMPRESARIALES de 31 a 60 horas

de 61 a 90 horas

de 91 a 120 horas

#### 8.ASCENSOS, TRASLADOS, TRANSFERENCIASO CAMBIOS

b) Puestos que constituyen escalones para llegar a este: (Orden jerárquico)

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

HOSPITAL BÁSICO MACHACHI

MANUAL DE PROCESOS

EDICIÓN 1

ÍNDICE

1	PRESENTACIÓN DE LA INSTITUCIÓN	3
1.1	VISIÓN	3
1.2	MISIÓN	3
2	OBJETIVO Y CAMPO DE APLICACIÓN	3
2.1	OBJETIVO	3
2.2	CAMPO DE APLICACIÓN	3

2.2.1	Aplica a los procesos anexos:	3
3	DEFINICIONES Y TERMINOLOGÍA	4
3.1	DEFINICIONES	4
	ENFOQUE BASADO EN PROCESOS	4
	PROCESO	4
	RECURSOS	4
	CONTROLES	4
	INDICADOR	4
	SISTEMA	4
4	NIVEL DE PROCESOS	5
4.1	MAPA DE PROCESOS DEL SGC	5
4.2	SECUENCIA DE LOS PROCESOS DEL SGC	5
5	REGISTROS Y ANEXOS	5
5	REFERENCIAS	5
6.1	DOCUMENTOS A CONSULTAR	5
6.2	BASE DE ESTUDIO	5

## 1 PRESENTACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

### 1.1 VISIÓN

El Área de salud No. 16 contará con infraestructura adecuada, además de un Talento Humano calificado con visión integral satisfaciendo la demanda de los usuarios basados en los parámetros de calidad y calidez hasta el año 2013.

### 1.2 MISIÓN

Brindar al usuario una atención integral, con calidad, calidez adecuada y oportuna en nuestra área de influencia, con responsabilidad, solidaridad, ética en las actividades de prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y promoción de la salud, respondiendo a las exigencias de la demanda.

## 2 OBJETIVO Y CAMPO DE APLICACIÓN

## 2.1 OBJETIVO

Identificar los procesos del SGC del H.B.M., su secuencia e interacción de acuerdo al enfoque que promueve la norma ISO 9001: 2008.

## 2.2 CAMPO DE APLICACIÓN

### 2.2.1 Aplica a los procesos anexos:

Selección

Contratación

Ingreso de personal al Sistema Informático e-SIPREN

Inducción

Capacitación

Evaluación de Desempeño

Seguridad y Salud Ocupacional

(ANEXOS DEL 1 AL 7)

## 3 DEFINICIONES Y TERMINOLOGÍA

### 3.1 DEFINICIONES

En el presente manual se utilizan términos relacionados con los conceptos de la calidad que constan en la ISO 9000:2005 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD. FUNDAMENTOS Y VOCABULARIO

#### ENFOQUE BASADO EN PROCESOS

Cualquier actividad, o conjunto de actividades, que utiliza recursos para transformar elementos de entrada en resultados puede considerarse como un proceso

#### PROCESO

Conjunto de actividades mutuamente relacionadas que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados

#### RECURSOS

Medios necesarios para transformar elementos de entrada en resultados. Pueden ser humanos, físicos, económicos y técnicos.

#### CONTROLES

Son los documentos de carácter normativos, reglamentarios o legales que constituyen referentes para desarrollar las actividades de un proceso.

## INDICADOR

Es un dato o conjunto de datos que ayudan a medir objetivamente la evolución de un proceso o de una actividad.

## SISTEMA

Conjunto de elementos mutuamente relacionados o que interactúan

### 4 NIVEL DE PROCESOS

#### 4.1 MAPA DE PROCESOS DEL SGC

ANEXO NO. 8 Subsistemas del Talento Humano - Secuencia e Interacción.

#### 4.2 SECUENCIA DE LOS PROCESOS DEL SGC

ANEXO NO. 8 Subsistemas del Talento Humano - Secuencia e Interacción

### 5 REGISTROS Y ANEXOS

ANEXOS NO. 1 AL 7 Procesos

ANEXO NO. 8 Subsistemas del Talento Humano - Secuencia e Interacción

### 6 REFERENCIAS

#### 6.1 DOCUMENTOS A CONSULTAR

Ninguno

#### 6.2 BASE DE ESTUDIO

Ninguno

## MANUAL DE PROCESOS

ANEXOS DEL 1 AL 7

SUBPROCESO: SELECCIÓN DEL PERSONAL

Proveedor

Insumo

Transformación

Producto(s)    Cliente

Interno Externo

Interno Externo

Jefe de Área

Jefe de Área

Memos internos al Dpto. Talento Humano

Memos internos al Dpto. Talento Humano      a) Modalidad: Nombramiento

- Ver Flujogramas en el Manual de Procedimientos

- b) Modalidad: Contratación Ocasional

- Ver Flujogramas en el Manual de Procedimientos      Informe técnico del proceso de reclutamiento selección y de personal

Informe técnico del proceso de reclutamiento selección y de personal    Autoridad            Nominadora  
(Director del Hospital)

Autoridad Nominadora (Director del Hospital)

Instituto Nacional de Meritocracia

Dirección Provincial de Salud de Pichincha

RESPONSABLE: Coordinador de Talento Humano

CONTROLES:

Constitución de la República del Ecuador, LOSEP, Reglamento de la LOSEP, Código de Trabajo, Norma Técnica de Selección del MRL, Reglamento Interno de Talento Humano, Presupuesto.

INDICADORES DE GESTIÓN:

Costo medio por Selección

Tiempo medio por Selección

Nº entrevistas por reclutamiento

RECURSOS:

Físicos: Oficina, auditorio.

Humanos: Coordinador y Asistente de Talento Humano.

Económicos: Presupuesto asignado.

Técnicos: Computadora, impresora.

SUBPROCESO: CONTRATACIÓN

Proveedor

Insumo

Transformación

Producto(s)    Cliente

Interno Externo

Interno Externo

Autoridad Nominadora

Autoridad Nominadora

Memos internos al Dpto. Talento Humano

Memos internos al Dpto. Talento Humano a) a) Modalidad: Nombramiento

- Ver Flujogramas en el Manual de Procedimientos
- b) Modalidad: Contratación Ocasional
- Ver Flujogramas en el Manual de Procedimiento

Acción de Personal

Contrato Ocasional

Autoridad Nominadora (Director del Hospital)

Autoridad Nominadora (Director del Hospital)

Dirección Provincial de Salud de Pichincha

RESPONSABLE: Coordinador de Talento Humano

CONTROLES:

Constitución de la República del Ecuador, LOSEP, Reglamento de la LOSEP, Código de Trabajo, Reglamento Interno de Talento Humano. INDICADORES DE GESTIÓN:

Costo por Contratación

Tiempo de registro de un Contratos RECURSOS:

Físicos: Oficina.

Humanos: Coordinador

Económicos: Presupuesto asignado.

Técnicos: Computadora, impresora.

SUBPROCESO: INGRESO DEL PERSONAL AL SISTEMA e -SIPREN

Proveedor

Insumo

Transformación

Producto(s) Cliente

Interno Externo

Interno Externo

Talento Humano

Clave del e-SIPREN por parte del Ministerio de Salud Pública

b)

Ver Flujogramas en el Manual de Procedimientos

•

Crear reformas WEB en: Declarar Vacante, Llenar Vacante, Modificar datos personales, Supresión de Puesto, Reclasificación de Puestos, Crear Puesto y Traspaso misma Entidad.

Autoridad Nominadora (Director del Hospital)

Coordinadora Financiera

RESPONSABLE: Coordinador de Talento Humano

CONTROLES:

Manual de Uso de la Aplicación e-Sipren Reformas Web del Ministerio de Finanzas.

INDICADORES DE GESTIÓN:

Tiempo máximo de registro en el sistema

RECURSOS:

Físicos: Oficina.

Humanos: Coordinador

Económicos:

Técnicos: Computadora, internet, impresora

SUBPROCESO: INDUCCIÓN

Proveedor

Insumo

Transformación

Producto(s) Cliente

Interno Externo

Interno Externo

Jefe de Área

Jefe de Área

Videos institucionales, Reglamentos internos.

Catálogos de Puestos

Folletos de Bienvenida

Videos institucionales, Reglamentos internos.

Catálogos de Puestos

Folletos de Bienvenida c) a) Modalidad: Nombramiento

- Ver Flujogramas en el Manual de Procedimientos

- 

- b) Modalidad: Contratación Ocasional

- Ver Flujogramas en el Manual de Procedimientos Registro de Inducción de

Personal de nuevo ingreso en el formato de Inducción.

Registro de Inducción de

Personal de nuevo ingreso en el formato de Inducción.

Jefe de Área

Jefe de Área

Dirección Provincial de Salud de Pichincha

RESPONSABLE: Coordinador de Talento Humano

CONTROLES:

Constitución de la República del Ecuador, LOSEP, Reglamento de la LOSEP, Código de Trabajo, Norma Técnica de Selección del MRL, Reglamento Interno de Talento Humano.

INDICADORES DE GESTIÓN:

Costo medio por Inducción

Tiempo medio Inducción

RECURSOS:

Físicos: Auditorio.

Humanos: Coordinador y Asistente de Talento Humano.

Económicos: Presupuesto asignado.

Técnicos: Computadora, impresora, infocus.

SUBPROCESO: CAPACITACIÓN

Proveedor

Insumo

Transformación

Producto(s) Cliente

Interno Externo

Interno Externo

Comité Técnico de Capacitación

Comité Técnico de Capacitación

Cronogramas anuales por Departamentos

Menos de necesidad de Capacitación d)

e) a) Modalidad: Nombramiento

- Ver Flujogramas en el Manual de Procedimientos

- 

- b) Modalidad: Contratación Ocasional

- Ver Flujogramas en el Manual de Procedimientos

Certificado de aprobación

Certificado de aprobación

Autoridad Nominadora (Director del Hospital)

Jefe de Área

Autoridad Nominadora (Director del Hospital)

Jefe de Área

Dirección Provincial de Salud de Pichincha

RESPONSABLE: Coordinador de Talento Humano

CONTROLES:

Constitución de la República del Ecuador, LOSEP, Reglamento de la LOSEP, Código de Trabajo, Reglamento Interno de Talento Humano. INDICADORES DE GESTIÓN:

Costo de capacitación x Persona

Cumplimiento del cronograma de Capacitaciones

RECURSOS:

Físicos: Sala de Capacitación, materiales oficina

Humanos: Coordinador

Económicos: Presupuesto asignado.

Técnicos: Computadora, impresora.

SUBPROCESO: EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO

Proveedor

Insumo

Transformación

Producto(s) Cliente

Interno Externo

Interno Externo

Jefe de Área

Usuario

POA

Memos internos al Dpto. Talento Humano f) •

Resultados de la evaluación del desempeño

Resultados de la evaluación del desempeño

A la empleada o empleado del hospital

Autoridad Nominadora (Director del Hospital)

MRL

RESPONSABLE: Coordinador de Talento Humano y Jefes de área

CONTROLES:

LOSEP, Reglamento de la LOSEP, Código de Trabajo, Reglamento Interno de Talento Humano, POA, Presupuesto.

INDICADORES DE GESTIÓN:

Porcentaje de personas evaluadas

Costo de la evaluación de desempeño

**RECURSOS:**

Físicos: Oficina, auditorio.

Humanos: Coordinador, Asistente de Talento, Jefe de área.

Económicos: Presupuesto asignado.

Técnicos: Computadora, impresora.

**SUBPROCESO: SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL**

Proveedor

Insumo

Transformación

Producto(s)    Cliente

Interno Externo

Interno Externo

Director del Hospital

PSOI

PISO

g)

Resultados de la evaluación del desempeño

Director del Hospital

MRL

RESPONSABLE: Coordinador de Talento Humano y Jefes de área

CONTROLES:

LOSEP, Reglamento de la LOSEP, Código de Trabajo, Reglamento Interno de Talento Humano, PSOI, PISO, Presupuesto.

INDICADORES DE GESTIÓN:

Número de accidentes por horas hombre trabajadas

Días de incapacidad

Número de eventos de capacitación

RECURSOS:

Físicos: Oficina, auditorio.

Humanos: Coordinador, Asistente de Talento, Jefes de área.

Económicos: Presupuesto asignado.

Técnicos: Computadora, impresora, proyector

MANUAL DE PROCESOS

ANEXOS 8

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD  
HOSPITAL BÁSICO MACHACHI

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

EDICIÓN 1

INDICE

1	PRESENTACIÓN DE LA INSTITUCIÓN	3
1.1	VISIÓN	3
1.2	MISIÓN	3
2	OBJETIVO Y CAMPO DE APLICACIÓN	4
2.1	OBJETIVO	4
2.2	CAMPO DE APLICACIÓN	4
2.2.1	APLICA A LOS PROCEDIMIENTOS ANEXOS:	4

3       DEFINICIONES Y TERMINOLOGÍA 4

3.1 DEFINICIONES 4

PROCEDIMIENTO 4

RECURSOS 5

CONTROLES 5

4       PROCEDIMIENTOS 5

5       REGISTROS Y ANEXOS 5

6       REFERENCIAS 5

6.1 DOCUMENTOS A CONSULTAR 5

6.2 BASE DE ESTUDIO 6

1       OBJETO 7

4       TERMINOLOGIA 7

1       OBJETO 4

4       TERMINOLOGÍA 4

1       OBJETO 7

4       TERMINOLOGÍA 7

1       OBJETO 10

4       TERMINOLOGÍA 10

1       OBJETO 13

4       TERMINOLOGIA 13

1       OBJETO 18

4       TERMINOLOGÍA 18

## 1 PRESENTACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

### 1.1 VISIÓN

El Área de salud No. 16 contará con infraestructura adecuada, además de un Talento Humano calificado con visión integral satisfaciendo la demanda de los usuarios basados en los parámetros de calidad y calidez hasta el año 2013.

### 1.2 MISIÓN

Brindar al usuario una atención integral, con calidad, calidez adecuada y oportuna en nuestra área de influencia, con responsabilidad, solidaridad, ética en las actividades de prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y promoción de la salud, respondiendo a las exigencias de la demanda.

## 2 OBJETIVO Y CAMPO DE APLICACIÓN

### 2.1 OBJETIVO

Identificar los procedimientos de cada uno de los subsistemas del departamento de Talento Humano del H.B.M.

## 2.2 CAMPO DE APLICACIÓN

### 2.2.1 Aplica a los procedimientos anexos:

Selección

Contratación

Ingreso de personal al Sistema Informático e-SIPREN

Inducción

Capacitación

Evaluación de Desempeño

Seguridad y Salud Ocupacional

(ANEXOS DEL 1 AL 7)

## 3 DEFINICIONES Y TERMINOLOGÍA

### 3.1 DEFINICIONES

En el presente manual se utilizan términos relacionados con los conceptos de la calidad que constan en la ISO 9000:2005 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD. FUNDAMENTOS Y VOCABULARIO

#### PROCEDIMIENTO

Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso.

#### RECURSOS

Medios necesarios para transformar elementos de entrada en resultados. Pueden ser humanos, físicos, económicos y técnicos.

## CONTROLES

Son los documentos de carácter normativos, reglamentarios o legales que constituyen referentes para desarrollar las actividades de un proceso.

### 4 PROCEDIMIENTOS

Anexos del 1 al 7

### 5 REGISTROS Y ANEXOS

Anexos No. 1 Selección

Anexos No. 2 Contratación

Anexos No. 3 Ingreso de personal al Sistema Informático e-SIPREN

Anexos No. 4 Inducción

Anexos No. 5 Capacitación

Anexos No. 6 Evaluación de Desempeño

Anexos No. 7 Seguridad y Salud Ocupacional

### 6 REFERENCIAS

#### 6.1 DOCUMENTOS A CONSULTAR

Ninguno

#### 6.2 BASE DE ESTUDIO

Ninguno

## MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

### ANEXO DEL 1 AL 7

#### 1 OBJETO

Establecer las competencias claves de entrada para el desempeño competente de una posición y mide en los candidatos el grado de desarrollo de las mismas para pronosticar qué candidato(s) tiene la mejor probabilidad de éxito en el puesto y la organización.

## 2 CAMPO DE APLICACIÓN

El presente procedimiento se aplica en el Departamento de Talento Humano del Hospital Básico de Machachi.

## 3 RESPONSABILIDAD

Es responsable de la aplicación del presente procedimiento es el Coordinador de Talento Humano.

## 4 TERMINOLOGIA

### 4.1 ABREVIATURAS

M.T. Mejía, Tayupanta

J.M. Jaime Moreno

H.B.M. Hospital Básico Machachi

## 5 CONTENIDO

Flujograma: Proceso de Selección

## 6 REGISTROS Y ANEXOS

### 6.1 REGISTROS

Ninguno

### 6.2 ANEXOS

Anexo 1 Flujograma: Proceso de Selección

## 7 REFERENCIAS

### 7.1 DOCUMENTOS A CONSULTAR

Ninguno

### 7.2 BASES DE ESTUDIO

Ley Orgánica de Servicio Público. Publicada en el 2do. Suplemento del R.O. 294 del 6 de octubre de 2012-

Reglamento a La Ley Orgánica del Servicio Público. Publicado en el R.O. 418 del 1 de abril de 2011

DIRECTOR DEPARTAMENTO DE TALENTO HUMANO

COORDINADOR DE TALENTO HUMANO ASISTENTE DE TALENTO HUMANO

NO

SI

NO

SI

## DOCUMENTOS:

- 1.- Formato de Requisición
- 2.- Publicación de vacante
- 3.- Hojas de vida para archivo
- 4.- Formato evaluación entrevista
- 5.- Evaluacionespsicologicas y tecnicas

### 1 OBJETO

El procedimiento de Contratación tiene como finalidad Integrar y estandarizar las actividades para la contratación del empleado de nuevo ingreso, haciéndole conocer claramente sus derechos y obligaciones y asesorándole respecto a los trámites necesarios para llevar a cabo este proceso.

### .2 CAMPO DE APLICACIÓN

El presente procedimiento se aplica en el Departamento de Talento Humano del Hospital Básico de Machachi.

### 3 RESPONSABILIDAD

Es responsable de la aplicación del presente procedimiento es el Coordinador de Talento Humano.

### 4 TERMINOLOGÍA

Ninguna

### 4.1 ABREVIATURAS

Ninguna

### 5 CONTENIDO

#### 6 REGISTROS Y ANEXOS

#### 6.1 REGISTROS

TH-PA-05-2012 Formato para acciones correctivas y preventivas

6.2 ANEXOS

Anexo 1 Flujograma Proceso de Contratación

Anexo 2 Formato para acciones correctivas y preventivas

7 REFERENCIAS

7.1 DOCUMENTOS A CONSULTAR

Ninguno

7.2 BASES DE ESTUDIO

Ninguno

COORDINADORA DE TALENTO HUMANO ASISTENTE DE TALENTO HUMANO

Registros:

1. Certificación Presupuestaria
2. Solicitud de documentos que acrediten no tener impedimento legal
3. Contrato de trabajo

## 1 OBJETO

El procedimiento de Ingreso de personal al sistema e-SIPREN, permite consolidar la información de las nóminas procesadas para proceder a la generación del CUR de Compromiso y Devengado de las partidas de gastos en personal y al posterior pago de la Nómina y de todos los beneficiarios de descuentos y aportes que ésta ocasiona.

## .2 CAMPO DE APLICACIÓN

El presente procedimiento se aplica en el Departamento de Talento Humano del Hospital Básico de Machachi.

## 3 RESPONSABILIDAD

Es responsable de la aplicación del presente procedimiento es el Coordinador de Talento Humano.

## 4 TERMINOLOGÍA

Ninguna

### 4.1 ABREVIATURAS

JS Jefe de Seguridad y Salud Ocupacional

JH Jefe de Recursos Humanos

MD Médico

EH Enfermera

## 5 CONTENIDO

### 6 REGISTROS Y ANEXOS

#### 6.1 REGISTROS

TH-PA-05-2012 Formato para acciones correctivas y preventivas

#### 6.2 ANEXOS

Anexo 1 Flujograma Proceso de e-SIPREN

Anexo 2 Formato para acciones correctivas y preventivas

7 REFERENCIAS

7.1 DOCUMENTOS A CONSULTAR

Ninguno

7.2 BASES DE ESTUDIO

Ninguno

DEPARTAMENTO FINANCIERO DEPARTAMENTO DE TALENTO HUMANO

COORDINADOR DE TALENTO HUMANO ASISTENTE DE TALENTO HUMANO



## DOCUMENTOS:

- 1.- Solicitud de Clave al ingreso e SIPREN
- 2.- Documento de Respaldo

## 1 OBJETO

Establecer el procedimiento de Inducción del Talento Humano de tal manera que podamos entregar información clara, con respecto a las características de la organización, las responsabilidades del al puesto y los compromisos. Así mismo este procedimiento permitirá al nuevo empleado conocer los derechos, obligaciones y reglamentos a los cuales sujetará en su jornada de trabajo.

## 2 CAMPO DE APLICACIÓN

El presente procedimiento se aplicara a todos los servidores nuevos que prestaran servicios en el HBM.

### 3 RESPONSABILIDAD

Es responsable de la aplicación del presente procedimiento es el Coordinador de Talento Humano.

### 4 TERMINOLOGÍA

#### PROCEDIMIENTO

Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso.

#### ABREVIATURAS

I.D Inducción

HBM Hospital Básico Machachi

M.T. Mejía, Tayupanta

### 5 CONTENIDO

#### 6 REGISTROS Y ANEXOS

##### 6.1 REGISTROS

Ninguno

##### 6.2 ANEXOS

Anexo 1 Procedimiento de Inducción

### 7 REFERENCIAS

#### 7.1 DOCUMENTOS A CONSULTAR

Ninguno

#### 7.2 BASES DE ESTUDIO

Ley Orgánica de Servicio Público. Publicada en el 2do. Suplemento del R.O. 294 del 6 de octubre de 2012-

Reglamento a La Ley Orgánica del Servicio Público. Publicado en el R.O. 418 del 1 de abril de 2011

JEFE DEPARTAMENTAL DEPARTAMENTO DE TALENTO HUMANO

COORDINADORA DE TALENTO HUMANO ASISTENTE DE TALENTO HUMANO

Registros:

1. Historia Empresa, Organigrama
2. Manual de funciones y actividades del puesto de trabajo,
- 3.-Procedimientos Institucionales
- 4.-Formato de registro de Inducción

## 1 OBJETO

Es mantener y desarrollar un personal competente, actualizado en conocimientos y habilidades para el mejor desempeño u optimización de las funciones encomendadas con el compromiso de poner en practica la capacitación recibida en base al cumplimiento de la política y objetivos de los Sistemas de Gestion..

## 2 CAMPO DE APLICACIÓN

El presente procedimiento tiene bien definida la necesidad de capacitar a todos los empleados de todos los niveles del HBM con el fin de obtener un conocimiento práctico y conducta deseada de quienes lo conforman se aplica en la evaluación del desempeño de todas y todos.

## 3 RESPONSABILIDAD

Es responsable de la aplicación del presente procedimiento es el Coordinador de Talento Humano.

#### 4 TERMINOLOGIA

##### PROCEDIMIENTO

Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso.

##### ABREVIATURAS

E.D Evaluación de Desempeño

HBM Hospital Básico Machachi

M.T. Mejía, Tayupanta

#### 5 CONTENIDO

Anexo 1. Evaluación del desempeño. Servidores o servidores de menos de tres meses de servicio

Anexo 2. Evaluación de desempeño general

#### 6 REGISTROS Y ANEXOS

##### 6.1 REGISTROS

Ninguno

##### 6.2 ANEXOS

Anexo 1 Procedimiento de Evaluación de Desempeño.

Para servidoras o servidores de menos de tres años de servicio

Anexo 2 Procedimiento de Evaluación de desempeño general

#### 7 REFERENCIAS

##### 7.1 DOCUMENTOS A CONSULTAR

Ninguno

##### 7.2 BASES DE ESTUDIO

Ley Orgánica de Servicio Público. Publicada en el 2do. Suplemento del R.O. 294 del 6 de octubre de 2012-

## 1 OBJETO

Establecer el procedimiento a través del cual se garantice la salud ocupacional, comprendida ésta como la protección y el mejoramiento de la salud física, mental, social y espiritual, así como un ambiente de trabajo adecuado y propicio

## 2 CAMPO DE APLICACIÓN

El presente procedimiento aplica a todo el personal y a las instalaciones del HBM.

## 3 RESPONSABILIDAD

Es responsable de la aplicación del presente procedimiento es el Coordinador de Talento Humano.

## 4 TERMINOLOGÍA

### PROCEDIMIENTO

Forma especificada para llevar a cabo una actividad o un proceso.

### ABREVIATURAS

HBM Hospital Básico Machachi

M.T. Mejía, Tayupanta

## 5 CONTENIDO

Anexo 1

## 6 REGISTROS Y ANEXOS

### 6.1 REGISTROS

Ninguno

## 6.2 ANEXOS

Anexo 1 Flujograma del procedimiento de Seguridad y Salud Ocupacional.

## 7 REFERENCIAS

### 7.1 DOCUMENTOS A CONSULTAR

Ninguno

### 7.2 BASES DE ESTUDIO

Ley Orgánica de Servicio Público. Publicada en el 2do. Suplemento del R.O. 294 del 6 de octubre de 2012-

Reglamento a La Ley Orgánica del Servicio Público. Publicado en el R.O. 418 del 1 de abril de 2011

SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

HOSPITAL BÁSICO MACHACHI

MANUAL DE MEJORAMIENTO CONTINUO

EDICIÓN 1

ÍNDICE

1.	PRESENTACIÓN DE LA INSTITUCIÓN	4
1.1.	VISIÓN	4
1.2.	MISIÓN	4
2.	OBJETIVO Y CAMPO DE APLICACIÓN	4
2.1.	OBJETIVO	4
2.2.	CAMPO DE APLICACIÓN	5
3.	DEFINICIONES Y TERMINOLOGÍA	5
3.1.	DEFINICIONES	5

3.2.	MEJORA DE LA CALIDAD	6
3.3.	MEJORA CONTINUA	6
3.4.	EFICIENCIA	6
3.5.	EFICACIA	6
3.6.	MEJORAMIENTOS	6
4.	CONTENIDO	6
4.1.	IDEAS DE MEJORAMIENTO	6
4.2.	PROYECTOS DE MEJORAMIENTO CONTINUO (PMC)	7
4.2.1.	IDENTIFICACION DE PROYECTOS DE MEJORAMIENTO CONTINUO	7
4.2.2.	METODOLOGÍA PARA ELABORAR Y EJECUTAR PROYECTOS DE MEJORAMIENTO CONTINUO	8
5.	REGISTROS Y ANEXOS	9
5.1.	REGISTROS	9
5.2.	ANEXOS	9
6.	REFERENCIAS	9
6.1.	DOCUMENTOS A CONSULTAR	9
6.2.	BASE DE ESTUDIO	9

## 1. PRESENTACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

### 1.1. VISIÓN

El Área de salud No. 16 contará con infraestructura adecuada, además de un Talento Humano calificado con visión integral satisfaciendo la demanda de los usuarios basados en los parámetros de calidad y calidez hasta el año 2013

### 1.2. MISIÓN

Brindar al usuario una atención integral, con calidad, calidez adecuada y oportuna en nuestra área de influencia, con responsabilidad, solidaridad, ética en las actividades de prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y promoción de la salud, respondiendo a las exigencias de la demanda.

## 2. OBJETIVO Y CAMPO DE APLICACIÓN

### 2.1. OBJETIVO

Este manual tiene por objeto establecer la metodología para identificar, ejecutar y evaluar proyectos de mejoramiento continuo, como parte del compromiso del Hospital Básico Machachi con el mantenimiento y mejoramiento del sistema de gestión de la calidad.

### 2.2. CAMPO DE APLICACIÓN

Este manual de mejoramiento continuo se aplica para la identificación, ejecución y evaluación de proyectos de mejoramiento continuo o mejoramientos provenientes de cualquiera de las siguientes fuentes del SGC:

- Política de la Calidad
- Objetivos de la Calidad
- Evaluación de la satisfacción del cliente
- Resultados de Auditorias Internas

- Seguimiento y medición de procesos
- Seguimiento y medición del producto
- Control del producto no conforme
- Análisis de datos del SGC
- Acciones Correctivas
- Acciones Preventivas
- Resultados de las reuniones por la dirección
- Resultados de las reuniones del comité de calidad
- Ideas de mejoramiento

### 3. DEFINICIONES Y TERMINOLOGÍA

#### 3.1. DEFINICIONES

En el presente manual se utilizan términos relacionados con los conceptos de la calidad que constan en la ISO 9000: 2005 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD. FUNDAMENTOS Y VOCABULARIO.

#### 3.2. MEJORA DE LA CALIDAD

Parte de la gestión de la calidad orientada a aumentar la capacidad de cumplir con los requisitos de la calidad

#### 3.3. MEJORA CONTINUA

Actividad recurrente para aumentar la capacidad para cumplir los requisitos

#### 3.4. EFICIENCIA

La utilización racional de los recursos productivos, adecuándolos con la tecnología existente.

#### 3.5. EFICACIA

Actividad y poder para obrar, relacionada al cumplimiento de objetivos.

#### 3.6. MEJORAMIENTOS

Mejora, adelantos, perfeccionamientos puntuales y bien definidos que se ejecutan a raíz de una idea de mejoramiento en cualquier área del Hospital Básico de Machachi.

#### 4. CONTENIDO

##### 4.1. IDEAS DE MEJORAMIENTO

Las ideas de mejoramiento pueden ser presentadas en el departamento de Talento Humano, donde conste la idea, el nombre y firma del responsable.

Posteriormente las ideas serán conocidas, evaluadas, calificadas y premiadas por el Comité de Calidad. Las ideas calificadas como factibles de realizar, recibirán un reconocimiento inicial (simbólico).

Si se requiere conformar un PMC se procederá de acuerdo al presente manual.

Se publicará en las carteleras de la empresa el nombre de quienes hayan presentado ideas de mejoramiento.

##### 4.2. PROYECTOS DE MEJORAMIENTO CONTINUO (PMC)

###### 4.2.1. IDENTIFICACION DE PROYECTOS DE MEJORAMIENTO CONTINUO

###### 4.2.1.1. REUNIONES DEL COMITÉ DE CALIDAD

El comité de calidad integrado:

El Director del Hospital Básico Machachi, el Coordinador de Talento Humano, Jefes Departamentales.

Se reúne cada dos meses para evaluar el cumplimiento de los objetivos, el desempeño de los procesos a través de los indicadores, tomar acciones correctivas o preventivas y la posibilidad de identificar y evaluar mejoramientos o crear PMC.

Los PMC pueden originarse a partir de ideas, sugerencias o necesidades puntuales.

## 4.2.2. METODOLOGÍA PARA ELABORAR Y EJECUTAR PROYECTOS DE MEJORAMIENTO CONTINUO

### 4.2.2.1. RESPONSABLES

En el comité de calidad se designará al responsable del PMC, quien posteriormente debe presentar los objetivos del PMC, el cronograma de actividades con los plazos de ejecución para cada etapa y los recursos necesarios (recursos físicos, humanos, técnicos y económicos) para su aprobación.

### 4.2.2.2. INTEGRANTES

El responsable del PMC debe sugerir el nombre de otros miembros, sin pasar de un máximo de cinco integrantes.

### 4.2.2.3. PRIORIDADES

Los PMC, son registrados por el Representante de la Dirección en el formato “Plan de Mejoramiento Continuo” (ANEXO 1) y de acuerdo a las prioridades se define la ejecución de los proyectos.

### 4.2.2.4. REPORTES

Una vez aprobado el PMC, el responsable inicia su ejecución y cada mes reporta al comité de calidad el avance del mismo.

### 4.2.2.5. RECONOCIMIENTO

Para proceder al reconocimiento por la ejecución del PMC, el comité de calidad solicitará al Jefe del Departamento en donde se desarrolló el proyecto, un informe con una valoración económica de los costos y los beneficios en base de la cual procederá a realizar el reconocimiento a los integrantes del PMC.

## 5. REGISTROS Y ANEXOS

### 5.1. REGISTROS

Acta del comité de calidad

Plan de mejoramiento continuo

### 5.2. ANEXOS

Anexo 1 Plan de mejoramiento continuo

## 6. REFERENCIAS

### 6.1. DOCUMENTOS A CONSULTAR

Ninguno

### 6.2. BASE DE ESTUDIO

Ninguno