

	MANUAL DE CALIDAD		Revisión: 3
	Facultad de Medicina DEGI		Página 1 de 28

MANUAL DE CALIDAD

	MANUAL DE CALIDAD		Revisión: 3
	Facultad de Medicina DEGI		Página 2 de 28

INDICE

1 **Presentación**

2 **La Institución**

2.1 La Visión

2.2 La Misión

2.3 Organigrama de la Calidad

3 **Manual de Calidad**

3.1 Alcance y aplicación

3.2 Exclusiones

4 **Sistema de Gestión de la Calidad**

4.1 Requisitos generales

4.2 Requisitos de la documentación

5 **Responsabilidad de la Alta Dirección**

5.1 Compromiso de la alta dirección

5.2 Enfoque al cliente

5.3 Política de la calidad

5.4 Planificación

5.5 Responsabilidad, autoridad y comunicación

5.6 Revisión por la alta dirección

6 **Gestión de los Recursos**

6.1 Provisión de recursos

6.2 Recursos humanos

6.3 Infraestructura

6.4 Ambiente de trabajo

7 **Realización del Servicio**

7.1 Planificación de la realización del servicio

7.2 Procesos relacionados con el cliente

7.3 Diseño y desarrollo

7.4 Compras

7.5 Producción y prestación del servicio

7.6 Control de los dispositivos de seguimiento y medición

8 **Medición, Análisis y Mejoramiento**

8.1 Generalidades

8.2 Seguimiento y medición

8.3 Control del servicio no conforme

8.4 Análisis de datos

8.5 Mejoramiento

	MANUAL DE CALIDAD		Revisión: 3
	Facultad de Medicina DEGI		Página 3 de 28

1. Presentación

El presente Manual de Gestión de la Calidad, describe el Sistema de Gestión de la Calidad utilizado por la Facultad de Medicina Dirección Económica y de Gestión Institucional, el cual está elaborado en base a los requerimientos de la Norma Internacional para Sistemas de Gestión de la Calidad ISO 9001:2008

2. Facultad de Medicina

2.1 Visión

“Antes del Bicentenario de Chile llegaremos a consolidarnos como la mejor y más prestigiada Facultad de Medicina de América Latina, por la calidad de la docencia que se imparte en nuestras aulas, el nivel de excelencia de la investigación biomédica y en salud que se desarrolla en nuestros laboratorios y centros clínicos, y la vocación de servicio de nuestra comunidad en el cuidado de la salud de las personas. Nuestros egresados se sentirán orgullosos de llevar el sello de calidad de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y nuestros docentes e investigadores se sentirán honrados y gratificados de trabajar en una casa de estudios prestigiada y valorada en el ámbito de la medicina y las ciencias biomédicas, tanto a nivel nacional como internacional.”

2.2 Misión

La Facultad de Medicina, a través de su Consejo de Facultad estableció para sí la siguiente misión institucional:

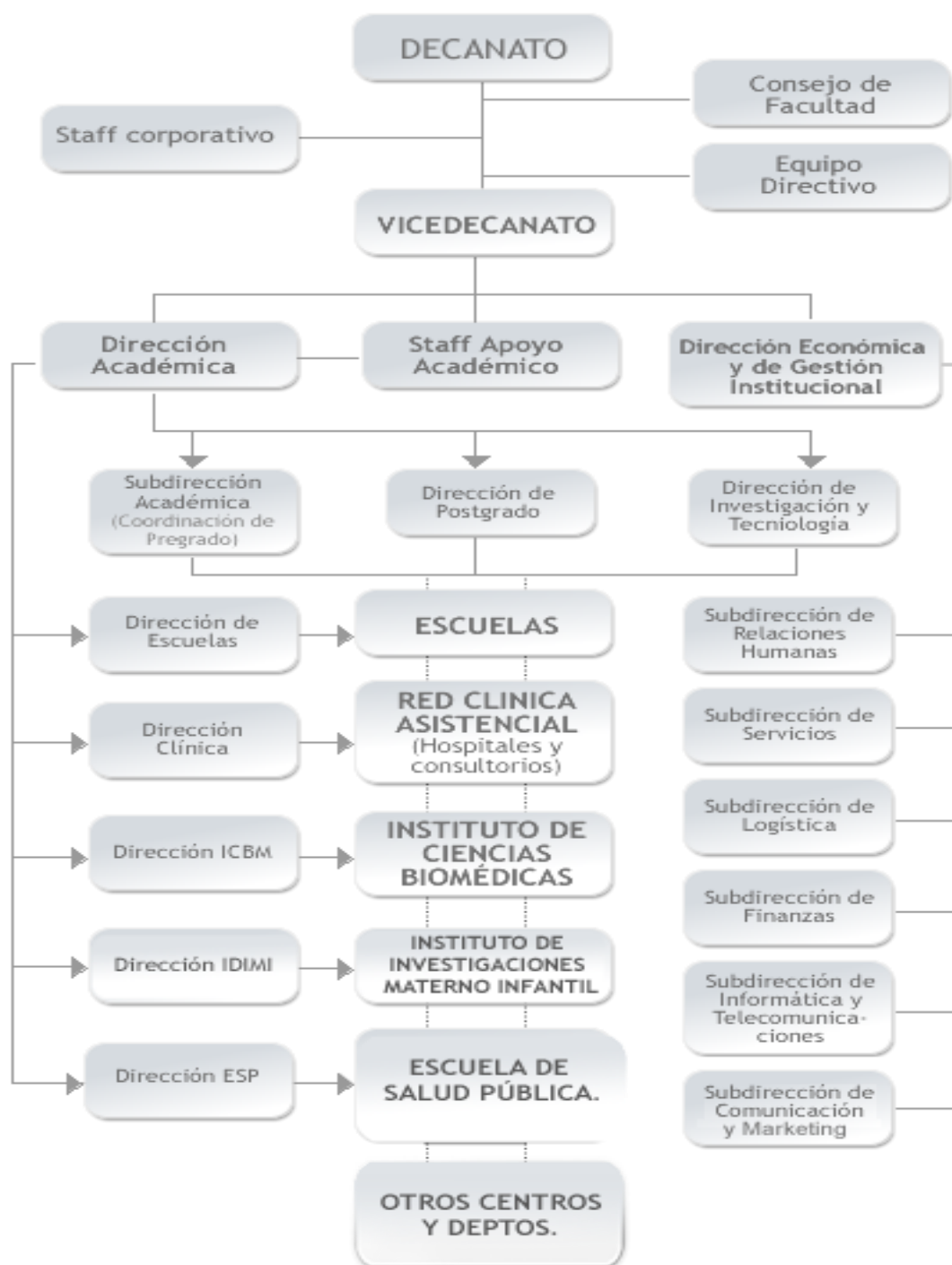
“Formar profesionales de la salud de gran capacidad, con sólida formación ética, espíritu de servicio y compromiso con el bienestar de la comunidad para contribuir a elevar la calidad de vida de la población. Formar investigadores y académicos para impulsar el desarrollo científico-tecnológico y para incrementar la capacidad de investigar y resolver problemas biomédicos, clínicos y de salud pública. Contribuir a mejorar el conocimiento científico de la población mediante actividades de extensión y proyectar nuestro quehacer académico a lo largo del país”

Como DEGI hemos establecido nuestra Misión:

“Apoyar a la Facultad para cumplir sus estrategias aportando capacidades de gestión, constituyéndose en un centro de servicios institucionales de apoyo y soporte a las actividades académicas, cautelando la sustentabilidad financiera del conjunto; todo ello, mediante una estrecha integración con las unidades académicas”.

	MANUAL DE CALIDAD	Revisión: 3
	Facultad de Medicina DEGI	Página 4 de 28

2.3 Organigrama de la Calidad



3. Manual de Calidad

	MANUAL DE CALIDAD		Revisión: 3
	Facultad de Medicina DEGI		Página 5 de 28

El propósito del Manual de Calidad es describir la política y la estructura del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) según la Normas ISO 9001:2008 y implementadas en la Facultad de Medicina DEGI.

La calidad de nuestros servicios siempre ha sido y continuará siendo la clave para lograr nuestra misión, por lo cual, todos en la Facultad de Medicina DEGI, nos comprometemos a entender y utilizar nuestro sistema de gestión de la calidad a fin de realizar siempre un excelente trabajo.

La difusión, control, implementación, revisión, actualización y mantenimiento de este Manual es responsabilidad de su Director DEGI.

3.1 Alcance y Aplicación

Este Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), comprende los procesos involucrados en la Dirección Económica y de Gestión Institucional de la Facultad de Medicina que son requeridos por clientes internos. Todos los procesos se encuentran basados en los requisitos de la Norma Internacional para Sistemas de Gestión de la Calidad ISO 9001:2008.

El Manual de Calidad de la Facultad de Medicina tiene por objeto guiar a cada una de las personas de ésta institución, en el uso correcto de la documentación necesaria para la gestión, desarrollo, mantención y mejoramiento continuo del Sistema de Gestión de Calidad, entregando así servicios de apoyo de calidad a sus clientes.

3.2 Exclusiones

3.2.1 Se excluye punto 7.6

4. Sistema de Gestión de la Calidad

4.1 Requisitos Generales

Generalidades

La Facultad de Medicina, a través de su Manual de Calidad y de sus procedimientos documentados establece, documenta, implementa, mantiene y mejora continuamente su Sistema de Gestión de la Calidad de acuerdo con los requisitos de la Normas ISO 9001:2008.

La Facultad de Medicina, a través del Sistema de Gestión de la Calidad implementado, asegura que:

- determinar los procesos necesarios para el Sistema de Gestión de la Calidad y su aplicación;
- determina la secuencia e interacción de sus procesos;

	MANUAL DE CALIDAD		Revisión: 3
	Facultad de Medicina DEGI		Página 6 de 28

- c) determina los criterios y los métodos necesarios para asegurar que tanto la operación como el control de sus procesos son eficaces;
- d) asegura la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar la operación y el seguimiento de estos procesos;
- e) realiza el seguimiento, la medición y el análisis de sus procesos; e
- f) implementa las acciones necesarias para alcanzar los resultados planificados y el mejoramiento continuo de sus procesos.

Los procesos identificados en la Facultad de Medicina son gestionados de acuerdo con los requisitos de las Normas ISO 9001:2008.

En caso que se contrate externamente cualquier servicio que pudiese afectar la conformidad de algún proceso, La Facultad de Medicina se asegura de controlar eficazmente dicho proceso. El tipo y grado del control a aplicar sobre estos procesos está definido dentro del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC).

Todo el personal que interviene en el SGC es responsable de asegurar la calidad y de ejecutar su trabajo conforme a los procedimientos documentados.

Responsabilidades

El Director DEGI es responsable de proporcionar los recursos necesarios para el funcionamiento del SGC, de asegurar que el SGC esté establecido, implantado y mantenido, además se debe asegurar que todo el personal que esté involucrado en el SGC, cumpla con las especificaciones descritas en este Manual y sus procedimientos documentados.

4.2 Requisitos de la Documentación

4.2.1 Generalidades

La documentación del SGC incluye:

- a) Las declaraciones documentadas de la política y objetivos de la calidad,
- b) El Manual de Calidad,
- c) Los procedimientos documentados y los registros requeridos por estas Normas:
Control de Documentos; Control de Registros; Auditorías Internas; Control de No Conformidades; Acciones Correctivas; Acciones Preventivas, para dar cumplimiento a lo establecido en estas normas.
- d) Los documentos, incluidos los registros que la institución determina necesarios para asegurar una eficaz planificación, operación y control de sus procesos.

La estructura de la documentación del SGC se establece de la siguiente forma:

Nivel 1: Manual de Gestión de la Calidad

	MANUAL DE CALIDAD		Revisión: 3
	Facultad de Medicina DEGI		Página 7 de 28

El Manual de Calidad como resumen ejecutivo del Sistema de Gestión de la Calidad utilizado por La Facultad de Medicina DEGI, define y caracteriza, a un nivel estratégico, la organización, la política de calidad y los métodos utilizados por ésta organización para mantener el SGC. Este Manual hace referencia a los procedimientos relacionados con el Sistema de Gestión de la Calidad, a fin de satisfacer las políticas y estrategias especificadas.

Nivel 2: Procedimientos e Instructivos de Trabajo del Sistema de Gestión de la Calidad

Se utilizan procedimientos documentados para especificar, a un nivel táctico, **quién** hace **qué**, **cuándo**, **dónde** lo hace y **qué documentación** se emplea para el desarrollo de actividades de calidad conforme a lo requerido.

Los pasos a seguir para establecer, implementar, mantener y controlar los Procedimientos del Sistema de Gestión de la Calidad e instructivos de trabajo, se definen en el procedimiento **Control de Documentos**.

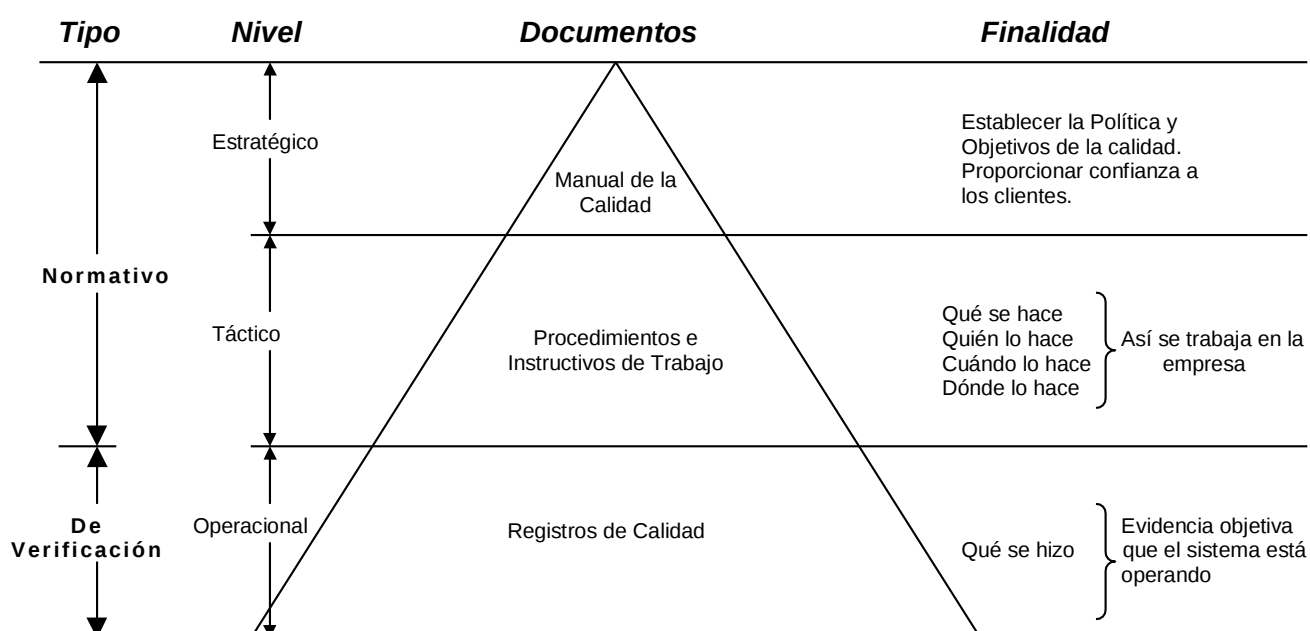
	MANUAL DE CALIDAD		Revisión: 3
	Facultad de Medicina DEGI		Página 8 de 28

Nivel 3: Registros de Calidad

Se utilizan Registros a un nivel operacional, a fin de proporcionar evidencia de que se obtuvo la calidad requerida por el servicio y que el Sistema de la Calidad ha sido implementado correctamente.

El control de los registros se encuentra definido en el procedimiento **Control de Registros**.

Figura 1: La Pirámide de la calidad

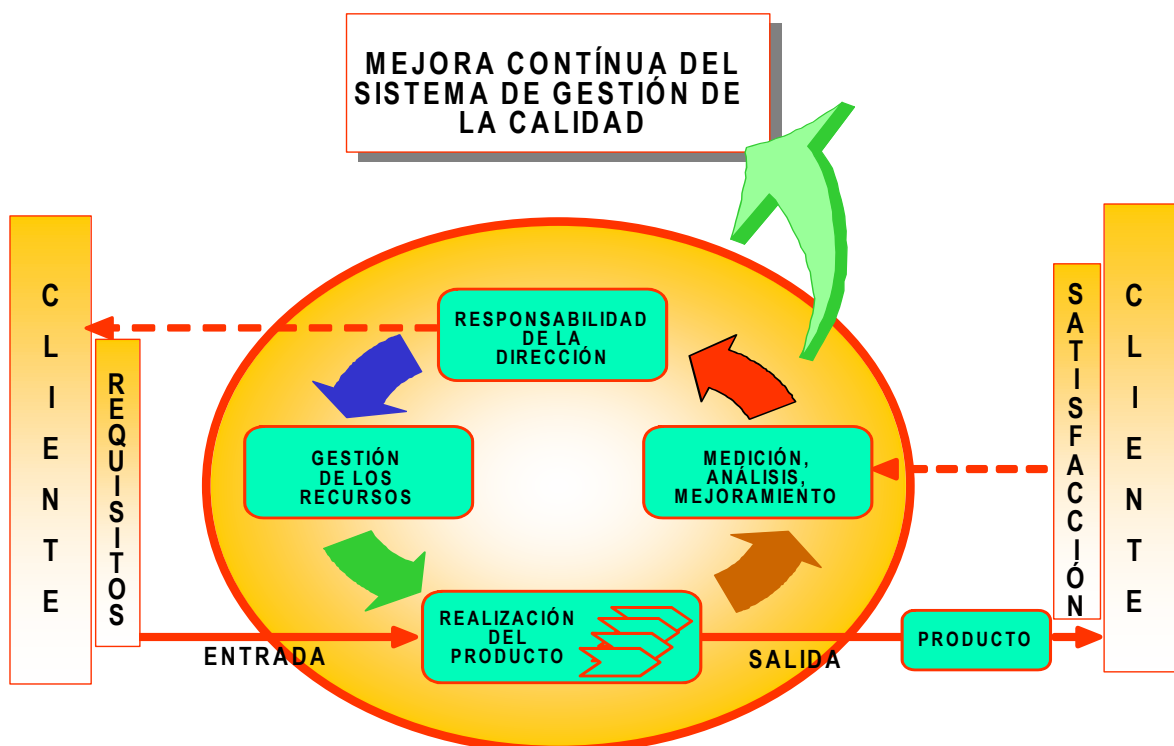


4.2.2 Manual de Calidad

La Facultad de Medicina DEGI establece y mantiene el presente Manual de Calidad como soporte para la implementación del SGC, el cual incluye:

- El alcance del SGC, incluyendo detalles de las justificaciones y exclusiones que se aplican. Ver ítem 3.2,
- La referencia a los procedimientos documentados establecidos en el SGC, y
- Una descripción de la interacción entre los procesos del SGC. Ver ítem 7.1

	MANUAL DE CALIDAD		Revisión: 3
	Facultad de Medicina DEGI		Página 9 de 28



4.2.3 Control de Documentos

El Director DEGI controla los documentos requeridos por el SGC, tomando en cuenta para esto, los requisitos de las Normas ISO 9001:2008 e incluyendo aquellos de origen externo y que puedan influir en la calidad del servicio.

Mantiene los documentos controlados del SGC, los cuales están disponibles al personal en la web: <https://ssl.med.uchile.cl/servicios/>, siendo claramente identificado como la única versión actualizada y válida, evitando de esta forma el uso de documentación obsoleta.

Se establece el procedimiento “**Control de Documentos**” para definir los controles necesarios, así como los datos relacionados con el SGC y con los requisitos de las Normas, incluyendo aquellos de origen externo y que influyen en la calidad del servicio.

La documentación que forma parte del SGC es revisada y aprobada por el Director DEGI.

El personal involucrado en el SGC tiene acceso en su lugar de trabajo (web) a las últimas versiones de los Documentos y Registros del SGC, así como a la documentación externa pertinente a su trabajo y que puede afectar la calidad de los servicios.

El Director DEGI mantiene actualizada la “**Lista de Documentos Controlados**”, la cual indica la documentación vigente. Esta lista se encuentra disponible al personal

	MANUAL DE CALIDAD		Revisión: 3
	Facultad de Medicina DEGI		Página 10 de 28

para asegurar que se encuentran utilizando la última versión de sus documentos y evitar así el uso de documentación obsoleta.

La documentación obsoleta es retirada para su reemplazo por la nueva versión.

4.2.4 Control de los Registros

El Director DEGI establece y mantiene registros para evidenciar la conformidad a los requisitos así como de la operación eficaz del SGC deben controlarse.

Se establece el procedimiento documentado de **“Control de Registros”** que define los controles necesarios para la identificación, almacenamiento, protección, recuperación, la retención y disposición de los registros.

Los registros deben permanecer legibles, fácilmente identificables y recuperables.

Responsabilidades

El Director DEGI mantiene el control de la documentación del SGC, la cual incluye procedimientos, registros y la documentación externa. Además coordina, procesa y controla la creación o revisión del Manual de Calidad y los procedimientos de trabajo. Esto incluye el seguimiento, estado, mantenimiento y distribución de la información relacionada con estos documentos.

Es responsable de asegurar que los Registros son identificados en los procedimientos e instructivos respectivos, controlados, llenados y conservados de acuerdo al procedimiento **“Control de Registros”**.

El Director DEGI asegura la legibilidad de los Registros y verifica que se mantengan durante el tiempo de retención definido para cada uno de ellos de acuerdo con lo especificado en el registro **“Lista de Registros”**.

5 Responsabilidad de la Alta Dirección

5.1 Compromiso de la Alta Dirección

“El Director DEGI proporciona evidencia de estar comprometido con el desarrollo e implantación del SGC, a través de la elaboración y publicación de la política de calidad y del establecimiento de los objetivos de calidad de La Facultad de Medicina DEGI. Además de ser parte activa nombrando como Encargado de Calidad a una persona de su total confianza, asignando los recursos de tiempo, personal y económicos entre otros, así como para llevar a cabo una mejora continua y mantención del Sistema de Gestión de Calidad con el único fin de entregar un servicio de excelencia a sus clientes.”

Lo anterior para:

	MANUAL DE CALIDAD		Revisión: 3
	Facultad de Medicina DEGI		Página 11 de 28

- a) Comunicar a las personas que conforman la Facultad de Medicina la importancia de satisfacer tanto los requisitos del cliente como los legales y reglamentarios, a través de actividades de capacitación y comunicación con el personal involucrado.
- b) Establecer la política de la calidad. (Ver 5.3.)
- c) Asegurar que se establecen los objetivos de la calidad. (Ver 5.4.)
- d) Llevar a cabo las revisiones por la dirección. (Ver 5.6.)
- e) Asegurar la disponibilidad de recursos. (Ver 6.1.)

La Alta Dirección lleva a cabo revisiones al SGC anualmente, con lo cual asegura la eficacia del sistema, el cumplimiento de la política y objetivos de calidad establecidos.

Los resultados de las revisiones son registrados a través del **“Informe de Revisión del Sistema de Gestión de la Calidad”**.

5.2 Enfoque al Cliente

La Alta Dirección, a través de sus procedimientos y el presente manual, asegura que los requisitos del cliente se determinan y se cumplen con el propósito de aumentar la satisfacción del cliente. Lo anterior está documentado en los ítems 7.2.1 y 8.2.1

Para ello, establece estudios, reuniones y consultorías con los clientes para identificar, analizar y enfocar las necesidades de las unidades académicas; para de esta forma ofrecer un servicio exacto y de calidad, asegurando continuamente su plena satisfacción.

Se entenderá por clientes de la Facultad de Medicina todas las unidades académicas y administrativas que conforma la institución.

5.3 Política de la Calidad

En este Manual de Calidad y los procedimientos que lo soportan, la Alta Dirección declara y establece su compromiso para alcanzar: su política y objetivos de calidad, el cumplimiento de las necesidades y expectativas de sus clientes.

La Alta Dirección asegura, a través de la publicación y difusión, que la política y los objetivos de calidad son entendidos, implantados y mantenidos por todo el personal de la organización.

Todo el personal es responsable de trabajar conforme a sus procedimientos y con calidad, para lograr el cumplimiento de la política de calidad y de los objetivos de calidad establecidos por la Facultad de Medicina.

Nuestra política de calidad será revisada una vez al año por la Alta Dirección.

	MANUAL DE CALIDAD	Revisión: 3
		Página 12 de 28

5.3.1 Declaración de la Política de Calidad

La Facultad de Medicina DEGI establece y da a conocer la Política de Calidad:

- Entregar soluciones eficientes y oportunas a los requerimientos realizados por académicos y personal de colaboración para lograr su satisfacción.
- Proponer medidas financieras que permitan un mejoramiento de largo plazo en los resultados económicos de la Facultad
- Revisión continua de los procesos que permita la mejora de la eficacia del sistema de gestión de calidad según las normas ISO 9001:2008
- Velar por el cumplimiento de la normativa que regula a nuestra Facultad

La política de calidad es presentada a todo nuestro personal durante su inducción sobre la calidad y es continuamente reforzada por el DEGI para asegurar su entendimiento y compromiso, a través de reuniones de trabajo periódicas.

Director DEGI

06.01.2012

5.4 Planificación

5.4.1 Objetivos de la Calidad

La Facultad de Medicina asegura que sus objetivos de la calidad, son establecidos y revisados por el Director DEGI, y que incluyen lo necesario para cumplir los requisitos del servicio.

El Director DEGI coordinará que se establezcan los objetivos anuales y que sean coherentes con la política de la calidad.

Para esto se define los siguientes Objetivos de Calidad:

- Resolver dentro de los plazos establecidos, al menos el 60% de los requerimientos de nuestros clientes se resuelve en los tiempos definidos
- Alcanzar un nivel de satisfacción de nuestros clientes de al menos una nota promedio 6.
- Lograr que los activos de corto plazo permiten financiar al menos las deudas de corto plazo, **Índice de Liquidez** = Activo Circulante / Pasivo Circulante = 1
(Activos Circulantes = Sumatoria de Disponible, Deudores por venta, Documentos por cobrar, Deudores varios, Documentos y cuentas por cobrar empresas relacionadas, Existencias, Impuestos por recuperar).
(Pasivos Circulantes = Sumatoria de Oblig. con bancos e inst. financ. L/P con vcto. en C/P, Cuentas por pagar, Documentos y cuentas por pagar empresas relacionadas, Ingresos percibidos por adelantado, Otros pasivos circulantes).
El período promedio de pago a proveedores será de 60 días,

	MANUAL DE CALIDAD		Revisión: 3
	Facultad de Medicina DEGI		Página 13 de 28

Período de Pago a Proveedores = Cuentas por Pagar (promedio)*360 /
Compras a Proveedores

- d. Lograr cero observaciones graves a las auditorías de los estados financieros

El Director DEGI tiene la responsabilidad y la autoridad para vigilar y mantener el Sistema de Gestión de la Calidad. Esta responsabilidad y autoridad incluye llevar a cabo todas las actividades para asegurar que los objetivos de calidad sean conocidos, implementados y entendidos.

5.4.2 Planificación del Sistema de Gestión de la Calidad

La planificación de nuestro sistema de calidad se conforma por los lineamientos establecidos en este Manual y los Procedimientos de Trabajo, definiendo y documentando el cumplimiento de los requisitos para la calidad, al estar en consistencia con todos los otros requisitos del SGC para las Normas ISO 9001:2008

El personal es responsable de trabajar conforme a sus procedimientos de trabajo, para lograr el cumplimiento de la política de calidad y los objetivos establecidos.

5.5 Responsabilidad, Autoridad y Comunicación

5.5.1 Responsabilidad y Autoridad

La estructura organizacional mostrada en los **Descriptor de Cargo** ilustra la responsabilidad y autoridad del personal que administra, realiza y verifica el trabajo relacionado con el SGC de la Facultad de Medicina.

El Director DEGI es el líder del esfuerzo por la calidad dentro de la organización, es el responsable que las Políticas de Calidad y responsabilidades relacionadas a ésta estén operando efectivamente.

Todo el personal que realiza trabajos relacionados con la calidad posee autoridad suficiente y libertad dentro de la organización para:

- Identificar y documentar problemas de calidad para tomar acciones correctivas que prevengan la ocurrencia de servicios no conformes.
- Recomendar, iniciar, implementar y verificar soluciones para la mejora continua de la calidad y los procesos, bien sea directamente o a través de otros medios tal como se definen en los procedimientos de sistemas de calidad.

El Director DEGI es responsable de asegurar que, tanto las responsabilidades y autoridades del personal están definidas y son conocidas.

	MANUAL DE CALIDAD		Revisión: 3
	Facultad de Medicina DEGI		Página 14 de 28

5.5.2 Encargado de Calidad

El Director DEGI designa al Subdirector de Informática como Encargado de Calidad, quien independientemente de otras responsabilidades tiene la autoridad definida para asegurar de que el SGC sea mantenido, establecido, implementado, además de asegurar que el sistema se encuentra conforme con las Normas ISO 9001:2008

5.5.3 Comunicación Interna

La comunicación interna se asegura mediante reuniones semanales, reuniones de trabajo, contacto diario con el personal para informar sobre la situación de la institución y de cualquier acción que pueda afectar a la calidad del servicio proporcionado.

5.6 Revisión por la Dirección

5.6.1 Generalidades

El Sistema de Gestión de la Calidad, es revisado por el Director DEGI anualmente, con estas reuniones se asegura de su conveniencia, adecuación y eficacia continua, estas revisiones se registran en los **“Informe del SGC”**.

5.6.2 Información de entrada para la Revisión de la Alta Dirección

Se establece que la información utilizada para la Revisión de la Alta Dirección, incluye:

- Los Resultados de auditorías.
- La Retroalimentación del cliente.
- El Desempeño de los procesos y conformidad del servicio.
- El Estado de las acciones correctivas y preventivas.
- Las Acciones de seguimiento de revisiones por la dirección previas.
- Los Cambios que podrían afectar al Sistema de Gestión de la Calidad, y
- Las Recomendaciones para el mejoramiento.

5.6.3 Resultados de la Revisión

Se establece que los resultados incluyen las decisiones y acciones relacionadas con:

- a) La mejora en la efectividad del sistema de Gestión de la Calidad y de sus procesos.
- b) La mejora del servicio en relación con los requisitos del cliente.
- c) Las necesidades de recursos (físicos o de personas).

El Encargado de Calidad es responsable de informar al resto del personal sobre el desempeño del SGC para que éste lleve a cabo las Revisiones. Además, será él quién elabore, mantenga y conserve las actas que contendrán los acuerdos que se generen como resultado de las revisiones.

	MANUAL DE CALIDAD		Revisión: 3
	Facultad de Medicina DEGI		Página 15 de 28

6 Gestión de los Recursos

6.1 Provisión de Recursos

El Director DEGI determina y proporciona los recursos necesarios con el motivo de dar cumplimiento a los objetivos planteados y la mejora continua.

Los recursos para el SGC se determinan mediante el análisis de los trabajos que el sistema requiere para asegurar su ejecución en los plazos programados.

6.2 Recursos Humanos

6.2.1 Generalidades

Para La Facultad de Medicina, el personal representa su activo más esencial. Invertir en el personal a través de capacitación, asistencia a charlas y seminarios constituye, por lo tanto, una estrategia fundamental para alcanzar su misión y la Política de Calidad.

Para garantizar el buen funcionamiento del SGC, la Alta Dirección establece las necesidades de capacitación del personal a través de la **Evaluación de Desempeño** asegurando la competencia del personal y que cumplan con los requerimientos del puesto de trabajo asignado.

6.2.2 Competencia, Toma de Conciencia y Entrenamiento

Cada Subdirección realizará anualmente una **Evaluación de Desempeño**, para identificar las necesidades de capacitación del personal que realiza actividades que pueden afectar a la conformidad con los requisitos.

Otros antecedentes que permiten identificar necesidades de capacitación son: el análisis de las no-conformidades del sistema, cambios tecnológicos, apertura de nuevas líneas de negocios y/o requerimientos específicos de la Alta Dirección.

Los registros generados por este proceso son mantenidos y controlados por el Subdirector de Relaciones Humanas.

Responsabilidades

El Director DEGI es responsable de la gestión para:

- Determinar la competencia necesaria para el personal que realiza trabajos que afectan a la conformidad con los requisitos del servicio a través del registro **Descriptor de cargo**
- Cuando sea aplicable, proporcionar capacitación o tomar otras acciones para lograr la competencia necesaria, por medio del **Plan de Capacitación**

	MANUAL DE CALIDAD		Revisión: 3
	Facultad de Medicina DEGI		Página 16 de 28

- c) Evaluar la eficacia de las acciones de capacitación ejecutadas a través o por medio de la **Evaluación de la Capacitación**
- d) Asegurarse de que su personal es consciente de la pertinencia e importancia de sus actividades, y de cómo contribuyen al logro de los objetivos de la calidad, y
- e) Mantener los registros de la educación, capacitación, habilidades y experiencia de su personal.

6.3 Infraestructura

El Director DEGI es responsable de determinar, analizar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del servicio, a través de mantenciones anuales de la estructura de la oficina, cuando se requiera. Estos incluyen espacios de trabajos y servicios asociados, equipos computacionales, software, mantenimiento adecuado y servicio de apoyo.

6.4 Ambiente de Trabajo

La Dirección DEGI proporciona un ambiente de trabajo adecuado a través del cual asegura la conformidad de los servicios con los requisitos establecidos y se asegura que el personal cuente con un ambiente de trabajo adecuado, considerando elementos como silla, teclado, monitor del PC, escritorio, iluminación, ventilación, seguridad e higiene; para ello se realizan y mantienen periódicamente la limpieza de las áreas de trabajo y del entorno.

Responsabilidades

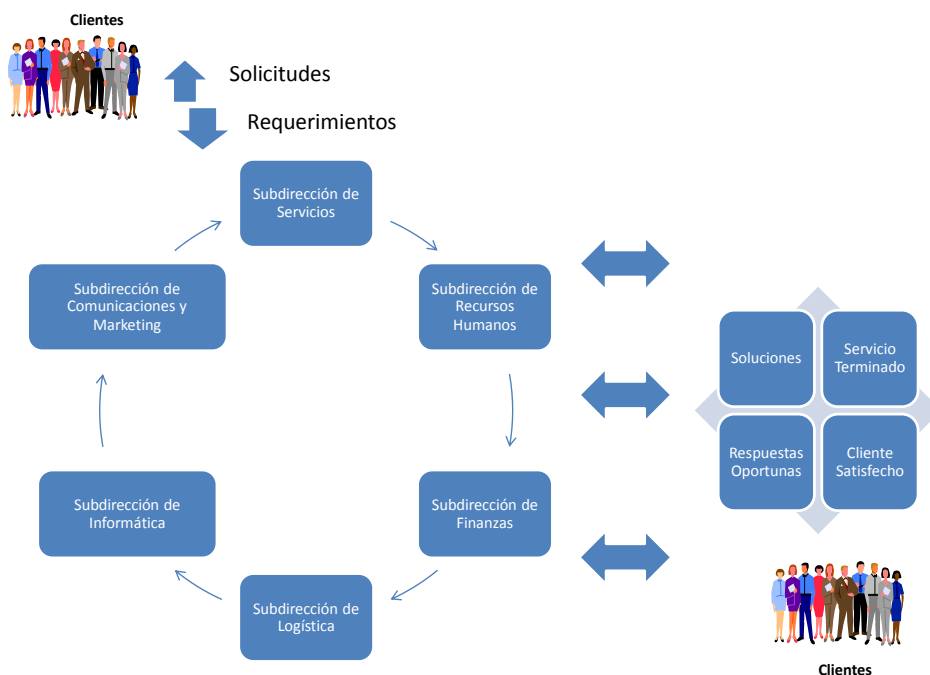
Es responsabilidad del Director DEGI implantar y vigilar que el personal cuente con un ambiente adecuado para desarrollar las actividades que afecten la calidad de los servicios.

	MANUAL DE CALIDAD		Revisión: 3
	Facultad de Medicina DEGI		Página 17 de 28

7. Servicios

7.1 Planificación de la Realización del Servicio

La planificación de la realización del servicio se hace de acuerdo a como se muestra en el diagrama de flujo del SGC.



*Los registros son identificados, mantenidos y controlados para las operaciones de la institución a través de la “**Lista de Registros**”.*

La Facultad de Medicina identifica, planifica, desarrolla y controla sus procesos para la realización del servicio, siendo coherentes con el SGC. Estos procesos incluyen: los objetivos de la calidad y los requisitos para el servicio, los recursos necesarios para el servicio, las actividades requeridas para la verificación, seguimiento y medición del servicio, así como los criterios para la aceptación de éste y, los registros necesarios para proporcionar evidencia de que los procesos de realización y el servicio resultante cumplen con los requisitos establecidos.

Los resultados de la planificación están presentes en el Manual y Procedimientos del SGC, los cuales están resumidos en la Planificación del Sistema de Calidad.

	MANUAL DE CALIDAD		Revisión: 3
	Facultad de Medicina DEGI		Página 18 de 28

Responsabilidades

Cada Subdirección es responsable de identificar y planear los procesos al igual que la prestación del servicio y de informar al personal involucrado, los objetivos y los requisitos del servicio.

Todo el personal es responsable de llevar a cabo las actividades designadas y de llevar en forma correcta la documentación y los registros que la operación genere.

7.2 Procesos Relacionados con el Cliente

7.2.1 Determinación de los Requisitos Relacionados con el Servicio

La identificación de los requisitos relacionados con el servicio se realiza, documenta y coordina a través de los procedimientos según corresponda a cada Subdirección:

Subdirección de Servicios

- Becas de Apoyo (Postgrado y Especialistas)
- Cometido Específico Estudiantes
- Cometido Funcionario
- Comisión Académica
- Comisión de Estudio
- Contrato a Honorarios
- Gastos de Mantención y Estadía
- Habilitación de Cuentadante
- Nota de Demérito
- Note de Mérito
- Pago de Horas Extras
- Pago de Productividades
- Permiso Administrativo
- Permiso sin Goce de Sueldo
- Solicitud de Certificados
- Vacaciones Pendientes
- Compras Directas Listado de Productos
- Compras Directas Inferiores a 3 UTM
- Compras de otros productos y servicios de 3 a 100 UTM
- Compras de otros productos y servicios de 100 a 1000 UTM
- Compras de otros productos y servicios de Proveedor Único mayor 3 UTM
- Compras de otros productos y servicios tratos directos emergencia
- Instructivo de Compras
- Almacenamiento y Entrega de Materiales
- Aseo Especial
- Certificado de Bienes a Cargo
- Diseño de Proyecto y Presupuesto Preliminar de Obras: Visita a Terreno
- Entrega de Bienes para Baja
- Orden de Salida para Activo Fijo
- Reasignación de Mobiliario
- Reparaciones de Infraestructura

	MANUAL DE CALIDAD	Revisión: 3
	Facultad de Medicina DEGI	Página 19 de 28

- Seguridad en Eventos Especiales
- Solicitud de Transporte
- Asignación (anual) de Fondo Fijo o Caja Chica
- Entrega de Talonarios Boletas o CRI
- Giro a Rendir
- Nota de Crédito
- Orden de Facturación
- Recaudación con Personal DEGI
- Recuperación de Fondo Fijo
- Venta Interna

Subdirección de Comunicaciones y Marketing

- Comunicaciones Institucionales
- Apoyo Protocolar y Ceremonial en Actividades Institucionales
- Diseño Gráfico
- Apoyo Audiovisual
- Admisión Futuros Estudiantes

Subdirección de Finanzas

- Giro a Rendir
- Honorarios
- Becas, Viáticos, Ayudas de Viaje, Comisión Académica y Cometidos
- Solicitud de Fondo Fijo
- Recuperación de Fondo Fijo
- Rendición de Giros a Rendir
- Análisis Contable
- Ingreso Cobranza de Pregrado
- Facturación
- Conciliación Bancaria
- Cancelaciones Facturas y Boletas de Venta
- Libro de Compra
- Otros Ingresos Proyectos y Donaciones
- Venta Interna
- Compra Interna
- Arqueos (Fondo Fijo, Estampillas, Cheques en Cartera)
- Envío Estados Financieros y Tributarios
- Pago a Proveedores
- Compra de Estampillas Universitarias
- Control de Cheques en Cartera
- Control de Donaciones Ley 18681
- Control de Ingresos de Postgrado
- Venta de Estampillas Universitarias

Subdirección de Informática

- Gestión de Proyectos Administrativos Financieros
- Gestión de Proyectos Administrativos Web
- Gestión de Proyectos de Infraestructura

	MANUAL DE CALIDAD		Revisión: 3
	Facultad de Medicina DEGI		Página 20 de 28

- Administración Sitio Web
- Administración Cuentas de Correo
- Soporte Telecomunicaciones
- Soporte Computacional

Subdirección de Logística

- Desarrollo de Infraestructura
- Reparaciones de Infraestructura

Subdirección de Relaciones Humanas

- Cometido Funcionario
- Pago de Productividad
- Cometido Específico Estudiantes
- Gastos de Mantención y Estadía
- Comisión Académica
- Comisión de Estudio
- Becas de Apoyo Postgrado y Especialistas
- Asignación Familiar
- Contrato a Honorarios

Estos procedimientos determinan también:

- a) Los requisitos especificados por el cliente, incluyendo aquellos para las actividades de entrega y posteriores a la misma.
- b) Los requisitos no establecidos por el cliente pero necesarios para el uso previsto.
- c) Los requisitos legales y reglamentarios aplicables al servicio, y
- d) Cualquier requisito adicional que se considere necesario con el servicio.

7.2.2 Revisión de los Requisitos Relacionados con el Servicio.

La revisión de los requisitos relacionados con el servicio se define como: el conjunto de actividades que se ejecutan desde el contacto con el cliente, hasta que se revisan, resuelven posibles diferencias y, se aprueban los requisitos del cliente para la realización del servicio.

Se mantienen registros de los resultados de la revisión y de las acciones originadas por la misma.

- En el caso que, el cliente no proporcione una declaración documentada de los requisitos, se confirmará antes de la aceptación del pedido, y
- En el caso que se cambian los requisitos del servicio, el Director DEGI se asegurará que en la documentación pertinente se registren las modificaciones y que se esté consciente de ello.

	MANUAL DE CALIDAD		Revisión: 3
	Facultad de Medicina DEGI		Página 21 de 28

7.2.3 Comunicación con el Cliente

En la Facultad de Medicina se aseguran de mantener una comunicación constante con sus clientes, con el propósito de satisfacer sus requerimientos, mediante reuniones de trabajo y visitas en terreno, las cuales incluyen:

- La información sobre el servicio.
- Las consultas, consultorías, atención de solicitudes, incluyendo modificaciones, y,
- La retroalimentación del cliente, incluyendo sus reclamos.

Cada Subdirección es responsable de identificar los requerimientos de los clientes, de comunicarlos al personal involucrado y de asegurar que los servicios cumplan con los requisitos establecidos en la normativa vigente.

El personal es responsable de proporcionar los servicios de acuerdo a los lineamientos establecidos en el Manual y Procedimientos vigentes.

7.3 Diseño y Desarrollo

7.3.1 Planificación del diseño y desarrollo

La Subdirección de Comunicaciones y Marketing realiza diseños gráficos para distintas unidades de la Facultad de Medicina.

- a) La Coordinadora Diseño Gráfico (DG) a través del Formulario de Solicitud de Diseño establece los parámetros generales que requiere el cliente para dar una respuesta acorde a su requerimiento.
- b) El Subdirector de Comunicaciones y Marketing y el Cliente realizan una primera revisión del trabajo. Posteriormente una vez que la propuesta se ha materializado según lo dispuesto, se solicita la aprobación final del boceto al cliente mediante una firma en el boceto o a través de un e-mail.
- c) Los bocetos aprobados son enviados a imprenta y se reciben conforme siempre y cuando cumpla con lo requerido.

7.3.2 Elementos de Entrada para el Diseño y Desarrollo

En el procedimiento se determina que los resultados del diseño cumplen con los requisitos de los elementos de entrada para el diseño; proporcionan información apropiada para las adquisiciones, la producción y la entrega del servicio; contienen o hacen referencia a los criterios de aceptación del servicio.

	MANUAL DE CALIDAD		Revisión: 3
	Facultad de Medicina DEGI		Página 22 de 28

7.3.3 Resultados del Diseño y Desarrollo

Al final del proceso de diseño, se revisan sus resultados a fin de evaluar la capacidad de los resultados obtenidos para cumplir con los requisitos e identificar cualquier problema que se haya podido presentar.

7.3.4 Revisión del Diseño y Desarrollo

La Subdirección de Comunicaciones y Marketing realiza acciones de revisión del diseño para asegurar que el servicio resultante es capaz de satisfacer los requisitos de los clientes.

7.3.5 Verificación del Diseño y Desarrollo

La Subdirección de Comunicaciones y Marketing realiza acciones de verificación del diseño, a través de la coordinadora de diseño identificando que el producto cumpla con los estándares definidos con el cliente.

7.4 Compras

7.4.1 Proceso de Compras

La Subdirección de Servicios es responsable de asegurar que los servicios y productos adquiridos, cumplan con los requisitos entregados por el cliente. Se evalúa a los proveedores en función de su capacidad para proporcionar servicios y productos de acuerdo con los requisitos especificados.

7.4.2 Información de las Compras

La información de compras describe el servicio y producto a comprar, incluyendo los requisitos para la aprobación del servicio, procesos, equipos y requisitos del Sistema de Gestión de la Calidad.

La Subdirección de Servicios se asegura de la adecuación de los requisitos de compra especificados antes de comunicárselos al proveedor.

7.4.3 Verificación de los Productos y/o Servicios Adquiridos

La Subdirección de Servicios, a través de la unidad Bodega Central, es responsable de la evaluación y control de los proveedores de insumos y servicios de acuerdo a las necesidades de nuestros usuarios.

	MANUAL DE CALIDAD		Revisión: 3
	Facultad de Medicina DEGI		Página 23 de 28

Además, estas personas serán responsables de asegurar que los servicios adquiridos, así como los que se incorporan a los procesos, cumplan con los requisitos establecidos por la Facultad de Medicina.

7.5 Producción y Prestación del Servicio

7.5.1 Control de la Producción y de la Prestación del Servicio

Por medio de la planeación de las operaciones, el Director DEGI asegura que la información describa: las características del servicio, los procedimientos y la disposición del personal, con lo que se garantiza que el servicio se lleva a cabo bajo condiciones controladas, satisfaciendo los requerimientos del cliente.

7.5.2 Validación del Proceso de la Prestación del Servicio

La Facultad de Medicina realiza actividades de seguimiento para validar los servicios de en conjunto con los clientes, que se materializa mediante el cierre de las solicitudes ó contacto telefónico con el cliente.

7.5.3 Identificación y Trazabilidad

La Facultad de Medicina identifica todos sus servicios por medio de los números de solicitudes.

La trazabilidad del servicio se establece a partir del número de solicitud y se controla en todas las etapas del servicio.

7.5.4 Propiedad del Cliente

La Facultad de Medicina, se compromete a controlar, identificar, verificar, proteger y salvaguardar los bienes que son propiedad del cliente y/o aquellos suministrados para su utilización o incorporados dentro del servicio.

7.5.5 Preservación del Servicio

Dada la naturaleza del servicio proporcionado por la Facultad de Medicina a sus clientes, la preservación y confidencialidad del servicio se mantienen en todos los pasos de sus procesos, hasta que es entregado a los clientes internos.

7.6 Control de los Dispositivos de Seguimiento y de Medición

No aplica.

	MANUAL DE CALIDAD		Revisión: 3
	Facultad de Medicina DEGI		Página 24 de 28

8. Medición, Análisis y Mejora

8.1 Generalidades

Por medio de sus procedimientos documentados, auditorías internas, revisiones al SGC y a los procesos, la Facultad de Medicina se asegura la conformidad de los servicios y del SGC. Con ayuda de las revisiones se identifican y analizan mejoras al sistema y a los procesos.

Dada la naturaleza del servicio proporcionado a nuestros clientes, la institución no puede liberar servicios incompletos o disconformes, aun cuando el cliente así lo requiera.

Responsabilidades

El Encargado de Calidad es responsable de medir el desempeño del sistema utilizando para ello resultados de auditorías internas, revisiones al SGC y a los procesos, y muestreos del servicio final.

8.2 Seguimiento y Medición

8.2.1 Satisfacción del Cliente

La institución realiza el seguimiento y control a la información relativa a la percepción del cliente a través de la cual se conoce la satisfacción del cliente, para esto se ayuda de reclamos de los clientes “Línea Directa”(<https://ssl.med.uchile.cl/servicios/>), encuestas “Cuestionario Evaluación de Servicio” y comunicación directa con el cliente.

8.2.2 Auditoría interna

El sistema de auditorías internas de calidad garantiza que todos los requisitos normativos y todas las áreas involucradas en el sistema son auditados al menos una vez en el año, determinando, sí el estado del SGC:

- a) Se encuentra conforme con las disposiciones planificadas, con los requisitos de las normas ISO 9001:2008, y con los requisitos del SGC establecidos en los procesos, y
- b) Se ha implantado y se mantiene de manera eficaz.

El sistema de auditorías internas es administrado por el Encargado de Calidad. El programa es elaborado sobre la base de criticidad de los procedimientos de trabajo. Las auditorías las realizan auditores internos de calidad y/o auditores externos contratados, debidamente calificados y que asegure la independencia de ellos al momento de realizarlas.

Las áreas auditadas, deben asegurar que se toman las acciones para eliminar las no-conformidades detectadas y sus causas. Las actividades de seguimiento deben incluir la verificación de las acciones tomadas y su respectivo informe de resultados.

	MANUAL DE CALIDAD		Revisión: 3
	Facultad de Medicina DEGI		Página 25 de 28

La Facultad de Medicina establece el procedimiento de “**Auditorías Internas**”, que define lo mencionado arriba, y además las responsabilidades, requisitos de planeación, realización de las auditorías, establecen los registros e informe de resultados.

8.2.3 Seguimiento y Medición de los Procesos

La Facultad de Medicina aplica métodos gráficos para el seguimiento y medición de los procesos identificados, realiza auditorías internas al SGC, Revisiones de Dirección, revisiones a los requerimientos del cliente y revisiones a sus procesos, con la finalidad de demostrar la capacidad de los procesos para alcanzar los resultados planificados.

Además, determina que cuando no se alcancen los resultados planificados y se detecten no conformidades, se lleven a cabo acciones correctivas, para asegurar el cumplimiento con los requisitos y asegurar la conformidad del servicio.

A través de las encuestas de satisfacción y evaluaciones de los servicios por el cliente, se obtiene el nivel de satisfacción que alcanzan nuestros servicios.

La información es recopilada y procesada por el Encargado de Calidad para realizar la estadística correspondiente.

8.2.4 Seguimiento y Medición del Servicio

A través de los procedimientos documentados se realiza seguimiento a los servicios durante todas las etapas de los procesos, para verificar el cumplimiento con los requisitos establecidos. Se mantienen registros del seguimiento a los servicios los cuales se encuentran definidos en el procedimiento.

Por lo anterior, es responsabilidad de cada subdirección asegurar que sólo el servicio terminado sea liberado.

8.3 Control del Servicio No Conforme

Los servicios no conformes son aquellos que no cumplen con los requisitos especificados y que se pueden detectar en cualquier paso del proceso de realización del servicio, desde la información entregada por el cliente, servicios adquiridos a los proveedores que no cumplen con los requisitos, problemas durante la ejecución y hasta el servicio final proporcionado al cliente.

El Director DEGI se asegura que el servicio no conforme con los requisitos, se identifica y controla para prevenir su entrega. Los controles, responsabilidades y autoridades relacionadas con el tratamiento del servicio no conforme están definidas en el procedimiento “**Control de No Conformidades**”.

	MANUAL DE CALIDAD		Revisión: 3
	Facultad de Medicina DEGI		Página 26 de 28

Los servicios no conformes son tratados mediante una o más de las siguientes maneras:

- a) Tomando acciones para eliminar la no-conformidad detectada.
- b) Tomando acciones para impedir su uso originalmente previsto.

Se mantienen registros de las no conformidades y de cualquier acción tomada posteriormente.

Responsabilidades

El Encargado de Calidad será responsable de mantener un procedimiento documentado para asegurar que el producto no conforme con los requerimientos especificados sea claramente identificado y separado con el fin de prevenir su uso y continuidad en el proceso en forma inadvertida hasta que se realice la revisión del servicio y/o producto y, se determine la disposición de los mismos.

Es también responsable de mantener y analizar datos provenientes de los Registros del servicio No Conforme, tal como se define en el procedimiento **“Control de No Conformidades”**.

a) Revisión y Disposición del Producto No Conforme

El procedimiento **“Control de No Conformidades”**, es seguido por el personal de la Facultad de Medicina que detecte la existencia de no conformidades. Dicho procedimiento considera:

Toda documentación entregada por el cliente que se encuentre definida como no conforme, la cual es identificada inmediatamente a través de una observación o reclamos en el formulario **“No Conformidad, Acción Correctiva y Preventiva”**.

Este reporte describe el problema detectado, referencia la disposición y provee información (ver ítem 8) para una posible acción correctiva (ver ítem 8.5.2) y/o actividad de mejoramiento del proceso para prevenir la recurrencia.

El Encargado de Calidad posee la responsabilidad y autoridad para disponer del producto no conforme y determinar cuándo se corrige un servicio no conforme, se someta a una nueva verificación para demostrar su conformidad con los requisitos.

8.4 Análisis de Datos

El Encargado de Calidad determina, recopila y analiza los datos apropiados (resultados del control, seguimiento, medición y otras fuentes pertinentes) para demostrar la idoneidad y la eficacia del SGC y para evaluar dónde puede realizarse la mejora continua de la eficacia del SGC.

	MANUAL DE CALIDAD		Revisión: 3
	Facultad de Medicina DEGI		Página 27 de 28

8.5 Mejora

8.5.1 Mejora Continua

El SGC de la institución se encuentra en una mejora continua con lo cual se asegura que el sistema es eficaz.

El mejoramiento del sistema se apoya mediante el uso de la política y objetivos de la calidad, resultados de auditorías, análisis de datos, acciones correctivas y preventivas, y la revisión por la Dirección.

8.5.2 Acción Correctiva

La Facultad de Medicina toma acciones para revisar el SGC, políticas y procedimientos, a través de las cuales eliminan las causas principales de las no conformidades, asegurándose que no vuelvan a ocurrir.

Las acciones correctivas son iniciadas, controladas y documentadas por medio del procedimiento “**Acciones Correctivas y Preventivas**”, y son registradas a través del formulario “**No Conformidad, Acción Correctiva y Preventiva**”, el cual define los requisitos para revisar, determinar las causas, evaluar, implantar, registrar y realizar seguimiento a las acciones correctivas tomadas.

Responsabilidades

La responsabilidad de llevar a cabo la acción correctiva y de asegurar que el Programa de Acción Correctiva sea efectivamente administrado, corresponde al Encargado de Calidad y a quién esté a cargo del procedimiento relacionado.

El Encargado de Calidad es el responsable también, de dar seguimiento a las acciones correctivas para confirmar que se llevaron a cabo y fueron eficaces.

8.5.3 Acción Preventiva

La Facultad de Medicina determina acciones preventivas para revisar las políticas del SGC y sus procedimientos, con el objeto de eliminar las causas fundamentales de problemas potenciales (para prevenir su ocurrencia).

Las acciones preventivas son iniciadas, controladas y documentadas por medio del procedimiento “**Acciones Correctivas y Preventivas**” y son registradas a través del formulario “**No Conformidad, Acción Correctiva y Preventiva**”, el cual define los requisitos para determinar las no-conformidades potenciales y sus causas, evaluar, implantar, registrar y realizar los seguimientos de las acciones preventivas tomadas.

	MANUAL DE CALIDAD		Revisión: 3
	Facultad de Medicina DEGI		Página 28 de 28

Responsabilidades

El Encargado de Calidad es responsable de vigilar y asegurar que los requerimientos contenidos en los procedimientos documentados de acciones preventivas son comunicados, entendidos y seguidos por todo el personal que interviene en el SGC.

El Encargado de Calidad se reúne, procesa, da seguimiento, analiza y reporta los resultados de requerimiento de acción preventiva al personal involucrado.

El Encargado de Calidad es también, el responsable de dar seguimiento a las acciones preventivas para confirmar que se llevaron a cabo y fueron eficaces.

9. LISTA DE PÁGINAS ACTUALIZADAS

Fecha de Edición de las Paginas Originales y Actualizadas				Páginas Actualizadas
Original	0	Fecha:	14-09-2009	
Revisión	1	Fecha:	30-03-2010	
Revisión	2	Fecha:	11-03-2011	
Revisión	3	Fecha:	09-01-2012	Pag 12 ítem 5.3.1; pag 14 ítem 5.5.2