



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE INGENIERÍA

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE INGENIERÍA
INDUSTRIAL**

Aplicación de la norma ISO 9001: 2015 para mejorar la calidad de servicio en el área de nutrición del Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta EsSalud, 2019

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Ingeniero Industrial

AUTORES:

Br. Chávez Tello, Norka Deyanira (ORCID: 0000-0002-2256-5606)

Br. Corcuera Mosqueira, Jose Luis (ORCID: 0000-0001-5401-5230)

ASESOR:

Mg. Ulloa Bocanegra, Segundo Gerardo (ORCID: 0000-0003-1635-9563)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Gestión de la Seguridad y la Calidad

TRUJILLO – PERÚ

2020

Dedicatoria

A Dios por concederme llegar hasta este momento tan importante para mí.

A mis padres, Miriam y José por su apoyo incondicional y la confianza que tienen en mí en cada paso que doy para ser una mejor persona, y quienes con su esfuerzo permitieron que lleve una carrera profesional.

A mi hermana, María de los Ángeles quien estuvo pendiente de mí y dándome sus palabras de aliento para continuar y cumplir mis objetivos.

De manera especial a mi tía Jenny, que desde el cielo me bendice, me guía y sé que está orgullosa de mí.

A mis abuelos por su amor, comprensión y consejos para ser una persona de bien cada día.

Jose Luis Corcuera Mosqueira

A Dios, por darme las fuerzas cada que lo necesitaba.

A mis padres, Manuela y Fredi, quienes con amor, esfuerzo y dedicación me convirtieron en la persona que soy ahora; y quienes lucharon para poder llegar al lugar en el que también me encuentro ahora.

A mis hermanos, Andrea y Jacob, quienes siempre fueron mi mayor motivo por el cual quiero salir adelante, por alegrar cada uno de mis días y por hacerme una buena hermana mayor.

En gran manera a mi familia, de quienes siempre tuve el apoyo. Y de manera especial a mis grandes papás María y Juan, quienes estuvieron conmigo en los primeros años de mi vida, enseñándome que algunas personas te podrán dar todo lo que quieras, pero más importante es que te den todo lo que necesites.

Norka Deyanira Chávez Tello

Agradecimiento

Agradezco a Dios, por haber permitido que llegue a este punto de mi vida y haber puesto en mi camino a personas increíbles.

A mis padres, por inculcarme valores que hoy en día hacen que llegue hasta esta etapa de mi vida, sin dejar de lado el su apoyo incondicional en todo momento.

A mi pareja de tesis Norka, por entenderme en todo, gracias a ella porque siempre estuvo conmigo en los bueno y malos momentos.

A todos mis grandes amigos, por su confianza y por todas las ocurrencias vividas.

Jose Luis Corcuera Mosqueira

Gracias al Señor Dios, quien me guía en cada proyecto y decisión que tomo para concluir mis objetivos que día a día voy logrando.

Agradezco mucho por la ayuda a mis padres y hermanos, por dedicarme su apoyo año tras año para alcanzar mis metas trazadas y mis ideales de manera satisfactoria

A mi compañero de tesis Luis, por su amistad incondicional y su apoyo aportando de manera progresiva para obtener buenos resultados.

A mis amigos y compañeros, por darme su aliento y no dejarme decaer y ser muy perseverante.

Norka Deyanira Chávez Tello

Página del jurado

Página del Jurado

Declaratoria de autenticidad

Yo, CHÁVEZ TELLO, NORKA DEYANIRA con D.N.I. N° 71717398, a efecto de acatar las disposiciones vigentes establecidas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Cesar Vallejo, Facultad de Ingeniería, declaro bajo juramento que la investigación y toda la documentación que acompaña es veraz y autentica.

Así mismo, declaro bajo juramento y me hago responsable ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión, en lo que concierne a documentos e información aportada.

Por lo cual, me someto a lo estipulado en las normal académicas de la Universidad Cesar Vallejo.

Trujillo, 02 de Setiembre del 2020



CHÁVEZ TELLO, NORKA
DEYANIRA
DNI: 71717398

Declaratoria de autenticidad

Yo, **CORCUERA MOSQUEIRA, JOSE LUIS** con D.N.I. N° **71870225**, a efecto de acatar las disposiciones vigentes establecidas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Cesar Vallejo, Facultad de Ingeniería, declaro bajo juramento que la investigación y toda la documentación que acompaña es veraz y autentica.

Así mismo, declaro bajo juramento y me hago responsable ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión, en lo que concierne a documentos e información aportada.

Por lo cual, me someto a lo estipulado en las normal académicas de la Universidad Cesar Vallejo.

Trujillo, 02 de setiembre del 2020


CORCUERA MOSQUEIRA, JOSE
LUIS
DNI: 71870225

Índice

Carátula.....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Página del jurado.....	iv
Declaratoria de autenticidad.....	vi
Índice.....	viii
Resumen.....	ix
Abstract.....	x
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MÉTODO.....	10
2.1. Tipo y diseño de investigación.....	10
2.2. Operacionalización de Variables.....	10
2.3. Población, muestra y muestreo.....	13
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	14
2.5. Procedimiento.....	15
2.6. Método de análisis de datos.....	15
2.7. Aspectos éticos.....	15
III. RESULTADOS.....	16
IV. DISCUSIÓN.....	21
V. CONCLUSIONES.....	24
VI. RECOMENDACIONES.....	25
REFERENCIAS.....	26
ANEXOS.....	31

RESUMEN

El objetivo fundamental de la investigación es aplicar la Norma ISO 9001: 2015 en el área de nutrición del Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta, la cual se dedica a brindar un servicio de alimentación tanto como para el personal médico, profesional y asistencial; así como para los pacientes hospitalizados, es por ello que, el problema que se definió es: ¿Cuál es la influencia de la Norma ISO 9001:2015 en la calidad de servicio en el área de Nutrición del Hospital de Alta Complejidad Virgen De La Puerta – EsSalud, 2019?

De esta manera, el tipo de investigación es aplicado, de diseño experimental longitudinal. La población se encuentra constituida por el personal médico interno, profesional y asistencial. La muestra fue probabilística aleatoria, con un tamaño de 71 trabajadores de la salud. Con respecto a la recolección de datos se utilizaron dos herramientas: Check List basado en los requisitos de la norma, midiendo la gestión de la calidad internamente; y un cuestionario, con el cual se pudo evaluar el nivel de calidad que brinda el servicio. Para la confiabilidad de las variables y las herramientas se aplicó el alfa de Cronbach, alcanzando un 0,8653, usando el software SPSS versión 25 en el análisis estadístico.

Mediante los resultados obtenidos se puede afirmar que el área se encontró en un nivel de calidad bajo según el Check List en sus requisitos sobre contexto de la organización, liderazgo y operación; además, presentó una puntuación baja en lo que respecta a enfoque por procesos. Es por ello que, mediante la realización de un plan de mejora, el nivel de la calidad de gestión interna se incrementó un 15%, así como también en el principio de enfoque por procesos se incrementó en un 23.7%.

Palabras clave: Calidad, ISO 9001: 2015, Calidad de Servicio.

ABSTRACT

The objective of present research is apply the norm ISO 9001: 2015, in nutrition area of High Complexity Hospital “Virgen de la Puerta”, wich dedicate to offer an alimentation service such as medical staff, professional and welfare; as well as to the hospitalized patients, it is because the problem that was definted is: Which is the influence of the norm ISO 9001: 2015 in the quality service of nutrition area of High Complexity Hospital “Virgen de la Puerta” – EsSalud, 2019?

In this way, this research is applied, with desing experimental longitudinal. The population is constitute for medical staff, professional and welfare. The simple was probabilistic aleatory, with a size of seventy-one health workers. With respect to the data pickup used two tools: Check List based on the requirements of the norm, in wich was measured the quality of internal management; and a questionnaire, in wich was measured the quality level that offer the service. For the reliability of the variables and the tools we used Cronbach’s Alpha we obtain a 0,8653, using software SPSS version 25 in the stadistic analysis.

By the results that were obtained it can assert that the area was found in a low level of quality according to Checklist in its requirements about organization context, leadership and operation; in addition, it presented a low punctuation in about process approach. It is because that through the apply of improvement plan, the quality level increase in 15% as well as the principle of process approach increase in 23.7%.

Keywords: Quality, ISO 9001: 2015, Quality Service.

I. INTRODUCCIÓN

El reclamo de los ciudadanos para alcanzar una cobertura de salud universal hizo un fuerte eco, el cual llegó a los líderes de sus gobiernos, quienes por querer cumplir uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible empezaron una carrera por construir más hospitales, centros de salud, adquirir equipo de primera o contratar mayor personal para cubrir el propósito ya antes mencionado, donde se les perdió de vista el elemento clave que cuenta mucho para una cobertura de salud universal: la calidad. Calderón (2018, párr. 1).

A nivel internacional; según Gurría Ángel, sostiene que la cobertura sanitaria mundial seguirá siendo una promesa vacía, si carece de servicio en la calidad de la salud. Por lo tanto, estas investigaciones elaboradas en ocho países, dentro de ellos, el Caribe y África con una mortandad elevada, los sistemas en la salud materna y la calidad son pocos comunes respecto a lo que se observa en el acceso a los servicios. Inclusive, el 15 % de los gastos de los hospitales en los países de mayor ingreso se da por las faltas de atención y por las infecciones que tienen los pacientes que están internados. Grupo Banco Mundial (2018, párr. 8 y 10).

Además, en el Caribe y América Latina se ha liderado el incentivar a los gobiernos a descubrir estrategias que fortalezcan la atención en la salud. Para ello, el Banco Interamericano de Desarrollo realizó una encuesta para percibir cuál fue la experiencia del ciudadano con respecto al servicio de salud que percibe; en donde 40% en la población del Caribe y América Latina afirmó que perciben una calidad “muy buena” o “excelente”; mientras que, el 88% de esta afirma que su sistema de salud necesita realizar cambios fundamentales para funcionar mejor (Guanais, 2018, párr. 5).

En el Perú, algunas personas denuncian por el servicio malo que perciben, dándose esto día a día. Según la entrevista que realizó Mariella Sausa a Walter Curioso Vílchez, superintendente de Regulación y Fiscalización de la Superintendencia Nacional de Salud (Susalud), señaló que durante el año hay 643 casos, las cuales acaban en quejas que hasta el momento continúan en curso las investigaciones. El motivo primordial de las quejas se dio por la atención inadecuada de los médicos o quirúrgicos (44%), además la falta de información (28%), la desigualdad percibida en la atención (9%) Sausa (2017, párr. 6 y 7).

En la región de La Libertad, en un informe realizado por Villar et al. (2015) se observaron resultados de la calidad de servicio recibida en Centros de Medicina Complementaria una

calificación global del 92.3%. Con respecto a la calidad y sus dimensiones tenemos: en la dimensión de elementos tangibles se obtuvo un 96,8%; en la dimensión de velocidad de respuesta, un 86,4%; en la dimensión de seguridad y confianza, 92,6%; y en la dimensión de empatía un 96% (p.3).

En la ciudad de Trujillo, en un informe realizado por el Gobierno Regional de La Libertad (2014, p.58) al Hospital Regional Docente se presentaron problemas internos con respecto al sistema de salud, tales como: débil garantía de la calidad de los servicios, demanda insatisfecha por insuficiente capacidad resolutive, insuficiente cantidad de especialistas profesionales de la salud, infraestructura física inadecuada y no funcional para un hospital, equipamiento insuficiente y una organización no enfocada en gestión por resultados para mayor beneficio de la población.

En otro estudio realizado (Messarina, 2015, p. 121), indicó que en el Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta, se logró en los resultados un 49.1% según los internos quienes consideraron calidad de servicio como muy buena y buena con 41,1%, teniendo un 0.4% de internos que lo califican como una mala calidad de servicio.

En el Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta, se observó deficiencias en cuanto al trato recibido por parte del profesional Nutricionista, un 47% lo calificó como regular y un 8% como mala; por otro lado, el servicio brindado por el personal técnico en nutrición, 66% lo calificó como regular y un 11% como malo. En lo que concierne al cumplimiento del horario de la comida, un 60% lo calificó como regular y un 25% como malo (Ver tabla A1) (Mendocilla, 2018).

Además, se analizaron las principales causas que pueden ocasionar estas deficiencias, entre las cuales encontramos: no se siguen los métodos adecuados, los auxiliares presentan una actitud poco servicial, poca participación en actividades integradoras y muestran poco interés en los requerimientos del personal médico, profesional y técnico. Por otra parte, el equipo es antiguo y presenta mantenimiento correctivo muy seguido; en otros aspectos, no se cuenta con las reservas de alimentos necesarios para realizar las funciones diarias, así como la vajilla (Ver Anexo A2).

Por lo tanto, la finalidad de esta investigación es aplicar la norma ISO 9001: 2015 para incrementar el nivel de la calidad de servicio brindado por el área de Nutrición del Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta, lo que incrementará la calidad de servicio y su preferencia, mediante objetivos planteados los cuales se desarrollarán a lo

largo de esta investigación a través de estrategias definidas, y así, mejorar la imagen que tiene la institución.

En cuanto a materia de investigación se encontró el antecedente realizado por Parra, De la Ossa, Ruiz (2019, p.115) en su artículo científico denominado: “Diagnóstico de la situación actual de una empresa de servicios de alimentación con respecto al cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001: 2015 para un Sistema de Gestión de la Calidad - Colombia”, cuyo objetivo fue aplicar un diagnóstico del estado real de la organización de alimentos direccionado a cumplir los principios de la ISO 9001:2015. Se obtuvo como resultado que el cumplimiento promedio de todos los capítulos, lo que indica que está en un rango de incumplimiento bajo. Además, se evidenció que únicamente se cumple de manera total con el 20% de requisitos, y el 80% de estos necesita llevar planes de acción para tener la certificación.

Asimismo, Coba (2017), titulada: “Diseño de una propuesta de un sistema de gestión de calidad ISO 9001:2015 en las áreas de química clínica y hematología en el laboratorio clínico del Hospital Pablo Arturo Suárez”, cuyo objetivo fue implementar la norma en el laboratorio clínico brindar un mejor servicio, aumentar la calidad en los servicios del laboratorio clínico del Ecuador. Obtuvo como resultados en el Check List basado en la norma un cumplimiento del 40%, donde se diseñó la propuesta del SGC: elaborando un manual de calidad, de procedimientos, procesos y registros correspondientes para establecer un plan de mejora, esperando que la clínica cumpla un 80% de los requerimientos.

En la investigación nacional de Ancasi y Romero (2018) titulada: “Implementación de un Sistema de Gestión ISO 9001-2015 y mejora de la calidad de servicio en las Boticas de Lima Sur en el periodo 2018”, cuyo objetivo fue implementar de la norma ISO 90001: 2015 incrementando el servicio de calidad en las boticas. Obtuvo como resultado que el 56.67% indica que la norma ISO ha dado una figura regular en la gestión de la calidad, seguido del 36.67% quienes indican que es eficaz y por último un 6.67% indica que es ineficaz.

También se elaboró una investigación de La Rosa (2017) denominada: “Propuesta de actualización del Sistema de Gestión de la Calidad basada en los requisitos de la Norma ISO 9001:2015 para la Empresa FAGOMA S.A.C - Arequipa”, cuyo objetivo fue desarrollar el funcionamiento y adecuación del SGC para aumentar el rendimiento y las competencias de la corporación. Se obtuvo un 48% resultante que la corporación cumple,

dentro de ellos, un 10% en el contexto de la organización, 23% en exigencias y expectativas de las partes interesadas y procesos un 37% de mejora.

En la presente investigación realizada por Cruchaga (2016) denominada “Implementación de un Sistema de Gestión de Calidad para mejorar la satisfacción de los clientes de la Empresa P&M Support – Trujillo, 2016” tuvo como objetivo aplicar un SGC para acrecentar las exigencias del usuario en la organización en mención. Así mismo, se empleó el Check List de verificación, el cual dio un resultado un 67.4% de incumplimiento de la norma. En efecto, se empezó a cumplir los requisitos llegando a mejorar así a un 84.88% de satisfacción total.

En la investigación realizada por Lozano (2015), titulada “Propuesta de Implementación de un Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001:2008 desde un esquema incompleto ISO 9001:2000 para mejorar el nivel de satisfacción del cliente en el área comercial de la Empresa Sedalib S.A - Trujillo” tuvo como finalidad precisar de que manera contribuye la propuesta en el aumento de la satisfacción del usuario. Así mismo, se ejecutó una prueba de diagnóstico se obtuvo un nivel medio de satisfacción con un 62.7% por parte del usuario. Después se implementó el SGC, con lo que se obtendría un 83.25% en nivel de satisfacción.

Asimismo, se debe determinar en primer lugar la definición de la norma ISO-9000; de modo que es un conjunto de estándares que explican estructuras, no obstante modelos, especificaciones y guías enlazadas con los SGC, según Poblete et. al (2011, p. 2).

La familia de norma ISO 9000 se pueden aplicar a toda organización, es decir, independiente a la capacidad, tipo y producto previsto (Hoyle,2001, p.97).

La primera serie 9000 de normas ISO surgió en 1997, según Choi, Martínez-Costa, Martínez y Martínez-Lorente (2009, p.2), es por ello que muchos autores afirman que les pudo ofrecer el primer paso para la implementación de una calidad razonable.

También tomamos en cuenta la definición brindada por Hung-Chung, Dhanorkar, Linderman (2015, p. 8), donde exponen que la norma establece los requisitos para aplicarla, colaborando para el aseguramiento de que los clientes reciban productos de calidad, consistentes y servicios.

La Norma ISO 9001 (2015, p. 19) establece condiciones necesarias para un SGC eficiente, puesto que se utiliza en la aplicación interna de la organización, más aún, en el certificado y los convenios. Se reúne la eficacia del SGC satisfaciendo las necesidades de los usuarios.

El fin que busca principalmente la norma es implantar un modelo de gestión y organización que ayude a las organizaciones a poder gestionar todos aquellos temas que las envuelven, manteniendo siempre en cuenta al usuario o cliente y sus requisitos, es lo que nos dicen Salvador et. al (2014, p. 371).

Para Tiberiu et. al. (2015, p. 2) las empresas que adoptan esquemas de trámite de calidad, tales como la norma ISO 9001, mejoran su rendimiento debido al hecho de que van continuamente supervisando y gestionando la calidad en todas las operaciones que tengan.

La ISO 9001:2015, está basada en siete bases filosóficas que fueron descritos por la ISO/TC 176 y que también están detallados en la norma misma. Los cuales son:

Enfoque al cliente: Se alcanza el triunfo de una entidad al complacer las exigencias del usuario directo, además, el indirecto superando las perspectivas impuestas. El interactuar con el usuario permite a la entidad crear un valor deseado.

Liderazgo: Tener una unidad de deseo y una dirección de la entidad permite formar el liderazgo según niveles, así pues, se consiguen los objetivos.

Compromiso de las personas: La entidad debería tener personas competitivas, por esta razón se les brinda todas las herramientas requeridas obteniendo el compromiso y la motivación, logrando los objetivos establecidos.

Enfoque a procesos: Dirigir todos los procedimientos, garantizando la interacción, disponibilidad de ellos y los recursos, conduciendo a un método coherente logrando los resultados de manera rápida y eficiente posible.

Mejora: Es la fase más utilizada, es decir, los niveles de función actual se mantienen, se realiza las modificaciones tanto en el contexto interno y externo, reconociendo las oportunidades.

Toma de decisiones: El motivo y confianza de este principio se conserva teniendo la información segura y precisa de la norma.

Gestión de las relaciones: Esta direccionado a los requerimientos y perspectivas del usuario y del proveedor, así mismo de las partes interesadas; en otras palabras, que se guían las relaciones en el entorno interior y exterior de la entidad. Definido por Álzate (2017, p.9).

Por otro lado, también tenemos los pasos a seguir para aplicar de manera correcta la norma ISO 9001:2015, y básicamente se tienen que continuar seis pasos:

Información: Para comenzar, es esencial conocer la ISO 9000 e ISO 9001 para establecerla en la organización.

Planificación: Todo propósito se inicia con un buen objetivo, comparando el SGC, y a la vez, los requisitos de la norma ISO 9001, haciendo un bosquejo del plan e implementación.

Desarrollo: La norma ISO 9001 necesita que se documente su SGC, mientras tanto, lo primordial es elaborar un manual de calidad, agregando a ello, los procedimientos requeridos para su norma.

Capacitación: Para trabajar deben estar capacitados y aptos los trabajadores y efectuar con la norma ISO 9001; depende los requisitos del método impuesto.

Auditorías Internas: En ella, es perdurable mostrar que el método es esencial, mediante las auditorías internas se confronta el SGC con los requerimientos de la norma ISO 9001, teniendo que organizar y preparar un grupo auditor interno. Auditoría de registro: Se realizará auditoría externa con el auditor contratado. Estará concluido una vez realizado el registro, si quiere solicitar el certificado del SGC, lo tendrá que ejecutar en una entidad certificadora, Rodríguez (2017, p. 20).

Según Béatrix, Antoni-Lluís y Antonia (2016, p. 3) para que las empresas sean certificadas en función a sus objetivos estratégicos tienen que integrar los estándares a las de la norma ISO 9001 para reducir costos y complejidad, así como ser más eficientes y eficaces.

Según Del Castillo, Mercado, Prado y del Castillo (2018, pp. 33-41) en los aspectos a nivel de organización en los que la norma ayuda a mejorar, es que se lleva a cabo un control de la gestión de la producción, establecer normas y responsabilidades, incremento de la innovación para evitar las no conformidades.

De esta forma, según la Universidad El Bosque (2017, p. 6) para lograr el alcance de objetivos basándonos en la norma se desarrolla un plan de mejora, el cual es una herramienta que reúne, relaciona las oportunidades de fortalecimiento y progreso de las acciones que son prioridad para un mejor resultado y el alcance de los objetivos.

Cuando el incremento de la madurez de la gestión nos muestra una tendencia clara, según Ingason (2015, p.193), es porque las organizaciones están aplicando enfoques por procesos en sus operaciones, lo que nos quiere decir que están utilizando el SGC de la palabra.

Asimismo, se debe determinar de manera general la definición de calidad, el cual a lo largo de los años ha tenido distintas definiciones de lo que realmente es la calidad.

Según Evans y Lindsay (2015, p.6), la calidad es una definición confusa, porque las personas la pueden ver de manera parcial por los distintos métodos basados en su función individual. Por otro lado (Arias, 2013, p.6), quien cita a Garvin (1988) en “Calidad de los Servicios y Satisfacción del Usuario”, define calidad, a aquello que el usuario anhela y adapta al empleo que busca dar con el producto o servicio.

Además, Panagiotis (2016, p.3), tomando como referencia al autor Raftopoulos (2005) es primordial la calidad en los centros médicos de atención, siendo aceptada últimamente, sin embargo, ha progresado recientemente a través del incremento de planes de calidad, la mejora de esta, además, del dietario médico.

No obstante, Caqueo, Gutiérrez, Miranda (2009, p.8), en la Revista *Health Qual Life Outcomes*, nos define que la calidad de vida es muy notable en el momento de mostrar una calidad total en el servicio al individuo y a la familia del usuario, destacando el panorama del usuario y la familia con relación al trato que se le concede en el hospital.

En lo que compete a servicio, según Bon (2008) en la revista “Importancia de la Calidad del Servicio al Cliente”, detalla servicio como aquel medio para proporcionar un valor a los usuarios, permitiendo que los resultados de los usuarios puedan conseguirse sin contraer algún costo u riesgos, define López (2013, p.6).

A su vez, Delgado de Smith (2008: 41a) en la revista “El capital humano en la atención al cliente y la calidad de servicio” señala que las empresas cultivan cómo obtener una calidad en los procesos, estimulando habilidades para lograr sus metas, así el concepto de calidad tiene un propósito nuevo que incluye también el desarrollo de mejoramiento continuo, agregando a ello, un direccionamiento hacia el agrado del usuario, Najul (2011, p.27).

Por otro parte, Ramseook y Lukea (2015, p.38), la calidad de servicio, es la capacidad de que tiene la empresa para lograr o superar las expectativas del usuario. Por otro lado, Bhatt y Bhanawat (2016, pp. 27–35) sostienen que la calidad del servicio ha llamado la atención de los indagadores en los últimos años, ubicándose como un elemento clave en el pensamiento de los clientes sobre el servicio, orientado en términos sobre la calidad y de qué manera estas se satisfacen sus experiencias en las organizaciones.

En cuanto a Collins (2017, p.4) quien cita a Kandampully (2007), argumenta que la calidad de servicio es una pieza esencial que toda empresa debe poseer, porque es un determinante de lucha frente las otras empresas. Es por ello, que Ramezani, Feiz, Baharun

(2015, p.270), en la revista “Mediciones de calidad de servicio: Una revisión”, la define como un mecanismo primordial de estimación donde las empresas interpretan las necesidades y anhelos de los usuarios considerando la experiencia y la satisfacción de los servicios ofrecidos.

De la misma forma definiremos la escala de Likert, que según Ankur et. al (2015, p. 1) Se diseñó la escala Likert para medir una "actitud" de una manera científicamente aceptada y validada en 1932.

Por lo tanto, se define la pregunta de la investigación: ¿Cuál es la influencia de la Norma ISO 9001:2015 en la calidad de servicio en el área de Nutrición del Hospital de Alta Complejidad Virgen De La Puerta – EsSalud, 2019?

La hipótesis encontrada dentro de la investigación es: La Norma ISO 9001: 2015 mejora la calidad de servicio en el área de Nutrición del Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta – EsSalud.

La presente investigación se justifica teóricamente, según Lizarzaburu (2016, p. 38), debido a que permitirá aportar al conocimiento existente sobre la eficacia de la Norma ISO 9001:2015, o sea, detalla aquellos requerimientos del sistema de gestión de la calidad, en vista de que, pueden aplicarse a cualquier entidad para demostrar que es capaz de abastecer productos cumpliendo las exigencias del cliente, mejor dicho, los reglamentos aplicables. En otros aspectos también viene a ser práctica, porque existe la necesidad de esquematizar un sistema de gestión eficaz, dado que se cumple los requerimientos, especificaciones o necesidades del usuario. Gonzales y Arciniegas (2016, p. 22).

Se justifica metodológicamente, puesto que los investigadores Ornelas et. al (2016, pp. 19 -25) hallaron una fuerte motivación para alcanzar la calidad del servicio, porque ayuda a disponer un sistema de gestión que conduce a beneficios que no pueden ser percibidos, como las mejoras en la descripción de las labores y deberes, mejorando la comunicación entre los empleados, y el aumento de la eficiencia.

Como objetivo general tenemos: Aplicar los principios de la Norma ISO 9001: 2015 para mejorar la calidad de servicio en el área de Nutrición del Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta – EsSalud.

Y como objetivos específicos tenemos: Realizar un pre test de diagnóstico, para tener conocimiento sobre el estado actual del servicio brindado en el área de nutrición.

Asimismo, aplicar los principios de la norma ISO 9001: 2015 en el área de nutrición. Y, por último, realizar un post test de evaluación, para observar las mejoras alcanzadas en el área de nutrición.

.

II. MÉTODO

2.1. Tipo y diseño de investigación

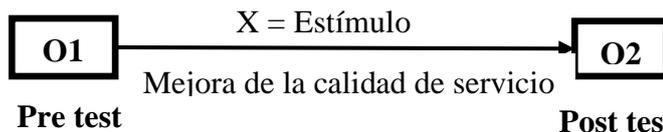
Se usó el método pre experimental, pues manipularemos las variables de estudio para inferir sobre ellas.

Es un estudio aplicado, pues según (Sanca, 2011, p. 622) se aplicarán los conocimientos que posee el investigador y se pondrá en práctica. En este caso se cumplirá los requisitos de la norma ISO 9001:2015, para incrementar el nivel de la calidad de servicio en el área de Nutrición del Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta.

Al mismo tiempo, es experimental, pues (Sanca, 2011, p. 622, 623) menciona que se manipula intencionalmente la variable de la calidad en su estado natural, es decir en el hospital, para luego evaluar los efectos que tiene la norma ISO 9001: 2015 en la calidad de servicio que brindan en el hospital.

El diseño de la investigación es experimental longitudinal, para (Sanca, 2011, p. 622). El estudio longitudinal es un tipo de diseño de investigación en el cual se tienen que estudiar y evaluar a la misma población, comparar los resultados obtenidos en distintos periodo o tiempos, con la finalidad de poder analizar y observar los cambios.

Representación:



Muestra: 71 profesionales

de la salud.

Grupo: Personal médico, profesional y

asistencial.

X: Mejora de la calidad del servicio.

O1: Calidad del servicio antes de aplicar la norma ISO 9001

O2: Calidad del servicio después de aplicar la norma ISO 9001

2.2. Operacionalización de Variables

Variable Independiente (Norma ISO 9001: 2015), establece condiciones necesarias para un SGC eficiente, puesto que se utiliza en la aplicación interna de la organización, más aún, en el certificado y los convenios. (ISO 9001, 2015, p. 19).

Variable Dependiente (Calidad de Servicio), es un mecanismo primordial de estimación donde las empresas interpreten las necesidades y anhelos de los usuarios considerando la experiencia y la satisfacción estos con los servicios ofrecidos (Ramezani, Feiz, Baharun. 2015, p.270)

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA
VARIABLE INDEPENDIENTE NORMA ISO 9001: 2015	La norma ISO 9001: 2015 establece condiciones necesarias para un SGC eficiente, puesto que se utiliza en la aplicación interna de la organización, más aún, en el certificado y los convenios. (ISO 9001, 2015, p. 19).	Se utilizó los principios de ISO 9001:2015, para suministrar productos que cumplan con las exigencias del usuario, teniendo en cuenta la satisfacción de todos los involucrados dentro de la misma.	Índice por Contexto de Organización: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de objetivos logrados}}{\text{N}^\circ \text{ de objetivos Planteados}}$	Razón
			Índice de Liderazgo: $\frac{\text{N}^\circ \text{ actividades preventivo promocionales ejecutadas}}{\text{N}^\circ \text{ actividades preventivo promocionales programadas}}$	Razón
			Índice de Planificación: $\frac{\text{N}^\circ \text{ raciones atendidas}}{\text{N}^\circ \text{ raciones requeridas}}$	Razón
			Índice de Apoyo: $\frac{\text{N}^\circ \text{ personal interno de nutrición}}{\text{N}^\circ \text{ personal nutricionista}}$	Razón
			Índice de Operación: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de inasistencias del personal}}{\text{N}^\circ \text{ de turnos totales del personal}}$	Razón
			Índice de Evaluación de Desempeño: $\frac{\text{N}^\circ \text{ personal con ración alimentaria}}{\text{N}^\circ \text{ Total de personal}}$	Razón
			Índice por Mejora: $\text{N}^\circ \text{ de acciones de mejora implementadas en el periodo}$	Razón

<p>VARIABLE DEPENDIENTE CALIDAD DE SERVICIO</p>	<p>Para Ramezani, Feiz, Baharun la calidad del servicio es un mecanismo primordial de estimación donde las empresas interpreten las necesidades y anhelos de los usuarios considerando la experiencia y la satisfacción estos con los servicios ofrecidos (2015, p.270)</p>	<p>La escala de Likert nos permitirá conocer si el encuestado se encuentra de acuerdo o en desacuerdo con respecto a una afirmación, ítem o reactivo; para luego definir una propuesta para alcanzar un mejoramiento en la calidad de servicio.</p>	<p>1= Muy Insatisfecho 2=Insatisfecho 3= Neutro 4= Muy Satisfecho 5= Satisfecho</p>	<p>Ordinal</p>
--	---	---	---	----------------

Fuente: Elaboración propia.

2.3. Población, muestra y muestreo

Población: Para Zumarán et. al. (2017, p. 178) la población es el conjunto de elementos o personas que comparten una característica. De acuerdo a los datos proporcionados por el sistema del Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta, éste presenta un total de 300 profesionales de la salud.

Muestra: Para Zumarán et. al. (2017, p. 178) la muestra es el conjunto de elementos o unidades extraídos de una población. Nuestra muestra se constituye por 71 profesionales de la salud, utilizando método probabilístico para el cálculo de ésta.

Muestreo: De acuerdo a los datos y al tipo de población, se eligió el muestreo probabilístico: aleatorio simple, que según Zumarán et. al. (2017, p. 180) es aquella en la que cada individuo que forma parte de la población posee la misma verosimilitud de pertenecer a la muestra.

Cálculo de la muestra:

$N = 300$ profesionales de la salud

Muestra:

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 300 \times 0.6 \times 0.4}{(0.1)^2 \times (300 - 1) + (1.96)^2 \times 0.6 \times 0.4}$$

$$n = 70.70$$

$$n = 71$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra

α = Coeficiente de nivel de confianza

N = Tamaño de la población

p = Probabilidad a favor

q = Probabilidad en contra

e = Error de estimación

Muestra: Al final, la fórmula nos dio un valor de: $n = 71$ profesionales de la salud.

Unidad de análisis: Un profesional de la salud del Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta en el año, 2019.

Criterios de inclusión: Se han incluido en esta investigación al personal profesional de la salud, pues son ellos los que también perciben atención por parte del área de Nutrición del Hospital.

Criterios de exclusión: De acuerdo a la clasificación del personal profesional de la salud, se excluyó al personal profesional que pertenece al Ministerio de Salud (MINSA) del Hospital, debido a que ellos no perciben la atención por parte del área en mención. También, cabe recalcar, se excluyó a los pacientes hospitalizados debido a que estos varían constantemente.

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

ETAPAS	TÉCNICA	INTRUMENTO
Realizar un pre test de diagnóstico de la calidad de servicio en el área de nutrición	Entrevista	Guía de Entrevista (Check List ISO 9001 : 2015)
	Encuesta	Cuestionario de Encuesta
Aplicación de los principios de la Norma ISO 9001 : 2015	Revisión Documental	Ficha Bibliográfica
Realizar un post test de diagnóstico de la calidad de servicio en el área de nutrición	Entrevista	Guía de Entrevista (Check List ISO 9001 : 2015)
	Encuesta	Cuestionario de Encuesta

Fuente: Elaboración Propia

Estos instrumentos pasaron por el Alfa de Cronbach para su confiabilidad. Según Bojórquez, López, Hernández, Jiménez (2013, p. 4) quienes citan a Celina y Campo (2005) el mínimo valor aceptable en el Alfa de Cronbach es 0.7, pero si el valor está por debajo del número significará que tiene una consistencia interna a utilizar baja. De esta manera, el resultado que tenemos al aplicar el alfa de Cronbach es 0,8653767, en otras palabras, el instrumento tiene relación con las preguntas.

2.5. Procedimiento

Cumpliendo con los objetivos propuestos realizamos estos procedimientos:

Para evaluar la situación inicial en el centro de salud, realizamos el pre test de diagnóstico en el área de nutrición utilizando la técnica de entrevista para interactuar más con el personal a cargo, para ello emplearemos el instrumento la Guía de Entrevista (Check List ISO 9001: 2015) (Ver anexo C1), además usamos la encuesta como técnica, asimismo, un Cuestionario de Encuesta (Ver anexo C2) para obtener como resultado esperado el estado actual que se ofrece en el área de nutrición.

Así mismo, para aplicar los principios de la Norma ISO 9001: 2015 se sugirió utilizar una revisión documental y como parte de esta técnica se empleó una ficha bibliográfica para evaluar a la encargada del hospital en el área de nutrición para documentar los procedimientos que requiere la norma.

Por último, realizamos el post test de diagnóstico en el área de nutrición utilizando la técnica de entrevista, para ello emplearemos el instrumento de Guía de Entrevista (Check List ISO 9001: 2015) (Ver anexo C7), de esta forma, usaremos la encuesta como técnica, es decir, como un Cuestionario de un instrumento (Ver anexo C8) para obtener como resultado esperado el estado actual del servicio ofrecido por el área en mención.

2.6. Método de análisis de datos

A nivel descriptivo, se tabulará las cifras en tablas de gráficos, según las condiciones de los resultados; para analizar los porcentajes obtenidos.

A nivel inferencial, para evidenciar la hipótesis y los resultados alcanzados del propósito a investigar se realizará un análisis para probar la Prueba de Normalidad en donde se emplea Kolmogorov Smirnov, ya que la muestra es mayor a 0.05. Para determinar que los datos son normales, se procederá a aplicar T-Student, donde, el nivel de significancia que se llegue a obtener nos apoyará a dictaminar si rechazamos la hipótesis nula o no.

2.7. Aspectos éticos

El siguiente proyecto lo desarrollamos minuciosamente, tomando en cuenta la veracidad de la información obtenida por el Hospital Alta Complejidad Virgen de la Puerta, asimismo respetamos los derechos del autor de los libros, revistas, tesis, artículos entre otros, los cuales son debidamente referenciados.

III. RESULTADOS

Objetivo N° 01: Para el evaluar la situación existente en el que se encontraba el área con respecto al nivel interno de calidad que se brinda al personal médico, profesional y técnico de la entidad de salud, se realizó un Check List basado en la norma y en los requisitos que esta solicita, y aquellos que el área cumple; así también se realizó una encuesta, donde se le aplicó al personal antes mencionado un cuestionario, mediante el cual se recolectaron los datos sobre la puntuación con respecto a calidad que tuvo el servicio. Estos instrumentos pasaron por el Alfa de Cronbach para su confiabilidad (Ver Anexo C3) y por expertos para su validación (Ver Anexo C4).

3.1. **Tabla Resumen N° 01:** Tabla resumen de los resultados de la aplicación del Diagnóstico de la Norma ISO 9001: 2015.

RESULTADOS DE LA GESTIÓN EN CALIDAD		
NUMERAL DE LA NORMA	% OBTENIDO DE IMPLEMENTACIÓN	ACCIONES POR REALIZAR
4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	66%	MEJORAR
5. LIDERAZGO	50%	MEJORAR
6. PLANIFICACIÓN	38%	IMPLEMENTAR
7. APOYO	38%	IMPLEMENTAR
8. OPERACIÓN	58%	MEJORAR
9. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO	42%	IMPLEMENTAR
10. MEJORA	47%	IMPLEMENTAR
TOTAL RESULTADO IMPLEMENTACIÓN	49%	
Calificación global en la Gestión de Calidad		BAJO

Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

Según el Check List, y los resultados que se obtuvieron de su diagnóstico interno, el área tiene un cumplimiento de 49% de los requisitos que la norma, lo que califica como un nivel de calidad bajo, teniendo que mejorar en los puntos del conocimiento con respecto a la organización, el liderazgo y lo que respecta al producto, ya sean entradas, producción y salidas de los mismos.

Tabla Resumen N°02: Tabla resumen de los resultados de la encuesta Aplicada al Personal de Salud sobre la Calidad de Servicio.

ENFOQUE AL CLIENTE	77.4%
LIDERAZGO	53.5%
PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL	57.7%
ENFOQUE BASADO EN PROCESOS	42.1%
MEJORA CONTINUA	53.2%
TOMA DE DECISIONES	43.2%
GESTIÓN DE LAS RELACIONES	44.4%

Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

Se obtuvo la calificación más baja con 42.1%, en lo que respecta al enfoque de procesos, esto se debe a que el servicio en algunas ocasiones no cuenta con todos los recursos para llevar a cabo los procesos en el área, generado por una falta de compromiso por parte del personal, quienes al no sentirse comprometidos no buscan la comprensión de los procesos y la rápida solución de los problemas ante la falta de recursos.

Objetivo N° 02: Aplicar los principios que presenta la norma ISO 9001: 2015 al área en mención de la entidad de salud, para mejorar el nivel de calidad del servicio, que se brinda al personal médico, profesional y asistencial, que se obtuvo en la fase de diagnóstico; para esto según los resultados se decidió realizar un plan de mejora, el cual está basado en cada punto que presenta cada requerimiento (Ver Anexo C5). De la misma forma, según los resultados que se presentaron con respecto al cuestionario, se decidió implementar un manual de operaciones para el enfoque dirigido a procesos (Ver Anexo C6).

3.2.Objetivo N° 03: Para realizar el post test de evaluación, y observar las mejoras alcanzadas en el área de nutrición, se aplicó el Check List de diagnóstico basado en la norma para verificar las mejoras alcanzadas con la aplicación de la norma. Así, también se aplicó la encuesta como post test al personal médico, profesional y asistencial.

Tabla resumen N° 03: Tabla resumen de los resultados del Check List después de la aplicación de la Norma ISO 9001: 2015

RESULTADOS DE LA GESTIÓN EN CALIDAD		
NUMERAL DE LA NORMA	% OBTENIDO DE IMPLEMENTACIÓN	ACCIONES POR REALIZAR
4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	95%	MANTENER
5. LIDERAZGO	100%	MANTENER
6. PLANIFICACIÓN	38%	IMPLEMENTAR
7. APOYO	38%	IMPLEMENTAR
8. OPERACIÓN	86%	MANTENER
9. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO	42%	IMPLEMENTAR
10. MEJORA	47%	IMPLEMENTAR
TOTAL RESULTADO IMPLEMENTACIÓN	64%	
Calificación global en la Gestión de Calidad	MEDIO	

Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

En vista de los resultados, se pudieron obtener a través del análisis de diagnóstico interno después de la aplicación de la norma, basándonos en los principios; el cumplimiento del área con respecto a los requisitos es de un 64%, el cual en comparación con los resultados del análisis inicial se puede observar que se pudo mejorar el nivel de cumplimiento en un 15%.

Tabla Resumen N° 04: Tabla resumen de los resultados del post test - encuesta aplicada al Personal de Salud sobre la Calidad de Servicio.

ENFOQUE AL CLIENTE	86.8%
LIDERAZGO	65.6%
PARTICIPACION DEL PERSONAL	64.2%
ENFOQUE BASADO EN PROCESOS	65.8%
MEJORA CONTINUA	61.3%
TOMA DE DECISIONES	45.2%
GESTIÓN DE LAS RELACIONES	46.0%
PROMEDIO	62.2%

Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

En este caso, aplicando el diagnóstico después de haber aplicado los principios de la norma la calificación más baja con 45.2% es en lo que respecta a toma de decisiones. A través de la encuesta se puede observar que se tuvieron resultados buenos para la mejora de la calidad, ya que se puede apreciar claramente un incremento en cada uno de los principios en los que se basó para la aplicación de la investigación.

Prueba de Normalidad:

H01= Los datos tienen una distribución normal

H1= Los datos no tienen una distribución normal

Criterios para diagnosticar la normalidad

Si, cuando significativamente (n) cumple:

$$n \geq 0.05 = \text{Aceptar } H01$$

$$n < 0.05 = \text{Aceptar } H1$$

Tabla Resumen N° 05: Prueba de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	Gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
PRE TEST	,094	71	,193	,965	71	,043
POST TEST	,078	71	,200*	,968	71	,064

a. Corrección de significación de Lilliefors

Fuente: IBM SPSS Statistics 25

El análisis que se realizó para la prueba con respecto a la normalidad de la hipótesis, es Kolmogorov - Smirnov, porque el valor n es mayor a 0.05, teniendo un valor de 0.193 en el pre test y un valor de 0,200 en el post test.

Como los datos que se obtuvieron son normales, se procedió a realizar la Prueba T de Student, en donde ingresamos al programa IBM SPSS Statistics 25 la encuesta de calidad de servicio antes y después de la aplicación de la Norma ISO 9001:2015 en el Hospital Alta Complejidad Virgen de la Puerta, Essalud,2019. Por lo tanto, definimos la hipótesis y determinamos lo siguiente:

H02: La Norma ISO 9001: 2015 no mejora la calidad de servicio en el área de Nutrición del Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta – EsSalud, 2019.

H2: La Norma ISO 9001: 2015 mejora la calidad de servicio en el área de Nutrición del Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta – EsSalud, 2019.

Criterios para definir hipótesis:

$n < 0.05 =$ Aceptar H2

$n \geq 0.05 =$ Aceptar H02

Tabla Resumen N° 06: Prueba de muestras emparejadas

	Diferencias emparejadas					t	gl	Sig. (bilatera l)
	Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio	95% de intervalo de confianza de la diferencia				
				Inferio r	Superi or			
PRE TEST - POST TEST	- 12,718	10,036	1,191	- 15,094	- 10,343	- 10,678	7 0	,000

Fuente: IBM SPSS Statistics 25

Según la prueba que se menciona anteriormente, la diferencia media de la calidad que brinda el área de nutrición, en el antes y el después de aplicar los principios de la norma ISO 9001: 2015, nos presenta el nivel de significancia con un 0.00, el cual viene a ser menor que 0.05, por lo tanto se procedió a rechazar la H02 y luego se aceptó la H2, lo cual se interpreta que, mediante la aplicación de la Norma ISO 9001: 2015 se mejora la calidad del servicio en el área de Nutrición del Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta – EsSalud, 2019.

IV. DISCUSIÓN

De acuerdo con el desarrollo de los objetivos, evaluamos la situación inicial de la empresa de acuerdo a los datos recogidos de la aplicación del Check List el cual está basado en lo que la norma requiere, en los cuales según la Norma ISO 9001 (2015, p. 19) donde se detalla lo necesario para lograr el desarrollo del sistema adecuado de gestión, estos pueden ser utilizados para una aplicación de forma interna en las organizaciones ya sea para obtener un certificado o con fines contractuales; así como Hung-Chung, Dhanorkar y Linderman (2015, p. 8) quienes comentan que la norma expone todos los requisitos para aplicarla, colaborando para el aseguramiento que reciben los usuarios en los productos, siendo de calidad y a la misma vez tengan consistencia. En el área en mención se obtuvo como resultado un índice bajo de 49% en el promedio global de la gestión de la calidad. Además, se procedió a describir y analizar todos los datos que se recogieron mediante el cuestionario sobre la calidad de servicio de acuerdo a los principios en los que se basa la norma ISO 9001:2015, donde podemos observar un porcentaje bajo de 42.1% en el enfoque por procesos, que según Álzate (2017, p. 9) se refiere al manejo de toda aquella acción que tenga que ver con procesos, se pueda asegurar la relación entre los mismos y que se tenga las existencias necesarias para que se realice. Así, se puede contrastar con el planteamiento de la tesis de Parra, De la Ossa, Ruiz (2019) quienes aplicaron de la misma forma la herramienta del Check List para el análisis del inicial se observó un 44.84% como resultado ante el cumplimiento de lo que de la norma ISO 9001:2015 requiere, indicando que tenía un rango bajo en el servicio de alimentación y que necesita un 80% de planes de acciones para obtener una certificación; y de acuerdo con Béatrix, Antoni-Luís y Antonia (2016, p. 3) si las empresas quieren obtener esto, es necesario que constituyan sus estándares de acuerdo a la norma. También se puede contrastar con el aporte de La Rosa (2017), quien investigó que la empresa FAGOMA S.A.C, buscaba incrementar el rendimiento y la competencia que posee la empresa actual bajo la adecuación de los requisitos que nos muestra la norma ISO 9001:2015, lo que llevo a desarrollar esta tesis para alcanzar una revisión efectiva de cada uno de estos para los nuevos cambios del SGC. Al analizar estos datos el investigador

concluye, que al cumplir lo que la norma ISO 9001:2015 requiere tiene como índice un nivel bajo de calificación global de 48%, teniendo gran deficiencia en el contexto de la organización con un 32% y en la operación de procesos un 10%.

Posteriormente en el segundo objetivo se procedió aplicar la norma ISO 9001:2015 para mejorar el nivel de calidad que ofrece el área de nutrición; donde tomamos en cuenta a Panagiotis (2016, p. 3) quien afirma que es de suma importancia la calidad en las entidades de salud; para lo cual se realizó un plan de mejora; que según la Universidad El Bosque (2017, p. 6) es un instrumento que reúne y relaciona las oportunidades que se puedan dar para el fortalecimiento y la mejora de las acciones que son prioridad para un mejor resultado; donde se establecieron objetivos y actividades que se pueden realizar para alcanzar el cumplimiento de los mismos; esperando que el cumplimiento de los requisitos logre incrementar hasta un 60%. Esto se sincroniza con el planteamiento de la tesis de Lozano (2015), en la que el investigador propuso la aplicación de la norma para lograr un incremento, satisfaciendo al cliente aplicando la herramienta de Check List para el análisis del que se obtuvo un 62.7% antes y después de la ejecución de la implementación del SGC, se esperó un incremento de 83.25% en la satisfacción del cliente. Así también, se puede comparar con la propuesta realizada por Coba (2017) quienes de la misma forma realizaron un diagnóstico mediante una lista de verificación, donde el área evaluada solamente cumplía con el 40%, por ello se procedió a identificar las necesidades, para después formular una mejora en el SGC, en donde establece un plan de mejora, evaluando los procesos con indicadores y con la documentación del sistema propuesto se espera que el porcentaje del cumplimiento aumente hasta alcanzar un 80%.

Finalmente, en el tercer objetivo evaluamos la situación final de la empresa en base a los datos recogidos en la realización del Check List de la Norma ISO 9001:2015, que se le aplicó después a la licenciada a cargo del área de nutrición, obteniendo como resultado un índice medio de 64% en el promedio global de la gestión de la calidad, mejorando de esa manera el servicio brindado a los profesionales de la salud. También se detalla y se analizan los datos que fueron recogidos a través de la encuesta, que se encuentra basada en

los principios que nos presenta la norma, para calificar el nivel de servicio que se ofrece, donde podemos observar el aumento de 65.8% en el enfoque por procesos. Y esto, según Ingason (2015, p.193), cuando el incremento de la madurez de la gestión nos muestra una tendencia clara, según es porque las organizaciones están aplicando enfoques por procesos en sus operaciones, lo que nos quiere decir que están utilizando el SGC en toda la palabra. Coincidiendo con lo citado por la Norma ISO, ya que fue utilizada en la aplicación interna de la organización, para incrementar la calidad que se brinda de servicio, se sincroniza con lo obtenido en la tesis de Cruchaga (2016), donde se puede observar que al aplicar la herramienta del Check List, se observó un 84.88% de lo que se cumple con respecto a lo que requiere la norma ISO 9001:2015 como resultado, indicando que tenía un rango alto en el servicio y cumplía con la mayoría de lineamientos que tiene la norma antes mencionada. Para Tiberiu et. al. (2015, p. 2) las empresas que adoptan estos esquemas para el manejo de la calidad, como la norma ISO 9001, mejoran su rendimiento debido al hecho de que van continuamente supervisando y gestionando la calidad en todas las operaciones que tengan. Por ejemplo, en la investigación de Ancasi y Romero (2018), quienes llegaron a concluir que la norma tiene un índice regular en la gestión de calidad de 56.67%, teniendo una mejora de 36.67% de eficacia y 6.67% de ineficacia. Y de acuerdo con que lo que nos dice Salvador et.al. (2014, p. 371) lo que busca la norma es que se establezca un modelo para poder gestionar todo lo que concierne a calidad, ayudando de esta manera a la empresa, siempre colocando en primer lugar al cliente y todo lo que necesita o requiere.

V. CONCLUSIONES

1. Diagnosticamos la situación actual de la calidad de servicio en el área de Nutrición del Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta - EsSalud, 2019, identificando que el servicio brindado muestra deficiencias con todo lo que refiere a dirección en la calidad, lo que se ve reflejado en el porcentaje alcanzado con respecto a los requisitos de la norma ISO 9001: 2015 donde se le puntuó una calificación baja de la calidad con un 49%, teniendo como puntos para la aplicación de la norma, teniendo en cuenta los principios en los que se basa: el contexto que concierne a toda la organización, el liderazgo y operación; por otro lado, en la encuesta de diagnóstico aplicada al personal médico interno, profesional y asistencial se obtuvo una baja calificación en el enfoque por procesos con un 42.1%.
2. Realizamos la aplicación de la norma ISO 9001: 2015 de acuerdo a los principios en los que se basa esta norma, teniendo como punto de aplicación aquellos ítems que obtuvieron una calificación baja en el análisis de diagnóstico, los cuales se mencionan anteriormente. Para ello, se realizó un plan de mejora, llevando a detalle cada punto perteneciente a contexto de organización, liderazgo y operación, llevando a cabo acciones para contribuir al incremento del cumplimiento de los ítems con respecto a los requisitos expuestos en la norma. De la misma forma, en el enfoque por procesos se determinó la realización de un manual de operaciones, el cual también se definió como una acción que se realiza para la contribución incremento en la calidad de servicio.
3. Determinamos la situación post aplicación de la norma ISO 9001: 2015 en el área de Nutrición del Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta, en la cual se puede observar claramente las mejoras en la calidad de servicio, ya que en el porcentaje alcanzado con respecto a los requisitos presentados por la norma incrementó en un 15%, por otro lado, en el principio de enfoque por procesos incrementó en un 23.7%.

VI. RECOMENDACIONES

- Se recomienda al área de Nutrición del Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta realizar seguimiento al cumplimiento de requisitos de la norma, así mismo al manual de operaciones, para de esta forma continuar ofreciendo un servicio de calidad y obtener mejores resultados en un futuro.
- Se recomienda a la Jefa Coordinadora del área de Nutrición continuar con la aplicación del plan de mejora anualmente, ya que contribuye al alcance de las metas propuestas mediante objetivos y acciones para la mejora de la calidad.
- Se sugiere a los futuros investigadores que continúen por la misma línea de investigación y/o rubro de la empresa, se recomienda continuar con la aplicación de la norma ISO 9001 : 2015 planteada en la próxima investigación.
- Se recomienda a los futuros investigadores considerar la implementación de la norma en los principios de la misma en los que se tuvo una puntuación baja: planificación, apoyo, evaluación del desempeño y mejora; para otras investigaciones futuras.

REFERENCIAS

ALZATE, Angélica María. 2017. ISO 9001:2015 base para la sostenibilidad de las organizaciones en países emergentes. Venezuela : Revista Venezolana de Gerencia, 2017. Vol. 22, 80.

ANCASI, Jesús y ROMERO, Carlos. 2018. Implementación de un Sistema de Gestión ISO 9001-2015 y Mejora de la Calidad de Servicio en las Boticas de Lima Sur en el Periodo 2018. Lima : s.n., 2018.

ANKUR, Joshi, y otros. 2015. Likert Scale: Explored and Explained. *British Journal of Applied Science & Technology*. New York : SCIENCEDOMAIN international, 2015. Vol. 7, 4. 2231-0843.

ARIAS, Alicia Coello. 2013. Calidad de los servicios y satisfacción del usuario. Tercera. Madrid : Santísima Trinidad, 2013, pág. 99.

BÉATRIX, Barafort, ANTONI-LLUÍS, Mesquida y ANTONIA, Mas. 2016. *Integrating Risk Management in IT settings from ISO Standards and Management Systems Perspectives*. Septiembre : Elsevier, 2016.

BHATT, Anil K y BHANAWAT, Divya Sahil. 2016. Service Quality in Retail - a Literature Review. 2016. Vol. 2, 3, págs. 27-35. 2455-6114.

BOJÓRQUEZ, José Antonio, y otros. 2013. *Utilización del alfa de Cronbach para validar la confiabilidad de un instrumento de medición de satisfacción del estudiante en el uso del software Minitab*. Cancún : Eleventh LACCEI Latin American and Caribbean Conference for Engineering and Technology (LACCEI'2013) , 2013.

BOSQUE, Universidad El. 2017. Guía para la elaboración del Plan de Mejoramiento. *Autoevaluación Institucional con fines de Acreditación*. Colombia : Universidad El Bosque, 2017.

CALDERON, Andrea Proaño. 2018. La mala calidad de la atención de salud mata. Gente Saludable. *BID. Mejorando vidas*. [En línea] Banco Interamericano de Desarrollo, 7 de Septiembre de 2018. [Citado el: 22 de Septiembre de 2019.] <https://blogs.iadb.org/salud/es/la-mala-calidad-de-la-atencion-de-salud-mata/>.

CAQUEO, A., GUTIÉRREZ, J. y MIRANDA Castillo, C. 2009. Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: A literature review. Estados Unidos : Health and Quality of Life Outcomes, 2009. Vol. 7, 84.

CARLOS, Carmen Estela, y otros. 2016. Beneficios de las Certificaciones en ISO 9001:2008 y en ISO TS 16949:2009 en Empresas de Aguascalientes. *Beneficios de las Certificaciones en ISO 9001:2008 y en ISO TS 16949:2009 en Empresas de Aguascalientes.* Aguascalientes, México : Instituto Tecnológico de Aguascalientes, 2016. 52, pp 19-25. 1405-5597.

CHOI, Thomas, y otros. 2009. ISO 9000/1994, ISO 9001/2000 and TQM: The performance debate revisited. *Journal of Operations Management.* España : ELSEVIER, 2009. Vol. 1, 27. 495–511.

COBA, Jacqueline Carolina. 2017. Diseño de una propuesta de un sistema de gestión de calidad ISO 9001:2015 en las áreas de química clínica y hematología en el laboratorio clínico del Hospital Pablo Arturo Suárez. Quito : Universidad Central de Ecuador, 2017.

COLLINS, Arthur. 2017. Service Quality (SQ) : Perspectives, Management and Improvement Strategies. Hauppauge, New York : Nova Science Publishers, 2017.

CRUCHAGA, María Sixtina. 2016. Implementación de un Sistema de Gestión de Calidad para Mejorar la Satisfacción de los clientes de la empresa P&M Support – Trujillo, 2016. Trujillo : Universidad César Vallejo, 2016. Vol. 5, 1. [dx.doi.org/10.18050/Cientifi-k.v5n1a3.2017](https://doi.org/10.18050/Cientifi-k.v5n1a3.2017).

DEL CASTILLO-PECES, Carlos, y otros. 2018. The influence of motivations and other factors on the results of implementing ISO 9001 standards. Madrid, España : European Research on Management and Business Economics, 2018. Vol. 24.

EVANS, James y LINDSAY, William. 2015. Administración y control de la Calidad. Novena. México : CENGAGE Learning, 2015.

GOBIERNO Regional de la Libertad, "" . 2014 - 2018. *Plan Estratégico Institucional (PEI).* Trujillo : Gerencia Regional de Salud, 2014 - 2018.

GONZÁLES, Oscar Claret y ARCINIEGAS, Jaime Alfonso. 2016. *Sistema de Gestión de la Calidad.* s.l. : ECOE Ediciones, 2016.

GRUPO Banco Mundial. 2018. Grupo Banco Mundial. *Grupo Banco Mundial*. [En línea] 5 de Julio de 2018. [Citado el: 20 de Septiembre de 2018.] <https://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2018/07/05/low-quality-healthcare-is-increasing-the-burden-of-illness-and-health-costs-globally>.

GUANAIS, Federico. 2018. El paciente, quien mejor mide el progreso en salud. *Gente Saludable. BID. Mejorando vidas*. [En línea] Banco Interamericano de Desarrollo, 14 de Septiembre de 2018. [Citado el: 22 de Septiembre de 2019.] <https://blogs.iadb.org/salud/es/progreso-en-atencion-primaria/>.

HOYLE, David. 2001. *ISO 9000 Quality Systems Handbook*. Fourth Edition. Oxford : s.n., 2001. pág. 686.

HUNG-CHUNG , Su, DHANORKAR, Suvrat y LINDERMAN, Kevin. 2015. A Competitive Advantage from the Implementation Timing of ISO Management Standards. Michigan : ScienceDirect, 2015. Vol. 15.

INGASON, Helgi Thor. 2015. Best Project Management Practices in the Implementation of an ISO 9001 Quality Management System. Iceland : ScienceDirect, 2015. Vol. 194, 192 . 2berrlo.

ISO9001. 2015. Quality management systems — Requirements. *INTERNATIONAL STANDART ISO 9001*. 2015. Vol. Fifth edition.

LA ROSA, Iveth Jazmin. 2017. *Propuesta de actualización del sistema de gestión de la calidad basada en los requisitos de la Norma ISO 9001:2015 para la Empresa FAGOMA S.A.C.* Arequipa : s.n., 2017.

LIZARZABURU, Edmundo R. Bolaños. 2016. La gestión de la calidad en Perú: un estudio de la norma ISO 9001, sus beneficios y los principales cambios en la versión 2015. Bogotá, Colombia : Universidad del Rosario, 2016. Vol. 18, 30, págs. 33-54. 0124-4639.

LÓPEZ, María Elvira. 2013. Importancia de la Calidad del Servicio al Cliente. Mexico : Instituto Tecnológico de Sonora, 2013. 82, págs. 1-36. 1870-5839.

LOZANO, Cristhian Alberto. 2015. Propuesta de Implementación de un Sistema de Gestión de Calidad basdo en la Norma ISO 9001:2008 desde un esquema incompleto ISO

9001:2000 para mejorar el nivel de satisfacción del cliente en el área comercial de la empresa Sedalib S.A. Trujillo : Universidad Privada del Norte, 2015.

MENDOCILLA, Cinthia. 2018. *ENCUESTA DE SATISFACCIÓN: SERVICIO DE ALIMENTACIÓN.* Trujillo : Universidad César Vallejo, 2018.

MESSARINA, Percy Alex. 2015. Calidad de atención del personal de salud y satisfacción del paciente en el servicio de resonancia magnética del Hospital de Alta Complejidad Trujillo. Trujillo : UCV Scientia, 2015. Vol. 8, 2.

NAJUL, Jenny. 2011. El capital humano en la atención al cliente y la calidad de servicio. Venezuela : s.n., 2011. Vol. 4, 8, págs. 23-35.

P. RAMSEOOK-MUNHURRUN, S.D. LUKEA-BHIWAJEE, P. Naidoo. 2010. Service Quality in the Public Service. Third Edition *INTERNATIONAL JOURNAL OF MANAGEMENT AND MARKETING RESEARCH.* Mauritius : s.n., 2010. Vol. 3, 1, págs. 37-50.

PANAGIOTIS, Manolitzas. 2016. *Effective Methods for Modern Healthcare Service Quality and Evaluation.* [ed.] G Evangelos y M Nikolaos. Harrisburg, PA, Estados Unidos : Idea Group, 2016. págs. 1-16.

PARRA, Griselda María, DE LA OSSA, José Julián y RUIZ, Stephanie del Carmen. 2019. Diagnóstico de la situación actual de una empresa de servicios de alimentación con respecto al cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001: 2015 para un sistema de gestión de la calidad. Colombia : Dialnet, Enero- Junio de 2019. Vol. 11, 1.

POBLETE, V.M., y otros. 2011. Implementation of a Quality Management System according to the UNE-UN-ISO 9001:2008 standard in a Nuclear Medicine Department. España : Elsevier España, S.L. y SEMNIM, 2011. Vol. 32, 1; pp. 1-7.

RAMEZANI, Ali, Feiz, Setareh y Baharun, Rohaizat. 2015. Mediciones de calidad del servicio: Una revisión. San Luis, Argentina : s.n., febrero de 2015. Vol. 5, 2, págs. 267-286.

RODRÍGUEZ, Carlos Gualberto Gazón. 2017. *PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA GESTIÓN DE CALIDAD ISO 9001:2015 PARA GRAVIDA S.A.S.* Bogotá : Universidad Católica de Colombia, 2017.

SALVADOR, Javier, y otros. 2014. *Gestión de la calidad en las organizaciones sanitarias*. Madrid : Diaz de Santos, 2014. 978-84-9969-802-1.

SANCA, Miler Daen. 2011. TIPOS DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA. La Paz, Bolivia : Revista de Actualización Clínica, 2011. Vol. 9.

SAUSA, Mariella. 2017. Servicio de salud presenta más de 47 mil reclamos en lo que va del año. *Perú 21*. 2 de Setiembre de 2017, págs. 1-2.

TIBERIU, Claudiu, y otros. 2015. Does ISO 9001 Quality Certification Influence Labor Productivity in EU-27? *SIM 2015 / 13th International Symposium in Management*. s.l. : Elsevier Ltd, 2015. Vol. 1, 221. 278 - 286.

VILLAR, Martha, y otros. 2015. *INFORME DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO DEL SERVICIO DE MEDICINA COMPLEMENTARIA*. Lima : SEGURO SOCIAL DE SALUD, 2015.

ZUMARÁN, Olga Rocío del Pilar, y otros. 2017. *ESTADÍSTICA PARA LA INVESTIGACIÓN*. Lima : Universidad César Vallejo, 2017. 978-612-4158-75-9.

ANEXOS

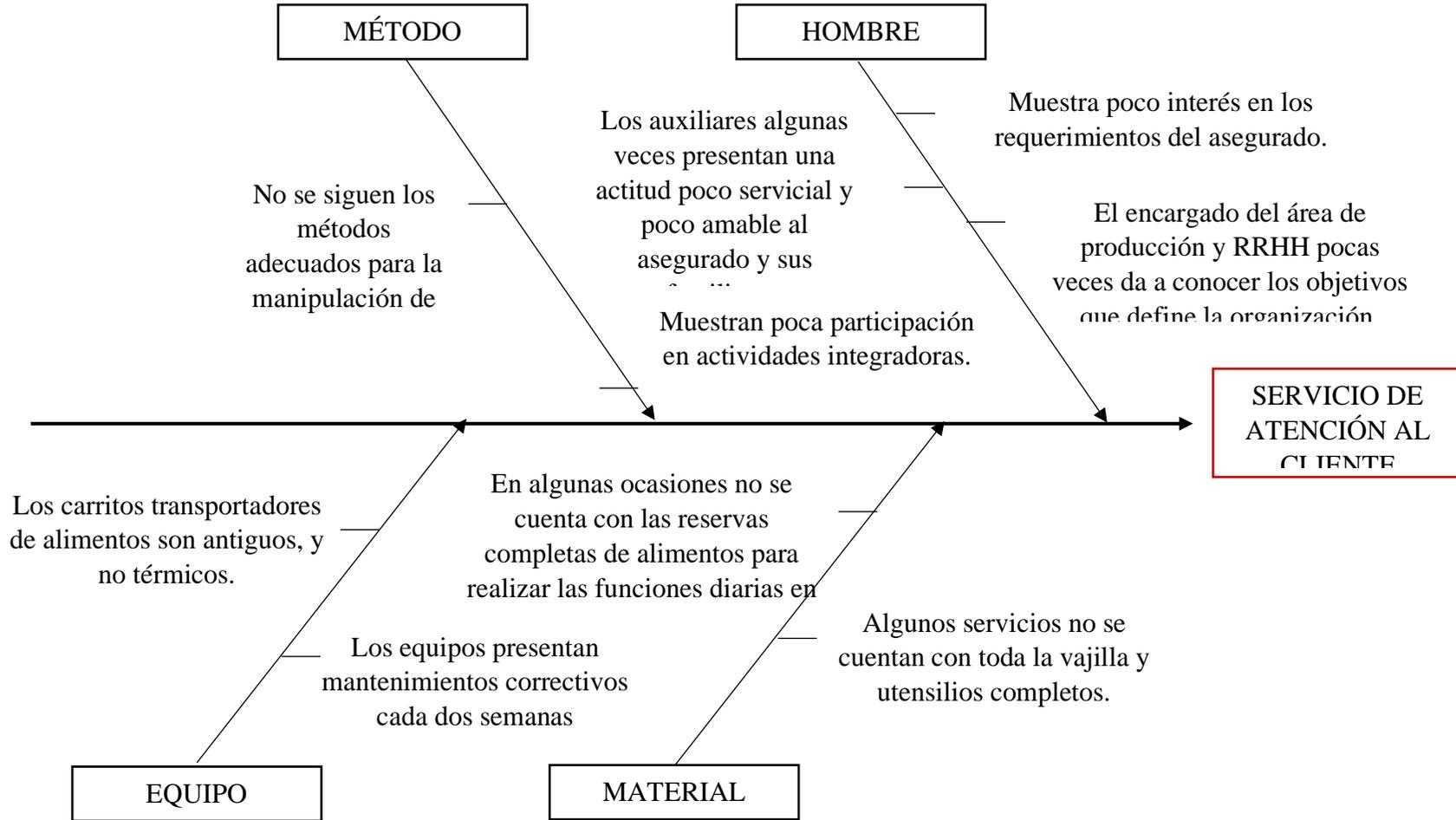
Anexo A1: Tabla Resumen De Datos Obtenidos Por Mendocilla (2018).

I. ATENCIÓN DEL SERVICIO		B	R	M
1	Trato del Profesional Nutricionista	98%	1%	1%
2	Trato del Personal Técnico de Nutrición	91%	9%	0%
3	Presentación del Personal del Servicio de Nutrición	100%	0%	0%
4	Estado de Vajilla	96%	3%	1%
5	Cumplimiento del Horario de las Comidas	91%	6%	3%
II. PREPARACIÓN DE LOS ALIMENTOS		B	R	M
1	Cantidad	97%	3%	0%
2	Variedad	86%	13%	1%
3	Temperatura	12%	15%	73%
4	Sabor	72%	25%	3%
5	Presentación de los alimentos	93%	6%	1%

B:Bueno R:Regular M: Malo

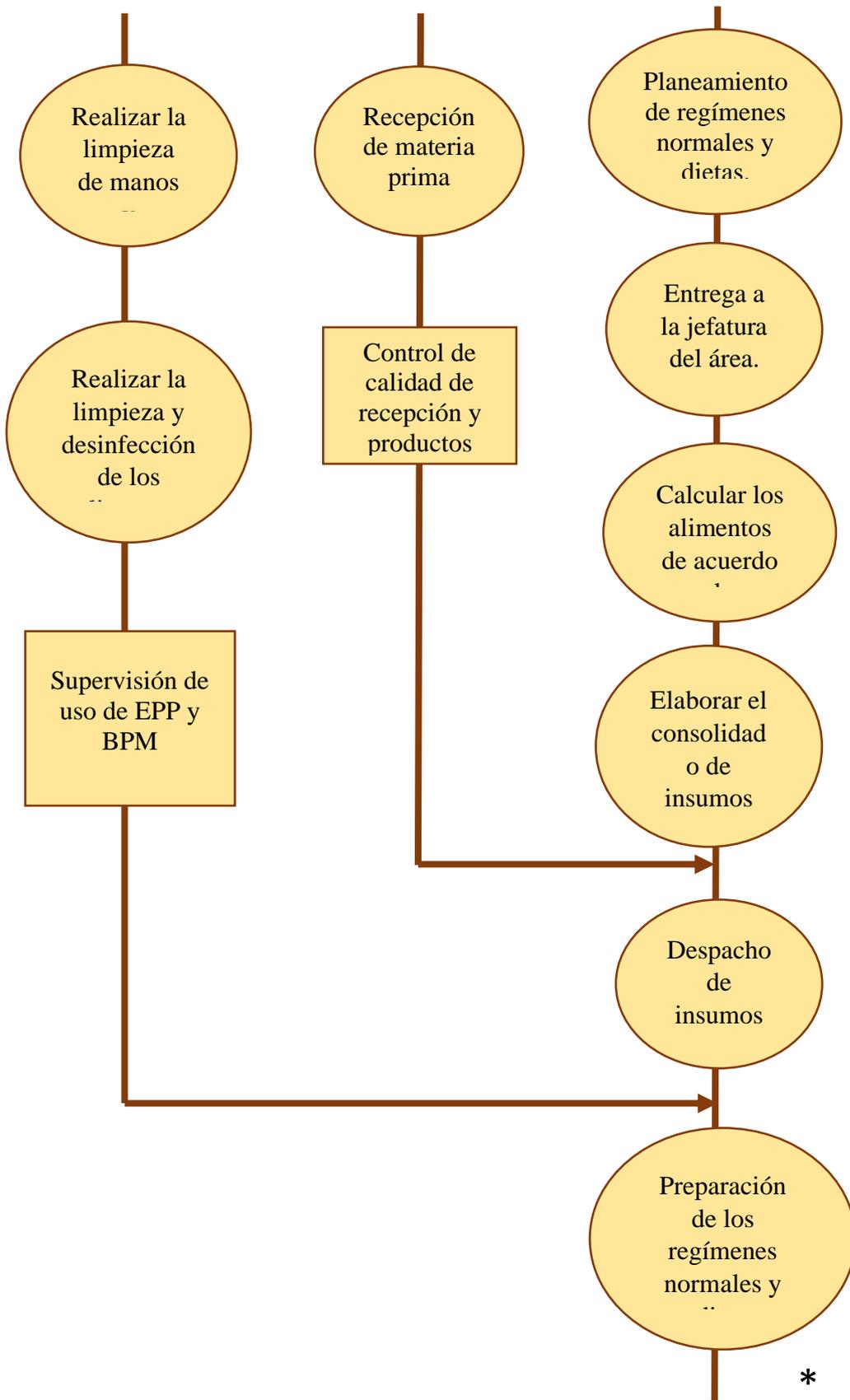
Fuente: Mendocilla (2018) Encuesta de satisfacción: servicio de alimentación.

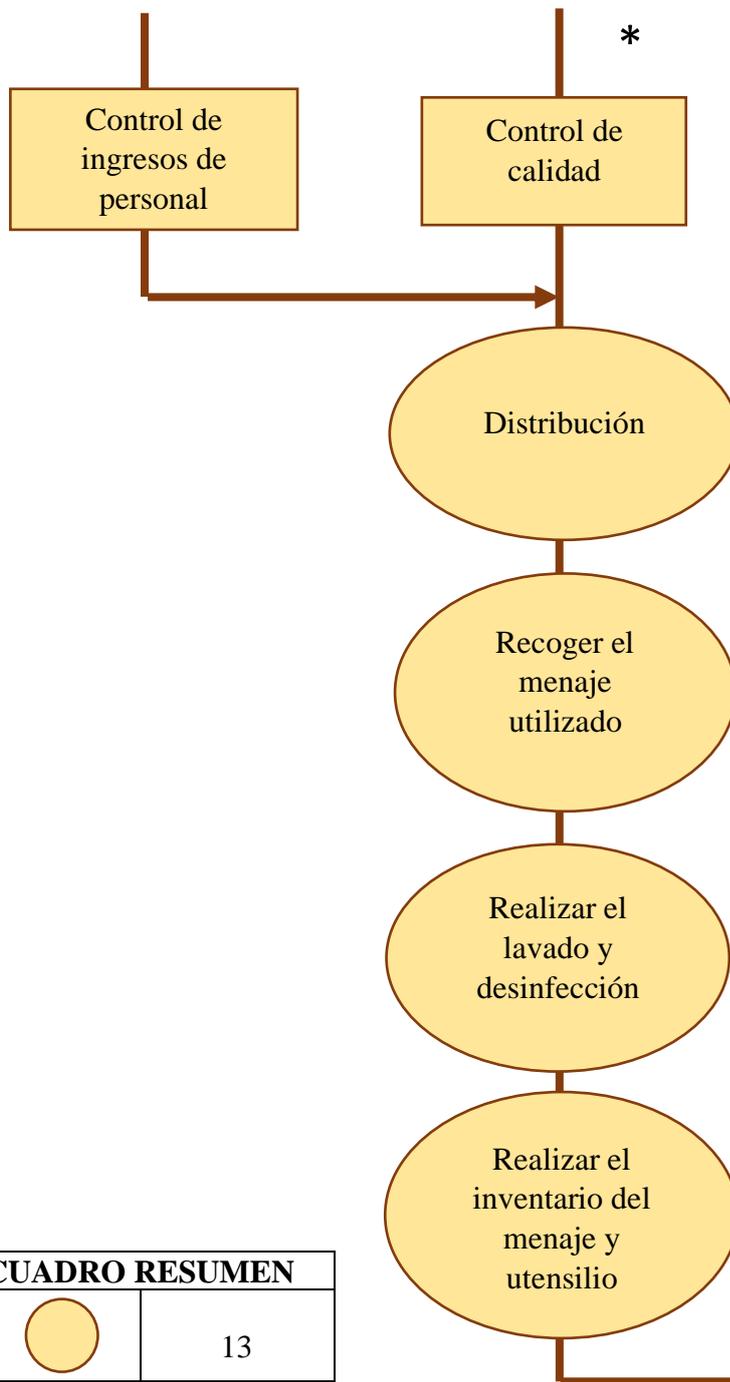
Anexo B1: Matriz de Ishikawa



Fuente: Elaboración propia

Anexo B2: Diagrama de Operaciones





CUADRO RESUMEN	
○	13
□	4
TOTAL	17

Fuente: Elaboración propia

DIAGNÓSTICO DE EVALUACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD SEGÚN ISO 9001-2015					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: A. Cumple completamente con el criterio enunciado (10 puntos: Se establece, se implementa y se mantiene; Corresponde a las fase de Verificar y Actuar para la Mejora del sistema); B. cumple parcialmente con el criterio enunciado (5 puntos: Se establece, se implementa, no se mantiene; Corresponde a las fase del Hacer del sistema); C. Cumple con el mínimo del criterio enunciado (3 puntos: Se establece, no se implementa, no se mantiene; Corresponde a las fase de identificación y Planeación del sistema); D. No cumple con el criterio enunciado (0 puntos: no se establece, no se implementa, no se mantiene N/S).					
No.	NUMERALES	CRITERIO INICIAL DE CALIFICACIÓN			
		A-V	H	P	N/S
		A	B	C	D
4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN		10	5	3	0
4.1 COMPRENSIÓN DE LA ORGANIZACIÓN Y SU CONTEXTO					
1	Se determinan las cuestiones externas e internas que son pertinentes para el propósito y dirección estratégica de la organización.	10			
2	Se realiza el seguimiento y la revisión de la información sobre estas cuestiones externas e internas.		5		
4.2 COMPRENSIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS					
3	Se ha determinado las partes interesadas y los requisitos de estas partes interesadas para el sistema de gestión de Calidad.	10			
4	Se realiza el seguimiento y la revisión de la información sobre estas partes interesadas y sus requisitos.		5		
4.3 DETERMINACIÓN DEL ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD					
5	El alcance del SGC, se ha determinado según: Procesos operativos, productos y servicios, instalaciones físicas, ubicación geográfica.	10			
6	El alcance del SGC se ha determinado teniendo en cuenta los problemas externos e internos, las partes interesadas y sus productos y servicios.		5		
7	Se tiene disponible y documentado el alcance del Sistema de Gestión.	10			
8	Se tiene justificado y/o documentado los requisitos (exclusiones) que no son aplicables para el Sistema de Gestión?			3	
4.4 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y SUS PROCESOS					
9	Se tienen identificados los procesos necesarios para el sistema de gestión de la organización.		5		
10	Se tienen establecidos los criterios para la gestión de los procesos teniendo en cuenta las responsabilidades.		5		
11	Se mantiene y conserva información documentada que permita apoyar la operación de estos procesos.		5		
SUBTOTAL		40	30	3	0

Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		66%		
5.LIDERAZGO				
5.1 LIDERAZGO Y COMPROMISO GERENCIAL				
1	Se demuestra responsabilidad por parte de la alta dirección para la eficacia del SGC.		5	
5.1.2 Enfoque al cliente				
2	La gerencia garantiza que los requisitos de los clientes de determinan y se cumplen.		5	
3	Se determinan y consideran los riesgos y oportunidades que puedan afectar a la conformidad de los productos y servicios y a la capacidad de aumentar la satisfacción del cliente.		5	
5.2. POLÍTICA				
5.2.1 ESTABLECIMIENTO DE LA POLÍTICA				
4	La política de calidad con la que cuenta actualmente la organización está acorde con los propósitos establecidos.		5	
5.2.2 Comunicación de la política de calidad				
5	Se tiene disponible a las partes interesadas, se ha comunicado dentro de la organización.		5	
5.3 ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES EN LA ORGANIZACIÓN				
6	Se han establecido y comunicado las responsabilidades y autoridades para los roles pertinentes en toda la organización.		5	
SUBTOTAL		0	30	0 0
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		50%		
6. PLANIFICACIÓN				
6.1 ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES				
1	Se han establecido los riesgos y oportunidades que deben ser abordados para asegurar que el SGC logre los resultados esperados.		5	
2	La organización ha previsto las acciones necesarias para abordar estos riesgos y oportunidades y los ha integrado en los procesos del sistema.		5	
6.2 OBJETIVOS DE LA CALIDAD Y PLANIFICACIÓN PARA LOGRARLOS				
3	Que acciones se han planificado para el logro de los objetivos del SIG-HSQ, programas de gestión.			3
4	Se mantiene información documentada sobre estos objetivos.			3
6.3 PLANIFICACIÓN DE LOS CAMBIOS				
5	Existe un proceso definido para determinar la necesidad de cambios en el SGC y la gestión de su implementación.			3
SUBTOTAL		0	10	9 0
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		38%		
7. APOYO				
7.1 RECURSOS				
7.1.1 Generalidades				
1	La organización ha determinado y proporcionado los recursos necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora continua del SGC (incluidos los requisitos de las personas, medioambientales y de infraestructura).		5	
7.1.5 Recursos de seguimiento y medición				
7.1.5.1 Generalidades				

2	En caso de que el monitoreo o medición se utilice para pruebas de conformidad de productos y servicios a los requisitos especificados, ¿Se han determinado los recursos necesarios para garantizar un seguimiento válido y fiable, así como la medición de los resultados?			3	
7.1.5.2 Trazabilidad de las mediciones					
3	Dispone de métodos eficaces para garantizar la trazabilidad durante el proceso operacional.			3	
7.1.6 Conocimientos de la organización					
4	Ha determinado la organización los conocimientos necesarios para el funcionamiento de sus procesos y el logro de la conformidad de los productos y servicios y, ha implementado un proceso de experiencias adquiridas.			3	
7.2 COMPETENCIA					
5	La organización se ha asegurado de que las personas que puedan afectar al rendimiento del SGC son competentes en cuestión de una adecuada educación, formación y experiencia, ha adoptado las medidas necesarias para asegurar que puedan adquirir la competencia necesaria.		5		
7.3 TOMA DE CONCIENCIA					
6	Existe una metodología definida para la evaluación de la eficacia de las acciones formativas emprendidas.			3	
7.4 COMUNICACIÓN					
7	Se tiene definido un procedimiento para las comunicaciones internas y externas del SIG dentro de la organización.		5		
7.5 INFORMACIÓN DOCUMENTADA					
7.5.1 Generalidades					
8	Se ha establecido la información documentada requerida por la norma y necesaria para la implementación y funcionamiento eficaces del SGC.		5		
7.5.2 Creación y actualización					
9	Existe una metodología documentada adecuada para la revisión y actualización de documentos.			3	
7.5.3 Control de la información documentada					
10	Se tiene un procedimiento para el control de la información documentada requerida por el SGC.			3	
SUBTOTAL		0	20	18	0
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		38%			
8. OPERACIÓN					
8.1 PLANIFICACIÓN Y CONTROL OPERACIONAL					
1	Se planifican, implementan y controlan los procesos necesarios para cumplir los requisitos para la provisión de servicios.			3	
2	La salida de esta planificación es adecuada para las operaciones de la organización.			3	
3	Se asegura que los procesos contratados externamente estén controlados.		5		
4	Se revisan las consecuencias de los cambios no previstos, tomando acciones para mitigar cualquier efecto adverso.			3	
8.2 REQUISITOS PARA LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS					
8.2.1 Comunicación con el cliente					
5	La comunicación con los clientes incluye información relativa a los productos y servicios.		5		

6	Se obtiene la retroalimentación de los clientes relativa a los productos y servicios, incluyendo las quejas.		5		
7	Se establecen los requisitos específicos para las acciones de contingencia, cuando sea pertinente.		5		
8.2.2 Determinación de los requisitos para los productos y servicios					
8	Se determinan los requisitos legales y reglamentarios para los productos y servicios que se ofrecen y aquellos considerados necesarios para la organización.		5		
8.2.3 Revisión de los requisitos para los productos y servicios					
9	La organización se asegura que tiene la capacidad de cumplir los requisitos de los productos y servicios ofrecidos.	10			
10	La organización revisa los requisitos del cliente antes de comprometerse a suministrar productos y servicios a este.	10			
11	Se confirma los requisitos del cliente antes de la aceptación por parte de estos, cuando no se ha proporcionado información documentada al respecto.	10			
12	Se asegura que se resuelvan las diferencias existentes entre los requisitos del contrato o pedido y los expresados previamente.		5		
13	Se conserva la información documentada, sobre cualquier requisito nuevo para los servicios.	10			
8.2.4 Cambios en los requisitos para los productos y servicios					
14	Las personas son conscientes de los cambios en los requisitos de los productos y servicios, se modifica la información documentada pertinente a estos cambios.		5		
8.3 DISEÑO Y DESARROLLO DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS					
8.3.1 Generalidades					
15	Se establece, implementa y mantiene un proceso de diseño y desarrollo que sea adecuado para asegurar la posterior provisión de los servicios.			3	
8.3.2 Planificación del diseño y desarrollo					
16	La organización determina todas las etapas y controles necesarios para el diseño y desarrollo de productos y servicios.		5		
8.3.3 Entradas para el diseño y desarrollo					
17	Al determinar los requisitos esenciales para los tipos específicos de productos y servicios a desarrollar, se consideran los requisitos funcionales y de desempeño, los requisitos legales y reglamentarios.		5		
18	Se resuelven las entradas del diseño y desarrollo que son contradictorias.		5		
19	Se conserva información documentada sobre las entradas del diseño y desarrollo.		5		
8.3.4 Controles del diseño y desarrollo					
20	Se aplican los controles al proceso de diseño y desarrollo, se definen los resultados a lograr.			3	
21	Se realizan las revisiones para evaluar la capacidad de los resultados del diseño y desarrollo para cumplir los requisitos.			3	
22	Se realizan actividades de verificación para asegurar que las salidas del diseño y desarrollo cumplen los requisitos de las entradas.			3	

23	Se aplican controles al proceso de diseño y desarrollo para asegurar que: se toma cualquier acción necesaria sobre los problemas determinados durante las revisiones, o las actividades de verificación y validación.			3	
24	Se conserva información documentada sobre las acciones tomadas.			3	
8.3.5 Salidas del diseño y desarrollo					
25	Se asegura que las salidas del diseño y desarrollo: cumplen los requisitos de las entradas.			3	
26	Se asegura que las salidas del diseño y desarrollo: son adecuadas para los procesos posteriores para la provisión de productos y servicios.			3	
27	Se asegura que las salidas del diseño y desarrollo: incluyen o hacen referencia a los requisitos de seguimiento y medición, cuando sea apropiado, y a los criterios de aceptación.			3	
28	Se asegura que las salidas del diseño y desarrollo: especifican las características de los productos y servicios, que son esenciales para su propósito previsto y su provisión segura y correcta.		5		
29	Se conserva información documentada sobre las salidas del diseño y desarrollo.			3	
8.3.6 Cambios del diseño y desarrollo					
30	Se identifican, revisan y controlan los cambios hechos durante el diseño y desarrollo de los productos y servicios.		5		
31	Se conserva la información documentada sobre los cambios del diseño y desarrollo, los resultados de las revisiones, la autorización de los cambios, las acciones tomadas para prevenir los impactos adversos.			3	
8.4 CONTROL DE LOS PROCESOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS SUMINISTRADOS EXTERNAMENTE					
8.4.1 Generalidades					
32	La organización asegura que los procesos, productos y servicios suministrados externamente son conforme a los requisitos.	10			
33	Se determina los controles a aplicar a los procesos, productos y servicios suministrados externamente.		5		
34	Se determina y aplica criterios para la evaluación, selección, seguimiento del desempeño y la reevaluación de los proveedores externos.		5		
35	Se conserva información documentada de estas actividades		5		
8.4.2 Tipo y alcance del control					
36	La organización se asegura que los procesos, productos y servicios suministrados externamente no afectan de manera adversa a la capacidad de la organización de entregar productos y servicios, conformes de manera coherente a sus clientes.		5		
37	Se definen los controles a aplicar a un proveedor externo y las salidas resultantes.		5		
38	Considera el impacto potencial de los procesos, productos y servicios suministrados externamente en la capacidad de la organización de cumplir los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables.	10			
39	Se asegura que los procesos suministrados externamente permanecen dentro del control de su sistema de gestión de la calidad.	10			

40	Se determina la verificación o actividades necesarias para asegurar que los procesos, productos y servicios cumplen con los requisitos.		5		
8.4.3 Información para los proveedores externos					
41	La organización comunica a los proveedores externos sus requisitos para los procesos, productos y servicios.	10			
42	Se comunica la aprobación de productos y servicios, métodos, procesos y equipos, la liberación de productos y servicios.	10			
43	Se comunica la competencia, incluyendo cualquier calificación requerida de las personas.	10			
44	Se comunica las interacciones del proveedor externo con la organización.	10			
45	Se comunica el control y seguimiento del desempeño del proveedor externo aplicado por la organización.	10			
8.5 PRODUCCIÓN Y PROVISIÓN DEL SERVICIO					
8.5.1 Control de la producción y de la provisión del servicio					
46	Se implementa la producción y provisión del servicio bajo condiciones controladas.	10			
47	Dispone de información documentada que defina las características de los productos a producir, servicios a prestar, o las actividades a desempeñar.		5		
48	Dispone de información documentada que defina los resultados a alcanzar.		5		
49	Se controla la disponibilidad y el uso de recursos de seguimiento y medición adecuados		5		
50	Se controla la implementación de actividades de seguimiento y medición en las etapas apropiadas.			3	
51	Se controla el uso de la infraestructura y el entorno adecuado para la operación de los procesos.			3	
52	Se controla la designación de personas competentes.		5		
53	Se controla la validación y revalidación periódica de la capacidad para alcanzar los resultados planificados.			3	
54	Se controla la implementación de acciones para prevenir los errores humanos.			3	
55	Se controla la implementación de actividades de liberación, entrega y posteriores a la entrega.		5		
8.5.2 Identificación y trazabilidad					
56	La organización utiliza medios apropiados para identificar las salidas de los productos y servicios.		5		
57	Identifica el estado de las salidas con respecto a los requisitos.		5		
58	Se conserva información documentada para permitir la trazabilidad.			3	
8.5.3 Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos					
59	La organización cuida la propiedad de los clientes o proveedores externos mientras esta bajo el control de la organización o siendo utilizada por la misma.		5		
60	Se Identifica, verifica, protege y salvaguarda la propiedad de los clientes o de los proveedores externos suministrada para su utilización o incorporación en los productos y servicios.	10			

61	Se informa al cliente o proveedor externo, cuando su propiedad se pierda, deteriora o de algún otro modo se considere inadecuada para el uso y se conserva la información documentada sobre lo ocurrido.	10			
8.5.4 Preservación					
62	La organización preserva las salidas en la producción y prestación del servicio, en la medida necesaria para asegurar la conformidad con los requisitos.		5		
8.5.5 Actividades posteriores a la entrega					
63	Se cumplen los requisitos para las actividades posteriores a la entrega asociadas con los productos y servicios.		5		
64	Al determinar el alcance de las actividades posteriores a la entrega la organización considero los requisitos legales y reglamentarios.	10			
65	Se consideran las consecuencias potenciales no deseadas asociadas a sus productos y servicios.	10			
66	Se considera la naturaleza, el uso y la vida útil prevista de sus productos y servicios.	10			
67	Considera los requisitos del cliente.		5		
68	Considera la retroalimentación del cliente.		5		
8.5.6 Control de cambios					
69	La organización revisa y controla los cambios en la producción o la prestación del servicio para asegurar la conformidad con los requisitos.	10			
70	Se conserva información documentada que describa la revisión de los cambios, las personas que autorizan o cualquier acción que surja de la revisión.		5		
8.6 LIBERACIÓN DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS					
71	La organización implementa las disposiciones planificadas para verificar que se cumplen los requisitos de los productos y servicios.		5		
72	Se conserva la información documentada sobre la liberación de los productos y servicios.			3	
73	Existe evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación.		5		
74	Existe trazabilidad a las personas que autorizan la liberación.			3	
8.7 CONTROL DE LAS SALIDAS NO CONFORMES					
75	La organización se asegura que las salidas no conformes con sus requisitos se identifican y se controlan para prevenir su uso o entrega.	10			
76	La organización toma las acciones adecuadas de acuerdo a la naturaleza de la no conformidad y su efecto sobre la conformidad de los productos y servicios.	10			
77	Se verifica la conformidad con los requisitos cuando se corrigen las salidas no conformes.	10			
78	La organización trata las salidas no conformes de una o más maneras.		5		
79	La organización conserva información documentada que describa la no conformidad, las acciones tomadas, las concesiones obtenidas e identifique la autoridad que decide la acción con respecto a la no conformidad.			3	
SUBTOTAL		220	175	66	0
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		58%			

9. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO					
9.1 SEGUIMIENTO, MEDICIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN					
9.1.1 Generalidades					
1	La organización determina que necesita seguimiento y medición.			3	
2	Determina los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación para asegurar resultados válidos.			3	
3	Determina cuando se lleva a cabo el seguimiento y la medición.		5		
4	Determina cuando analizar y evaluar los resultados del seguimiento y medición.		5		
5	Evalúa el desempeño y la eficacia del SGC.			3	
6	Conserva información documentada como evidencia de los resultados.			3	
9.1.2 Satisfacción del cliente					
7	La organización realiza seguimiento de las percepciones de los clientes del grado en que se cumplen sus necesidades y expectativas.		5		
8	Determina los métodos para obtener, realizar el seguimiento y revisar la información.			3	
9.1.3 Análisis y evaluación					
9	La organización analiza y evalúa los datos y la información que surgen del seguimiento y la medición.			3	
9.2 AUDITORIA INTERNA					
10	La organización lleva a cabo auditorías internas a intervalos planificados.			3	
11	Las auditorías proporcionan información sobre el SGC conforme con los requisitos propios de la organización y los requisitos de la NTC ISO 9001:2015.			3	
12	La organización planifica, establece, implementa y mantiene uno o varios programas de auditoría.			3	
13	Define los criterios de auditoría y el alcance para cada una.			3	
14	Selecciona los auditores y lleva a cabo auditorías para asegurar la objetividad y la imparcialidad del proceso.			3	
15	Asegura que los resultados de las auditorías se informan a la dirección.		5		
16	Realiza las correcciones y toma las acciones correctivas adecuadas.		5		
17	Conserva información documentada como evidencia de la implementación del programa de auditoría y los resultados.			3	
9.3 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN					
9.3.1 Generalidades					
18	La alta dirección revisa el SGC a intervalos planificados, para asegurar su conveniencia, adecuación, eficacia y alineación continua con la estrategia de la organización.		5		
9.3.2 Entradas de la revisión por la dirección					
19	La alta dirección planifica y lleva a cabo la revisión incluyendo consideraciones sobre el estado de las acciones de las revisiones previas.		5		
20	Considera los cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al SGC.		5		
21	Considera la información sobre el desempeño y la eficiencia del SGC.		5		

22	Considera los resultados de las auditorías.		5		
23	Considera el desempeño de los proveedores externos.		5		
24	Considera la adecuación de los recursos.		5		
25	Considera la eficiencia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades.		5		
26	Se considera las oportunidades de mejora.		5		
9.3.3 Salidas de la revisión por la dirección					
27	Las salidas de la revisión incluyen decisiones y acciones relacionadas con oportunidades de mejora.		5		
28	Incluyen cualquier necesidad de cambio en el SGC.		5		
29	Incluye las necesidades de recursos.		5		
30	Se conserva información documentada como evidencia de los resultados de las revisiones.		5		
SUBTOTAL		0	90	36	0
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		42%			
10. MEJORA					
10.1 Generalidades					
1	La organización ha determinado y seleccionado las oportunidades de mejora e implementado las acciones necesarias para cumplir con los requisitos del cliente y mejorar su satisfacción.			3	
10.2 NO CONFORMIDAD Y ACCIÓN CORRECTIVA					
2	La organización reacciona ante la no conformidad, toma acciones para controlarla y corregirla.		5		
3	Evalúa la necesidad de acciones para eliminar las causas de la no conformidad.		5		
4	Implementa cualquier acción necesaria, ante una no conformidad.	10			
5	Revisa la eficacia de cualquier acción correctiva tomada.		5		
6	Actualiza los riesgos y oportunidades de ser necesario.		5		
7	Hace cambios al SGC si fuera necesario.			3	
8	Las acciones correctivas son apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.		5		
9	Se conserva información documentada como evidencia de la naturaleza de las no conformidades, cualquier acción tomada y los resultados de la acción correctiva.			3	
10.3 MEJORA CONTINUA					
10	La organización mejora continuamente la conveniencia, adecuación y eficacia del SGC.			3	
11	Considera los resultados del análisis y evaluación, las salidas de la revisión por la dirección, para determinar si hay necesidades u oportunidades de mejora.		5		
SUBTOTAL		10	30	12	0
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		47%			

RESULTADOS DE LA GESTIÓN EN CALIDAD		
NUMERAL DE LA NORMA	% OBTENIDO DE IMPLEMENTACIÓN	ACCIONES POR REALIZAR
4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	66%	MEJORAR
5. LIDERAZGO	50%	MEJORAR
6. PLANIFICACIÓN	38%	IMPLEMENTAR
7. APOYO	38%	IMPLEMENTAR
8. OPERACIÓN	58%	MEJORAR
9. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO	42%	IMPLEMENTAR
10. MEJORA	47%	IMPLEMENTAR
TOTAL RESULTADO IMPLEMENTACIÓN	49%	
Calificación global en la Gestión de Calidad	BAJO	

Fuente: Diagnóstico de Evaluación del Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:
2015

Anexo C2: Cuestionario de encuesta

ENCUESTA A PERSONAL PROFESIONAL DE LA SALUD DEL HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD VIRGEN DE LA PUERTA

Con el objetivo de mejorar la calidad del servicio de atención se realizará una encuesta para medir la calidad que ofrece el área de Nutrición.

Por ello se le solicita, marcar con una X la alternativa que considere correspondiente de acuerdo a su punto de vista. La encuesta es anónima.

De antemano se le agradece por su tiempo y su opinión.

ENUNCIADO	MUY INSATISFECHO	INSATISFECHO	NULO	SATISFECHO	MUY SATISFECHO
	1	2	3	4	5
ENFOQUE AL CLIENTE					
El personal auxiliar muestra un sincero interés en resolver los problemas que se presentan.					
El personal auxiliar realiza un buen servicio desde la primera vez.					
El personal auxiliar presenta una actitud amable al momento de atención.					
El personal auxiliar se encarga de brindar una atención personalizada.					
LIDERAZGO					
El servicio de nutrición registra todos los inconvenientes que se presentan.					
El servicio de nutrición comunica sobre los requerimientos del personal médico, profesional y técnico sobre el servicio.					
La gestión brindada por el coordinador del servicio de nutrición es buena.					
PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL					

El personal auxiliar se encarga de comunicar sobre los horarios en los cuales se les brinda atención.					
La actitud y comportamiento ofrecido por los auxiliares inspira confianza.					
El personal auxiliar presenta la capacidad de responder a preguntas técnicas y de capacitación.					
ENFOQUE BASADO EN PROCESOS					
El servicio dispone de todos los recursos para llevar a cabo todos los procesos en el área.					
El servicio cuenta con la información documentada de cada proceso.					
Cada proceso que se lleva a cabo se realiza bajo un control o supervisión					
MEJORA CONTINUA					
El servicio de nutrición ha adaptado mejoras de acuerdo a los requerimientos del personal médico, profesional y técnico para aumentar su satisfacción.					
El servicio de nutrición determina las oportunidades y amenazas para la mejora en su atención.					
El servicio de nutrición analiza las causas de las no conformidades para prevenir que se vuelvan a suscitar.					
TOMA DE DECISIONES					
La toma de decisiones frente a inconvenientes se toman basada en la experiencia y evidencia son muy buenas.					
Se presenta información actualizada y los datos bajo una metodología adecuada.					
GESTIÓN DE LAS RELACIONES					

El servicio de nutrición genera alianzas interdepartamentales para ser más competentes, productivos y rentables.					
El personal auxiliar y nutricionista se encarga de escuchar ante cualquier requerimiento del personal médico, profesional y técnico.					

Fuente: Elaboración propia

Anexo C3: Confiabilidad de los instrumentos

ALFA DE CROMBACH

BASE DE DATOS																					
DATO	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	TOTAL
1	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	1	3	3	4	4	4	4	4	5	4	75
2	4	3	4	3	4	4	4	4	5	4	4	5	2	4	4	4	4	4	5	4	79
3	2	2	2	2	1	2	3	4	4	4	1	4	3	3	3	3	5	4	3	5	60
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	3	2	4	4	4	4	4	5	5	77
5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	81
6	3	5	3	5	3	4	4	5	5	5	2	5	3	5	5	5	5	5	5	5	87
7	2	1	1	1	2	1	2	2	4	4	4	4	4	1	1	1	5	2	5	4	51
8	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	5	3	5	5	67
9	4	4	2	4	3	3	3	2	4	2	2	2	2	3	2	3	4	2	3	5	59
10	2	4	4	3	2	2	2	3	2	2	3	3	3	2	3	3	5	3	5	5	61
11	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	3	2	3	4	4	4	3	5	5	75
12	3	4	3	3	4	3	3	4	3	3	3	2	4	2	4	2	4	5	3	5	67
13	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	2	2	3	4	4	3	5	5	5	4	78
14	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	2	4	4	4	4	4	5	4	77
15	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	5	4	4	80
16	3	4	4	4	2	2	2	3	3	3	3	2	4	3	4	4	5	5	5	4	69
17	3	4	4	4	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	4	2	5	3	5	4	70
18	4	4	4	4	3	3	2	2	4	4	4	4	3	2	3	3	4	5	4	5	71
19	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	3	3	5	4	4	4	77
20	3	3	4	4	3	2	3	4	3	4	3	3	3	3	2	3	5	4	3	4	66
21	4	4	2	4	3	3	4	4	4	3	3	3	3	3	4	4	5	4	3	4	71

22	4	4	4	3	3	4	3	4	4	4	4	2	3	4	3	3	4	3	4	4	71
23	3	4	4	4	3	3	4	4	4	4	1	3	3	3	4	4	4	4	3	5	71
24	2	2	2	2	2	3	3	4	2	2	4	4	2	2	2	3	5	5	5	5	61
25	2	2	4	2	3	3	3	4	4	3	2	3	4	2	2	2	5	4	4	5	63
26	2	3	4	4	4	3	3	5	4	4	2	4	3	3	4	3	5	3	4	5	72
27	4	5	5	5	5	5	5	4	5	4	2	4	1	5	4	4	4	4	4	4	83
28	2	3	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	1	2	1	4	2	4	5	43
29	2	4	4	2	2	3	2	4	4	2	3	1	3	1	2	2	4	4	4	5	58
30	4	4	4	4	2	2	5	3	4	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	5	73
31	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	1	3	4	4	3	4	5	4	4	4	74
32	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	5	4	4	4	79
33	4	5	5	4	3	2	4	5	3	4	2	3	3	4	3	4	5	4	5	4	76
34	2	4	4	4	3	2	4	5	3	4	4	3	3	4	3	4	4	4	5	4	73
35	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	2	4	4	4	4	4	4	4	77
36	5	4	4	4	4	4	4	5	4	4	1	2	4	4	4	4	4	4	4	4	77
37	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	3	4	1	4	4	4	5	5	4	4	76
38	4	2	3	2	4	4	4	4	3	4	2	1	4	4	3	2	4	4	4	4	66
39	4	4	4	3	3	4	5	3	2	3	2	3	3	4	2	3	5	2	2	5	66
40	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	3	2	4	4	4	4	4	3	2	4	75
41	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	2	2	4	4	4	5	4	4	5	77
42	5	4	4	3	5	5	4	4	5	4	1	3	5	4	5	5	5	4	4	5	84
43	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	2	3	2	5	5	4	4	5	5	5	88
44	5	5	5	4	4	4	5	4	4	4	3	2	3	5	4	4	4	5	5	5	84
45	4	4	5	4	4	4	4	4	4	2	3	3	1	4	4	4	4	4	4	4	74
46	5	5	5	5	4	4	5	4	5	5	2	2	1	5	5	5	5	5	5	5	87
47	5	4	4	5	2	2	3	4	3	2	3	2	1	2	3	4	5	4	5	5	68

48	5	3	4	5	4	5	2	4	4	4	5	2	2	2	3	3	4	4	5	4	74
49	2	2	3	3	3	3	4	2	3	4	2	2	2	3	3	3	4	5	5	5	63
50	2	4	4	4	3	5	5	4	5	5	2	2	3	3	3	3	4	5	4	4	74
51	3	4	4	3	2	2	3	4	4	3	2	3	3	3	4	5	4	4	5	5	70
52	4	4	4	3	3	3	4	4	5	4	4	4	2	3	2	1	5	5	2	5	71
53	5	5	5	4	4	4	3	4	4	4	5	3	4	3	4	4	5	4	4	5	83
54	5	5	4	3	4	3	3	4	4	4	2	3	3	4	3	4	5	5	5	5	78
55	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	2	4	4	4	4	5	4	4	80
56	4	4	4	4	5	4	4	3	3	4	2	3	3	3	3	2	5	5	5	5	75
57	5	4	4	5	4	3	4	4	4	4	2	3	2	4	5	4	5	4	5	4	79
58	5	4	4	4	5	3	3	3	4	4	2	2	3	4	4	5	5	4	5	4	77
59	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	2	2	2	2	2	5	5	4	5	72
60	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2	2	3	3	4	4	5	4	4	5	86
61	2	3	3	3	2	2	2	2	3	3	1	2	2	3	3	3	4	4	5	5	57
62	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	3	2	2	5	5	5	4	4	5	5	88
63	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	2	4	4	4	5	5	5	4	78
64	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	3	2	5	5	4	5	5	5	5	4	92
65	5	5	5	5	4	4	3	5	4	4	5	4	2	4	4	4	4	4	5	5	85
66	5	5	5	5	4	3	4	3	3	2	3	2	2	5	5	4	5	5	5	4	79
67	5	5	5	5	4	4	4	4	5	5	5	4	3	5	5	4	4	4	4	5	89
68	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	5	5	4	81
69	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	2	3	5	4	4	4	4	5	5	4	88
70	4	3	3	4	4	5	4	5	5	4	3	2	2	2	4	3	5	5	5	5	77
71	5	5	4	5	5	4	3	5	4	4	2	2	2	5	5	5	5	5	5	5	85

ESTADÍSTICOS																					
VARIANZA	1,051	0,742	0,697	0,826	0,898	0,924	0,707	0,579	0,669	0,703	1,076	0,832	0,938	1,039	0,833	0,924	0,278	0,656	0,646	0,249	

SÍMBOLO DE SUMATORIO	
K (Número de Ítems)	20
Vi (Varianza de cada ítem)	15,265622
Vt(Varianza Total)	85,813926

FÓRMULA	
$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left[1 - \frac{\sum Vi}{Vt} \right]$	

ALFA DE CRONBACH	0,8653767
-------------------------	------------------

Para Bojórquez, López, Hernández, Jiménez (2013, p. 4) quienes citan a Celina y Campo (2005) el mínimo valor aceptable en el Alfa de Cronbach es 0.7, pero si el valor está por debajo del número significará que tiene una consistencia interna a utilizar baja. De esta manera, el resultado que tenemos al aplicar el alfa de cronbach es 0,8653767, en otras palabras el instrumento tiene relación con las preguntas.

Confiabilidad del Instrumento de medición con SPSS 25

Hemos realizado la prueba de Alfa de Cronbach para saber la confiabilidad de nuestros instrumentos teniendo como resultado:

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	71	100,0
	Excluido	0	,0
	Total	71	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,865	20

Interpretación:

Como los resultados del análisis de fiabilidad es ,865 significa que está en una categoría con tendencia alta, indicando que está en un nivel bueno.

Anexo C4: Validación de los instrumentos



CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, JOE ALEXIS GONZALEZ VÁSQUEZ con DNI N° 18021980 de profesión INGENIERO INDUSTRIAL con código CIP 58498 desempeñándome actualmente como DOCENTE A TIEMPO PARCIAL en UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Por este medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación los instrumentos, a los efectos de su aplicación en el Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones:

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	MUY BUENO	EXCELENTE
1. Congruencia de ítems	-	-	-	✓	-
2. Amplitud de contenido	-	-	-	✓	-
3. Redacción de los ítems	-	-	-	✓	-
4. Pertenencia	-	-	-	✓	-
5. Metodología	-	-	-	✓	-
6. Coherencia	-	-	-	✓	-
7. Organización	-	-	-	✓	-
8. Objetividad	-	-	-	✓	-
9. Claridad	-	-	-	✓	-

En señal de conformidad firmo la presente en la ciudad de Trujillo a los 25 del mes de Junio del 2019

JOE ALEXIS GONZALEZ VÁSQUEZ

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

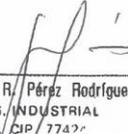
Yo Gonzalo Ramiro Pérez Rodríguez con DNI N°
 de profesión Ing. Industrial con
 código CIP 77424 desempeñándome actualmente como
Docente Tiempo Parcial en
UCV - Trujillo

Por este medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación los instrumentos, a los efectos de su aplicación en el Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones:

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	MUY BUENO	EXCELENTE
1. Congruencia de ítems	—	—	—	/	—
2. Amplitud de contenido	—	—	—	/	—
3. Redacción de los ítems	—	—	—	/	—
4. Pertenencia	—	—	—	/	—
5. Metodología	—	—	—	/	—
6. Coherencia	—	—	—	/	—
7. Organización	—	—	—	/	—
8. Objetividad	—	—	—	/	—
9. Claridad	—	—	—	/	—

En señal de conformidad firmo la presente en la ciudad de Trujillo a los ²⁵ del mes de Junio del 2019


 Gonzalo R. Pérez Rodríguez
 ING. INDUSTRIAL
 R. CIP / 77424

GONZALO RAMIRO PÉREZ RODRÍGUEZ

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Luisa Fernanda Gutierrez Herrera con DNI N°
42579052 de profesión Nutricionista con
 código CIP 3600 desempeñándome actualmente como
Nutricionista en
Hospital Alta Complejidad

Por este medio de la presente hago constar que he revisado con fines de Validación los instrumentos, a los efectos de su aplicación en el Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes apreciaciones:

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	MUY BUENO	EXCELENTE
1. Congruencia de ítems			✓		
2. Amplitud de contenido			✓		
3. Redacción de los ítems			✓		
4. Pertenencia			✓		
5. Metodología			✓		
6. Coherencia			✓		
7. Organización			✓		
8. Objetividad			✓		
9. Claridad			✓		

En señal de conformidad firmo la presente en la ciudad de Trujillo a los 02 del mes de Octubre del 2019


 Luisa Fernanda Gutiérrez H.
 LIC. NUTRICIÓN
 EsSalud C.N.P. 3600

Validación de contenido de la variable dependiente

Se describe el contenido de la prueba binominal de la variable dependiente en la tabla siguiente:

		Categoría	N	Prop. observada	Prop. de prueba	Significación exacta (bilateral)
EXPERTO _1	Grupo 1	Muy Bueno	9	1,00	,50	,004
	Total		9	1,00		
EXPERTO _2	Grupo 1	Muy Bueno	9	1,00	,50	,004
	Total		9	1,00		
EXPERTO _3	Grupo 1	Bueno	9	1,00	,50	,004
	Total		9	1,00		

P promedio = ,004

P promedio < 0.05

La prueba binomial señala, que sí el resultado de significancia es menor a 0.05, el instrumento de medición es válido.

Anexo C5: Resultados pre test - encuesta

DATO	ENFOQUE AL CLIENTE				LIDERAZGO			PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL			ENFOQUE BASADO EN PROCESOS			MEJORA CONTINUA			TOMA DE DECISIONES		GESTIÓN DE LAS RELACIONES	
	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8	P 9	P 10	P 11	P 12	P 13	P 14	P 15	P 16	P 17	P 18	P 19	P 20
1	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	1	3	3	4	4	4	4	4	5	4
2	4	3	4	3	4	4	4	4	5	4	4	5	2	4	4	4	4	4	5	4
3	2	2	2	2	1	2	3	4	4	4	1	4	3	3	3	3	5	4	3	5
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	3	2	4	4	4	4	4	5	5
5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5
6	3	5	3	5	3	4	4	5	5	5	2	5	3	5	5	5	5	5	5	5
7	2	1	1	1	2	1	2	2	4	4	4	4	4	1	1	1	5	2	5	4
8	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	5	3	5	5
9	4	4	2	4	3	3	3	2	4	2	2	2	2	3	2	3	4	2	3	5
10	2	4	4	3	2	2	2	3	2	2	3	3	3	2	3	3	5	3	5	5
11	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	3	2	3	4	4	4	3	5	5
12	3	4	3	3	4	3	3	4	3	3	3	2	4	2	4	2	4	5	3	5
13	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	2	2	3	4	4	3	5	5	5	4
14	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	2	4	4	4	4	4	5	4
15	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	5	4	4
16	3	4	4	4	2	2	2	3	3	3	3	2	4	3	4	4	5	5	5	4
17	3	4	4	4	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	4	2	5	3	5	4
18	4	4	4	4	3	3	2	2	4	4	4	4	3	2	3	3	4	5	4	5
19	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	3	3	5	4	4	4
20	3	3	4	4	3	2	3	4	3	4	3	3	3	3	2	3	5	4	3	4
21	4	4	2	4	3	3	4	4	4	3	3	3	3	3	4	4	5	4	3	4
22	4	4	4	3	3	4	3	4	4	4	4	2	3	4	3	3	4	3	4	4

23	3	4	4	4	3	3	4	4	4	4	1	3	3	3	4	4	4	4	3	5
24	2	2	2	2	2	3	3	4	2	2	4	4	2	2	2	3	5	5	5	5
25	2	2	4	2	3	3	3	4	4	3	2	3	4	2	2	2	5	4	4	5
26	2	3	4	4	4	3	3	5	4	4	2	4	3	3	4	3	5	3	4	5
27	4	5	5	5	5	5	5	4	5	4	2	4	1	5	4	4	4	4	4	4
28	2	3	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	1	2	1	4	2	4	5
29	2	4	4	2	2	3	2	4	4	2	3	1	3	1	2	2	4	4	4	5
30	4	4	4	4	2	2	5	3	4	3	3	3	3	4	4	4	4	4	5	
31	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	1	3	4	4	3	4	5	4	4	4
32	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	5	4	4	4
33	4	5	5	4	3	2	4	5	3	4	2	3	3	4	3	4	5	4	5	4
34	2	4	4	4	3	2	4	5	3	4	4	3	3	4	3	4	4	4	5	4
35	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	2	4	4	4	4	4	4	4
36	5	4	4	4	4	4	4	5	4	4	1	2	4	4	4	4	4	4	4	4
37	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	3	4	1	4	4	4	5	5	4	4
38	4	2	3	2	4	4	4	4	3	4	2	1	4	4	3	2	4	4	4	4
39	4	4	4	3	3	4	5	3	2	3	2	3	3	4	2	3	5	2	2	5
40	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	3	2	4	4	4	4	4	3	2	4
41	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	2	2	4	4	4	5	4	4	5
42	5	4	4	3	5	5	4	4	5	4	1	3	5	4	5	5	5	4	4	5
43	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	2	3	2	5	5	4	4	5	5	5
44	5	5	5	4	4	4	5	4	4	4	3	2	3	5	4	4	4	5	5	5
45	4	4	5	4	4	4	4	4	4	2	3	3	1	4	4	4	4	4	4	4
46	5	5	5	5	4	4	5	4	5	5	2	2	1	5	5	5	5	5	5	5
47	5	4	4	5	2	2	3	4	3	2	3	2	1	2	3	4	5	4	5	5
48	5	3	4	5	4	5	2	4	4	4	5	2	2	2	3	3	4	4	5	4
49	2	2	3	3	3	3	4	2	3	4	2	2	2	3	3	3	4	5	5	5

50	2	4	4	4	3	5	5	4	5	5	2	2	3	3	3	3	4	5	4	4
51	3	4	4	3	2	2	3	4	4	3	2	3	3	3	4	5	4	4	5	5
52	4	4	4	3	3	3	4	4	5	4	4	4	2	3	2	1	5	5	2	5
53	5	5	5	4	4	4	3	4	4	4	5	3	4	3	4	4	5	4	4	5
54	5	5	4	3	4	3	3	4	4	4	2	3	3	4	3	4	5	5	5	5
55	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	2	4	4	4	4	5	4	4
56	4	4	4	4	5	4	4	3	3	4	2	3	3	3	3	2	5	5	5	5
57	5	4	4	5	4	3	4	4	4	4	2	3	2	4	5	4	5	4	5	4
58	5	4	4	4	5	3	3	3	4	4	2	2	3	4	4	5	5	4	5	4
59	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	2	2	2	2	2	5	5	4	5
60	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2	2	3	3	4	4	5	4	4	5
61	2	3	3	3	2	2	2	2	3	3	1	2	2	3	3	3	4	4	5	5
62	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	3	2	2	5	5	5	4	4	5	5
63	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	2	4	4	4	5	5	5	4
64	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	3	2	5	5	4	5	5	5	5	4
65	5	5	5	5	4	4	3	5	4	4	5	4	2	4	4	4	4	4	5	5
66	5	5	5	5	4	3	4	3	3	2	3	2	2	5	5	4	5	5	5	4
67	5	5	5	5	4	4	4	4	5	5	5	4	3	5	5	4	4	4	4	5
68	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	5	5	4
69	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	2	3	5	4	4	4	4	5	5	4
70	4	3	3	4	4	5	4	5	5	4	3	2	2	2	4	3	5	5	5	5
71	5	5	4	5	5	4	3	5	4	4	2	2	2	5	5	5	5	5	5	5

	ENFOQUE AL CLIENTE				LIDERAZGO			PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL			ENFOQUE BASADO EN PROCESOS			MEJORA CONTINUA			TOMA DE DECISIONES		GESTIÓN DE LAS RELACIONES	
MUY INSATISFECHO	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	8	2	5	3	1	3	0	0	0	0
INSATISFECHO	12	5	5	6	11	11	8	6	3	7	23	25	23	9	9	7	0	4	3	0
NULO	9	8	7	13	19	17	18	7	12	10	25	26	26	18	17	17	1	7	6	0
SATISFECHO	30	41	44	36	31	32	36	47	40	45	11	15	14	31	35	36	34	35	26	33
MUY SATISFECHO	20	16	14	15	9	10	9	11	15	8	4	3	3	10	9	8	36	25	36	38
	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71

	ENFOQUE AL CLIENTE				LIDERAZGO			PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL			ENFOQUE BASADO EN PROCESOS			MEJORA CONTINUA			TOMA DE DECISIONES		GESTIÓN DE LAS RELACIONES	
MUY INSATISFECHO	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	8	2	5	3	1	3	0	0	0	0
INSATISFECHO	24	10	10	12	22	22	16	12	6	14	46	50	46	18	18	14	0	8	6	0
NULO	27	24	21	39	57	51	54	21	36	30	75	78	78	54	51	51	3	21	18	0
SATISFECHO	120	164	176	144	124	128	144	188	160	180	44	60	56	124	140	144	136	140	104	132
MUY SATISFECHO	100	80	70	75	45	50	45	55	75	40	20	15	15	50	45	40	180	125	180	190
	271	279	278	271	249	252	259	276	278	265	193	205	200	249	255	252	319	294	308	322

ENFOQUE AL CLIENTE	77,4%
LIDERAZGO	53,5%
PARTICIPACION DEL PERSONAL	57,7%
ENFOQUE BASADO EN PROCESOS	42,1%
MEJORA CONTINUA	53,2%
TOMA DE DECISIONES	43,2%
GESTIÓN DE LAS RELACIONES	44,4%

PROM.	53,1%
--------------	--------------

Anexo C6: Plan de mejora basado en los requisitos de la norma ISO 9001: 2015

A. IDENTIFICACIÓN DEL ÁREA A MEJORAR

Área de Nutrición

B. IDENTIFICACIÓN DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DEL PROBLEMA

Según la esquila de causa-efecto realizado por los investigadores, se pudieron determinar las causas por las cuales la calidad del servicio no es buena, teniendo así: no se siguen los métodos adecuados, el personal auxiliar presenta una actitud poco servicial y poco amable al personal médico interno, así como también muestra poco interés en los requerimientos del mismo; por otro lado, el personal encargado de producción pocas veces da a conocer los objetivos que persigue la organización. El equipo con el que se trabaja es antiguo, por lo que presenta mantenimiento correctivo cada cierto periodo. En algunas ocasiones no se cuenta con los alimentos completos ni con el menaje.

C. FORMULACIÓN DE LOS OBJETIVOS, DEFINICIÓN DE LAS ACCIONES DE MEJORA Y MEDICIÓN DE LOS MISMOS

	OBJETIVOS		ACCIONES	META	RESPONSABLE	FECHA
1	4.1.2	Ejecutar un seguimiento y revisión de información externa e interna.	Hacer formato para seguimientos internos y externos.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	10 nov.
2	4.2.4	Ejecutar una revisión en el seguimiento de la información a las partes pertinentes..	Elaborar el formato para seguimiento de los requisitos.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	10 nov.
3	4.3.6	Determinar la capacidad del SGC.	Elaborar un Check List.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	10 nov.
4	4.3.8	Registrar los requerimientos no aplicables en el SGC.	Elaborar la carpeta de documentación de los requisitos que no son aplicables al SGC.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	10 nov.
5	4.4.9	Identificar en el SGC los procesos principales.	Elaborar un mapeo de procesos del área.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	10 nov.
6	4.4.10	Establecer criterios en los procesos considerando en ello responsabilidades en los procedimientos.	Elaborar el manual de operaciones.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	10 nov.
7	4.4.11	Mantener y conservar la información documentada de estos procesos.	Elaborar la carpeta de documentación de los procesos, controles, e indicadores.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	10 nov.
8	5.1.1	Evaluar que la alta dirección demuestre responsabilidad en el SGC.	Elaborar un Check List que muestre la responsabilidad presentada por la alta dirección.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	10 nov.
9	5.1.2.2	Garantizar con determinación y cumplimiento las exigencias del usuario.	Hacer un formato de verificación en base a las exigencias del usuario.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	10 nov.

10	5.1.2.3	Disponer y tener en cuenta los riesgos, oportunidades que afecten el incremento de satisfacción del usuario.	Elaborar un formato de matriz EFE y EFI.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	11 nov.
11	5.2.1.4	Sugerir una corrección a la empresa sobre su política de calidad.	Solicitar una junta con las partes involucradas para sugerir, discutir y corregir.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	11 nov.
12	5.2.2.5	Evaluar la disponibilidad de las partes involucradas y la comunicación.	Solicitar una junta con las partes interesadas para lograr una comunicación eficiente.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	11 nov.
13	5.3.6	Comunicar o difundir las responsabilidades y roles a las autoridades de la empresa.	Solicitar una junta con las partes involucradas para exponer y realizar los puntos del caso.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	11 nov.
14	6.1.1	Establecer que el SGC logre los resultados.	Elaborar un formato de matriz EFE y EFI.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	11 nov.
15	6.1.2	Planificar las principales acciones que integran los procesos en el sistema.	Solicitar una junta con las partes involucradas para definir los riesgos y oportunidades.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	11 nov.
16	6.2.3	Diseñar y planificar las actividades para lograr las metas del SIG-HSQ.	Solicitar una reunión con las personas correspondientes para lograr las metas del SIG.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	11 nov.
17	6.2.4	Registrar la información documentada de los objetivos.	Elaborar la matriz de objetivos, tanto trazados como alcanzados.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	11 nov.
18	6.3.5	Definir un procedimiento para establecerlos en el SGC, ya sea en la aplicación o implementación.	Aplicar un Check List (Norma ISO 9001:2015)	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	11 nov.

19	8.1.1	Cumplir los requerimientos para la prevención de servicios en los procesos importantes.	Diseñar indicadores de control para los procesos, logrando los requisitos de prevención de servicios.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	11 nov.
20	8.1.2	Considerar las operaciones de la empresa para sus salidas planificadas.	Elaborar un Check List de comprobación, basado en las salidas de los indicadores.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	11 nov.
21	8.1.3	Asegurar el control de los procesos externos contratados.	Elaborar un Check List de evaluación, basado en los procesos externos contratados.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	12 nov.
22	8.1.4	Considerar los efectos de los cambios no previstos, mitigando las actividades que causen daño.	Solicitar una reunión con las personas encargadas del área de nutrición	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	12 nov.
23	8.2.1.5	Evaluar la comunicación de los usuarios abarcando información acerca de los servicios y productos.	Elaborar un Check List de los servicios y productos en comunicación con los usuarios.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	12 nov.
24	8.2.1.6	Evaluar las quejas presentadas por los clientes respecto al servicio.	Revisar el cuaderno de reclamaciones para evaluar las quejas de los clientes.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	12 nov.
25	8.2.1.7	Establecer los requerimientos específicos para las actividades de contingencia.	Solicitar una reunión con la jefa encargada para determinar los requerimientos necesarios para las actividades de contingencia.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	12 nov.
26	8.2.2.8	Determinar el cumplimiento de los requerimientos legales para la empresa respecto a los servicios y productos.	Anexar todos los requerimientos legales.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	12 nov.
27	8.2.3.12	Asegurar que los requerimientos de pedido y contrato solucionen sus discrepancias.	Establecer un control y seguimiento del pedido a enviar y recibir diario.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	12 nov.

28	8.2.4.14	Documentar la información sobre los cambios expresados por el cliente.	Elaborar la carpeta de documentación de los cambios percibidos por el cliente.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	12 nov.
29	8.3.1.15	Establecer la prevención de los servicios en el desarrollo adecuado de sus procesos.	Elaborar manual de operaciones	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	13 nov.
30	8.3.3.17	Definir los requerimientos primordiales en los productos y servicios a considerar según las funciones, cargos legales y reglamentarios.	Solicitar una junta con las partes involucradas para definir los requisitos esenciales para la organización.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	13 nov.
31	8.3.3.18	Resolver las contradicciones que existen entre el producto y servicios, ya sea por el diseño y ejecución.	Definir con el jefe a cargo las acciones para la resolución ante cualquier contracción.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	13 nov.
32	8.3.3.19	Documentar todas las entradas del diseño, ejecución del producto y servicios.	Elaborar la carpeta de documentación de todas las entradas de un producto y servicio.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	13 nov.
33	8.3.4.20	Aplicar controles al proceso de plan y ejecución de los productos y servicios.	Definir un control semanal sobre el diseño de la programación alimentaria.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	13 nov.
34	8.3.4.21	Realizar la evaluación de la capacidad que tienen los resultados del plan y su ejecución en el cumplimiento de los requerimientos.	Establecer un cronograma de revisiones de evaluación y un responsable a cargo.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	14 nov.
35	8.3.4.22	Cumplir con los requerimientos de entradas asegurando el diseño y desarrollo de la empresa.	Elaborar un Check List de evaluación, basado en los requerimientos de las entradas de la empresa.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	14 nov.

36	8.3.4.23	Aplicar medidas de control durante el proceso ante un problema determinado en las evaluaciones.	Elaborar o diseñar parámetros de control para los procedimientos en ejecución.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	14 nov.
37	8.3.4.24	Documentar y controlar el diseño y desarrollo de la información.	Elaborar una carpeta de documentos para el diseño y desarrollo de la información.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	14 nov.
38	8.3.5.25	Asegurar que se cumpla los requerimientos de las salidas del diseño y desarrollo del producto.	Elaborar un Check List, basado en cumplir los requerimientos de entrada.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	14 nov.
39	8.3.5.26	Tener una provisión de productos para asegurar las salidas del diseño y desarrollo de estas adecuadamente.	Elaborar un Check List, basado en las salidas del producto según su diseño y desarrollo.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	14 nov.
40	8.3.5.27	Asegurar que los requerimientos de medición, seguimiento se enlacen al diseño y desarrollo del producto.	Elaborar un Check List basado en los requerimientos de medición y seguimiento.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	15 nov.
41	8.3.5.28	Asegurar la prevención adecuada del desarrollo del servicio y producto sean los primordiales.	Elaborar un Check List de verificación del producto o servicio.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	15 nov.
42	8.3.5.29	Mantener la información documentada de las salidas de los productos a desarrollar.	Elaborar una carpeta en la computadora del área de nutrición.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	15 nov.
43	8.3.6.30	Reconocer, observar e inspeccionar los cambios realizados en los servicios y productos.	Elaborar una ficha de identificación, revisión y cambios de un producto o servicio.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	15 nov.
44	8.3.6.31	Mantener información documentada del cambio de diseño y desarrollo de las actividades tomadas previniendo daños.	Elaborar una carpeta de información en la computadora del área de nutrición	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	15 nov.

45	8.4.1.33	Diagnosticar los controles aplicados en los procedimientos, servicios y productos.	Elaborar un manual de operaciones.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	15 nov.
46	8.4.1.34	Diagnosticar y adaptar principios para evaluar, seleccionar, seguir y reevaluar a los proveedores externos.	Elaborar una ficha a seguir y reevaluar de los proveedores externos.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	15 nov.
47	8.4.1.35	Mantener la documentación de la información de las acciones.	Elaborar una carpeta de información de las acciones realizadas.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	15 nov.
48	8.4.2.36	Asegurar los procedimientos, servicios y productos externos que no dañen la capacidad de entrega.	Elaborar un manual de operaciones.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	15 nov.
49	8.4.2.37	Definir el registro de aplicación de los proveedores externos y sus salidas derivadas.	Elaborar una ficha inspección de proveedores externos.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	15 nov.
50	8.4.2.40	Especificar las evaluaciones o acciones primordiales para los procedimientos, servicios y productos a cumplir.	Elaborar un manual de operaciones.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	15 nov.
51	8.5.1.47	Describir las acciones y características a desempeñar en documentos de información.	Elaborar un manual de operaciones.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	15 nov.
52	8.5.1.48	Establecer los resultados logrados en documentos de información.	Elaborar una ficha de las metas a alcanzar cada mes.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	15 nov.
53	8.5.1.49	Comprobar las reservas y las funciones de recursos a seguir teniendo una medición apta.	Elaborar un manual de operaciones.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	15 nov.

54	8.5.1.50	Comprobar las etapas adecuadas a implementar según la medición.	Elaborar un manual de operaciones.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	15 nov.
55	8.5.1.51	Comprobar el funcionamiento de la infraestructura para las acciones de los procedimientos.	Elaborar un manual de operaciones.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	15 nov.
56	8.5.1.52	Revisar la designación de personas competentes.	Elaborar un manual de operaciones.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	15 nov.
57	8.5.1.53	Controlar los resultados planeados a alcanzar en la validación y revalidación periódica.	Elaborar un manual de operaciones.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	15 nov.
58	8.5.1.54	Comprobar la implementación de actividades previniendo errores.	Elaborar un manual de operaciones.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	15 nov.
59	8.5.1.55	Comprobar la implementación de acciones de liberación y entrega.	Elaborar un manual de operaciones.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	15 nov.
60	8.5.2.56	Utilizar métodos correspondientes para reconocer las salidas en los servicios y productos.	Elaborar un manual de operaciones.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	15 nov.
61	8.5.2.57	Reconocer el estado de las salidas respecto a los requerimientos.	Elaborar un manual de operaciones.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	15 nov.
62	8.5.2.58	Mantener documentos de información para acceder la trazabilidad.	Elaborar un manual de operaciones.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	15 nov.
63	8.5.3.59	Cuidar que los clientes y proveedores estén bajo control de la empresa.	Elaborar un cuadro de control para las temperaturas del exhibidor de comida.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	15 nov.

64	8.5.4.62	Cuidar las salidas de la producción para consolidar la conformidad de los requerimientos.	Elaborar un manual de operaciones.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	15 nov.
65	8.5.5.63	Realizar los requerimientos para las acciones siguientes de las entregas asociadas de los productos.	Elaborar un manual de operaciones.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	15 nov.
66	8.5.5.67	Estimar las características que exige el cliente.	Realizar una encuesta en el área.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	15 nov.
67	8.5.5.68	Estimar la retroalimentación del cliente.	Realizar una charla con el personal interno del área de nutrición.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	15 nov.
68	8.5.6.70	Mantener documentos de información que describa las acciones de alguna revisión o cambio realizados.	Elaborar un informe de las acciones que tengan alguna revisión.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	15 nov.
69	8.6.71	Aplicar las disposiciones planteadas para examinar que los requerimientos se cumplan.	Elaborar un manual de operaciones.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	15 nov.
70	8.6.72	Mantener los documentos de información sobre la liberación de los servicios y productos.	Elaborar un manual de operaciones.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	15 nov.
71	8.6.73	Demostrar las conformidades junto a los criterios de aceptación.	Elaborar un manual de operaciones.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	15 nov.
72	8.6.74	Descubrir trazabilidad en la persona que autoricen la liberación.	Elaborar un manual de operaciones.	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	15 nov.

73	8.7.78	Tener las no conformidades de las salidas de una o demás formas.	Realizar charla en el área de nutrición	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	15 nov.
74	8.7.79	Mantener los documentos de información que detalle las no conformidades, las actividades realizadas, los permisos obtenidos y registrar las acciones no conformes.	Elaborar un cuaderno o libro de reclamaciones	De acuerdo a los objetivos	Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, José Luis	15 nov.

D. EJECUCIÓN DEL PLAN DE MEJORA

HOSPITAL ALTA COMPLEJIDAD VIRGEN DE LA PUERTA



Punto 4.1.2

FORMATO DE SEGUIMIENTO Y REVISIÓN DE LOS FACTORES INTERNOS Y EXTERNOS							
FACTOR	INTERNO	EXTERNO	NIVEL DE IMPACTO EN EL PROPÓSITO Y DIRECCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN				
			1	2	3	4	5

Punto 4.2.4

HOSPITAL ALTA COMPLEJIDAD VIRGEN DE LA PUERTA



FORMATO GENERAL DE PARTES INTERESADAS Y SUS REQUISITOS			DOCUMENTO N°				
			N° REVISIÓN:				
DEPARTAMENTO/ÁREA:					FECHA:		
PROCESO:					D	M	A
JEFE/COORDINADOR:							
RELACIÓN DE LAS PARTES INTERESADAS Y SUS REQUISITOS							
PARTE INTERESADA	REQUISITOS	RESPONSABLE	NIVEL DE IMPORTANCIA / INFLUENCIA				
			1	2	3	4	5
JEFE/COORDINADOR FIRMA:			RESPONSABLE FIRMA:				

Punto 4.3.6

HOSPITAL ALTA COMPLEJIDAD VIRGEN DE LA PUERTA



CHECH LIST DE VERIFICACIÓN DE LOS FACTORES INTERNOS Y EXTERNOS, PARTES INVOLUCRADAS Y SUS REQUISITOS	DOCUMENTO N°				
	N° REVISIÓN:				
DEPARTAMENTO/ÁREA:	FECHA:				
PROCESO:		D	M	A	
JEFE/COORDINADOR:					
	NIVEL DE CUMPLIMIENTO E IMPACTO EN EL SGC				
FACTORES INTERNOS Y EXTERNOS	1	2	3	4	5
	NIVEL DE CUMPLIMIENTO E IMPACTO EN EL SGC				
REQUISITOS DE LAS PARTES INTERESADAS	1	2	3	4	5

HOSPITAL ALTA COMPLEJIDAD VIRGEN DE LA PUERTA

MAPEO DE PROCESOS DEL ÁREA DE NUTRICIÓN: ATENCIÓN COMEDOR



HOSPITAL ALTA COMPLEJIDAD VIRGEN DE LA PUERTA



**FORMATO EVALUACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD POR PARTE DE LA ALTA DIRECCIÓN
CON EL SGC**

ÍTEM	CUMPLIMIENTO	
	SI	NO
Informa lo importante de satisfacer de manera correcta a los usuarios.		
Informa lo importante de cumplir todos los requerimientos.		
Fija e informa las políticas de calidad de la empresa.		
Instaura las metas que ayudan a mejorar la calidad.		
Hace algunas revisiones en los tiempos correspondientes.		
Comprobar la disponibilidad de los recursos indispensables.		
Define, cambia y cumple los requerimientos del usuario.		
Determinar si se satisface al usuario atentado.		
TOTAL		

PORCENTAJE DE RESPONSABILIDAD

BUENO	80 - 100 %
REGULAR	40 - 79 %
MALO	0 - 39 %

Punto 5.1.2.2

HOSPITAL ALTA COMPLEJIDAD VIRGEN DE LA PUERTA



FORMATO DE VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUERIMIENTOS DEL CLIENTE		DOCUMENTO N°			
NOMBRE DE LA AGENCIA/CLIENTE:		FECHA:			
RUC:		D	M	A	
JEFE/COORDINADOR/ ENCARGADO:					
REQUERIMIENTO DE LOS CLIENTES			CUMPLIMIENTO		
			SÍ	NO	

Punto 5.1.2.3

HOSPITAL ALTA COMPLEJIDAD VIRGEN DE LA PUERTA



MATRIZ DE VALORACIÓN DE FACTORES EXTERNOS (EFE)

OPORTUNIDADES			
FACTOR	PESO	CALIFICACIÓN	PUNTUACIÓN
			0
			0
			0
			0
			0
			0
SUBTOTAL OPORTUNIDADES			0
AMENAZAS			
FACTOR	PESO	CALIFICACIÓN	PUNTUACIÓN
			0
			0
			0
			0
			0
			0
SUBTOTAL AMENAZAS			0
TOTAL	1,00	-	0

(El total del peso tiene que ser igual a 1,00)

Calificaciones:

1 = Menor amenaza

2 = Mayor amenaza

3 = Menor oportunidad

4 = Mayor oportunidad

MATRIZ DE VALORACIÓN DE FACTORES INTERNOS (EFI)

FORTALEZAS			
FACTOR	PESO	CALIFICACIÓN	PUNTUACIÓN
			0
			0
			0
			0
			0
			0
SUBTOTAL FORTALEZAS			0
DEBILIDADES			
FACTOR	PESO	CALIFICACIÓN	PUNTUACIÓN
			0
			0
			0
			0
			0

			0
SUBTOTAL DEBILIDADES			0
TOTAL	1,00	-	0

(El total del peso tiene que ser igual a 1,00)

Calificaciones:

1 = Menor debilidad

2 = Mayor debilidad

3 = Menor fortaleza

4 = Mayor fortaleza

Punto 6.2.4

HOSPITAL ALTA COMPLEJIDAD VIRGEN DE LA PUERTA



MATRIZ DE OBJETIVOS

OBJETIVO	META	INDICADOR	RESPONSABLE	TIEMPO/LÍMITE

Punto 8.1.1



HOSPITAL ALTA COMPLEJIDAD VIRGEN DE LA PUERTA

INDICADORES DE CONTROL DE PROCESOS

TRABAJO EXTRA $\frac{\# \text{ Inasistencias del personal}}{\# \text{ Turnos programados}}$

% RACIONES ATENDIDAS $\frac{\# \text{ Raciones atendidas}}{\# \text{ Raciones requeridas}}$

EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO $\frac{\# \text{ Empleados en Comedor}}{\# \text{ Empleados en Total}}$

	N° personas atendidas	Tiempo
CONTROL DE TIEMPOS	día 1	
	día 2	
	día 3	
	...	
	día "n"	

Punto 8.1.2



HOSPITAL ALTA COMPLEJIDAD VIRGEN DE LA PUERTA

ÍTEMS	VERIFICACIÓN	
	SÍ	NO
Los indicadores están diseñados según la finalidad que busca el jefe/coordinador del servicio.		
Los indicadores presentados con anterioridad contribuyeron al control de los procedimientos dados en la empresa.		
Los indicadores son simples de evaluar, con el diseño de obtener información objetiva y confiable.		
Los indicadores son simples de medir y analizar.		

HOSPITAL ALTA COMPLEJIDAD VIRGEN DE LA PUERTA

CHECKLIST DE EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS EXTERNOS CONTRATADOS		DOCUMENTO N°		
NOMBRE DE LA AGENCIA/CLIENTE:		FECHA:		
RUC:		D	M	A
JEFE/COORDINADOR/ ENCARGADO:				
		CUMPLIMIENTO		
ÍTEM		SÍ	NO	NA
Transporte adecuado, con respecto a la materia, producto o servicio que producen.				
Cumplimiento con el horario y fechas en los que se acuerda.				
Cumplimiento con los requerimientos impuestos por la organización.				
El personal se encuentra calificado para responder preguntas técnicas.				
Cuentan con un procedimiento para resolución de inconvenientes: reclamaciones, pedidos inadecuados, etc.				
En el caso de que se presente alguna queja por parte de la organización, toman acciones correctivas o preventivas, para evitar algún otro problema.				

Punto 8.2.1.5



HOSPITAL ALTA COMPLEJIDAD VIRGEN DE LA PUERTA

CHECK LIST DE DIAGNÓSTICO PARA DETERMINAR LA COMUNICACIÓN QUE SE TIENE AL CLIENTE		DOCUMENTO N°		
NOMBRE DE LA AGENCIA/CLIENTE:		FECHA:		
RUC:		D	M	A
JEFE/COORDINADOR/ ENCARGADO:				
ÍTEM	CUMPLIMIENTO			
	SÍ	NO	NA	
Se especifica el tiempo de espera.				
Se le detalla al cliente el contenido de los productos.				
Se le comunica al cliente el tiempo de entrega del servicio.				
Si se presenta algún inconveniente al momento de entrega se le hace una especificación al cliente.				
Se toma en cuenta los requerimientos o sugerencias por parte del cliente para poder obtener un mejor producto o servicio.				

HOSPITAL ALTA COMPLEJIDAD VIRGEN DE LA PUERTA

CRONOGRAMA DE REVISIONES DEL PLAN Y MEJORA DE LOS SERVICIOS Y PRODUCTOS

NOVIEMBRE

LIC. YASSDINA ARISTA	1	8	15	22	29
-----------------------------	---	---	----	----	----

LIC. EDWIN ORE	2	9	16	23	30
-----------------------	---	---	----	----	----

LIC. LUISA FERNANDEZ	3	10	17	24
-----------------------------	---	----	----	----

LIC. DANIELA CRESPO	4	11	18	25
----------------------------	---	----	----	----

LIC. MELVA GUERRA	5	12	19	26
--------------------------	---	----	----	----

LIC. ROSITA LOAYZA	6	13	20	27
---------------------------	---	----	----	----

LIC. VIVIANA ULLOA	7	14	21	28
---------------------------	---	----	----	----

LIC. LUZ DÍAZ VACACIONES

Descripción:	Fecha:
Puntos chequeados: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	Encargado(a):

Control de las salidas del diseño y desarrollo de los productos y servicios.

1. Productos utilizados	
¿Los elementos utilizados son correctos?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
¿Se tiene los registros de recepción de los productos?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
¿Se tiene los registros de la salida de los productos?	

2. Actividades desarrolladas	
¿Se ejecutaron los procedimientos?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
¿Se usaron las revisiones nuevas de los procedimientos?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
¿Se llenaron los registros y estos son correctos?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A

3. Incidencias del producto y servicio	
¿Producto o servicio final conforme?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
¿Existe alguna incidencia del producto y servicio relacionado?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
¿Existe un código incidencias relacionadas al tema?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A

4. Tiempos del diseño y desarrollo	
¿Existieron retrasos en la fabricación del diseño de productos y servicios?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
¿Existe equipos indisponibles?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/P

5. Entrega de productos o servicios	
¿Producto y servicio correctamente identificados?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A
¿Producto y servicio conforme a las especificaciones del cliente?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A

Observaciones

NOTA: N/A = No aplicable. N/P = No presenciado.

HOSPITAL ALTA COMPLEJIDAD VIRGEN DE LA PUERTA

SELECCIÓN, EVALUACIÓN Y REEVALUACIÓN DE PROVEEEDORES EXTERNOS

Encargado:	Rev: 001	Página 1 - 1
Aprobado:	Fecha:	

DESCRIPCIÓN	MALO	REGULAR	BUENO
El trabajo realizado por el proveedor externo es eficiente.			
El proveedor externo cumple normativas ambientales.			
El proveedor externo cuenta con la calidad de los materiales y suministros.			
El proveedor externo tiene buenos equipos y herramientas.			
El proveedor externo cumple con los niveles de calidad de servicio requeridos			
El proveedor externo cumple las normas y reglamentos de seguridad de los productos o servicios.			
El proveedor externo realiza adecuadamente los procedimientos y exigencias de las normas de calidad ambiental.			
Son óptimos la calidad del servicio y los productos del proveedor externo			

La calidad de los materiales e insumos del proveedor externo son los adecuados.			
El personal inicialmente demuestra iniciativa y compromiso en el desarrollo del servicio			
El proveedor externo cumple con los plazos de entrega de servicio.			

HOSPITAL ALTA COMPLEJIDAD VIRGEN DE LA PUERTA

Área:

Página: 1 de 1

Encargado(a):

Fecha:

**FORMATO DE CONTROL EXTERNO DEL PROVEEDOR Y SUS
CORRESPONDIENTES SALIDAS**

DESCRIPCIÓN	SÍ	NO
El personal médico interno asegura de que las salidas resultantes del proveedor externo sean los adecuados.		
El personal médico interno afirma que los procedimientos del servicio y productos sean correctos en las salidas.		
El personal médico interno se asegura de que los controles del proveedor incluyan los requerimientos a seguir y medir sean adecuados.		
El personal médico interno se asegura de que las salidas resultantes y la aplicación del proveedor externo especifiquen los rasgos principales del producto y servicio a prevenir de manera segura y concreta.		
El personal médico interno controla y conserva las actividades del proveedor para hacerlos más eficientes.		
El personal médico interno reconoce, examina y controla al proveedor en sus salidas correspondientes sea el área a utilizar.		

Punto 8.5.1.48

HOSPITAL ALTA COMPLEJIDAD VIRGEN DE LA PUERTA

META DEL MES:

¿Por qué queremos alcanzar la meta?

¿Cuáles son los posibles obstáculos que tendríamos?

PLAN DE MEJORA:

¿Cómo vamos a lograr la meta?

PROGRESO:

ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE

¿Qué tal nos sentimos habiendo alcanzado la meta?

Fecha a lograr: _____

HOSPITAL ALTA COMPLEJIDAD VIRGEN DE LA PUERTA

Área:	Página: 1 de 1
Encargado(a):	Fecha:

Valores de Temperatura en el Área de Producción

TIPOS DE COMIDA	TEMPERATURA
COMIDA CALIENTE	
Para el despacho siguiente (desayuno, almuerzo y cena)	< +65 °C
PLATOS FRÍOS	
Verduras, fiambres	< +7 °C
Ensaladas, huevos, leche, postres.	< +7 °C
Helados	< +12 °C

HOSPITAL ALTA COMPLEJIDAD VIRGEN DE LA PUERTA

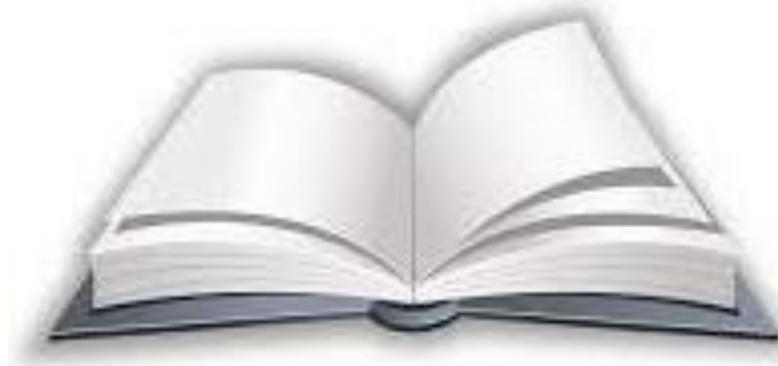
Área:	Página: 1 de 1
Encargado(a):	Fecha:

HISTORIAL DE CAMBIOS DE LA INFORMACIÓN DOCUMENTADA

N°	CAMBIOS REALIZADOS	CARGO	FIRMA	FECHA / HORA

HOSPITAL ALTA
COMPLEJIDAD VIRGEN
DE LA PUERTA

CUADERNO DE
RECLAMACIONES

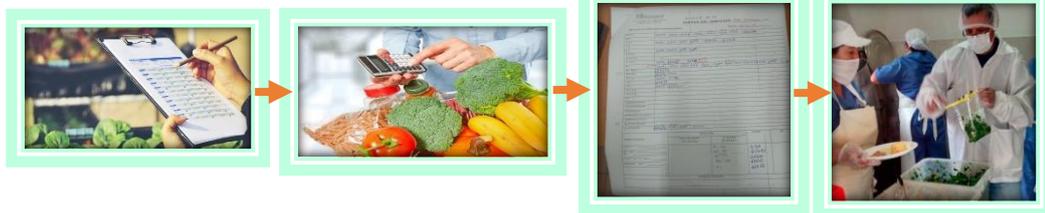


TRUJILLO - 2019

Anexo C7: Manual de operaciones

		MANUAL DE OPERACIONES		REVISIÓN: 001	
				FECHA 30/09/2019	TRUJILLO - PERÚ
					
PROCEDIMIENTO	DESCRIPCIÓN DE ACCIONES	RESPONSABLE	EPPS		
PLANEAMIENTO DE REGÍMENES NORMALES Y DIETOTERAPÉUTICOS	1. Elaborar un programa diario de desayuno, almuerzo y cenas tanto normales y dietéticas.	Nutricionista	Guantes, toca (cofia o gorro), mascarilla, uniforme		
	2. Elaborar las dosis de los alimentos a preparar en el menú.				
	3. Asegurar que las preparaciones contengan las cantidades adecuadas de insumos.				
	4. Deducir el valor de nutrición y balance de los sistemas programadas.				
	5. Mostrar el programa los jefes y coordinadores del área.				
ELABORADO POR: Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, Jose	REVISADO POR:	APROBADO POR:			

	MANUAL DE OPERACIONES	REVISIÓN: 002	
		FECHA 30/09/2019	TRUJILLO - PERÚ



PROCEDIMIENTO	DESCRIPCIÓN DE ACCIONES	RESPONSABLE	EPPS
REQUISICIÓN DE ALIMENTOS E INSUMOS	1. Determinar los estándares de calidad.	Nutricionista	Guantes, toca (cofia o gorro), mascarilla, uniforme
	2. Dar dosis de alimentos a las personas para su preparación.		
	3. Evaluar los costos de los alimentos de según la cantidad utilizada promedio.		
	4. Proveer los recursos primordiales: útiles de limpieza, escritorio, equipos entre otros.		
	5. Trasladar y gestionar la reposición de los insumos y materiales para su compra.	Digitador	
	6. Colaborar con el Comité encargado el procesamiento.	Nutricionista	
	7. Hacer un informe de todas las muestras en base a la calidad y precios.		
ELABORADO POR: Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, Jose	REVISADO POR:	APROBADO POR:	



PROCEDIMIENTO	DESCRIPCIÓN DE ACCIONES	RESPONSABLE	EPPS
EVALUACIÓN DE MUESTRAS DE ALIMENTOS	1. Recoger las tomas a revisar comparándolo con la lista dada al proveedor.	Secretaría	Guantes, toca (cofia o gorro), mascarilla, uniforme
	2. Recoger las muestras dándole un numero de manera secuencial para que el personal que hace la degustación, no perciba la marca del producto.	Nutricionista Jefe o Coordinador	
	3. Hacer la cocción para los procedimientos previos a evaluar.	Técnico o Auxiliar Asistencial Capacitado	
	4. Inspeccionar las muestras teniendo las características y productos, verificando las fechas de vencimiento correspondientes.	Nutricionista	
	5. Registrar los puntos correspondientes del formato de puntuación.		
	6. Asegurar los puntos que obtuvieron mayor puntaje según el formato presentado.	Nutricionista Jefe o Coordinador	
ELABORADO POR: Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, Jose	REVISADO POR:	APROBADO POR:	



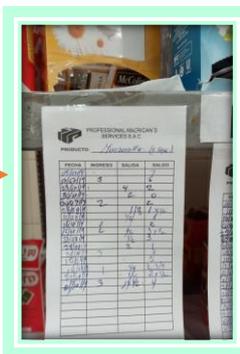
MANUAL DE OPERACIONES

REVISIÓN: 004

FECHA

30/09/2019

TRUJILLO - PERÚ



PROCEDIMIENTO	DESCRIPCIÓN DE ACCIONES	RESPONSABLE	EPPS
<p>RECEPCIÓN Y ALMACÉN DE ALIMENTOS E INSUMOS VERIFICANDO LA CALIDAD</p>	<p>1.Comprobar que se efectúen las normas de bioseguridad de los alimentos que entran al servicio en el transporte en su horario establecido.</p>	<p>Nutricionista</p>	<p>Guantes, toca (cofia o gorro), mascarilla, uniforme</p>
	<p>2.Verificar que se efectúen las técnicas para cumplir las especificaciones del producto.</p>		
	<p>3.Examinar las ordenes de compras de los requerimientos de los alimentos e insumos ingresados.</p>	<p>Nutricionista y Técnico de Almacén</p>	
	<p>4.Apuntar los ingresos en los formatos presentados.</p>		
	<p>5.Explicar en la ficha de " Control de Calidad" el no cumplir con las normas técnicas de los proveedores como productos en mal estado, devoluciones, etc.</p>	<p>Nutricionista</p>	
	<p>6.Inscribir y firmar las anotaciones de las cantidades de Guías de recepción.</p>		

	7.Realizar actividades si sucede incumplimiento en las cantidades o fechas.	Nutricionista Jefe / Coordinador	
	8.Inspeccionar la clasificación de los tipos de productos según las fechas, insumos o cámaras de conservación.	Nutricionista y Técnico de Almacén	
	9.Examinar los registros de control de los productos en el kárdex.		
	10. Examinar los productos para disponer de un stock diariamente.	Nutricionista Jefe/ Coordinador	
ELABORADO POR: Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, Jose	REVISADO POR:	APROBADO POR:	



MANUAL DE OPERACIONES

REVISIÓN: 005

FECHA
30/09/2019

TRUJILLO - PERÚ



PROCEDIMIENTO	DESCRIPCIÓN DE ACCIONES	RESPONSABLE	EPPS
<p>ELABORACIÓN Y ENTREGA DE LOS REGÍMENES NORMALES Y DIETOTERAPÉUTICOS</p>	<p>1.Elaborar un programa diario según los datos del personal y sus regímenes.</p>	<p>Nutricionista</p>	
	<p>2.Hacer un consolidado de las raciones a preparar en las diferentes áreas del hospital.</p>		
	<p>3. Repartir los insumos en las áreas de trabajo según los pedidos.</p>	<p>Técnico de Recepción y Almacén</p>	
	<p>4.Examinar los productos antes de su elaboración.</p>	<p>Nutricionista</p>	
	<p>5.Ejecutar los procesos previos a la limpieza antes de su elaboración y preparación de las dietas.</p>	<p>Técnico de Nutrición o Auxiliar Capacitado</p>	
	<p>6.Examinar las dosis en los alimentos usados teniendo un aporte en los nutrientes correspondientes.</p>	<p>Nutricionista</p>	

	7.Revisar que se aplique las buenas prácticas de manufactura en los alimentos.		
	8.Hacer la elaboración aplicando las buenas prácticas de manipulación.	Técnico de Nutrición o Auxiliar Capacitado	
	9.Dar las preparaciones culminadas en el control de calidad.		
	10. Efectuar el control de calidad de cada preparación.	Nutricionista	
	11.Repartir las preparaciones, según la unidad del hospital.	Técnico de Nutrición o Auxiliar Capacitado	
	12.Hacer un lavado en los ambientes, equipos para cumplir con la norma de bioseguridad.		
	13.Organizar durante el periodo un control microbiológico para los servicios.	Nutricionista	
	14.Conservar ordenada y limpia el área manteniendo un control de registro en el cuaderno.	Técnico de Nutrición o Auxiliar Capacitado	
ELABORADO POR: Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, Jose	REVISADO POR:	APROBADO POR:	

	MANUAL DE OPERACIONES	REVISIÓN: 006	
		FECHA 30/09/2019	TRUJILLO - PERÚ



PROCEDIMIENTO	DESCRIPCIÓN DE ACCIONES	RESPONSABLE	EPPS
REVISIÓN DE LAS ATENCIONES AL USUARIO DEL COMEDOR	1.Examinar que la programación este relacionada con los números de raciones.	Nutricionista	Guantes, toca (cofia o gorro), mascarilla, uniforme
	2.Tomar y trasladar las cantidades brindadas según las preparaciones de regímenes.	Técnico de Comedor o Auxiliar Capacitado	
	3.Examinar que el personal cumpla las BPM.	Nutricionista	
	4.Vigilar al personal que ingrese con su DNI o foto Check en la entrada.	Técnico de Comedor o Auxiliar Capacitado	
	5.Mantener a temperatura adecuada la preparación establecida.		
	6.Asegurar el informe de los usuarios para estadística.	Nutricionista	

	7. Colocar en el lugar adecuado las bandejas utilizadas.	Usuario de Comedor / Técnico Nutrición o Auxiliar Capacitado	
	8.Desarrollar adecuadamente las normas de BPM en los equipos y ambientes utilizados.	Técnico de Comedor o Auxiliar Capacitado	
	9.Desarrollar diariamente un inventario de los utensilios.		
	10.Organizar y desarrollar una encuesta al usuario cada cierto tiempo.		
	11.Observar el cuaderno de reclamos.	Nutricionista	
	12.Revisar que los equipos sean adecuados o de lo contrario se realizará un cambio.		
ELABORADO POR: Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, Jose	REVISADO POR:	APROBADO POR:	



PROCEDIMIENTO	DESCRIPCIÓN DE ACCIONES	RESPONSABLE	EPPS
<p>CONTROL DE ANÁLISIS MICROBIOLÓGICO</p>	<p>1.Realizar una solicitud semestral de análisis microbiológicos por centro autorizados.</p>	<p>Nutricionista</p>	<p>Guantes, toca (cofia o gorro), mascarilla, uniforme</p>
	<p>2.Revisar la toma de muestra por el laboratorio, según sea la normatividad vigente.</p>		
	<p>3. Recibir los resultados del análisis de control microbiológico que debe ser realizado por la autoridad perteneciente.</p>		
	<p>4.Aplicar medidas de corrección.</p>		
	<p>5.Mostrar el programa a los jefes del área.</p>		
<p>ELABORADO POR: Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, Jose</p>	<p>REVISADO POR:</p>	<p>APROBADO POR:</p>	



PROCEDIMIENTO	DESCRIPCIÓN DE ACCIONES	RESPONSABLE	EPPS
<p style="text-align: center;">CHARLA DE NUTRICIÓN</p>	<p>1. Ingreso y búsqueda de las personas que asisten a la charla grupal.</p>	<p>Técnico y/o Auxiliar</p>	
	<p>2. Desarrollar un diagnóstico previo para medir el nivel de educación.</p>	<p>Nutricionista</p>	
	<p>3. Exponer el tema haciendo uso audiovisual, teniendo mensajes directos y claros, motivando la participación de las personas para que opinen y realicen alguna consulta sobre el tema.</p>		
	<p>4. Resolver alguna duda a las preguntas de las personas con relación a los temas efectuados.</p>		
	<p>5. Desarrollar un diagnóstico luego de la charla brindada.</p>		
	<p>6. Ofrecer materiales de apoyo para las personas.</p>		
	<p>7. Firmar la asistencia correspondiente.</p>		
<p>ELABORADO POR: Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, Jose</p>	<p>REVISADO POR:</p>	<p>APROBADO POR:</p>	

	MANUAL DE OPERACIONES	REVISIÓN: 009	
		FECHA 30/09/2019	TRUJILLO - PERÚ



PROCEDIMIENTO	DESCRIPCIÓN DE ACCIONES	RESPONSABLE	EPPS
TALLER DE NUTRICIÓN	1.Plantear fechas para los talleres de manera temática.	Nutricionista	
	2.Contabilizar los alimentos a usar en el taller para demostrarlos en la sesión a sustentar.		
	3. Recibir y registrar a todos los participantes del taller.	Técnico y/o Auxiliar de Nutrición	
	4.Desarrollar un diagnóstico previo para saber el impacto de este taller en los participantes.	Nutricionista y Técnico y/o Auxiliar de Nutrición	
	5.Explicar los temas en la fecha establecida, dando a entender a los participantes un vocabulario simple que puedan entender y comprender el objetivo que tiene el taller hacia ellos, mostrándoles una orientación metodológica del valor nutricional hoy en día.	Nutricionista	

	6.Fortalecer un buen aprendizaje de todas las acciones dadas.		
	7. Desarrollar un diagnóstico final luego de la charla brindada.	Técnico / Nutricionista	
	8.Firmar la asistencia correspondiente.	Nutricionista	
ELABORADO POR: Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, Jose	REVISADO POR:	APROBADO POR:	

COMPAÑIA	TIPO DE CAPTURA	INFORMACIÓN	COBERTURA	COSTO
Alexa	Toolbar	Rankings, tendencias, visitantes, paginación	WW	Gratis
Compete	ISP, Toolbar, Panel	Rankings, tendencias, visitantes, paginación y search	WW	Gratis + Pago
Google Trends	---	Tendencias Search Volume	WW	Gratis
comScore	Panel	Tendencias, tráfico (visitas, page views, time spent) alcance, audiencia	WW	Pago
ED	Encuesta online	Hábitos	Colombia	Pago
Quantcast	Panel y Publishers	Audiencia, tráfico	US	Gratis



PROCEDIMIENTO	DESCRIPCIÓN DE ACCIONES	RESPONSABLE	EPPS
ACTIVIDAD MASIVA DE COMUNICACIÓN	1. Colaborar en las campañas grupales que realiza la unidad de salud para prevenir.	Nutricionista	
	2. Planear las campañas a realizar.		
	3. Organizar en grupos para que realicen sus actividades multidisciplinarias.	Administración	
	4. Realiza la actividad en la fecha establecida brindando a todos los participantes una actividad que sea entendible, sencilla y clara para que puedan realizarlo en su día a día.	Nutricionista	
	5. Determinar cada mes un sistema hospitalario.		
ELABORADO POR: Chávez Tello, Norka Corcuera Mosqueira, Jose	REVISADO POR:	APROBADO POR:	

DIAGNÓSTICO DE EVALUACIÓN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD SEGÚN ISO 9001-2015					
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN: A. Cumple completamente con el criterio enunciado (10 puntos: Se establece, se implementa y se mantiene; Corresponde a las fase de Verificar y Actuar para la Mejora del sistema); B. cumple parcialmente con el criterio enunciado (5 puntos: Se establece, se implementa, no se mantiene; Corresponde a las fase del Hacer del sistema); C. Cumple con el mínimo del criterio enunciado (3 puntos: Se establece, no se implementa, no se mantiene; Corresponde a las fase de identificación y Planeación del sistema); D. No cumple con el criterio enunciado (0 puntos: no se establece, no se implementa, no se mantiene N/S).					
No.	NUMERALES	CRITERIO INICIAL DE CALIFICACIÓN			
		A-V	H	P	N/S
		A	B	C	D
4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN					
4.1 COMPRESIÓN DE LA ORGANIZACIÓN Y SU CONTEXTO		10	5	3	0
1	Se determinan las cuestiones externas e internas que son pertinentes para el propósito y dirección estratégica de la organización.	10			
2	Se realiza el seguimiento y la revisión de la información sobre estas cuestiones externas e internas.	10			
4.2 COMPRESIÓN DE LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LAS PARTES INTERESADAS					
3	Se ha determinado las partes interesadas y los requisitos de estas partes interesadas para el sistema de gestión de Calidad.	10			
4	Se realiza el seguimiento y la revisión de la información sobre estas partes interesadas y sus requisitos.	10			
4.3 DETERMINACIÓN DEL ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD					
5	El alcance del SGC, se ha determinado según: Procesos operativos, productos y servicios, instalaciones físicas, ubicación geográfica.	10			
6	El alcance del SGC se ha determinado teniendo en cuenta los problemas externos e internos, las partes interesadas y sus productos y servicios.	10			
7	Se tiene disponible y documentado el alcance del Sistema de Gestión.	10			
8	Se tiene justificado y/o documentado los requisitos (exclusiones) que no son aplicables para el Sistema de Gestión.		5		

4.4 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y SUS PROCESOS					
9	Se tienen identificados los procesos necesarios para el sistema de gestión de la organización.	10			
10	Se tienen establecidos los criterios para la gestión de los procesos teniendo en cuenta las responsabilidades, procedimientos, medidas de control e indicadores de desempeño necesarios que permitan la efectiva operación y control de los mismos.	10			
11	Se mantiene y conserva información documentada que permita apoyar la operación de estos procesos.	10			
SUBTOTAL		100	5	0	0
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		95%			
5. LIDERAZGO					
5.1 LIDERAZGO Y COMPROMISO GERENCIAL					
1	Se demuestra responsabilidad por parte de la alta dirección para la eficacia del SGC.	10			
5.1.2 Enfoque al cliente					
2	La gerencia garantiza que los requisitos de los clientes de determinan y se cumplen.	10			
3	Se determinan y consideran los riesgos y oportunidades que puedan afectar a la conformidad de los productos y servicios y a la capacidad de aumentar la satisfacción del cliente.	10			
5.2 POLÍTICA					
5.2.1 ESTABLECIMIENTO DE LA POLÍTICA					
4	La política de calidad con la que cuenta actualmente la organización está acorde con los propósitos establecidos.	10			
5.2.2 Comunicación de la política de calidad					
5	Se tiene disponible a las partes interesadas, se ha comunicado dentro de la organización.	10			
5.3 ROLES, RESPONSABILIDADES Y AUTORIDADES EN LA ORGANIZACIÓN					
6	Se han establecido y comunicado las responsabilidades y autoridades para los roles pertinentes en toda la organización.	10			
SUBTOTAL		60	0	0	0
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		100%			
6. PLANIFICACIÓN					
6.1 ACCIONES PARA ABORDAR RIESGOS Y OPORTUNIDADES					
1	Se han establecido los riesgos y oportunidades que deben ser abordados para asegurar que el SGC logre los resultados esperados.		5		
2	La organización ha previsto las acciones necesarias para abordar estos riesgos y oportunidades y los ha integrado en los procesos del sistema.		5		
6.2 OBJETIVOS DE LA CALIDAD Y PLANIFICACIÓN PARA LOGRARLOS					
3	Que acciones se han planificado para el logro de los objetivos del SIG-HSQ, programas de gestión.			3	

4	Se mantiene información documentada sobre estos objetivos			3	
6.3 PLANIFICACIÓN DE LOS CAMBIOS					
5	Existe un proceso definido para determinar la necesidad de cambios en el SGC y la gestión de su implementación.			3	
SUBTOTAL		0	10	9	0
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		38%			
7. APOYO					
7.1 RECURSOS					
7.1.1 Generalidades					
1	La organización ha determinado y proporcionado los recursos necesarios para el establecimiento, implementación, mantenimiento y mejora continua del SGC (incluidos los requisitos de las personas, medioambientales y de infraestructura).		5		
7.1.5 Recursos de seguimiento y medición					
7.1.5.1 Generalidades					
2	En caso de que el monitoreo o medición se utilice para pruebas de conformidad de productos y servicios a los requisitos especificados, ¿Se han determinado los recursos necesarios para garantizar un seguimiento válido y fiable, así como la medición de los resultados?			3	
7.1.5.2 Trazabilidad de las mediciones					
3	Dispone de métodos eficaces para garantizar la trazabilidad durante el proceso operacional.			3	
7.1.6 Conocimientos de la organización					
4	Ha determinado la organización los conocimientos necesarios para el funcionamiento de sus procesos y el logro de la conformidad de los productos y servicios y, ha implementado un proceso de experiencias adquiridas.			3	
7.2 COMPETENCIA					
5	La organización se ha asegurado de que las personas que puedan afectar al rendimiento del SGC son competentes en cuestión de una adecuada educación, formación y experiencia, ha adoptado las medidas necesarias para asegurar que puedan adquirir la competencia necesaria		5		
7.3 TOMA DE CONCIENCIA					
6	Existe una metodología definida para la evaluación de la eficacia de las acciones formativas emprendidas.			3	
7.4 COMUNICACIÓN					
7	Se tiene definido un procedimiento para las comunicación internas y externas del SIG dentro de la organización.		5		
7.5 INFORMACIÓN DOCUMENTADA					
7.5.1 Generalidades					
8	Se ha establecido la información documentada requerida por la norma y necesaria para la implementación y funcionamiento eficaces del SGC.		5		

7.5.2 Creación y actualización					
9	Existe una metodología documentada adecuada para la revisión y actualización de documentos.			3	
7.5.3 Control de la información documentada					
10	Se tiene un procedimiento para el control de la información documentada requerida por el SGC.			3	
SUBTOTAL		0	20	18	0
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		38%			
8. OPERACIÓN					
8.1 PLANIFICACIÓN Y CONTROL OPERACIONAL					
1	Se planifican, implementan y controlan los procesos necesarios para cumplir los requisitos para la provisión de servicios.		5		
2	La salida de esta planificación es adecuada para las operaciones de la organización.		5		
3	Se asegura que los procesos contratados externamente estén controlados.	10			
4	Se revisan las consecuencias de los cambios no previstos, tomando acciones para mitigar cualquier efecto adverso.		5		
8.2 REQUISITOS PARA LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS					
8.2.1 Comunicación con el cliente					
5	La comunicación con los clientes incluye información relativa a los productos y servicios.	10			
6	Se obtiene la retroalimentación de los clientes relativa a los productos y servicios, incluyendo las quejas.	10			
7	Se establecen los requisitos específicos para las acciones de contingencia, cuando sea pertinente.	10			
8.2.2 Determinación de los requisitos para los productos y servicios					
8	Se determinan los requisitos legales y reglamentarios para los productos y servicios que se ofrecen y aquellos considerados necesarios para la organización.	10			
8.2.3 Revisión de los requisitos para los productos y servicios					
9	La organización se asegura que tiene la capacidad de cumplir los requisitos de los productos y servicios ofrecidos.	10			
10	La organización revisa los requisitos del cliente antes de comprometerse a suministrar productos y servicios a este.	10			
11	Se confirma los requisitos del cliente antes de la aceptación por parte de estos, cuando no se ha proporcionado información documentada al respecto.	10			
12	Se asegura que se resuelvan las diferencias existentes entre los requisitos del contrato o pedido y los expresados previamente.	10			
13	Se conserva la información documentada, sobre cualquier requisito nuevo para los servicios.	10			
8.2.4 Cambios en los requisitos para los productos y servicios					
14	Las personas son conscientes de los cambios en los requisitos de los productos y servicios, se modifica la información documentada pertinente a estos cambios.	10			

8.3 DISEÑO Y DESARROLLO DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS					
8.3.1 Generalidades					
15	Se establece, implementa y mantiene un proceso de diseño y desarrollo que sea adecuado para asegurar la posterior provisión de los servicios.		5		
8.3.2 Planificación del diseño y desarrollo					
16	La organización determina todas las etapas y controles necesarios para el diseño y desarrollo de productos y servicios.	10			
8.3.3 Entradas para el diseño y desarrollo					
17	Al determinar los requisitos esenciales para los tipos específicos de productos y servicios a desarrollar, se consideran los requisitos funcionales y de desempeño, los requisitos legales y reglamentarios.	10			
18	Se resuelven las entradas del diseño y desarrollo que son contradictorias.	10			
19	Se conserva información documentada sobre las entradas del diseño y desarrollo.	10			
8.3.4 Controles del diseño y desarrollo					
20	Se aplican los controles al proceso de diseño y desarrollo, se definen los resultados a lograr.		5		
21	Se realizan las revisiones para evaluar la capacidad de los resultados del diseño y desarrollo para cumplir los requisitos.		5		
22	Se realizan actividades de verificación para asegurar que las salidas del diseño y desarrollo cumplen los requisitos de las entradas.		5		
23	Se aplican controles al proceso de diseño y desarrollo para asegurar que: se toma cualquier acción necesaria sobre los problemas determinados durante las revisiones, o las actividades de verificación y validación		5		
24	Se conserva información documentada sobre las acciones tomadas.		5		
8.3.5 Salidas del diseño y desarrollo					
25	Se asegura que las salidas del diseño y desarrollo: cumplen los requisitos de las entradas.		5		
26	Se asegura que las salidas del diseño y desarrollo: son adecuadas para los procesos posteriores para la provisión de productos y servicios.		5		
27	Se asegura que las salidas del diseño y desarrollo: incluyen o hacen referencia a los requisitos de seguimiento y medición, cuando sea apropiado, y a los criterios de aceptación.		5		
28	Se asegura que las salidas del diseño y desarrollo: especifican las características de los productos y servicios, que son esenciales para su propósito previsto y su provisión segura y correcta.	10			
29	Se conserva información documentada sobre las salidas del diseño y desarrollo.		5		

8.3.6 Cambios del diseño y desarrollo					
30	Se identifican, revisan y controlan los cambios hechos durante el diseño y desarrollo de los productos y servicios.	10			
31	Se conserva la información documentada sobre los cambios del diseño y desarrollo, los resultados de las revisiones, la autorización de los cambios, las acciones tomadas para prevenir los impactos adversos.		5		
8.4 CONTROL DE LOS PROCESOS, PRODUCTOS Y SERVICIOS SUMINISTRADOS EXTERNAMENTE					
8.4.1 Generalidades					
32	La organización asegura que los procesos, productos y servicios suministrados externamente son conforme a los requisitos.	10			
33	Se determina los controles a aplicar a los procesos, productos y servicios suministrados externamente.	10			
34	Se determina y aplica criterios para la evaluación, selección, seguimiento del desempeño y la reevaluación de los proveedores externos.	10			
35	Se conserva información documentada de estas actividades	10			
8.4.2 Tipo y alcance del control					
36	La organización se asegura que los procesos, productos y servicios suministrados externamente no afectan de manera adversa a la capacidad de la organización de entregar productos y servicios, conformes de manera coherente a sus clientes.	10			
37	Se definen los controles a aplicar a un proveedor externo y las salidas resultantes.	10			
38	Considera el impacto potencial de los procesos, productos y servicios suministrados externamente en la capacidad de la organización de cumplir los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables.	10			
39	Se asegura que los procesos suministrados externamente permanecen dentro del control de su sistema de gestión de la calidad.	10			
40	Se determina la verificación o actividades necesarias para asegurar que los procesos, productos y servicios cumplen con los requisitos.	10			
8.4.3 Información para los proveedores externos					
41	La organización comunica a los proveedores externos sus requisitos para los procesos, productos y servicios.	10			
42	Se comunica la aprobación de productos y servicios, métodos, procesos y equipos, la liberación de productos y servicios.	10			
43	Se comunica la competencia, incluyendo cualquier calificación requerida de las personas.	10			
44	Se comunica las interacciones del proveedor externo con la organización.	10			
45	Se comunica el control y seguimiento del desempeño del proveedor externo aplicado por la organización.	10			

8.5 PRODUCCIÓN Y PROVISIÓN DEL SERVICIO				
8.5.1 Control de la producción y de la provisión del servicio				
46	Se implementa la producción y provisión del servicio bajo condiciones controladas.	10		
47	Dispone de información documentada que defina las características de los productos a producir, servicios a prestar, o las actividades a desempeñar.	10		
48	Dispone de información documentada que defina los resultados a alcanzar.	10		
49	Se controla la disponibilidad y el uso de recursos de seguimiento y medición adecuados.	10		
50	Se controla la implementación de actividades de seguimiento y medición en las etapas apropiadas.		5	
51	Se controla el uso de la infraestructura y el entorno adecuado para la operación de los procesos.		5	
52	Se controla la designación de personas competentes.	10		
53	Se controla la validación y revalidación periódica de la capacidad para alcanzar los resultados planificados.		5	
54	Se controla la implementación de acciones para prevenir los errores humanos.		5	
55	Se controla la implementación de actividades de liberación, entrega y posteriores a la entrega.	10		
8.5.2 Identificación y trazabilidad				
56	La organización utiliza medios apropiados para identificar las salidas de los productos y servicios.	10		
57	Identifica el estado de las salidas con respecto a los requisitos.	10		
58	Se conserva información documentada para permitir la trazabilidad.		5	
8.5.3 Propiedad perteneciente a los clientes o proveedores externos				
59	La organización cuida la propiedad de los clientes o proveedores externos mientras esta bajo el control de la organización o siendo utilizada por la misma.	10		
60	Se identifica, verifica, protege y salvaguarda la propiedad de los clientes o de los proveedores externos suministrada para su utilización o incorporación en los productos y servicios.	10		
61	Se informa al cliente o proveedor externo, cuando su propiedad se pierda, deteriora o de algún otro modo se considere inadecuada para el uso y se conserva la información documentada sobre lo ocurrido.	10		
8.5.4 Preservación				
62	La organización preserva las salidas en la producción y prestación del servicio, en la medida necesaria para asegurar la conformidad con los requisitos.	10		
8.5.5 Actividades posteriores a la entrega				
63	Se cumplen los requisitos para las actividades posteriores a la entrega asociadas con los productos y servicios.	10		

64	Al determinar el alcance de las actividades posteriores a la entrega la organización considero los requisitos legales y reglamentarios.	10			
65	Se consideran las consecuencias potenciales no deseadas asociadas a sus productos y servicios.	10			
66	Se considera la naturaleza, el uso y la vida útil prevista de sus productos y servicios.	10			
67	Considera los requisitos del cliente.	10			
68	Considera la retroalimentación del cliente.	10			
8.5.6 Control de cambios					
69	La organización revisa y controla los cambios en la producción o la prestación del servicio para asegurar la conformidad con los requisitos.	10			
70	Se conserva información documentada que describa la revisión de los cambios, las personas que autorizan o cualquier acción que surja de la revisión.	10			
8.6 LIBERACIÓN DE LOS PRODUCTOS Y SERVICIOS					
71	La organización implementa las disposiciones planificadas para verificar que se cumplen los requisitos de los productos y servicios.	10			
72	Se conserva la información documentada sobre la liberación de los productos y servicios.		5		
73	Existe evidencia de la conformidad con los criterios de aceptación.	10			
74	Existe trazabilidad a las personas que autorizan la liberación.		5		
8.7 CONTROL DE LAS SALIDAS NO CONFORMES					
75	La organización se asegura que las salidas no conformes con sus requisitos se identifican y se controlan para prevenir su uso o entrega.	10			
76	La organización toma las acciones adecuadas de acuerdo a la naturaleza de la no conformidad y su efecto sobre la conformidad de los productos y servicios.	10			
77	Se verifica la conformidad con los requisitos cuando se corrigen las salidas no conformes.	10			
78	La organización trata las salidas no conformes de una o más maneras	10			
79	La organización conserva información documentada que describa la no conformidad, las acciones tomadas, las concesiones obtenidas e identifique la autoridad que decide la acción con respecto a la no conformidad.		5		
SUBTOTAL		570	110	0	0
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		86%			
9. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO					
9.1 SEGUIMIENTO, MEDICIÓN, ANÁLISIS Y EVALUACIÓN					
9.1.1 Generalidades					
1	La organización determina que necesita seguimiento y medición.			3	

2	Determina los métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación para asegurar resultados válidos.			3	
3	Determina cuando se lleva a cabo el seguimiento y la medición.		5		
4	Determina cuando analizar y evaluar los resultados del seguimiento y medición.		5		
5	Evalúa el desempeño y la eficacia del SGC.			3	
6	Conserva información documentada como evidencia de los resultados.			3	
9.1.2 Satisfacción del cliente					
7	La organización realiza seguimiento de las percepciones de los clientes del grado en que se cumplen sus necesidades y expectativas.		5		
8	Determina los métodos para obtener, realizar el seguimiento y revisar la información.			3	
9.1.3 Análisis y evaluación					
9	La organización analiza y evalúa los datos y la información que surgen del seguimiento y la medición.			3	
9.2 AUDITORÍA INTERNA					
10	La organización lleva a cabo auditorías internas a intervalos planificados.			3	
11	Las auditorías proporcionan información sobre el SGC conforme con los requisitos propios de la organización y los requisitos de la NTC ISO 9001:2015.			3	
12	La organización planifica, establece, implementa y mantiene uno o varios programas de auditoría.			3	
13	Define los criterios de auditoría y el alcance para cada una.			3	
14	Selecciona los auditores y lleva a cabo auditorías para asegurar la objetividad y la imparcialidad del proceso.			3	
15	Asegura que los resultados de las auditorías se informan a la dirección.		5		
16	Realiza las correcciones y toma las acciones correctivas adecuadas.		5		
17	Conserva información documentada como evidencia de la implementación del programa de auditoría y los resultados.			3	
9.3 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN					
9.3.1 Generalidades					
18	La alta dirección revisa el SGC a intervalos planificados, para asegurar su conveniencia, adecuación, eficacia y alineación continua con la estrategia de la organización.		5		
9.3.2 Entradas de la revisión por la dirección					
19	La alta dirección planifica y lleva a cabo la revisión incluyendo consideraciones sobre el estado de las acciones de las revisiones previas.		5		
20	Considera los cambios en las cuestiones externas e internas que sean pertinentes al SGC.		5		
21	Considera la información sobre el desempeño y la eficiencia del SGC.		5		

22	Considera los resultados de las auditorías.		5		
23	Considera el desempeño de los proveedores externos.		5		
24	Considera la adecuación de los recursos.		5		
25	Considera la eficiencia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades.		5		
26	Se considera las oportunidades de mejora.		5		
9.3.3 Salidas de la revisión por la dirección					
27	Las salidas de la revisión incluyen decisiones y acciones relacionadas con oportunidades de mejora.		5		
28	Incluyen cualquier necesidad de cambio en el SGC.		5		
29	Incluye las necesidades de recursos.		5		
30	Se conserva información documentada como evidencia de los resultados de las revisiones.		5		
SUBTOTAL		0	90	36	0
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		42%			
10. MEJORA					
10.1 Generalidades					
1	La organización ha determinado y seleccionado las oportunidades de mejora e implementado las acciones necesarias para cumplir con los requisitos del cliente y mejorar su satisfacción.			3	
10.2 NO CONFORMIDAD Y ACCIÓN CORRECTIVA					
2	La organización reacciona ante la no conformidad, toma acciones para controlarla y corregirla.		5		
3	Evalúa la necesidad de acciones para eliminar las causas de la no conformidad.		5		
4	Implementa cualquier acción necesaria, ante una no conformidad.	10			
5	Revisa la eficacia de cualquier acción correctiva tomada.		5		
6	Actualiza los riesgos y oportunidades de ser necesario.		5		
7	Hace cambios al SGC si fuera necesario.			3	
8	Las acciones correctivas son apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.		5		
9	Se conserva información documentada como evidencia de la naturaleza de las no conformidades, cualquier acción tomada y los resultados de la acción correctiva.			3	
10.3 MEJORA CONTINUA					
10	La organización mejora continuamente la conveniencia, adecuación y eficacia del SGC.			3	
11	Considera los resultados del análisis y evaluación, las salidas de la revisión por la dirección, para determinar si hay necesidades u oportunidades de mejora.		5		
SUBTOTAL		10	30	12	0
Valor Estructura: % Obtenido ((A+B+C) /100)		47%			

RESULTADOS DE LA GESTIÓN EN CALIDAD		
NUMERAL DE LA NORMA	% OBTENIDO DE IMPLEMENTACIÓN	ACCIONES POR REALIZAR
4. CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN	95%	MANTENER
5. LIDERAZGO	100%	MANTENER
6. PLANIFICACIÓN	38%	IMPLEMENTAR
7. APOYO	38%	IMPLEMENTAR
8. OPERACIÓN	86%	MANTENER
9. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO	42%	IMPLEMENTAR
10. MEJORA	47%	IMPLEMENTAR
TOTAL RESULTADO IMPLEMENTACIÓN	64%	
Calificación global en la Gestión de Calidad	MEDIO	

Fuente: Diagnóstico de Evaluación del Sistema de Gestión de la Calidad ISO 9001:
2015

Anexo C9: Resultados post test - encuesta

DATO	ENFOQUE AL CLIENTE				LIDERAZGO			PARTICIPACION DEL PERSONAL			ENFOQUE BASADO EN PROCESOS			MEJORA CONTINUA			TOMA DE DECISIONES		GESTIÓN DE LAS RELACIONES	
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20
1	5	5	4	5	4	5	5	4	5	5	4	5	5	4	5	5	4	5	5	4
2	5	4	5	4	5	4	4	5	5	4	4	5	4	5	5	5	4	4	5	5
3	4	4	5	4	4	4	5	4	5	5	4	4	5	5	4	4	5	5	5	5
4	5	4	5	5	5	4	4	5	4	4	5	4	5	5	4	4	4	4	5	5
5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5
6	4	5	3	5	3	4	4	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5
7	5	4	4	5	4	4	5	5	4	4	4	5	4	5	4	4	5	4	5	4
8	5	3	5	3	4	5	5	4	4	5	5	5	5	4	3	4	5	4	5	5
9	4	4	2	4	5	5	4	5	4	2	5	4	5	3	2	3	4	5	5	5
10	4	5	4	5	4	5	5	4	4	4	5	5	4	2	4	4	5	5	4	5
11	4	4	4	4	5	4	4	4	4	5	3	3	3	5	5	4	4	5	5	5
12	4	5	4	5	4	4	5	4	5	4	5	5	4	5	4	4	5	5	5	5
13	5	4	5	4	5	4	5	5	4	5	5	5	4	5	4	3	5	4	5	5
14	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	5	4	5	4	4	4	4	4	5	4
15	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
16	3	3	3	4	4	5	4	5	4	5	4	5	4	5	4	4	5	5	5	4
17	5	4	5	5	5	4	3	4	4	4	5	4	5	4	4	2	4	4	5	4
18	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3
19	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	5	5	4	4	3	3	5	4	4	4
20	4	5	4	4	5	4	5	4	5	5	5	4	4	5	4	5	5	4	5	5
21	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4

22	4	4	4	3	3	4	5	4	4	4	4	4	5	4	3	3	4	3	4	4
23	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5
24	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4
25	4	5	4	4	4	4	4	5	5	4	4	5	3	5	4	5	5	5	5	3
26	5	5	4	4	4	5	5	5	4	4	4	4	4	5	4	5	5	4	4	5
27	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	4	4	5	4	4	4	4	5	4
28	4	5	5	5	4	4	4	4	4	5	4	5	5	3	2	5	4	5	4	5
29	3	5	5	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
30	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
31	3	3	4	3	5	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	4	5
32	5	5	4	5	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	5	5	5	4
33	4	5	5	4	4	4	4	5	4	5	4	4	4	4	3	4	5	4	5	3
34	3	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4	4	5	4	5	4	4	4	4
35	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	4	5
36	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	4
37	5	4	4	4	5	4	4	4	4	4	5	5	5	4	4	4	5	5	4	5
38	5	2	3	2	4	4	4	4	3	4	5	4	4	4	3	2	4	5	5	5
39	4	5	4	3	5	5	5	5	4	5	5	4	3	4	5	3	5	4	5	3
40	5	4	4	4	5	3	4	4	4	5	3	5	4	5	4	4	3	3	5	4
41	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	5
42	5	4	5	5	5	5	5	4	5	4	5	3	5	4	5	5	5	4	5	5
43	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	2	5	4	5	5	4	4	5	5	5
44	5	5	5	4	4	4	5	4	4	4	3	5	3	5	4	4	4	5	5	5
45	4	4	5	4	4	4	4	4	4	2	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4
46	4	5	5	5	5	4	5	4	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5
47	5	4	4	5	5	5	4	4	3	2	5	4	5	2	3	4	5	4	5	5

48	5	3	4	5	4	5	5	4	4	4	5	5	2	2	3	3	4	4	5	4
49	3	2	3	5	5	3	4	2	3	4	4	4	5	3	3	3	4	5	5	5
50	2	4	4	4	4	5	5	4	5	5	4	3	3	3	3	4	5	4	4	
51	4	4	4	4	5	5	4	4	4	3	5	5	5	3	4	5	4	4	5	
52	4	4	5	5	3	3	4	4	5	4	5	4	5	3	2	1	5	5	3	
53	5	5	5	4	5	4	3	4	4	4	5	5	4	3	4	4	5	4	5	
54	5	5	4	3	4	4	5	4	4	4	4	4	5	4	3	4	5	5	5	
55	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	4	4	4	4	5	4	
56	5	5	4	4	5	4	4	3	3	4	3	4	5	3	3	2	5	5	5	
57	5	4	3	5	4	3	4	4	4	4	4	5	4	4	5	4	5	4	5	
58	5	5	5	4	5	3	5	3	4	4	5	4	5	4	4	5	5	5	5	
59	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	5	
60	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	3	4	4	5	4	5	
61	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	
62	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	3	4	4	5	5	5	4	4	5	
63	5	4	4	4	4	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	
64	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	
65	5	5	5	4	5	4	3	5	4	4	5	4	5	4	4	4	4	4	5	
66	5	5	5	4	5	3	4	3	3	2	5	5	4	5	5	4	5	5	5	
67	5	5	4	3	4	4	4	4	5	5	5	4	3	5	5	4	4	5	5	
68	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	5	5	
69	3	4	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	5	4	4	4	4	5	5	
70	3	3	3	4	4	5	4	5	5	4	4	4	5	2	4	3	5	5	5	
71	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	

	ENFOQUE AL CLIENTE				LIDERAZGO			PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL			ENFOQUE BASADO EN PROCESOS			MEJORA CONTINUA			TOMA DE DECISIONES		GESTIÓN DE LAS RELACIONES	
MUY INSATISFECHO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
INSATISFECHO	1	2	1	1	0	0	0	1	0	4	1	0	1	4	3	3	0	0	0	0
NULO	8	5	6	6	3	6	4	4	5	1	5	3	7	9	11	9	1	2	1	4
SATISFECHO	25	31	33	33	33	37	37	41	38	39	27	36	31	29	37	36	31	31	20	27
MUY SATISFECHO	37	33	31	31	35	28	30	25	28	27	38	32	32	29	20	22	39	38	50	40
	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71	71

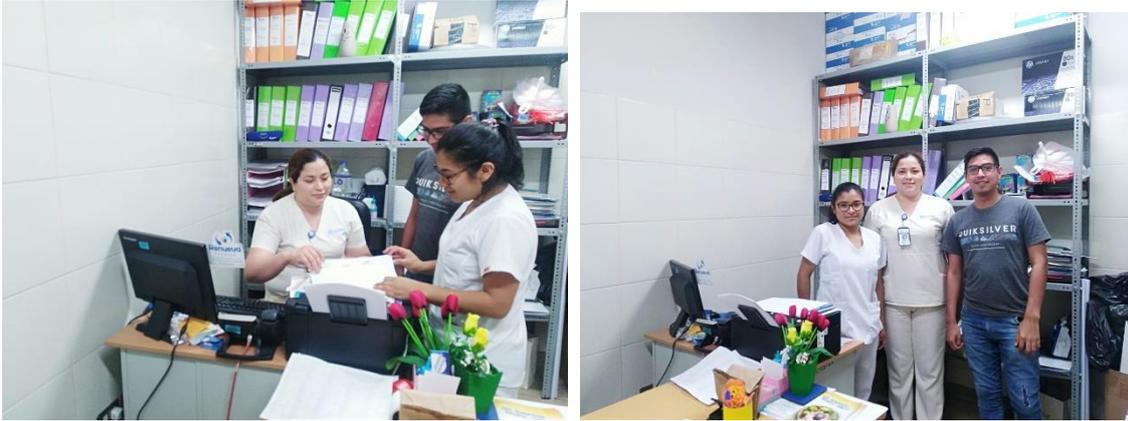
	ENFOQUE AL CLIENTE				LIDERAZGO			PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL			ENFOQUE BASADO EN PROCESOS			MEJORA CONTINUA			TOMA DE DECISIONES		GESTIÓN DE LAS RELACIONES	
MUY INSATISFECHO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
INSATISFECHO	2	4	2	2	0	0	0	2	0	8	2	0	2	8	6	6	0	0	0	0
NULO	24	15	18	18	9	18	12	12	15	3	15	9	21	27	33	27	3	6	3	12
SATISFECHO	100	124	132	132	132	148	148	164	152	156	108	144	124	116	148	144	124	124	80	108
MUY SATISFECHO	185	165	155	155	175	140	150	125	140	135	190	160	160	145	100	110	195	190	250	200
	311	308	307	307	316	306	310	303	307	302	315	313	307	296	287	288	322	320	333	320

CUADRO RESUMEN	
-----------------------	--

ENFOQUE AL CLIENTE	86,8%
LIDERAZGO	65,6%
PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL	64,2%
ENFOQUE BASADO EN PROCESOS	65,8%
MEJORA CONTINUA	61,3%
TOMA DE DECISIONES	45,2%
GESTIÓN DE LAS RELACIONES	46,0%
PROM.	62,2%

Anexo E: Evidencias fotográficas

Entrevista con la Coordinadora en Jefe del Área de Nutrición, Licenciada Yassdina Arista Montés.



Aplicando la primera encuesta al personal médico, profesional y técnico turno mañana, tarde y noche.



Aplicando la segunda encuesta al personal médico, profesional y técnico turno mañana, tarde y noche.

