



Informe SGC

Facultad de Medicina DEGI

INFORME DE REVISIÓN ABRIL 2012

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

FACULTAD DE MEDICINA DEGI



Integrantes de la Revisión por la Dirección

1.	Director DEGI	
2.	Encargado SGC Subdirección de Servicios	
3.	Encargado SGC Subdirección de Comunicaciones y Marketing	
4	Encargado SGC Subdirección de Finanzas	
5	Encargado SGC Subdirección de Informática	
6	Encargado SGC Subdirección de Logística	
7	Encargado SGC Subdirección de Relaciones Humanas	
8	Encargado SGC	



DESARROLLO

i. Resultados de auditorías.

Las no conformidades para la Auditoría efectuada por la Certificadora se encuentran implementadas.

En auditoría interna efectuada entre el 16 al 20 de enero 2012, se detecto 3 no conformidades y 1 observación.

ii. Retroalimentación del cliente.

Mediante la aplicación de la encuesta, se pretende evidenciar el cumplimiento de los requerimientos o servicios del cliente, con el propósito de aumentar la satisfacción de este.

iii. Desempeño de los procesos y conformidad del servicio.

Los procesos han demostrado que poseen la capacidad para cumplir con los requerimientos del servicio ofrecidos internamente y se encuentran en ejecución, lo que se espera quede demostrado en los resultados de las encuestas de satisfacción del cliente. Además, cuentan con una metodología de trabajo en base a la mejora del servicio.

iv. Estado de las acciones correctivas y preventivas.

Las acciones correctivas y preventivas se encuentran aplicadas.

v. Acciones de seguimiento de revisiones por la dirección previas.

Se han efectuado Informes de Revisión por la Dirección planificadas, asegurando que se promueve la toma de conciencia de los requisitos del cliente en todos los niveles de la organización.

vi. Cambios que podrían afectar al Sistema de Gestión de la Calidad y recomendaciones para el mejoramiento.

El comité ha tomado la decisión de modificar el esquema del Informe SGC, tomando como ítems los reflejados en el Manual de Calidad.

Cada encargado de calidad de la respectiva área, efectuó modificación a los procedimientos previa Auditoría Interna, para asegurar la conformidad del servicio, con los requisitos así como la operación eficaz de SGC, así como asegurando que se realiza a intervalos planificados.

vii. Mejora en la efectividad del sistema de Gestión de la Calidad y de sus procesos.

Al realizar la Auditoría Interna sobre las distintas áreas se pudo evidenciar la realidad de las distintas unidades y tener una visión distinta de los encargados.

Con esto se asegura que se establecen los procesos apropiados dentro de la organización y que su comunicación se efectúa de acuerdo del SGC.



viii. Mejora del servicio en relación con los requisitos del cliente.

Los procedimientos implementados cuentan con la disposición eficaz para la comunicación con el cliente, sobre la información del servicio, consultas, atención a los requerimientos, y etapas del proceso en el cual se encuentra el requerimiento, asegurando con ello que el servicio cumple con los requisitos solicitados.

ix. Necesidades de recursos (físicos o de personas).

La organización proporciona el capital humano necesario para la realización de los diferentes servicios prestados dentro del SGC; para poder satisfacer en cada una de las diferentes áreas, la organización cuenta con personal con la competencia y formación idónea para desarrollar el puesto de trabajo asignado, con ello asegurando la toma de conciencia del SGC, para la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de los requisitos normativos, para ello la organización cuenta con el plan de Capacitación, diseñado año a año, enfocado en las necesidades enfocadas por las jefaturas correspondientes.



CONCLUSIONES

El comité de Calidad plantea rediseñar para el próximo periodo, los **Objetivos de Calidad**, y la medición de los mismos, para poder utilizarlos de una manera eficaz para la Facultad y SGC.

Se plantea revisar una vez al año la operatoria de los Procedimientos.

Se adjunta para el presente informe los documentos “Medición y Seguimiento de los Procesos” y “Plan de Capacitación Anual”.

Se encuentran pendientes de análisis por estar en elaboración los documentos:

- Encuesta de evaluación de proveedores.
- Encuesta cuestionario calidad de servicios.
- Evaluación del Ambiente de Trabajo.

Estos procesos ya han sido ejecutados y están en proceso de elaboración de los respectivos informes.

El comité de Calidad reconoce que el año de 2011 fue un año académico complicado por las constantes movilizaciones estudiantiles las cuales eran apoyadas por una cantidad importante de funcionarios. Esto produjo que los servicios, aunque continuaran prestándose, no necesariamente cumplieran con la calidad deseada. Por esto, se postergó la encuesta de calidad de servicios y la encuesta de proveedores hasta inicios del año 2012.

Dado lo anterior y del análisis de los índices de medición se puede evidenciar la preocupación por mantener los indicadores dentro o cercano a los límites deseados. Es así como el año 2011, poco más del 70% de los requerimientos fueron atendidos dentro de los plazos establecidos en donde el objetivo apunta a un mínimo de 60%. Por otro lado, se ha continuado la tendencia a rebajar el tiempo de pago de proveedores acercándose a lo deseado que indica 60 días. El índice de liquidez es un tema a revisar por el comité dado que el llegar a obtener el valor de 1 es ideal pero demasiado ambicioso aún. Finalmente, nuevamente se ha pasado en buena forma la auditoría de estados financieros, del cual sólo existieron algunas observaciones administrativas.

Por lo tanto, el trabajo del presente año consiste en reforzar la importancia de mantener los procedimientos indicados por el SGC junto con reevaluar la calidad, utilidad y periodicidad de los distintos índices de medición y, reforzar la comunicación y retroalimentación con los usuarios de forma de mantener servicios que sean de calidad para los mismos.