

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA
ESCUELA DE INGENIERÍA INDUSTRIAL



**“SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD BASADO EN ISO
9001:2008 EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR”**

PRESENTADO POR:

LORENA DENISSE MAJICO PEÑA

EVANGELINA SIGUENZA TOBAR

PARA OPTAR AL TÍTULO DE:

INGENIERA INDUSTRIAL

CIUDAD UNIVERSITARIA, FEBRERO DE 2014

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTOR :

ING. MARIO ROBERTO NIETO LOVO

SECRETARIA GENERAL :

DRA. ANA LETICIA ZAVALETA DE AMAYA

FACULTAD DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA

DECANO :

ING. FRANCISCO ANTONIO ALARCÓN SANDOVAL

SECRETARIO :

ING. JULIO ALBERTO PORTILLO

ESCUELA DE INGENIERÍA INDUSTRIAL

DIRECTOR :

ING. MANUEL ROBERTO MONTEJO SANTOS

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE INGENIERÍA Y ARQUITECTURA
ESCUELA DE INGENIERÍA INDUSTRIAL

Trabajo de Graduación previo a la opción al Grado de:

INGENIERO INDUSTRIAL

Título :

**“SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD BASADO EN
ISO 9001:2008 EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE
LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR”**

Presentado por :

LORENA DENISSE MAJICO PEÑA

EVANGELINA SIGUENZA TOBAR

Trabajo de Graduación Aprobado por:

Docente Director :

ING. MANUEL DE JESÚS MAYORGA GARZONA

San Salvador, Febrero de 2014

Trabajo de Graduación Aprobado por:

Docente Director :

ING. MANUEL DE JESÚS MAYORGA GARZONA

AGRADECIMIENTOS

Primeramente agradezco a mi Dios Todopoderoso por haberme permitido llegar hasta acá, porque su infinita misericordia nunca se apartó de mí... Creo que nada de lo que pueda plasmar en estas letras puede describir lo que Él ha hecho por mí, ni de lo agradecida que estoy. En cada prueba, en cada desafío, en cada lágrima derramada, en cada alegría, en cada triunfo Él nunca me dejó sola, jamás! Y aunque el camino nunca fue fácil, puedo decir con toda convicción que nada fue en vano, todo tenía un propósito, todo conforme a la Voluntad Perfecta de Dios. Él me dio las fuerzas suficientes para poder salir adelante, aun cuando en muchas ocasiones me sentía sin fuerzas, nunca me di por vencida, porque como dice su Palabra en Isaías 40:29 *“Él da esfuerzo al cansado y multiplica las fuerzas al que no tiene ningunas”*. Gracias a mi Dios porque en cada momento de mi vida colocó a sus ángeles celestiales para protegerme y sus ángeles terrenales para apoyarme cuando más lo necesité, esas personas que fueron instrumento Suyo para ser de bendición en mi vida, tal y como también lo dice Su Palabra en Salmos 91:9-13 *“Porque has puesto a Jehová, que es mi esperanza, Al Altísimo por tu habitación, No te sobrevendrá mal, Ni plaga tocará tu morada. **Pues a sus ángeles mandará acerca de ti, Que te guarden en todos tus caminos. En las manos te llevarán, Para que tu pie no tropiece en piedra. Sobre el león y el áspid pisarás; Hollarás al cachorro del león y al dragón**”*. Y como bien dice una alabanza: *Dios de pactos que guardas tus promesas, que cumples tu palabra, que guías mi destino, Dios de pactos confío en tus promesas, descanso en tu palabra, POR TU GRACIA ESTOY AQUÍ!* ¡Para Ti sea la Gloria mi Señor!

A mi padre por darme la vida y su apoyo, y a mi madre porque siempre ha sido mi apoyo incondicional, mi ejemplo a seguir, a la que le debo todo lo que soy, la que me enseñó a ser una luchadora constante. No tengo palabras para agradecerle todo lo que hizo, hace y sé que seguirá haciendo por mí... Porque me acompañó en cada momento de mi carrera, brindándome su cariño, sus consejos, ánimos, regaños y su ayuda para que siguiera luchando a pesar que nuestras condiciones nunca fueron las más favorables, pero ella siempre se esforzó para sacarnos adelante. Quizá en algunos momentos ella tenía más clara la meta que yo, porque siempre me motivaba para que no me dejara vencer y así pudiera lograr lo que ella no había podido por situaciones de la vida, y gracias a Dios lo logré mamá!!! Este triunfo es más tuyo que mío!!

A Daniel Armando Pérez, porque fue un apoyo importantísimo en momentos claves de mi carrera, gracias porque cuando más necesité de alguien, ahí estuviste brindando tu ayuda. Y aunque en ese momento no se veían claros los frutos, eso no te importó pues todo lo hacías de corazón y de buena fe, pero gracias a Dios acá están esos frutos! Gracias por contribuir a este logro, nunca podré compensarte lo que hiciste por mí, pero sé que mi Dios te bendecirá grandemente porque cuando estuvo en tus manos ayudar a uno de sus Hijos no dudaste un minuto en hacerlo!

A mi compañera de tesis, Eva, porque a pesar de que somos tan diferentes, supimos manejar todo con madurez y respeto. Aprendimos a trabajar como equipo apoyándonos tanto en la tesis como en nuestras vidas. Y a pesar que llevábamos desventaja respecto a los demás grupos, el deseo de llegar a la meta fue mucho más fuerte que eso! Luchamos hasta el final, y aunque nuestras armaduras se desgastaron por las constantes batallas, lo logramos!!! Gracias!!

A mi amigo Jorge García, quien siempre fue un inmenso apoyo y sobre todo en esta última etapa de mi carrera, gracias porque siempre confiaste en mí, en todo lo que podía lograr, por tus constantes ánimos para que no desfalleciera y porque sacabas lo mejor de mí. Gracias porque cuando más te necesité, ahí estuviste incondicionalmente, y no sólo para la tesis, sino también para brindarme tu sincera amistad, y estoy segura que mi Dios te recompensará por cada cosa que hiciste por mí. Como siempre te lo he dicho, sos lo máximo!!! Gracias, te mandaste!!

A mi amigo Ronald Beltrán, gracias por enseñarme a confiar más en Dios, a creer en las promesas que tiene para sus Hijos, y que Él da las batallas más difíciles a sus soldados más fuertes. Gracias porque me ayudaste a comprender muchas cosas de las que tuve que pasar en esta última etapa de mi carrera, que fueron difíciles sí, pero que Dios tenía un propósito definido para mi vida y que era necesario que pasara por cada una de esas pruebas. Gracias por tu apoyo incondicional, porque cada vez que podías ser de bendición no dudabas en hacerlo. Que Dios te bendiga siempre!!

Gracias a todos mis amigos que estuvieron ahí siempre apoyándome y aconsejándome, que si quisiera mencionarlos a todos, me tendría que haber dedicado sólo a poner nombres en los agradecimientos, pero ya saben quiénes son porque cuando tengo oportunidad se los digo con mucho cariño. Que Dios me los bendiga!! Gracias de todo corazón!!

Al Dr. Manuel Joya Decano de la Facultad de Odontología, a la Dra. María de Aguirre Directora de Planificación, y a todo su equipo, porque nos brindaron su apoyo incondicional, siempre estuvieron dispuestos a ayudarnos y nos abrieron las puertas cada vez que lo necesitábamos. Gracias porque siempre confiaron en nosotras, en nuestro trabajo y pues esperamos que sea de gran utilidad para la FOUES.

Mis agradecimientos especiales a la Inga. Janeth de Pocasangre, por su amable apoyo, comprensión y porque cuando pasé por un momento difícil en mi carrera, no dudó en darme ánimos y motivarme, gracias ingeniera por creer en mí! Gracias a Dios esto se acabó! Lo logré! Que Dios la bendiga!

Y finalmente a nuestro asesor el Ing. Manuel Mayorga, gracias por su apoyo y por guiarnos en cada etapa con sabiduría y paciencia. Gracias por confiar en nosotras y corregirnos cuando era necesario, por eso y mucho más logramos llegar a esta añorada meta. Muchas bendiciones para usted!

Denisse Majico.-

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS.....	2
OBJETIVO GENERAL	2
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	2
CAPÍTULO I: MARCO CONCEPTUAL	3
1. MARCO CONCEPTUAL.....	3
1.1. GENERALIDADES DE LAS NORMAS ISO 9000	3
1.1.1. Antecedentes de las normas ISO	3
1.1.2. Origen y Evolución de las Normas ISO	3
1.2. PRINCIPIOS DE GESTIÓN DE CALIDAD.....	5
1.3. DESCRIPCIÓN DE LA NORMA ISO 9000	6
1.4. LA FAMILIA DE NORMAS ISO 9000	7
1.5. ÚLTIMA VERSIÓN DE LA NORMA ISO 9001:2008.....	10
1.5.1. Antecedentes del proceso de revisión de la norma ISO 9001:2008.....	10
1.5.2. Beneficios identificados para la norma ISO 9001:2008	11
1.5.3. Diferencias entre la ISO 9001:2000 y la ISO 9001:2008.....	11
1.5.4. Selección y Uso De Las Normas ISO 9000:2008.....	12
1.6. CLASES DE SISTEMAS DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.....	15
1.6.1. Análisis de peligros y puntos críticos de control (HACCP)	15
1.6.2. Sistemas De Gestión En Salud Y Seguridad Ocupacional “Oshas 18001”	17
1.6.3. Sistema De Gestión Ambiental ISO 14000.....	17
1.6.4. Sistema De Gestión De Calidad ISO 9000	18
1.7. DESCRIPCIÓN DE LOS APARTADOS DE LA NORMA ISO 9001:2008	19
1.8. ENFOQUE BASADO EN PROCESOS	24
1.8.1. Parámetros que definen un proceso.	25
1.8.2. Comprensión del enfoque basado en procesos	27
1.9. EL CICLO PHVA (PLANIFICAR, HACER, VERIFICAR, ACTUAR).....	28
CAPÍTULO II: DIAGNÓSTICO	31
1. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	31
1.1. METODOLOGÍA PARA LA ELABORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO	31
1.2. ESQUEMA DE LA METODOLOGÍA PARA LA ELABORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO FOUES	33
1.3. ESTABLECIMIENTO DEL TIPO DE INVESTIGACIÓN A DESARROLLAR:	40
1.3.1. Investigación descriptiva	40
1.3.2. Etapas de la investigación descriptiva:	40
1.4. FUENTES DE INFORMACIÓN.....	41
1.5. ESTABLECIMIENTO DE TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	41
1.6. ESTABLECIMIENTO DE LAS HERRAMIENTAS PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	43
2. SELECCIÓN DE ÁREAS A ANALIZAR	44
2.1. CARACTERIZACIÓN DE LAS ÁREAS	44

2.1.1.	Facultad de Odontología.....	44
2.1.2.	Organigrama de la FOUES.....	46
2.1.3.	Descripción de funciones de cada área	47
2.2.	DESCRIPCIÓN GENERAL DE CRITERIOS TÉCNICOS A UTILIZAR PARA SELECCIONAR LAS ÁREAS MÁS IMPORTANTES.....	48
2.2.1.	Evaluación de áreas	48
2.2.2.	Justificación de selección de puestos tipo.....	51
3.	SITUACIÓN ACTUAL DE FOUES	55
3.1.	INVESTIGACIÓN PRELIMINAR	55
3.1.1.	Problemas detectados	55
3.2.	SITUACIÓN ACTUAL DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA POR ÁREA	56
3.2.1.	Dirección de la Planificación.....	56
3.2.2.	Administración Financiera	58
3.2.3.	Recursos Humanos	60
3.2.4.	Unidad de Recursos y Desarrollo físico.....	61
3.2.5.	Dirección de Educación Odontológica	62
3.2.6.	Dirección de Clínicas	64
3.3.	MAPA DE PROCESOS.....	67
3.3.1.	Factores críticos de éxito para selección de procesos claves	67
3.3.2.	Clasificación de procesos.	73
3.3.3.	Mapa de procesos	76
3.3.4.	Mapa De Procesos Facultad De Odontología De La Universidad De El Salvador.	81
3.4.	DIAGRAMAS DE BLOQUES (PEPSU).....	82
3.4.1.	Utilización final de los Diagramas de Bloque (PEPSU) de FOUES.....	153
3.5.	ESTABLECIMIENTO DE INDICADORES.....	153
3.5.1.	Cuadro de mando integral para el establecimiento de los indicadores	153
3.5.2.	Medición De Indicadores	158
4.	INVESTIGACIÓN DE CAMPO.....	167
4.1.	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO	167
4.1.1.	Objetivo General.....	167
4.1.2.	Objetivos Específicos	167
4.1.3.	Cientes FOUES	167
4.2.	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO	167
4.3.	INFRAESTRUCTURA	169
4.4.	PROCESO REGULAR DE ATENCIÓN EN CLÍNICAS	170
4.5.	FOTOGRAFÍAS DE LAS ÁREAS DE LA CLÍNICA.....	171
5.	DISEÑO DEL INSTRUMENTO.....	174
5.1.	DISEÑO DEL INSTRUMENTO PARA USUARIOS EXTERNOS	174
5.1.1.	Identificación del Universo.....	174
5.1.2.	Cantidad de pacientes efectivamente atendidos	174
5.1.3.	Características de los pacientes.....	175
5.1.4.	Necesidad de los servicios de odontología.....	175
5.1.5.	Consideraciones adicionales del encuestado:	175
5.1.6.	Segmentación de mercado	175
5.1.7.	Cálculo del tamaño de la muestra	176
5.1.8.	Consideraciones	176
5.2.	CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:.....	177

5.3.	SELECCIÓN DE LA MUESTRA PROBABILÍSTICA	177
5.3.1.	Diseño del instrumento para clientes externos de las clínicas.....	177
5.3.2.	Cuestionario para clientes externos de la FOUES	180
5.4.	TABULACIÓN DE CUESTIONARIO DE CLIENTES EXTERNOS.....	181
5.5.	CUESTIONARIO PARA DETERMINACIÓN DE LA BRECHA.....	186
5.5.1.	Criterios para la elaboración del Cuestionario General basado en la Norma ISO 9001:2008: Requisitos Considerados	186
5.5.2.	Consideraciones adicionales.....	191
5.6.	HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	192
5.6.1.	Relación Hipótesis-Norma ISO 9001:2008.....	192
5.7.	DISEÑO DEL CUESTIONARIO BASADO EN LA NORMA ISO 901:2008 PARA EL ESTABLECIMIENTO DE LA BRECHA DE LA FOUES.....	204
5.8.	CUESTIONARIO PARA EL ESTABLECIMIENTO DE LA BRECHA	205
5.9.	TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE CUESTIONARIOS Y LA OBSERVACIÓN DIRECTA 229	
5.9.1.	Gráficos resultados del cuestionario para el establecimiento de la brecha.....	229
6.	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN	366
6.1.	ANÁLISIS DE LA SATISFACCIÓN DE USUARIOS EXTERNOS	366
6.2.	DIAGNÓSTICO DE LA MISIÓN Y LA VISIÓN DE LA FACULTAD	366
6.2.1.	Diagnóstico de la misión	367
6.2.2.	Diagnóstico de la visión	367
6.3.	DETERMINACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA FOUES	369
6.3.1.	Establecimiento de la brecha entre los requisitos de la Norma ISO 9001:2008 y la situación actual	369
6.3.2.	Planteamiento del problema	371
6.3.3.	Caja Negra	371
6.3.4.	Árbol de problemas.....	372
6.3.5.	Árbol de objetivos	372
6.3.6.	Tabla Resumen de cumplimiento de los requisitos de la Norma ISO 9001:2008 de la FOUES 374	
7.	CONCEPTUALIZACIÓN DEL DISEÑO.....	400
7.1.	ALCANCE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.....	400
7.2.	ESQUEMA DE LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2008.....	400
7.3.	REDUCCIÓN DE LA BRECHA EXISTENTE	405
7.3.1.	Nivel de Cumplimiento esperado de los requisitos de la Norma ISO 9001:2008 con el Diseño del Sistema de Gestión de Calidad para la FOUES: Requisitos más representativos de la brecha.....	405
7.3.2.	Resumen del cumplimiento de los requisitos más representativos de la brecha con la Norma ISO 9001:2008 de la Situación Actual y con el Diseño del Sistema de Gestión de Calidad para la FOUES	416
CAPÍTULO III: DISEÑO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD		417
1.	DISEÑO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	417
1.1.	METODOLOGÍA PARA EL DISEÑO.....	417
1.2.	CONCEPTUALIZACIÓN DEL DISEÑO DEL SISTEMA DE GESTIÓN	420
1.3.	REVISIÓN DE LA MISIÓN Y VISIÓN DE LA FOUES.....	428
1.3.1.	Concepto y características de la declaración de Misión.....	428

1.3.2.	Evaluación de declaración de misión	430
1.3.3.	Concepto y características de la declaración de Visión	431
1.3.4.	Evaluación de declaración de Visión.....	432
1.4.	DEFINICIÓN DE LOS VALORES INSTITUCIONALES DE LA FOUES.....	433
1.4.1.	Propuesta de valores institucionales de la FOUES.....	434
1.5.	DEFINICIÓN DE LA POLÍTICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD.....	435
1.5.1.	Propuesta de la Política de Calidad.....	435
1.5.2.	Propuestas de los Objetivos de Calidad.....	436
1.6.	DOCUMENTACIÓN DE LOS PROCESOS.....	438
1.6.1.	Mapa de procesos	438
1.6.2.	Análisis general del mapa de procesos	439
1.6.3.	Descripción de los procesos	441
1.6.4.	Flujos de procedimientos	443
1.7.	ANÁLISIS, VALIDACIÓN Y DOCUMENTACIÓN DE LOS PROCESOS	501
1.8.	PLANIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	505
1.8.1.	Elección del representante de la alta dirección.....	505
1.8.2.	Establecimiento de las funciones del representante de la alta dirección	506
1.8.3.	Diseño de mecanismos y procedimientos de comunicación interna.	506
1.8.4.	Formación de comité de calidad	509
1.8.5.	Funciones de los miembros del comité de calidad.....	509
1.8.6.	Estructura del Comité de Calidad.....	510
1.8.7.	Guía de conformación del comité de calidad.....	512
1.8.8.	Normas De Operación del Comité de Calidad.....	512
1.9.	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.....	513
1.9.1.	Definición del Sistema de Gestión de Calidad.....	513
1.9.2.	Esquema del diseño del SGC basado en la Norma ISO 9001:2008.....	514
1.9.3.	Definición del Alcance del Sistema de Gestión de la Calidad.....	515
1.9.4.	Identificación de los procedimientos del SGC	517
1.9.5.	Documentación de los Procedimientos necesarios para el SGC.....	517
1.9.6.	Guía Para la Elaboración de Documentos.....	520
1.9.7.	Listado Maestro de documentos.....	532
1.9.8.	Manual de Organización y Funciones.....	541
1.9.9.	Manual de Calidad	753
1.9.10.	Manual de Procedimientos.....	767
1.10.	PLAN DE MEJORA DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD.....	982
1.10.1.	Establecimiento de indicadores del sistema de gestión de la calidad FOUES	982
1.10.2.	Cuadro de mando integral para el establecimiento de indicadores del Sistema de Gestión	984
1.10.3.	Indicadores de gestión	986
1.10.4.	Indicadores de los procedimientos de norma	998
1.10.5.	Programa estratégico: Planes de acción definir objetivos y medios necesarios para el cumplimiento y mejora de los indicadores.....	1009
1.11.	MEDICIONES, ANÁLISIS Y MEJORA	1023
1.11.1.	Análisis de resultados de las auditorías internas	1023
1.11.2.	Resolución de inconformidades	1036
1.11.3.	Manejo de Implementación de acciones preventivas y correctivas	1041
2.	VALIDACIÓN DEL DISEÑO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	1043
2.1.	REDUCCIÓN DE LA BRECHA EXISTENTE CON EL SGC.....	1043
2.2.	RESUMEN DE LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL DISEÑO	1054
2.3.	CAPACITACIONES.....	1056

2.3.1.	Gestión de las capacitaciones	1056
2.3.2.	Comunicar sobre la implantación del sistema.....	1065
2.3.3.	Concientización sobre la necesidad del Sistema de Gestión de la Calidad	1065
CAPÍTULO IV: PLAN DE IMPLEMENTACIÓN		1066
1.	PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO.....	1066
1.1.	PLANIFICACIÓN DE LA FASE IMPLEMENTACIÓN.....	1066
1.1.1.	Desglose Analítico.....	1066
1.1.2.	Resumen de actividades de Implementación	1073
1.1.3.	Diagrama GANTT.....	1075
1.2.	ORGANIZACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN	1078
1.2.1.	Planificación y programación del proyecto	1078
1.2.2.	Áreas De La Planificación Del Proyecto	1080
1.2.3.	Organización Del Proyecto.....	1081
1.3.	COMPROMISO DE IMPLEMENTACIÓN	1093
1.3.1.	Distribución de documentación.....	1093
CAPÍTULO V: EVALUACIONES.....		1095
1	EVALUACIÓN DE VALOR AGREGADO	1095
1.1	VALOR AGREGADO A LA INSTITUCIÓN	1095
5.1.1	Madurez de la gestión de la calidad en la organización.....	1095
5.2	VALOR AGREGADO AL CLIENTE (PACIENTES, ESTUDIANTES Y TRABAJADORES).....	1098
5.2.1	Valor agregado para los Pacientes.....	1098
5.2.2	Valor agregado para los Estudiantes	1101
5.2.3	Valor agregado para los Trabajadores.....	1102
6	EVALUACIÓN DE CALIDAD.....	1105
6.1	ESTIMACIÓN DEL NIVEL DE CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE LA NORMA ISO 9001:2008 1105	
6.2	REDUCCIÓN DE LA BRECHA CON RESPECTO AL DISEÑO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD BASADO EN LA NORMA ISO 9001:2008.	1105
6.2.1	Reducción de la brecha existente con el SGC.....	1105
6.3	RESUMEN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS MÁS REPRESENTATIVOS DE LA BRECHA CON LA NORMA ISO 9001:2008 DE LA SITUACIÓN ACTUAL Y CON EL DISEÑO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD PARA LA FOUES	1116
7	EVALUACIÓN ECONÓMICA.....	1117
7.1	INVERSIÓN INICIAL.....	1117
7.1.1	Costo de Diseño del sistema.....	1117
7.1.2	Costos de documentación del Sistema de Gestión de Calidad	1118
7.1.3	Costos de implementación.....	1121
7.1.4	Costos del Proyecto	1130
7.2	BENEFICIO ECONÓMICO.....	1140
7.2.1	Concepto.....	1140
7.2.2	Cómo se calcula	1140
7.2.3	Cálculo Del Beneficio Económico del proyecto	1140
7.2.3.2	Índice De Rentabilidad (IR).....	1155
7.3	CÁLCULO DE INDICADORES ECONÓMICOS DEL PROYECTO.....	1156

7.3.1	Tasa Mínima Atractiva De Rendimiento (TMAR).....	1156
7.3.2	El Valor Actual Neto (VAN).....	1159
7.3.3	Tasa Interna de Retorno (TIR).....	1161
8	FINANCIAMIENTO DEL PROYECTO	1163
9	EVALUACIÓN SOCIAL	1164
9.1.1	Generación de empleos.	1164
9.1.2	Contribución a la economía.....	1165
9.1.3	Mayores ahorros en la población	1165
9.1.4	Contribución a la cultura del cuidado dental.....	1166
9.1.5	Mejora en la Salud	1166
	CONCLUSIONES.....	1167
	RECOMENDACIONES.....	1168
	ANEXOS.....	1173
9.1.6	CARTA IBEROAMERICANA DE CALIDAD EN LA GESTIÓN PÚBLICA.....	1173
9.1.7	Formatos Utilizados Actualmente En FOUES.....	1187

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1	Esquema general de la metodología de investigación.....	31
Ilustración 2	Esquema general de las fuentes de información a utilizar.....	32
Ilustración 3	Esquema de la metodología de diagnostico	33
Ilustración 4:	Esquema para selección del tipo de investigación.....	34
Ilustración 5:	Esquema de desarrollo del establecimiento de la metodología de recolección de información	34
Ilustración 6:	Esquema de desarrollo de la herramienta de recolección de datos.....	35
Ilustración 7:	Esquema de desarrollo de la definición de criterios de selección de áreas	35
Ilustración 8:	Esquema de desarrollo de la selección de áreas.....	36
Ilustración 9:	Esquema de desarrollo de investigación de campo.....	36
Ilustración 10:	Esquema de desarrollo del levantamiento de información adicional	37
Ilustración 11:	Esquema de la clasificación de datos.....	37
Ilustración 12:	Esquema de tabulación de resultados	38
Ilustración 13:	Esquema de elaboración del diagnóstico.....	38
Ilustración 14:	Mapa de procesos.....	81
Ilustración 15:	Simbología ANSI	445
Ilustración 16:	Curva de aprendizaje.....	1132

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Tipo de instrumentos de recolección de datos	42
Tabla 2: Descripción de las áreas	47
Tabla 3: Criterios de selección de áreas.....	48
Tabla 4: Criterios de selección para la evaluación de las áreas.....	48
Tabla 5: Tabla de puntuación de criterios para la selección de áreas:.....	50
Tabla 6: Tabla de puntuación para relaciones entre procesos	73
Tabla 7: tabla de puntuación para la calcificación de procesos.....	73
Tabla 8: Priorización y clasificación de los procesos.....	74
Tabla 9: Clasificación de los procesos	76
Tabla 10 Cuadro de mando integral para el establecimiento de indicadores.....	158
Tabla 11: calculo de indicadores para el plan de mantenimiento de la facultad.....	161
Tabla 12: calculo de indicadores para dirección estratégica de clínicas	161
Tabla 13: calculo de indicadores presupuestarios	162
Tabla 14: calculo de indicadores para programaciones clínicas	162
Tabla 15: calculo de indicadores para atención a pacientes.....	164
Tabla 16: Calculo de indicadores para control de inventario	164
Tabla 17: calculo de indicadores para compras institucionales.....	164
Tabla 18: Calculo de indicadores para licitación de servicios de mantenimiento	165
Tabla 19: Calculo de indicadores para arsenal de clínicas.....	165
Tabla 20: Calculo de indicadores para control de expediente clínico	166
Tabla 21: Fotografías de las áreas de la FOUES.....	171
Tabla 22: Estadísticas de pacientes efectivamente atendidos.....	174
Tabla 23: Diseño del instrumento.....	177
Tabla 24 Selección de los numerales de la norma ISO 9001:2008 para el diseño del cuestionario..	186
Tabla 25: Hipótesis sobre cumplimiento de la norma	192
Tabla 26: Criterios para evaluación de la misión.....	367
Tabla 27: Criterios para la evaluación de la visión.....	368
Tabla 28: Resumen de cumplimiento esperado de la Norma	416
Tabla 29: fuentes de información.....	417
Tabla 30: criterios para la elaboración de valores	434
Tabla 31 procedimientos obligatorios de la norma ISO 9001:2008.....	517
Tabla 32 criterios de selección de indicadores	983
Tabla 33 Cuadro de mando integral para el establecimiento de indicadores.....	986
Tabla 34 Indicadores del sistema de gestión	998
Tabla 35: calculo de indicadores para el plan de mantenimiento de la facultad.....	1002
Tabla 36: calculo de indicadores para dirección estratégica de clínicas	1003
Tabla 37: calculo de indicadores presupuestarios	1003
Tabla 38: calculo de indicadores para programaciones clínicas	1004
Tabla 39: calculo de indicadores para atención a pacientes.....	1005
Tabla 40: Calculo de indicadores para control de inventario	1006
Tabla 41: calculo de indicadores para compras institucionales.....	1006
Tabla 42: Calculo de indicadores para licitación de servicios de mantenimiento	1008
Tabla 43: Calculo de indicadores para arsenal de clínicas.....	1008
Tabla 44: Calculo de indicadores para control de expediente clínico	1008

Tabla 45: Matriz de Factores Críticos de Seguimiento a Nivel Global.....	1026
Tabla 46: Ponderación de Factores Críticos de Seguimiento.....	1028
Tabla 47: Criticidad para el seguimiento	1029
Tabla 48: Ejemplo de Aplicación de Matriz Factores Críticos de Seguimiento	1029
Tabla 49: Análisis de la Relevancia de las Recomendaciones de Auditoría	1030
Tabla 50 Reducción de la brecha existente.....	1043
Tabla 51: Resumen de la conceptualización del diseño	1054
Tabla 52-Valor agregado para los procedimientos diseñados que intervienen directamente en atención a pacientes.....	1098
Tabla 53. Valor agregado para los procedimientos diseñados que intervienen en el proceso de enseñanza aprendizaje.....	1101
Tabla 54. Valor agregado para los procedimientos diseñados que intervienen directamente en los empleados de la FOUES.....	1102
Tabla 55: Resumen de cumplimiento esperado de la Norma	1116
Tabla 56 Costo de diseño-honorarios de consultores.....	1117
Tabla 57 Cotización de las capacitaciones para empleados en general de la FOUES.....	1123
Tabla 58 Cotización de las capacitaciones de los auditores internos.....	1124
Tabla 59 horas hombre invertidas en capacitación de auditores internos	1124
Tabla 60. Costos de Capacitación del Comité de Calidad	1125
Tabla 61. Horas hombre invertidas en capacitación al comité de calidad.....	1126
Tabla 62. Resumen Costos de Implementación.....	1127
Tabla 63 costos de implementación.....	1128
Tabla 64 Tabla general de sueldos	1128
Tabla 65 Costo del Proyecto del Sistema de Gestión de Calidad.....	1131
Tabla 66. Estadísticas de pacientes efectivamente atendidos.....	1132
Tabla 67 Tiempos de atención en clínicas	1133
Tabla 68. Tabla de Inflación Proyectada.....	1157
Tabla 69. Tasas de Interés para Cuentas Pasivas a Plazo Fijo	1157
Tabla 70 Cálculo de pacientes atendidos al contratar 4 empleados	1165
Tabla 71 Ahorros en la población.....	1165

SIGLAS UTILIZADAS

FOUES: Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador

ISO: International Organization for Standardization (Organización Internacional de Estandarización.

SIGAC: Sistema Informático para la Gestión de Adquisiciones y Contrataciones de Obras, Bienes y Servicios de la Universidad de El Salvador

INTRODUCCIÓN

En general un sistema de gestión de calidad representa un conjunto de normas interrelacionadas entre si dentro de una organización mediante los cuales se administra de forma ordenada la calidad de la misma, en la búsqueda de la satisfacción de las necesidades y expectativas de sus clientes, es decir es la forma en la que una empresa o institución dirige y controla todas las actividades que están asociadas a la calidad.

En el entorno actual no se habla nada más de “calidad” sino mas bien de “calidad total”, ya que los sistemas de gestión de calidad abarcan los procesos que componen la totalidad de la operación de una organización, a través de un sistema que permite y garantice la mejora continua de los mismos.

La decisión de la implementación de un sistema de gestión de la calidad es importante debido a que el entorno exige empresas altamente competitivas debido a las altas exigencias y requisitos de los clientes.

En el presente documento se realiza una descripción de la norma ISO 9001:2008 y sus normas relacionadas, el establecimiento de la metodología para el diagnóstico de la situación actual de la Facultad de Odontología de la Universidad de el Salvador, el levantamiento de los mapas de procesos y los diagramas PEPSU y flujos de procedimientos, el diseño del instrumento de recolección de la información para el establecimiento de la brecha entre los requisitos de la norma antes mencionada y el nivel de cumplimiento que posee la FOUES.

Además se presenta la conceptualización del diseño de los documentos y procedimientos que permitan acercar a la FOUES al nivel de cumplimiento máximo no así de su implementación total.

Finalmente se presenta el Diseño del Sistema de Gestión de Calidad junto con todos los documentos y manuales necesarios para el cumplimiento bajo la Norma ISO 9001:2008 y sus respectivas evaluaciones económicas.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Diseñar un sistema de gestión de calidad para la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador basado en la norma ISO 9001:2008.

Objetivos Específicos

- Documentar los procedimientos de las unidades priorizadas basados en los requisitos de la norma ISO 9001.
- Realizar una revisión de la misión y visión de la FOUES.
- Diseñar el manual de calidad basado en la norma ISO 9001:2008 para la FOUES
- Diseñar el manual de procedimientos para las unidades priorizadas de la FOUES
- Documentar y diseñar el manual de funciones para las unidades priorizadas de la FOUES.
- Estandarizar los documentos internos de la facultad.
- Diseñar los procedimientos específicos que solicita la norma ISO 9001.
- Diseñar los formatos para los registros obligatorios de norma
- Establecer un plan de implementación para el sistema de gestión de calidad
- Determinar el cierre de la brecha existente entre los requisitos de la norma ISO 9001 y la situación actual de la facultad

CAPÍTULO I
MARCO
CONCEPTUAL

CAPÍTULO I: MARCO CONCEPTUAL

1. MARCO CONCEPTUAL

1.1. GENERALIDADES DE LAS NORMAS ISO 9000

1.1.1. Antecedentes de las normas ISO

La familia de normas ISO 9000 es un conjunto de normas de calidad establecidas por la Organización Internacional para la Estandarización (ISO) aplicables a cualquier tipo de organización, ya sea pública, privada, empresa de producción o empresa de servicios.

Las Normas ISO 9000 cumplen la importante función de establecer una normativa a nivel internacional que sirva como patrón de referencia para la gestión de calidad en una empresa en cualquier parte del mundo. Esta normativa recibe el nombre de ISO 9000, permitiendo armonizar la gran cantidad de normas sobre gestión de calidad a nivel de países.

1.1.2. Origen y Evolución de las Normas ISO

La Organización Internacional para la Normalización se origina a partir de la Federación Internacional de Asociaciones Nacionales de Normalización (1926-1939). En octubre de 1946, en Londres, representantes de veinticinco países deciden adoptar el nombre de International Organization for Standardization conocida como ISO por sus siglas y por la referencia a la palabra griega relativa a la igualdad.

ISO realiza su primera reunión en el mes de junio de 1947 en Zúrich, Alemania, y se establece como sede para su funcionamiento la ciudad de Ginebra, Suiza. Su finalidad principal es la de promover el desarrollo de estándares internacionales y actividades relacionadas incluyendo la conformidad de los estatutos para facilitar el intercambio de bienes y servicios en todo el mundo.

La familia normas ISO 9000 del año 1994 estaba principalmente orientada a organizaciones relacionadas con procesos productivos y, por tanto, su implantación en empresas de servicios se hacía burocrática y restrictiva.

Tras su revisión en el año 2000 la familia de normas 9000, versión 1994 (9001, 9002, 9003, 9004), se redujo sólo a dos normas:

La norma ISO 9001; versión 2000, que reemplaza las normas 9001, 9002 y 9003, versión 1994

. La norma ISO 9004, versión 2000, que reemplaza a la norma 9004, versión 1994

- . La norma ISO 9000 se mantuvo (nomenclatura, definiciones, lenguaje)

Las normas ISO 9001:2000 e ISO 9004:2000 constituyen el núcleo de la familia y, a la vez, forman un par consistente. La revisión de dichas normas se basó en los 8 principios de gestión de la calidad que reflejan las mejores prácticas de gestión.

Estos ocho principios son:

1. Organización enfocada a clientes.
2. Liderazgo
3. Participación del personal.
4. Enfoque a procesos.
5. Enfoque del sistema hacia la gestión.
6. Mejora continua.
7. Enfoque objetivo hacia la toma de decisiones.
8. Relación mutuamente beneficiosa con los suministradores (proveedores de la organización).

La norma ISO 9001:2000 contiene en su estructura 4 puntos clave:

- Responsabilidad de la dirección.
- Gestión de los recursos.
- Realización del producto o servicio.
- Medida, análisis y mejora.

La norma ISO 9004:2000 proporciona recomendaciones para llevar a cabo la mejora y, a diferencia de la ISO 9001:2000, no es certificable.

Gracias a esta revisión y actualización, la familia de normas 9000 pudo aplicarse de forma menos restrictiva en organizaciones de todo tipo ya sea empresas productivas, empresas de servicios e incluso la Administración Pública.

Para verificar que una empresa u organización cumple con los requisitos del estándar de calidad establecido, existen entidades de certificación ISO, que dan sus propios certificados y entregan su sello. Estas entidades están vigiladas por organismos nacionales que les dan su acreditación.

Actualmente está en vigencia la NORMA ISO 9000:2008, de la cual se dará amplia información en la página 14 de este documento.

1.2. Principios de Gestión De Calidad

Los 8 principios de gestión de la calidad, de acuerdo a lo indicado en la Norma ISO 9001

Tabla 1 Los 8 Principios de Calidad

Principio	Concepto	Beneficios
1. Enfoque al cliente	Las organizaciones dependen de sus clientes, por lo tanto deben comprender sus necesidades actuales y futuras, satisfacer sus requisitos y esforzarse en exceder sus expectativas.	• Incremento de clientes • Ingreso a nuevos mercados • Incremento de ventas
2. Liderazgo	Los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización. Deben crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse en el logro de los objetivos de la organización.	• Se incrementa la comunicación en la organización • Mejora en la coordinación de actividades • Involucramiento del personal en el logro de objetivos.
3. Participación del personal	El personal, a todos los niveles, es la esencia de la organización, y su total compromiso posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización	• Personal motivado • El personal contribuye a las mejoras
4. Enfoque basado en procesos	Un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.	• Reducción de costos • Mejoras centradas según prioridad
5. Enfoque de sistema para la gestión	Identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de la organización en el logro de sus objetivos.	• Integración de procesos. • Eficiencia y eficacia en la organización.
6. Mejora continua	La mejora continua del desempeño global de la organización, debe de ser un	• Incrementar ventaja competitiva.

	objetivo permanente de esta.	• Flexibilidad para reaccionar a las oportunidades.
7. Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones	Las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y en la información previa.	• Mejora en la toma de decisiones • Registro de decisiones anteriores
8. Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor	Una organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor.	• Optimización de costos y recursos. • Capacidad para crear valor en ambas partes.
Fuente: a partir de la norma ISO 9001:2008		

1.3. Descripción de la norma ISO 9000

La Norma ISO 9000, especifica el Sistema de Gestión de Calidad a ser establecido por organizaciones de manufactura y de servicios.

El propósito de ISO 9000 es: establecer, mantener y documentar un sistema que asegura la calidad final de un proceso. ISO 9000 es un término genérico usado para definir una serie de estándares establecidos por la Organización Internacional de Normalización (International Organization for Standardization) con sede en Génova, Suiza. Las mayores ventajas de la aplicación de las ISO 9000 para cualquier compañía son: Mayor aceptación por parte de los clientes, mayor productividad, reducción de costos y mayor participación en el mercado.

La Norma ISO-9000 indica lineamientos generales para la administración de sistemas de calidad y aseguran la operación correcta del proceso desde la solicitud de un servicio hasta la entrega al cliente. La Certificación ISO-9000 se lleva a cabo por organizaciones a su vez certificadas que se denominan "Registros". Estas empresas revisan el "Manual de Calidad" para asegurar que cumple con los estándares preestablecidos.

Cuando la empresa responde a las exigencias de la norma, es posible solicitar una constancia de un organismo especializado y reconocido. Se designa a un auditor que realiza una investigación, si verifica que las disposiciones existentes están conformes a referencia, se otorgará la certificación a la empresa conforme a la Norma ISO 9001:2008.

1.4. La Familia De Normas ISO 9000

El conjunto de Normas ISO 9000 constituyen una familia de norma internacionales y guías de la calidad con reconocimiento mundial que se conforman como la base para el establecimiento de Sistemas de Gestión de Calidad.

A continuación se recoge una visión global de las normas ISO 9000, que de forma colectiva son la base para la mejora continua y la excelencia empresarial.

La familia de normas ISO- 9000, está compuesta por el siguiente listado de normas:

Tabla 2 Familia de las Normas ISO 9000

NORMAS BASICAS DE LA FAMILIA ISO 9000	PROPOSITO
ISO 9000 Sistemas de Gestión de la Calidad. Fundamentos y Vocabulario.	Establece un punto de partida para comprender las normas y define los términos fundamentales utilizados en la familia de normas ISO 9000, que se necesitan para evitar malentendidos en su utilización.
ISO 9001 Sistemas de Gestión de la Calidad. Requisitos	Esta es la norma de requisitos que se emplea para cumplir eficazmente los requisitos del cliente y los requisitos reglamentarios aplicables, para así conseguir la satisfacción del cliente.
ISO 9004 Sistemas de Gestión de la Calidad. Directrices para la Mejora del Desempeño	Esta norma proporciona ayuda para la mejora del sistema de gestión de la calidad para beneficiar a todas las partes a través del mantenimiento de la satisfacción del cliente. La Norma ISO 9004 abarca tanto la eficiencia del sistema de gestión de la calidad como su eficacia.
ISO 19011 Directrices para la Auditoría Medioambiental y de la Calidad	Proporciona directrices para verificar la capacidad del sistema, para conseguir objetivos de la calidad definidos. Esta norma se puede utilizar internamente o para auditar a los proveedores.

Además de las Normas anteriores existe otro grupo de Normas de apoyo a las Normas básicas de la familia ISO 9000, éstas son:

Tabla 3 Otras Normas de Apoyo a la Familia de las Normas ISO 9000

Otras Normas de apoyo a las Normas Básicas de la Familia ISO 9000	PROPOSITO
ISO 10005:2005 Directrices para los Planes de Calidad.	Proporciona directrices para ayudar en la reparación, estudio, aceptación y revisión de los planes de la calidad.
ISO 10006:2003 Directrices para la Calidad en la Gestión de Proyectos.	Directrices para ayudar a entender y utilizar una gestión de proyecto eficaz.
ISO 10007:2003 Gestión de la Calidad. Directrices para la Gestión de la Configuración.	Proporciona directrices para asegurarse de que un producto complejo sigue funcionando cuando se cambian los componentes individualmente.
ISO 10012-1:2003 Requisitos de Aseguramiento de la Calidad en los Equipos de Medición. Parte 1: Sistema de Confirmación Metrológica de los Equipos de Medición.	Proporciona directrices sobre las principales figuras de un sistema de calibración para asegurar que las mediciones son llevadas a cabo con la exactitud y precisión deseadas.
ISO/TR 10013:2000 Directrices para la Documentación del Sistema de Gestión de la Calidad.	Proporciona directrices para el desarrollo y mantenimiento de los manuales de calidad, procedimientos, instrucciones de trabajo e impresos confeccionados a la medida de sus necesidades específicas.
ISO/TR 10014:2006 Guía para la Gestión de los Efectos Económicos de la Calidad.	Proporciona orientaciones sobre cómo lograr beneficios económicos de la aplicación de la gestión de la calidad.
ISO/TR 10017:2003 Orientación sobre Técnicas Estadísticas para la Norma ISO 9000:2000	Proporciona orientaciones sobre la selección de las técnicas estadísticas apropiadas que pueden ser de utilidad en el desarrollo, implementación o mantenimiento del sistema de la calidad.
ISO 10015:2001 Gestión de la calidad Directrices para formación.	Esta norma internacional proporciona directrices para ayudar a las organizaciones y a su personal en los temas relacionados con la formación. Puede ser aplicada cada vez que se requiera una directriz para interpretar referencias a la “educación” y “formación” dentro de la familia de normas ISO 9000 de aseguramiento de la calidad y gestión de la calidad.

ISO 15161 Directrices en la aplicación de ISP 9001-2000 para la industria de alimentos y bebidas.	Además de las directrices en la aplicación de ISO 9001-2000 en la industria de alimentos y bebidas, incluye un vocabulario especial para esta industria y observaciones de la forma de aplicar cada una de las cláusulas.
ISO 10001:2007 Directrices para los códigos de conducta de las organizaciones.	Esta Norma Internacional proporciona orientación para la planificación, el diseño, el desarrollo, la implementación, el mantenimiento y la mejora de los códigos de conducta para la satisfacción del cliente.
ISO 10002:2004 Directrices para el tratamiento de las quejas en las organizaciones.	Esta norma internacional provee la orientación para el diseño e implementación de un eficaz proceso de manejo de reclamos para todo tipo de transacciones comerciales o no comerciales, incluyendo a las relacionadas con comercio electrónico.
ISO 10003:2007 Directrices para la solución externa de conflicto en las organizaciones.	Seguimiento y medición de la satisfacción del cliente. Proporciona orientación para que una organización planee, diseñe, desarrolle, mantenga y opere un proceso de solución de conflictos eficiente y eficaz para las quejas que no se han resuelto por la organización.
ISO/TS 16949:2009	Requisitos particulares para la aplicación de la norma ISO 9001:2000 para el sector automotriz.
ISO 19011:2002	Guías para la calidad y / o ambiental sistemas de gestión de auditoría.
ISO 10019:2005	Directrices para la selección de consultores de Sistemas de Gestión de Calidad y uso de sus servicios.

1.5. Última versión de la norma ISO 9001:2008

1.5.1. Antecedentes del proceso de revisión de la norma ISO 9001:2008

A fin de ayudar a alcanzar un pleno entendimiento de la nueva Norma ISO 9001:2008, puede ser útil comprender bien el proceso de revisión, cómo esta revisión refleja los elementos de entrada recibidos de los usuarios de la norma, y la consideración prestada a los beneficios y los impactos durante su desarrollo.

Previo al comienzo de una revisión (o modificación/enmienda) de una norma de sistema de gestión, la Guía ISO 72:2001 *Directrices para la justificación y desarrollo de normas de sistemas de gestión* recomienda que se prepare un “Estudio de Justificación” para presentar las razones para el proyecto propuesto, y que en él se esbochen los detalles de los datos y elementos de entrada que apoyan sus argumentos. En relación con el desarrollo de la Norma ISO 9001:2008 se detectaron las necesidades de los usuarios a partir de lo siguiente:

- Los resultados de una “Revisión Sistemática” formal de la Norma ISO 9001:2000 que fue llevada a cabo por los miembros del ISO/TC 176/SC2 durante 2003-2004,
- Retroalimentación del Grupo de Trabajo sobre “Interpretaciones” del ISO/TC 176,
- Los resultados de una amplia “Encuesta de Retroalimentación de Usuarios sobre las Normas ISO 9001 e ISO 9004” realizada a nivel mundial por el grupo de trabajo ISO/TC 176/SC 2/WG 18, y encuestas similares a nivel nacional.

El Estudio de Justificación identificó la necesidad de una modificación (enmienda), condicionada a que el impacto sobre los usuarios fuera limitado y a que los cambios sólo se introdujeran cuando hubiera unos claros beneficios para los usuarios.

Los focos clave de la modificación de la Norma ISO 9001:2008¹ fueron para mejorar la claridad de la Norma ISO 9001:2000 y mejorar su compatibilidad con la Norma ISO 14001:2004.

Se creó una herramienta para valorar el impacto frente a los beneficios de los cambios propuestos, que ayudase a los redactores de la modificación al decidir qué cambios se deberían incluir, y ayudar a la verificación de los borradores frente a las necesidades de los usuarios que se habían identificado. Se aplicaron los siguientes principios para la toma de decisiones:

- No se incorporarían a la norma los cambios de gran impacto.
- Sólo se incorporarían a la norma los cambios de impacto medio, cuando proporcionaran un beneficio correspondiente medio o alto a los usuarios de la norma.
- Antes de incorporar un cambio, incluso si su impacto era bajo, éste debía ser justificado por los beneficios que aportaba a los usuarios.

Los cambios incorporados en esta edición de la Norma ISO 9001:2008 se clasificaron en términos de impacto en las siguientes categorías:

- Sin cambios o cambios mínimos en los documentos del usuario, incluidos registros.
- Sin cambios o cambios mínimos en los procesos existentes en la organización.
- No se requiere formación adicional, o se requiere una formación mínima.
- No afecta a las certificaciones actuales.

1.5.2. Beneficios identificados para la norma ISO 9001:2008

Los beneficios identificados para la edición de la Norma ISO 9001:2008 se clasifican en las siguientes categorías:

- Proporciona claridad.
- Aumenta la compatibilidad con la Norma ISO 14001.
- Mantiene la coherencia con la familia de normas ISO 9000.
- Mejora la capacidad de traducción.

1.5.3. Diferencias entre la ISO 9001:2000 y la ISO 9001:2008

La nueva versión de la ISO 9001, (ISO 9001:2008) fue publicada durante el último trimestre del año 2008. La Norma ISO 9001:2008 ha sido desarrollada con el fin de introducir aclaraciones a los requisitos existentes de la Norma ISO 9001:2000 y para mejorar la compatibilidad con la Norma ISO 14001:2004 de Gestión Ambiental. La Norma ISO 9001:2008 no introduce requisitos adicionales ni cambia la intención de la Norma ISO 9001:2000.

La certificación con la Norma ISO 9001:2008 no es un “ascenso de categoría”, y las organizaciones que estén certificadas con la Norma ISO 9001:2000 deberían recibir el mismo estatus que aquellas que ya hayan recibido un nuevo certificado con la Norma ISO 9001:2008.

Esta cuarta edición anula y sustituye a la tercera edición (ISO 9001:2000).

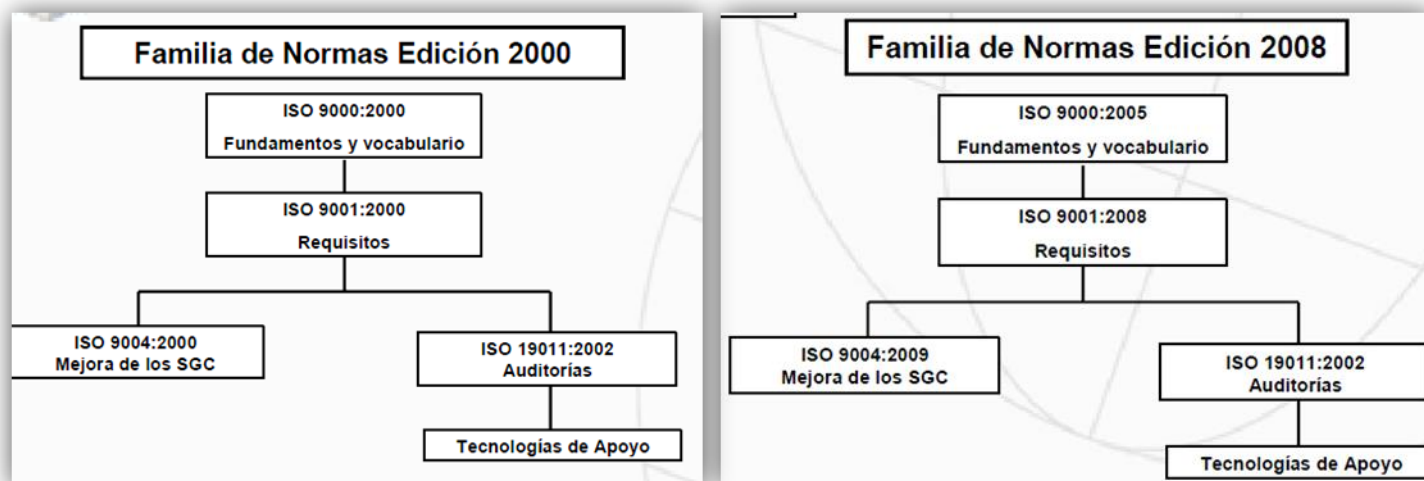


Ilustración 1 Comparación de la familia de Normas edición 2000 y 2008

¹ Ver Anexo 1 Modificaciones de la Norma ISO

1.5.4. Selección y Uso De Las Normas ISO 9000:2008

ISO 9000

La necesidad de reglas internacionales es muy importante a medida que más organizaciones operan en la economía mundial mediante la venta o compra de productos y servicios a partir de fuentes fuera del mercado nacional.

La Norma ISO 9000 describe los fundamentos de los sistemas de gestión de la calidad y especifica la terminología para los sistemas de gestión de la calidad. Sienta las bases para la comprensión de los elementos básicos de la gestión de la calidad.

ISO 9000 introduce a los usuarios los ocho Principios de Control de Calidad; así como el uso del enfoque basado en procesos para lograr la mejora continua.

ISO 9001

Especifica los requisitos básicos para un Sistema de gestión de la calidad (SGC); que debe cumplir una organización para demostrar su capacidad de forma consistente, de proporcionar productos (que incluyen servicios) que mejoran la satisfacción del cliente y que cumplen con los estatutos y reglamentos aplicables (requisitos).

Existen cinco capítulos en la norma que especifican actividades que deben ser consideradas cuando se implemente el sistema. Se deben describir las actividades que se utilizan para proporcionar los productos y servicios. Se pueden excluir las partes del capítulo “Realización del producto” que no son de aplicación a las operaciones de la empresa.

Los requisitos de los otros cuatro capítulos; Sistema de gestión de la calidad, Responsabilidad de la dirección, Gestión de los recursos y Medición, análisis y mejora, son aplicables a todas las organizaciones y se describirá cómo adoptarlos en la organización en el Manual de la Calidad u otra documentación.

Los cinco capítulos juntos de la Norma ISO 9001 se utilizan para describir cómo una organización debe satisfacer a sus clientes y cumplir con los requisitos legales o reglamentarios aplicables. Además, busca mejorar el Sistema de Gestión de la Calidad incluyendo los productos y servicios que proporciona a sus clientes.

Ilustración 2 Sistema de Gestión de Calidad Mejora Continua



La ISO 9001:2008 se basa en un modelo enfocado a procesos en el cual la organización debe determinar estos procesos y gestionarlos de manera sistemática. En la ilustración 2 se presenta de manera gráfica el modelo de enfoque a procesos usado por la norma ISO 9001.

La ISO 9001 es la única Norma certificable.

La norma también adopta la metodología PHVA para la gestión de los procesos, la cual fue desarrollada por Walter Shewart y difundida por Edwards Deming y consiste en:

- Planear
- Hacer
- Verificar (o Control de Calidad)
- Actuar (o Mejora de la Calidad)

ISO 9004:2009

Es la nueva edición que acaba de publicarse de la norma ISO 9004; proporciona a las organizaciones un modelo de “éxito sostenido”; en el complejo, exigente y siempre cambiante medio ambiente.

QMS ISO 9004:2009, **Gestión para el éxito sostenido de una organización** –Es un enfoque de gestión de calidad, es la tercera edición de la norma publicada por primera vez en 1987. Su objetivo es apoyar el logro de un éxito sostenido de cualquier organización, independientemente de su tamaño, tipo o actividad, por un enfoque de gestión de calidad. Bob Alisic, líder del grupo de trabajo responsable de los comentarios de la norma ISO 9004:2009 nos comenta: “Si bien el objetivo inicial es garantizar la producción de” buenos “productos y servicios, lo que lleva a la consecución de la satisfacción del cliente, el objetivo a más largo plazo, es garantizar la supervivencia económica de la organización”. La nueva edición ofrece una guía sobre cómo una organización debe adoptar un enfoque sistemático para lograr esto”.

ISO 9004:2009 proporciona orientación para la mejora continua del desempeño global de una organización, la eficiencia y la eficacia basada en un enfoque basado en procesos. Se centra en la satisfacción de las necesidades y expectativas de los clientes y otras partes interesadas, a largo plazo, y de una manera equilibrada. En comparación con la norma ISO 9001:2008 que garantiza la gestión de la calidad de los productos y servicios, al tiempo que mejora la satisfacción del cliente, la norma ISO 9004:2009 ofrece una perspectiva más amplia de gestión de la calidad, en particular para la mejora del rendimiento. Será útil a las organizaciones cuya alta dirección desee ir más allá de la norma ISO 9001, en la búsqueda de la mejora continua, medida a través de la satisfacción de los clientes y otras partes interesadas.

La norma ISO 9004:2009 permite a las organizaciones mejorar la calidad de los productos y la prestación de servicios a sus clientes mediante la promoción de auto-evaluación como una herramienta importante para permitir a las organizaciones detectar:

1. Objetivo de referencia de su nivel de madurez, que abarca el liderazgo, la estrategia, sistema de gestión, recursos y procesos.
2. Identificar sus puntos fuertes y débiles.
3. Identificar las oportunidades, ya sea para mejoras o innovación, o ambos.

La herramienta de auto-evaluación puede convertirse en un elemento clave en los procesos de planificación estratégica en cualquier organización.

La combinación de la norma ISO 9001 e ISO 9004 permitirá obtener el máximo de su sistema de calidad.

La norma ISO 9004:2009 sustituye a la norma ISO 9004:2000. Hace cambios sustanciales en su estructura y contenido de la edición anterior basado en la experiencia de ocho años de aplicación de la norma en todo el mundo, e introduce cambios destinados a mejorar la coherencia con la norma ISO 9001 y otras normas de sistemas de gestión. Un ejemplo importante (tal vez el más importante) es: el cambio en la estructura de la norma ISO 9004, ya que el “cuerpo” de la norma se inicia con el capítulo que ofrece: “asesoramiento sobre cómo administrar una organización destinada para el éxito sostenido” y no “cómo construir un sistema de gestión de calidad”.

Aunque la norma ISO 9004:2009 complementa la norma ISO 9001:2008 (y viceversa), también puede ser utilizado de forma independiente. No está destinada para la certificación de terceros, usos reglamentarios o usos contractuales, ni como una guía para la aplicación de la norma ISO 9001:2008.

ISO 19011

La norma ISO 19011:2002 proporciona directrices para auditar sistemas de gestión de calidad. La norma contiene opciones relativas a métodos de auditoría y competencias de los auditores pero el contenido no es mandatorio. La directriz tiene la intención de ser flexible y la aplicación puede diferir de acuerdo al tamaño, naturaleza y complejidad de la organización a ser auditada. Es decisión de cada cuerpo de certificación de tercera parte utilizar las directrices que considere apropiadas a sus necesidades y relevantes a sus prácticas propias de trabajo.

La norma se divide en varias secciones incluyendo las siguientes:

- **Principios de auditoría**

El auditor debe estar familiarizado con los 5 principios de auditoría y aplicarlos al proceso de auditoría.

- **Gestión de un programa de auditoría**

Esta será generalmente responsabilidad de la dirección del cuerpo de certificación de tercera parte y no del auditor individual. Los auditores deben estar conscientes que los programas de auditoría son seguidos y revisados a intervalos apropiados. Los auditores deben proporcionar datos de entrada para la mejora de los programas de auditoría.

- **Actividades de auditoría**

Esta directriz enfatiza la importancia de y las técnicas para la planificación, conducción y reporte de una auditoría y es de particular relevancia para el auditor. Los auditores deben estar familiarizados con la sección 6 de la norma ISO 19011.

- **Competencia y evaluación de los auditores**

La directriz sobre la competencia y evaluación de los auditores da un nuevo énfasis en la importancia de la competencia del individuo y del equipo auditor en vez del criterio de cualificación para auditores que estaba en la norma ISO 10011-2.

La competencia ahora es definida como los atributos personales y aptitud demostrada para aplicar conocimientos y habilidades. Se da ahora, menos importancia en los niveles de educación prescritos, la experiencia de trabajo y auditoría y número de auditorías realizadas. Estas ahora se utilizan como entradas a los conocimientos y habilidades necesarias para la competencia de un auditor.

Mucho de esta directriz será utilizada por los cuerpos de certificación de tercera parte cuando establezcan sus propios criterios de competencia para los auditores. Sin embargo, los auditores individuales deben estar conscientes del contenido de esta sección de modo que puedan mantener, mejorar y trabajar dentro de su competencia profesional.

1.6. Clases De Sistemas De Gestión De La Calidad

En la actualidad existen muchas clases de sistemas de gestión de la calidad, en general algunas de ellas tales como HACCP, OHSAS, ISO 14000; ISO 9000. Veamos brevemente en qué consisten:

1.6.1. Análisis de peligros y puntos críticos de control (HACCP)

Definición: Es un Sistema de Control de procesos, que identifica los lugares donde pueden ocurrir PELIGROS, en la elaboración de un Alimento y establece medidas estrictas para evitar que esos PELIGROS ocurran.

Su sigla HACCP obedece a su nombre en inglés:

- **Hazard:** Peligro
- **Analysis:** Análisis
- **Critical:** Críticos

- **Control:** Control
- **Point:** Puntos

El Sistema HACCP consta de siete Principios que engloban la implantación y el mantenimiento de un plan HACCP aplicado a un proceso determinado.

Principio 1. Realizar un análisis de peligros.

Principio 2. Identificar los Puntos críticos de Control (PCC) del proceso.

Principio 3. Establecer los Límites Críticos para las medidas preventivas asociadas a cada PCC.

Principio 4. Establecer los criterios para la vigilancia de los PCC.

Principio 5. Establecer las acciones correctoras.

Principio 6. Implantar un sistema de registro de datos que documente el HACCP.

Principio 7. Establecer un sistema de verificación.

Razones básicas para implantar un sistema HACCP

- La seguridad de los alimentos se ha convertido en los últimos años en un requisito imprescindible para el consumidor y a diferencia de otras características- envasado, precio, tamaño- no es negociable. Como ejemplo podemos decir que las grandes superficies utilizan proveedores que tengan implantado el HACCP y sin duda se da preferencia a quienes lo aplican eficazmente.
- Resulta rentable para la empresa al disminuir, como ya hemos comentado, el número de productos rechazados y los costes de producción, al emplear los recursos en un número limitado de puntos de control.
- Se puede, y se debe, evitar el coste enorme que para una empresa tendría una intoxicación alimentaria; la publicidad del suceso puede acabar con su imagen pública. Como ejemplo podemos hacer alusión al coste económico que ha tenido para el sector cárnico en Europa la encefalopatía espongiforme bovina (mal de las vacas locas).
- Los industriales del sector alimentario que deseen certificar sus sistemas de calidad conforme a las Normas ISO-9000, es aconsejable incluir el HACCP en el ámbito de su Sistema de Gestión de la Calidad, por tanto, la implantación del Sistema facilita el acercamiento de las empresas a otras Normativas de Calidad más compleja.

1.6.2. Sistemas De Gestión En Salud Y Seguridad Ocupacional “Oshas 18001”

Esta norma Fue elaborada en respuesta a la demanda de las organizaciones para contar con un estándar universalmente aplicable y certificable en materia de la Administración de la Seguridad Industrial y la Salud Ocupacional de las organizaciones.

Definición:

Es un estándar que permite a una Organización **Controlar los riesgos** de su Sistema de Seguridad y Salud Ocupacional, a fin de mejorar su desempeño. Actualmente es un estándar internacional avalado por 23 organismos con reconocimiento internacional.

Esta Norma Internacional es aplicable a toda organización que quiera:

- a) Establecer un sistema de gestión de la Seguridad y Salud ocupacional para eliminar o minimizar riesgos a los empleados y otras partes interesadas que puedan estar expuestos a riesgos de Seguridad y Salud ocupacional asociados con sus actividades.
- b) Implementar, mantener y mejorar un sistema de gestión de la Seguridad y Salud Ocupacional.
- c) Asegurarse de su conformidad con su política de Seguridad y Salud ocupacional establecida.
- d) Demostrar tal conformidad a terceros.
- e) Solicitar la certificación / registro de su sistema de gestión de la Seguridad y Salud ocupacional por una organización externa.
- f) Realizar una autodeterminación y un auto declaración de conformidad con esta norma.

1.6.3. Sistema De Gestión Ambiental ISO 14000

Es la herramienta que permite a las organizaciones formular una política y unos objetivos, teniendo en cuenta los requisitos legales y la información relativa a sus aspectos e impactos ambientales. Se define como aquella parte del sistema de gestión global de la organización que incluye la estructura organizativa, las actividades de planificación, los procedimientos, los procesos y los recursos para desarrollar, implantar, lograr, revisar y mantener la política ambiental.

Un SGA es un mecanismo de regulación de la gestión empresarial en los siguientes aspectos:

Cumplimiento de la legislación vigente, aplicable a sus aspectos e impactos ambientales;

Alcance de los objetivos medioambientales de la organización.

Los SGA están basados en el Ciclo de Mejora de Deming: Planifica – Hacer – Verificar – Ajustar. Constituyen un conjunto de procedimientos que definen la mejor forma de realizar las actividades que sean susceptibles de producir impactos ambientales.

Lo que se busca es minimizar la generación de residuos en las diferentes actividades productivas y de servicios, mediante la adecuación de las instalaciones y de los procesos.

1.6.4. Sistema De Gestión De Calidad ISO 9000

La serie 9000 se centra en las normas sobre documentación, en particular, en el Manual de la Gestión de la Calidad, con la finalidad de garantizar que existan Sistemas de Gestión de la Calidad apropiados. La elaboración de estos manuales exige una metodología, conocimientos y criterios organizacionales para recopilar las características del proceso de la empresa.

1.7. Descripción de los apartados de la norma ISO 9001:2008

Tabla 4 Breve descripción de la Norma ISO 9001:2008

SISTEMAS DE GESTIÓN DE CALIDAD (REQUISITOS)

1. OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN

1.1 GENERALIDADES

Esta Norma Internacional especifica los requisitos para un sistema de gestión de la calidad cuando una organización:

- a) Necesita demostrar su capacidad para proporcionar regularmente productos que satisfagan los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables, y
- b) aspira aumentar la satisfacción del cliente a través de la aplicación eficaz del sistema, incluidos los procesos para la mejora continua del sistema y el aseguramiento de la conformidad con los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables.

1.2 APLICACIÓN

Todos los requisitos de esta Norma Internacional son genéricos y se pretende que sean aplicables a todas las organizaciones sin importar su tipo, tamaño y producto suministrado.

2. REFERENCIAS NORMATIVAS

ISO 9000:2005, sistemas de gestión de la calidad FUNDAMENTOS Y VOCABULARIO

3. TERMINOS Y DEFINICIONES

Para el propósito de este documento, son aplicables los términos y definiciones dados en la Norma ISO 9000.

4. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

4.1 REQUISITOS GENERALES

La organización debe establecer, documentar, implementar y mantener un sistema de gestión de la calidad y mejorar continuamente su eficacia de acuerdo con los requisitos de esta Norma Internacional, mediante la determinación de procesos, secuenciación e interacción de procesos, control de procesos, seguimiento de proceso e implementación de acciones.

4.2 REQUISITOS DE LA DOCUMENTACIÓN

La documentación del sistema de gestión de la calidad debe incluir; políticas de la calidad, objetivos de la calidad, manual de la calidad, procedimientos documentados tanto para el control de documentos y registros, se debe de mantener la constancia de la conformidad de la operación del sistema de gestión de calidad.

5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN

5.1 COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN

La alta dirección debe proporcionar evidencia de su compromiso con el desarrollo e implementación del sistema de gestión de la calidad, así como con la mejora continua de su eficacia.

5.2 ENFOQUE AL CLIENTE

La alta dirección debe asegurarse de que los requisitos del cliente se determinan y se cumplen con el propósito de aumentar la satisfacción del cliente (véanse 7.2.1 y 8.2.1).

5.3 POLÍTICA DE LA CALIDAD

La alta dirección debe asegurarse de que la política de la calidad se adecue a los, propósitos, a los objetivos y tenga un compromiso con la mejora continua.

5.4 PLANIFICACIÓN

La alta dirección debe asegurarse de que los objetivos de la calidad, siendo medibles con las políticas de calidad, la planificación debe de mantener la integridad en el sistema de calidad al ser planificados o se implementen los cambios.

5.5 RESPONSABILIDAD, AUTORIDAD Y COMUNICACIÓN

La alta dirección debe asegurarse de que las responsabilidades y autoridades, designando a un miembro de la organización independientemente de otras responsabilidades, se deben establecer procedimientos que definan una buena comunicación en la organización.

5.6 REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

La alta dirección debe revisar el sistema de gestión de la calidad de la organización, a intervalos planificados, para asegurarse de su conveniencia, adecuación y eficacia continuas. La revisión debe incluir la evaluación de las oportunidades de mejora y la necesidad de efectuar cambios en el sistema de gestión de la calidad, incluyendo la política de la calidad y los objetivos de la calidad.

Deben mantenerse registros de las revisiones por la dirección

6. GESTIÓN DE LOS RECURSOS

6.1 PROVISIÓN DE RECURSOS

La organización debe determinar y proporcionar los recursos necesarios para:

- a) implementar y mantener el sistema de gestión de la calidad y mejorar continuamente su eficacia, y
- b) aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos.

6.2 RECURSOS HUMANOS

El personal que realice trabajos que afecten a la conformidad con los requisitos del producto debe ser competente con base en la educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas.

6.3 INFRAESTRUCTURA

La organización debe determinar, proporcionar y mantener la infraestructura necesaria para lograr la conformidad con los requisitos del producto.

6.4 AMBIENTE DE TRABAJO

La organización debe determinar y gestionar el ambiente de trabajo necesario para lograr la conformidad con los requisitos del producto.

7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO

7.1 Planificación de la realización del producto

La organización debe planificar y desarrollar los procesos necesarios para la realización del producto esto con la debida coherencia con los registros del sistema de gestión de calidad.

7.2 PROCESOS RELACIONADOS CON EL CLIENTE

Se deben determinar los requisitos especificados por el cliente, incluyendo los requisitos para las actividades de entrega y las posteriores a la misma, reglamentarios y otros que la organización considere necesarios. Se debe de revisar los requisitos con el producto implementando una comunicación con los clientes relativa al producto.

7.3 DISEÑO Y DESARROLLO

La organización debe planificar y controlar el diseño y desarrollo del producto.

Se deben determinar los elementos de entrada relacionados con los requisitos del producto, según los requisitos de desempeño y reglamentarios.

Los resultados del diseño y desarrollo deben proporcionarse de manera adecuada para la verificación respecto a los elementos de entrada para el diseño y desarrollo, y deben aprobarse antes de su liberación.

Se debe realizar la verificación, de acuerdo con lo planificado. Deben mantenerse registros de los resultados de la verificación y de cualquier acción que sea necesaria.

Se debe realizar la validación del diseño y desarrollo de acuerdo con lo planificado

7.4 COMPRAS

La organización debe asegurarse de que el producto adquirido cumple los requisitos de compra especificados.

La organización debe establecer e implementar la inspección u otras actividades necesarias para asegurarse de que el producto comprado cumple los requisitos de compra especificados

7.5 PRODUCCIÓN Y PRESTACIÓN DEL SERVICIO

7.5.1 Control de la producción y de la prestación del servicio

La organización debe planificar y llevar a cabo la producción y la prestación del servicio bajo condiciones controladas.

La organización debe validar todo proceso de producción y de prestación del servicio cuando los productos resultantes.

La organización debe cuidar los bienes que son propiedad del cliente mientras estén bajo el control de la organización se debe preservar la conformidad del producto durante el proceso interno y la entrega al destino previsto para mantener la conformidad con los requisitos.

7.6 CONTROL DE LOS EQUIPOS DE SEGUIMIENTO Y DE MEDICIÓN

La organización debe establecer procesos para asegurarse de que el seguimiento y medición pueden realizarse y se realizan de una manera coherente con los requisitos de seguimiento y medición.

8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA

8.1 GENERALIDADES

La organización debe planificar e implementar los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora necesarios para:

- a) demostrar la conformidad con los requisitos del producto,
- b) asegurarse de la conformidad del sistema de gestión de la calidad, y
- c) mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad.

Esto debe comprender la determinación de los métodos aplicables, incluyendo las técnicas estadísticas, y el alcance de su utilización.

8.2 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN

Como una de las medidas del desempeño del sistema de gestión de la calidad, mediante la satisfacción del cliente.

La organización debe llevar a cabo auditorías internas a intervalos planificados, aplicando métodos de seguimiento, estos métodos deben ser medibles para las características del producto.

8.3 CONTROL DEL PRODUCTO NO CONFORME

La organización debe asegurarse de que el producto que no sea conforme con los requisitos del producto, se identifica y controla para prevenir su uso o entrega no intencionados. Se debe establecer un procedimiento documentado para definir los controles y las responsabilidades y autoridades relacionadas para tratar el producto no conforme.

8.4 ANÁLISIS DE DATOS

La organización debe determinar, recopilar y analizar los datos apropiados para demostrar la idoneidad y la eficacia del sistema de gestión de la calidad y para evaluar dónde puede realizarse la mejora continua de la eficacia del sistema de gestión de la calidad.

8.5 MEJORA

Mejora continua

Esto mediante el uso de la política de la calidad, los objetivos de la calidad, los resultados de las auditorías, el análisis de datos, las acciones correctivas y preventivas y la revisión por la dirección.

Acción correctiva

La organización debe tomar acciones para eliminar las causas de las no conformidades con objeto de prevenir que vuelva a ocurrir. Las acciones correctivas deben ser apropiadas a los efectos de las no conformidades encontradas.

Acción preventiva

La organización debe determinar acciones para eliminar las causas de no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia.

1.8. Enfoque basado en procesos

Esta norma internacional promueve la adopción de un enfoque basado en procesos cuando se desarrolla, implementa y mejora la eficiencia de un sistema de gestión de calidad, para aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de sus requisitos.

Para que una organización funcione de manera eficaz, tiene que determinar y gestionar numerosas actividades relacionadas entre sí.

¿Qué es un proceso?

Es una actividad o un conjunto de actividades, que utilizan recursos, y que se gestionan con el fin de permitir que los elementos de entrada se transformen en resultados. Frecuentemente el resultado de un proceso constituye directamente el elemento de entrada del siguiente proceso.

La aplicación de un sistema de procesos dentro de la organización, junto con la identificación e interacciones de estos procesos, así como su gestión para producir el resultado deseado, puede denominarse como “enfoque basado en procesos”.

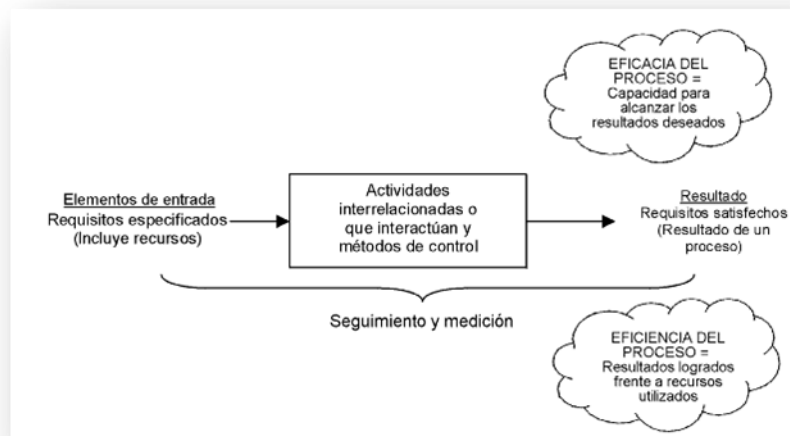


Ilustración 3 Proceso Genérico

Los elementos de entrada y los resultados previstos pueden ser tangibles (tal como equipos, materiales o componentes) o intangibles (tal como energía o información).

Los resultados también pueden ser no intencionados; tales como el desperdicio o la contaminación ambiental.

Cada proceso tiene clientes y otras partes interesadas (quienes pueden ser internos o externos a la organización) que son afectados por el proceso y quienes definen los resultados requeridos de acuerdo con sus necesidades y expectativas.

Una ventaja del enfoque basado en procesos es el control continuo que proporciona sobre los vínculos entre los procesos individuales dentro del sistema de procesos, así como sobre su combinación y su interacción.

1.8.1. Parámetros que definen un proceso.

- **Clientes:** Son los destinatarios del resultado del proceso o “output”. Los clientes podrán ser: internos, si pertenecen a la propia organización y externos, si son ajenos a la misma.
- **Proveedores:** Son las funciones de la organización o personas que aportan entradas o “input” al proceso. Al igual que los clientes, podrán ser proveedores internos o externos.
- **Responsable del proceso:** Es la persona responsable del proceso y que, por lo tanto, se encarga de controlar el buen funcionamiento del mismo, realizando un seguimiento de los indicadores que conforman el sistema de control y verificando que se alcanzan los resultados objetivo.
- **Subprocesos o actividades.** Son partes bien definidas en un proceso. Su identificación puede resultar útil para aislar los problemas que pueden presentarse y posibilitar diferentes tratamientos dentro de un mismo proceso.
- **Procedimiento.** Forma específica de llevar a cabo un proceso, subproceso o actividad.
- **Entradas o “inputs”:** procedentes del proveedor del proceso, que han de responder a los estándares o criterios de aceptación previamente definidos. Estas pueden ser materias primas, documentos e información.
- **Medios y recursos:** elementos que se utilizan para el desarrollo óptimo de las actividades del proceso, pero que no se transforman durante el mismo. Por ejemplo. Personal calificado, hardware y software, documentos e información suficiente sobre que procesar, herramientas o maquinaria etc.
- **Salidas o “output”:** que son los productos o servicios generados por el proceso y que se ofrece al destinatario (ciudadano / cliente) de acuerdo a unos requerimientos o expectativas que éste demanda.
- **Sistema de Control:** lo componen un conjunto de indicadores y medidas del rendimiento del proceso y del nivel de orientación del mismo a la satisfacción de las necesidades y expectativas de los diferentes clientes (internos y externos)



Clasificación de los Procesos

- **Procesos Estratégicos:** Son aquellos que están relacionados con la definición y el control de los objetivos de la organización, su planificación y estrategia, definición de la misión, visión y valores. En su gestión interviene directamente el equipo directivo.
- **Procesos Operativos o de Servicios:** Son aquellos que permiten el desarrollo de la planificación y estrategia de la organización, y que añaden valor para el cliente o inciden directamente en su satisfacción.

Ilustración 5 Arquitectura de los Procesos



- **Procesos de Soporte o Apoyo:** Son procesos que no están ligados directamente a la misión de la organización, pero resultan necesarios para que los procesos operativos lleguen a buen fin. Facilitan el desarrollo de las actividades que integran los procesos clave, y generan valor añadido al cliente interno.

1.8.2. Comprensión del enfoque basado en procesos

Un enfoque basado en procesos es una excelente vía para organizar y gestionar la forma en que las actividades de trabajo crean valor para el cliente y otras partes interesadas.

Las organizaciones están estructuradas a menudo como una jerarquía de unidades funcionales. Las organizaciones habitualmente se gestionan verticalmente, con la responsabilidad por los resultados obtenidos dividida entre unidades funcionales. El cliente final u otra parte interesada no siempre ven todo lo que está involucrado. En consecuencia, a menudo se da menos prioridad a los problemas que ocurren en los límites de las interfaces que a las metas a corto plazo de las unidades. Esto conlleva a la escasa o nula mejora para las partes interesadas, ya que las acciones están frecuentemente enfocadas en las funciones más que en el beneficio global de la organización.

El enfoque basado en procesos introduce la gestión horizontal, cruzando las barreras entre diferentes unidades funcionales y unificando sus enfoques hacia las metas principales de la organización. También mejora la gestión de las interfaces del proceso.

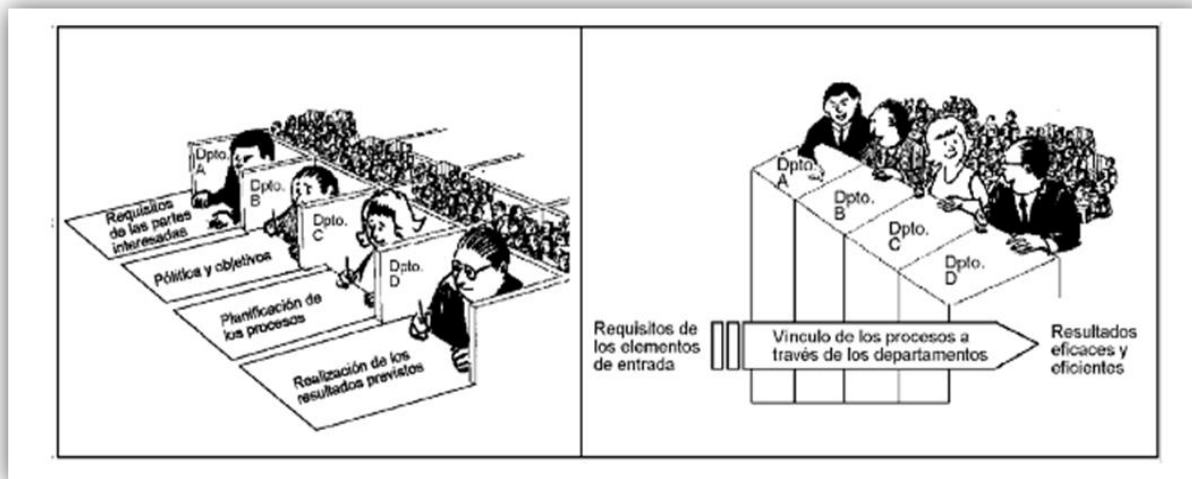


Ilustración 6 Ejemplo de vínculo de los Procesos a través de los departamentos de una organización.

El desempeño de una organización puede mejorarse a través del uso del enfoque basado en procesos. Los procesos se gestionan como un sistema, mediante la creación y entendimiento de una red de procesos y sus interacciones.

Nota: La operación coherente de esta red a menudo se denomina “enfoque de sistema” para la gestión.

Los resultados de un proceso pueden ser elementos de entrada para otros procesos y estar interrelacionados dentro de la red global o sistema global (para ejemplos genéricos véanse la Ilustración 7 y 8).

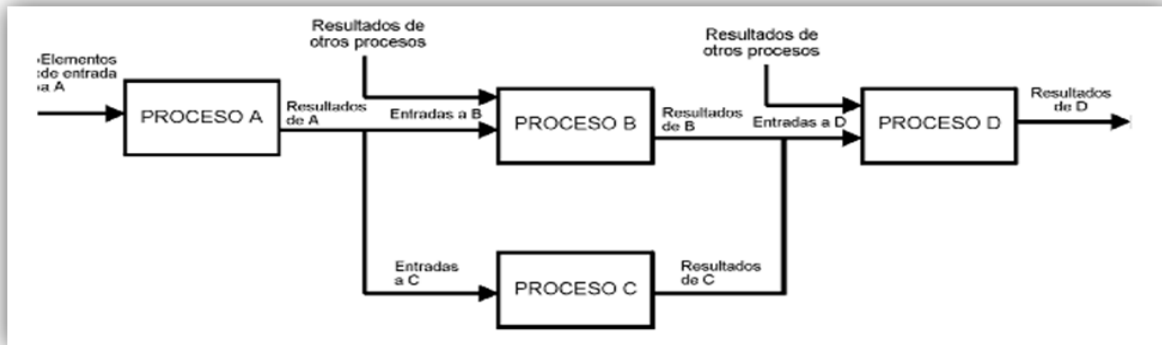


Ilustración 7 Ejemplo de una secuencia de un proceso genérico

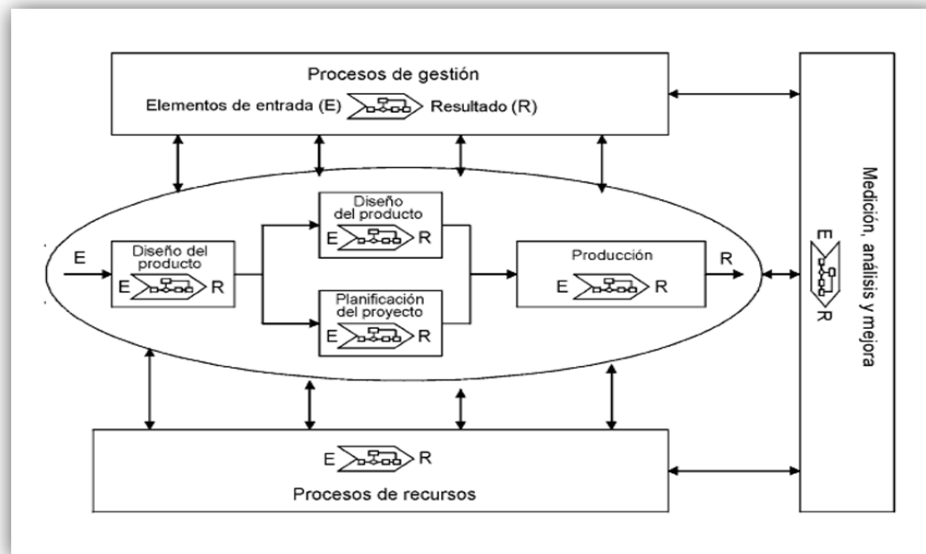


Ilustración 8 Ejemplo de secuencia de procesos y sus interacciones

1.9. EL CICLO PHVA (Planificar, Hacer, Verificar, Actuar)

Dentro del contexto de un sistema de gestión de la calidad, el PHVA es un ciclo dinámico que puede desarrollarse dentro de cada proceso de la organización, y en el sistema de procesos como un todo. Está íntimamente asociado con la planificación, implementación, control y mejora continua, tanto en la realización del producto como en otros procesos del sistema de gestión de la calidad.

El mantenimiento y la mejora continua de la capacidad del proceso puede lograrse aplicando el concepto de PHVA en todos los niveles dentro de la organización. Esto aplica por igual a los procesos estratégicos de alto nivel, tales como la planificación de los sistemas de gestión de la calidad o la revisión por la dirección, y a las actividades operacionales simples llevadas a cabo como una parte de los procesos de realización del producto.

La Nota en el apartado 0.2 de la Norma ISO 9001:2008 explica que el ciclo de PHVA aplica a los procesos tal como sigue:
Ciclo Planificar, Hacer, Verificar, Actuar

Ilustración 9 Ciclo PHVA

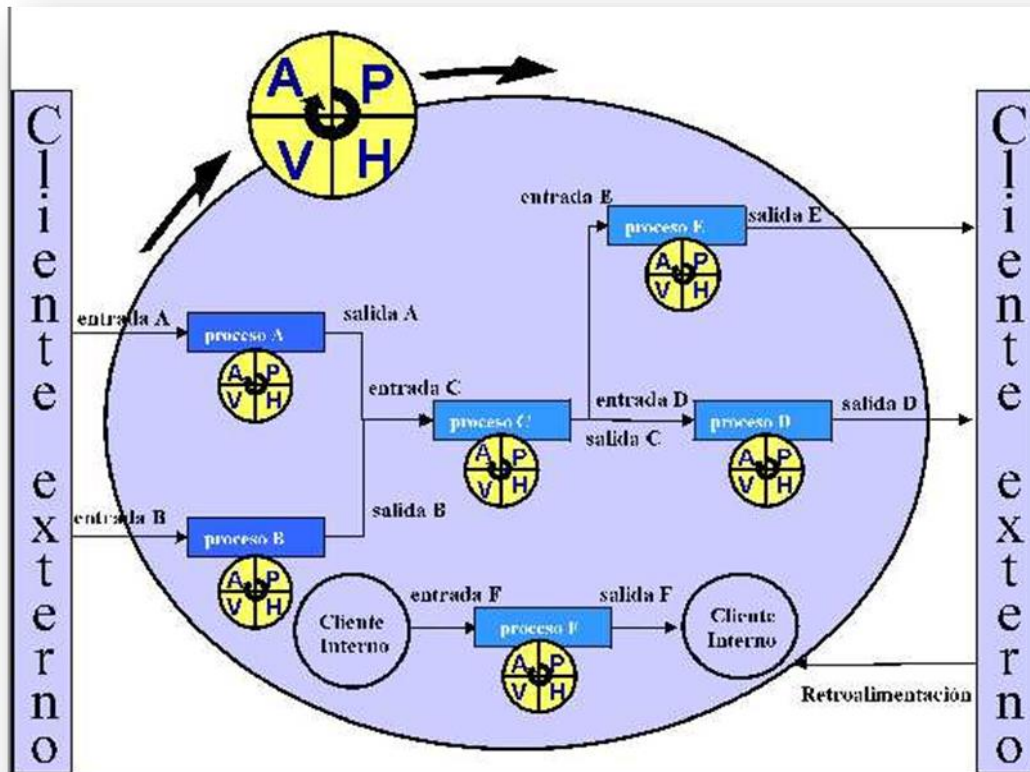


Tabla 5 Descripción del ciclo PHVA

Planificar	Establecer los objetivos y procesos necesarios para conseguir resultados de acuerdo con los requisitos del cliente y las políticas de la organización.
Hacer	Implementar los procesos.
Verificar	Realizar el seguimiento y la medición de los procesos y los productos respecto a las políticas, los objetivos y los requisitos para el producto, e informar sobre los resultados.
Actuar	Tomar acciones para mejorar continuamente el desempeño de los procesos.

Nótese que el ciclo PHVA puede ser aplicado tanto a cada proceso individual como a la red de procesos como un todo. Algunos de los procesos importantes del sistema de gestión de la calidad pueden no tener una interacción directa con el cliente externo; Por ejemplo, el proceso "F" de la Ilustración 10 puede ser un proceso de auditoría interna, revisión por la dirección, mantenimiento, o formación.

Ilustración 10 Aplicación del ciclo PHVA a la red de Procesos como un todo.



CAPÍTULO II **DIAGNÓSTICO**

CAPÍTULO II: DIAGNÓSTICO

1. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Metodología para la Elaboración del Diagnóstico

Según los objetivos planteados para esta etapa, se pretende establecer cuantitativamente la brecha existente entre los requerimientos de la norma ISO 9001: 2008 y la situación actual de la FOUES (Facultad de Odontología de la Universidad de el Salvador), para ellos se elaborara un diagnostico que utilice las herramientas que permitan establecer la brecha antes mencionada con el fin de conocer las deficiencias actuales y ofrecer en una etapa posterior propuestas que permitan mejorar y alcanzar cierto nivel de cumplimiento de la norma.



Ilustración 1 Esquema general de la metodología de investigación

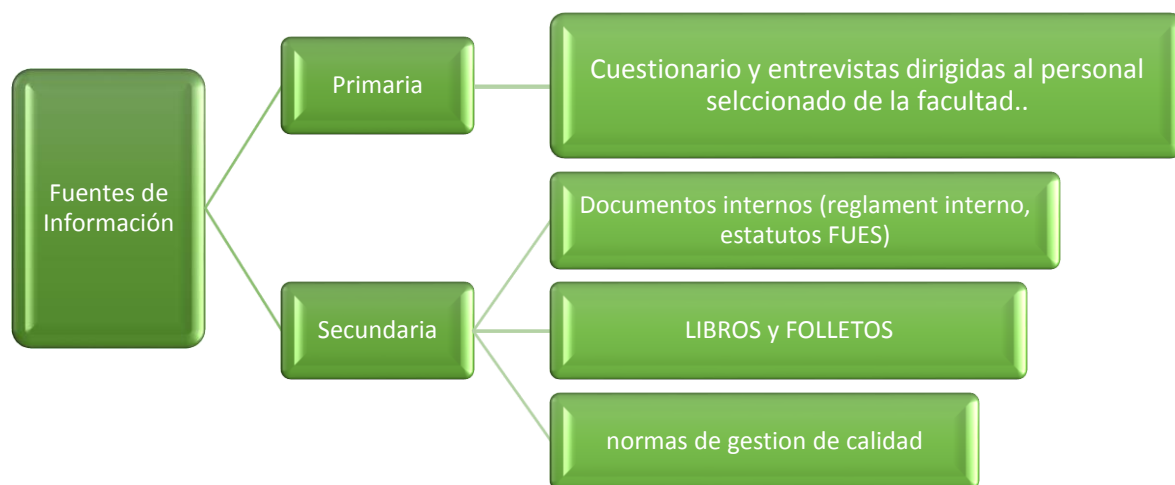


Ilustración 2 Esquema general de las fuentes de información a utilizar

1.2. Esquema de la Metodología para la Elaboración del Diagnóstico FOUES

A continuación se presenta el esquema para el desarrollo de la presente investigación de diagnóstico:

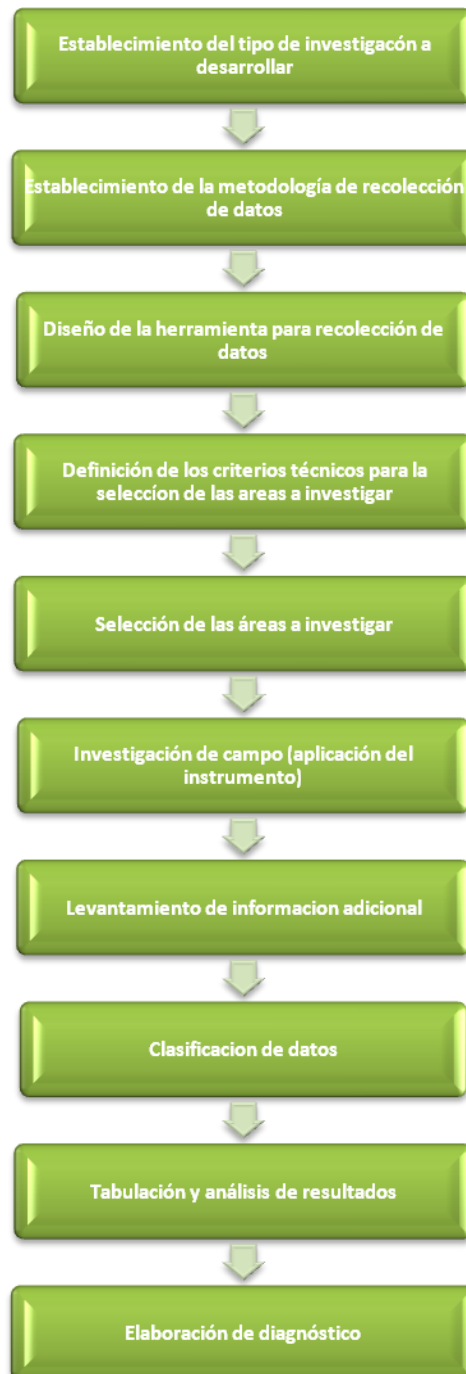


Ilustración 3 Esquema de la metodología de diagnóstico

Cabe mencionar que cada una de estas etapas de desarrollo de la investigación poseen a su vez actividades previas para la realización de la siguiente actividad, a continuación se detalla cada una de ellas:

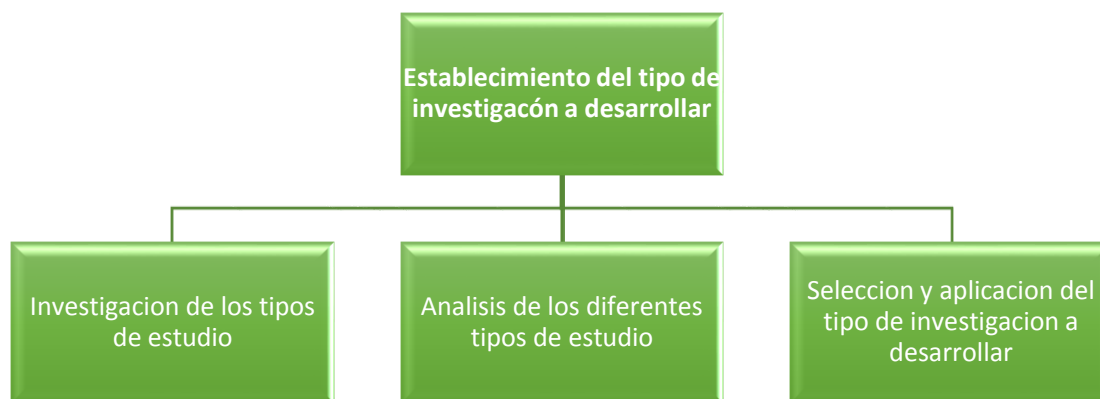


Ilustración 4: Esquema para selección del tipo de investigación



Ilustración 5: Esquema de desarrollo del establecimiento de la metodología de recolección de información

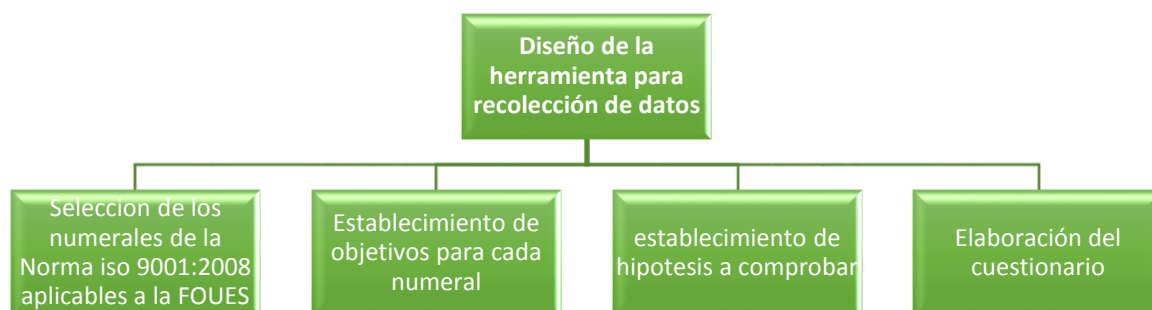


Ilustración 6: Esquema de desarrollo de la herramienta de recolección de datos

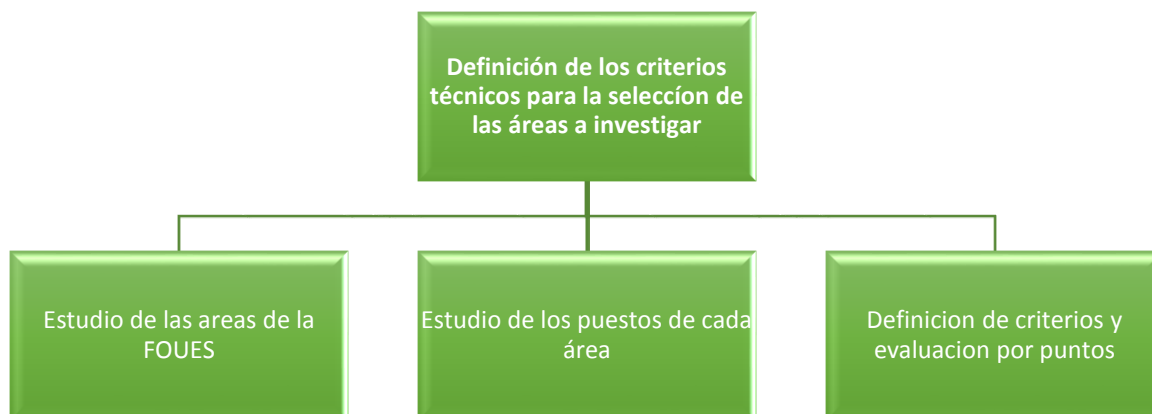


Ilustración 7: Esquema de desarrollo de la definición de criterios de selección de áreas



Ilustración 8: Esquema de desarrollo de la selección de áreas



Ilustración 9: Esquema de desarrollo de investigación de campo

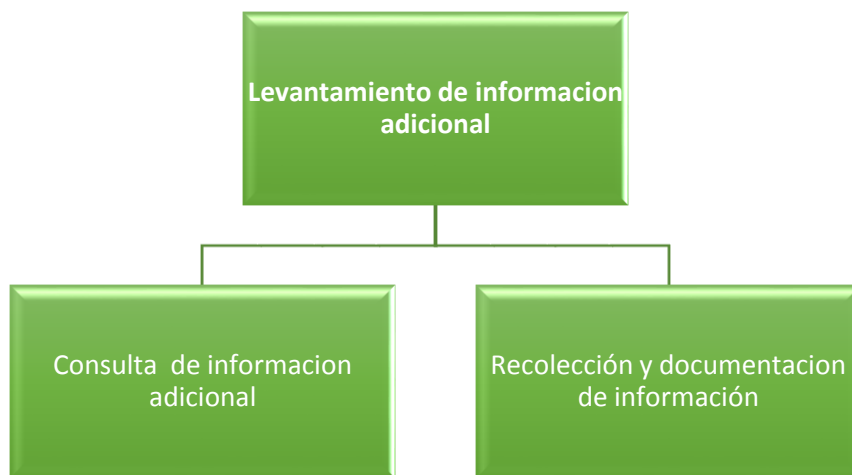


Ilustración 10: Esquema de desarrollo del levantamiento de información adicional

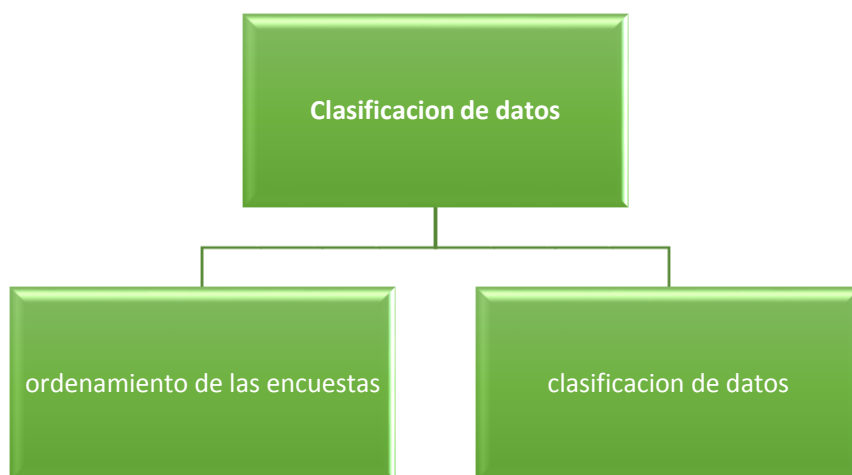


Ilustración 11: Esquema de la clasificación de datos

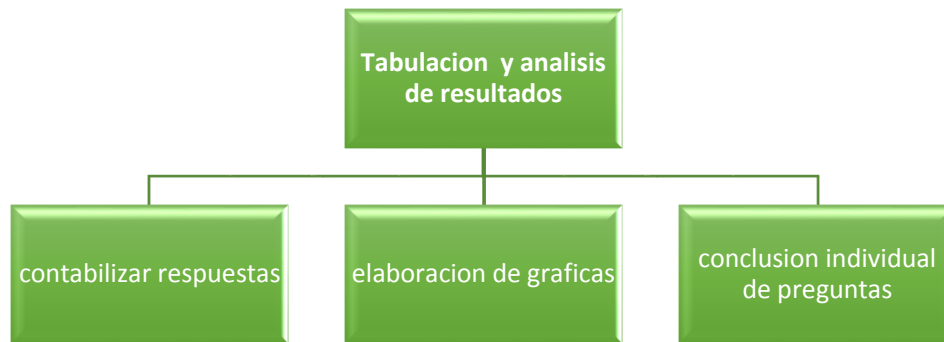


Ilustración 12: Esquema de tabulación de resultados



Ilustración 13: Esquema de elaboración del diagnóstico

Tipos de investigación

Los tipos de investigación o estudio son muy variados y dependen de ciertas características tales como: el tipo de estudio, métodos a utilizar, la orientación del estudio, manipulación de variables, naturaleza, tiempos de análisis, dimensión cronológica, entre otros.

Dicha clasificación puede observarse a continuación:

- **Según el tipo del estudio**
 - Estudio exploratorio: se utiliza para identificación de problemáticas.
 - Estudios descriptivos: describen los hechos observados.
 - Estudios correlacionales: relacionan dos o más variables.

- Estudios explicativos: busca las causas y los efectos de la problemática.
- **Según los métodos que pueden utilizarse:**
 - Método deductivo: parte de hipótesis
 - Método inductivo: se analizan casos a partir de observaciones de la realidad
 - Método hipotético-deductivo: parte de una problemática.
 - Metodología cuantitativa: busca cuantificar el problema.
 - Metodología cualitativa: busca caracterizar el problema.
- **Según la orientación del estudio:**
 - Investigación orientada a conclusiones (cuantitativa)
 - Investigación orientada a decisiones.
- **Según la necesidad de manipulación de las variables**
 - Investigación descriptiva: no existe manipulación de variables
 - Investigación experimental: las variables son controladas.
- **Según la naturaleza de los objetivos de la investigación**
 - Investigación exploratoria: se presenta un primer acercamiento a la problemática.
 - Investigación Descriptiva: Se efectúa cuando se desea describir, en todos sus componentes principales, una realidad.
 - Investigación correlacional: Es aquel tipo de estudio que persigue medir el grado de relación existente entre dos o más conceptos o variables.
 - Investigación explicativa: intenta encontrar las causas del problema.
 - Investigación experimental: se centra en controlar el fenómeno a estudiar.
 - Investigación predicativa: Se plantea predecir fenómenos.
- **Según el tiempo en que se efectúan**
 - Investigaciones sincrónicas: estudian fenómenos que se dan en un período corto.
 - Investigaciones diacrónicas: Son aquellas que estudian fenómenos en un período largo con el objeto de verificar los cambios que se pueden producir.
- **Según la dimensión cronológica:**
 - *Investigación histórica: se encarga de describir fenómenos que acontecieron en el pasado.*
 - *Investigación descriptiva: Describe los fenómenos como aparecen en la actualidad.*

1.3. Establecimiento del tipo de investigación a desarrollar:

Durante la etapa de diagnóstico para la realización del diseño del sistema de gestión de calidad se utilizarán los siguientes tipos de investigación:

- **Investigación Descriptiva**

1.3.1. Investigación descriptiva

Para la elaboración de un diagnóstico se tiene que describir situaciones y eventos, debido a que este tipo de investigación pretende describir, medir y/o evaluar diversos aspectos de una investigación, pudiendo esta ser tan amplia como lo determinen los investigadores.

El propósito de la utilización de este tipo de investigación durante el presente estudio es establecer y medir la brecha existente entre los requerimientos de la norma ISO 9001:2008 y la situación actual interna de la FOUES.

Con el fin de determinar el cumplimiento de la norma antes mencionada dentro de la FOUES se realizarán entrevistas con los jefes de las unidades seleccionadas y con los empleados, además de un cuestionario de cumplimiento de la norma que permita establecer de manera cuantitativa la situación actual de la facultad.

1.3.2. Etapas de la investigación descriptiva:

- Se examinan las características del problema escogido.
- Lo definen y formulan sus hipótesis.
- Enuncian los supuestos en que se basan las hipótesis y los procesos adoptados.
- Eligen los temas y las fuentes apropiados.
- Seleccionan o elaboran técnicas para la recolección de datos.
- Establecen, a fin de clasificar los datos, categorías precisas, que se adecuen al propósito del estudio y permitan poner de manifiesto las semejanzas, diferencias y relaciones significativas.
- Verifican la validez de las técnicas empleadas para la recolección de datos.
- Realizan observaciones objetivas y exactas.
- Describen, analizan e interpretan los datos obtenidos, en términos claros y precisos.

Expresión de datos de la investigación descriptiva:

Los datos descriptivos se expresan en términos cualitativos y cuantitativos. Se puede utilizar uno de ellos o ambos a la vez.

Cualitativos (mediante símbolos verbales): Se usan en estudios cuyo objetivo es examinar la naturaleza general de los fenómenos.

Cuantitativos (por medio de símbolos matemáticos): Los símbolos numéricos que se utilizan para la exposición de los datos provienen de un cálculo o medición. Se pueden medir las diferentes unidades, elementos o categorías identificables.

1.4. Fuentes de información

Para la obtención de datos se utilizarán las fuentes de información que se considere pertinente tanto fuentes primarias como secundarias, a continuación se describe brevemente cada una de ellas:

- **Fuentes de información primaria:** serán las fuentes de información de primera mano es decir entrevistas dirigidas con el personal y áreas seleccionadas.
- **Fuentes de información secundarias:** se consultará la documentación que se considere pertinente tanto las normas ISO referentes a la gestión de calidad, así como documentos resultantes de auditorías realizadas en la facultad.

1.5. Establecimiento de técnicas para la recolección de información

Las tres principales técnicas de recolección de datos son:

1. Entrevistas
2. Encuestas
3. Observación
4. Sesión de grupo.

A continuación se presenta una breve descripción de cada una de ellas

Tabla 1: Tipo de instrumentos de recolección de datos

Tipo de instrumento	Descripción
LA ENTREVISTA.	Se establece así diálogo, en donde una de las partes busca recoger informaciones y la otra se nos presenta como fuente de estas informaciones.
LA ENCUESTA.	Una encuesta es un conjunto de preguntas normalizadas dirigidas a una muestra representativa de la población o instituciones, con el fin de conocer estados de opinión o hechos específicos.
OBSERVACIÓN	Es un tipo de investigación “cauteloso” ya que no se debe de intervenir en lo observado para que no exista ningún cambio de comportamiento de la persona observada.
SESIONES DE GRUPO	se reúne a un grupo de personas para indagar acerca de actitudes y reacciones frente a un producto, servicio, concepto, publicidad, idea o empaque. Las preguntas son respondidas por la interacción del grupo en una dinámica donde los participantes se sienten cómodos y libres de hablar y comentar sus opiniones.
Fuente: Elaboración Propia	

1.6. Establecimiento de las herramientas para recolección de información

Las herramientas que se utilizaran para la recolección de información para el presente estudio serán:

- **Cuestionario:** para establecer la brecha entre los requerimientos de la norma y la situación actual de la facultad.
- **Entrevistas:** con el fin de documentar todos los procesos y procedimientos que se realizan en las áreas y puestos seleccionados.
- **Observación y comprobación:** se verificara que los datos obtenidos sean los reales.

2. SELECCIÓN DE ÁREAS A ANALIZAR

La identificación de las áreas a analizar para el sistema de gestión **no pretende hacer una exclusión de procesos de la Facultad, sino más bien una priorización de los mismos**, la cual está determinada por la importancia que tienen para la satisfacción de clientes internos y externos, el valor que le dan a todo el proceso y por el alcance del Sistema de Gestión de Calidad.

La evaluación se ha de realizar para los procesos presentados, de manera que se juzgue entre una serie de criterios presentados cuales de estas áreas se adaptan mejor a dichos criterios de evaluación. Dichos criterios fueron establecidos de tal manera que se pueda identificar cuáles de los procesos tienen una relación directa con la satisfacción de los clientes al momento de la prestación de los servicios.

2.1. Caracterización de las áreas

2.1.1. Facultad de Odontología



Misión: Institución que forma profesionales de la Odontología con práctica humana y preventiva, enfatizando en la integración de la docencia, la investigación científica y la proyección social como instrumento de transformación en beneficio de la sociedad salvadoreña.

Visión: Formadora de profesionales altamente competitivos, con valores humanos. Líder e incidente respecto de las diferentes estructuras sociales que actúan en el ámbito de la salud bucal, generando nuevos conocimientos y propiciando su transformación.

Contributiva a los procesos de actualización y educación continua de los Odontólogos de nuestro país, mediante una política global que incluya la creación de la escuela de postgrado.

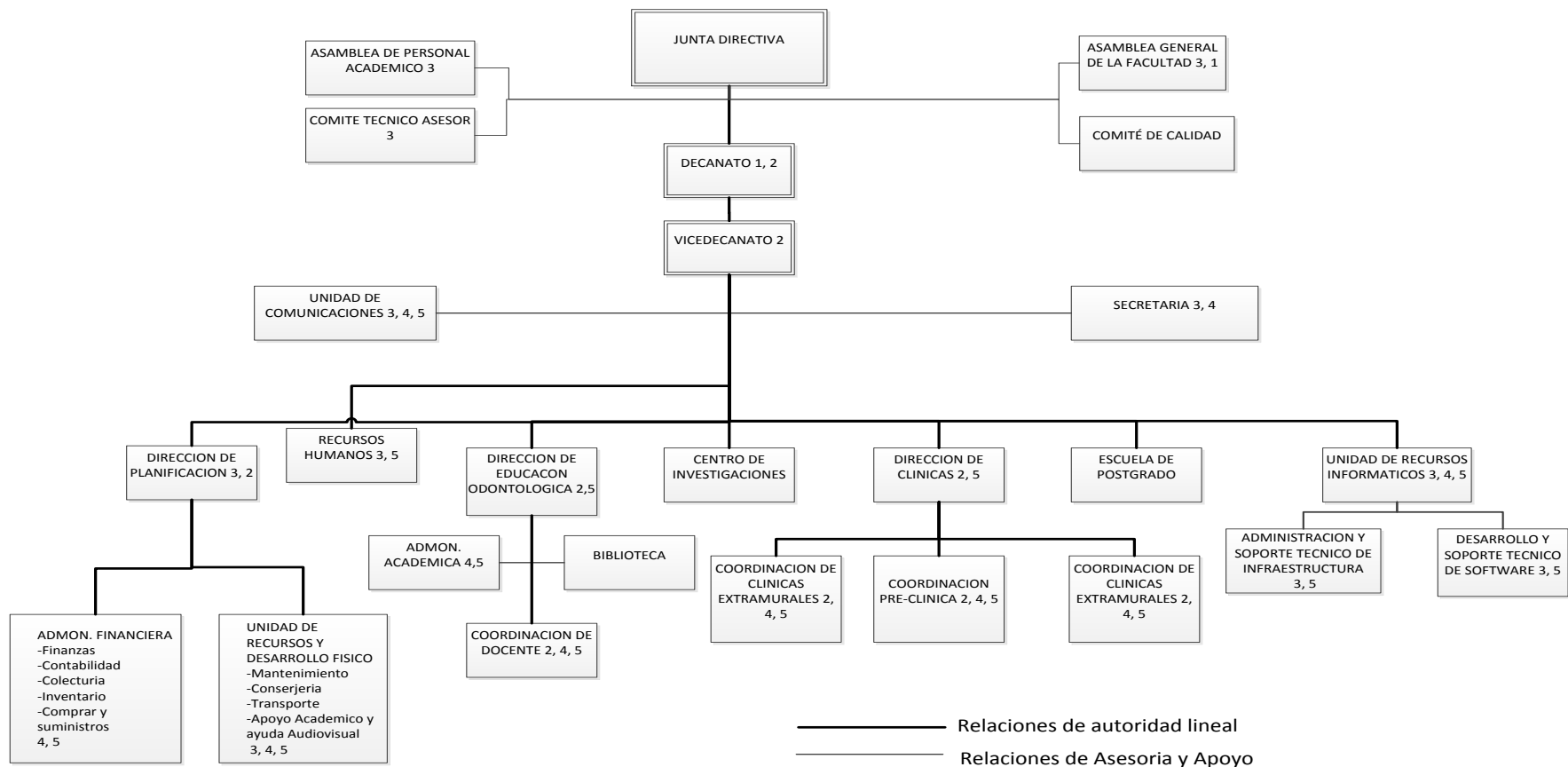
Metas/Objetivos:

- 1) Buscar el mecanismo para que sea el personal de clínicas que lleve el seguimiento de los pacientes por registro de citas, control y pagos de tratamientos.
- 2) Manejar los expedientes por área por el personal asignado a Control de Citas de Dirección de Clínicas.
- 3) Que el paciente sea dirigido y administrado por el personal de Control de Citas de Dirección de Clínicas y no por el estudiante.
- 4) Que el tutor lleve un control a diario de lo que el estudiante realice.
- 5) Que sea la Dirección de Clínicas que le dé el visto bueno a todos los trabajos de los estudiantes que refieren a los laboratorios autorizados.

2.1.2. Organigrama de la FOUES

ORGANIGRAMA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA, DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

1- Decisión 3- Asesoría 5- Operativo
2- Dirección 4- Apoyo



2.1.3. Descripción de funciones de cada área

A continuación se muestra la descripción de las funciones de cada una de las áreas de la FOUES:

Tabla 2: Descripción de las áreas

ÁREA	DESCRIPCIÓN DE FUNCIÓN
ADMÓN. FINANCIERA	Colaborar en la ejecución de actividades financieras y el manejo del fondo circulante. Coordinar, ejecutar y controlar la ejecución presupuestaria mediante la verificación de documentos contables. Planificar y ejecutar las actividades encaminadas a prever oportunamente y con la calidad requerida de los materiales y suministros para la unidad.
RECURSOS FÍSICOS	Planificar, dirigir, coordinar y supervisar las actividades relacionadas con la construcción y mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura y equipo de la facultad, así como garantizar el apoyo en servicios a las diferentes áreas administrativas y académicas.
DIRECCIÓN DE PLANIFICACIÓN	Brindar asesoría y asistencia técnica a los organismos de dirección y elaboración de planes, programas y proyectos generales para el desarrollo académico y administrativo de la facultad.
EDUCACIÓN ODONTOLÓGICA	Planificar, coordinar y supervisar el planeamiento educativo, ejecución metodológica y evaluación curricular.
CENTRO DE INVESTIGACIONES	Planificar, coordinar y supervisar el trabajo de la Unidad de Investigación en función del proyecto educativo de la facultad. Y ejecutar las políticas y normas emanadas de la Dirección de la Dirección de Educación Odontológica.
DIRECCIÓN DE CLÍNICAS	Planificar, coordinar y supervisar todas las actividades clínicas, tanto académicas como administrativas de acuerdo a las necesidades y demandas de la Facultad.
ESCUELA DE POSGRADO	Planificar, dirigir y controlar las actividades académicas y financieras de la maestría, establece relaciones interinstitucionales e informar de las autoridades desarrolladas a los órganos de dirección superior de la facultad.
RECURSOS INFORMÁTICOS	Elaborar los soportes lógicos necesarios para actualizar, instalar, supervisar y administrar el sistema mecanizado de registro académico de la facultad.
Fuente: Elaboración propia	

2.2. Descripción general de Criterios Técnicos a utilizar para seleccionar las áreas más importantes

Los criterios de selección de áreas, presentados son los siguientes:

Tabla 3: Criterios de selección de áreas

CRITERIOS	DESCRIPCIÓN
Beneficio al cliente	Todos aquellos procesos que brindan satisfacción a los clientes, a través del cumplimiento de las expectativas presentes y futuras de los mismos.
Aporte directo a la misión	Procesos vinculados directamente con la razón de ser de la FOUES.
Disponibilidad de recursos	La existencia de todas aquellas condiciones mínimas necesarias de recursos humanos, físicos y económicos para mejorar la eficiencia de los subprocesos.
Relación directa con el cumplimiento de metas	Todos los procesos que den valor agregado al producto/servicio principal brindado por la organización

Fuente: Elaboración propia

2.2.1. Evaluación de áreas

Cada área será evaluada en función de los criterios seleccionados bajo la siguiente ponderación:

Tabla 4: Criterios de selección para la evaluación de las áreas.

DESCRIPCIÓN	PONDERACIÓN
Levemente relacionado	1
Influencia significativa pero poco importante	2
Muy importante	3
Altamente importante	4
Crítico	5

Esto es referido a cómo cada área influye en los objetivos que se desean alcanzar y su relación con la satisfacción de clientes a lo largo de todo el proceso.

Levemente relacionado:

Aquella área que su aporte al cumplimiento de metas es más de apoyo.

Influencia significativa pero poco importante:

Aquel proceso/área que su aporte al cumplimiento de metas representa labores de asesoría y apoyo necesarias para el fluido curso de las actividades.

Muy importante:

Área en la que su aporte al cumplimiento de metas está determinado por su relación directa con otras áreas.

Altamente importante:

Área/proceso clave que determina el buen funcionamiento del flujo de información y que está altamente relacionada con la satisfacción del cliente y da valor agregado al producto o servicio.

Crítico:

Área indispensable para el cumplimiento de metas y directamente relacionado con la satisfacción de clientes internos y externos por su relación estrecha con todas las áreas de la organización.

Tabla 5: Tabla de puntuación de criterios para la selección de áreas:

CRITERIO	ADMÓN FINANC.	DIRECC. DE PLANIFIC.	RECURSOS FÍSICOS	EDUC. ODONT.	CENTRO INVEST.	DIRECC. CLÍNICAS	ESCUELA POSGRAD.	RECURSOS INFORM.
Beneficio al cliente	4	3	4	4	2	5	3	3
Aporte directo a la misión	4	4	3	4	3	4	2	2
Disponibilidad de recursos	4	4	4	4	2	4	2	3
Relación directa con el cumplimiento de metas	5	4	4	5	2	5	3	3
TOTAL	17	15	15	17	9	18	10	11

Criterio: Se seleccionará el área que posea una **Puntuación ≥ 15**

Según la puntuación y debido a la importancia que involucran, las áreas seleccionadas son las siguientes:

- Dirección de Planificación
- Administración Financiera
- Unidad de Recursos y Desarrollo físico
- Dirección de Clínicas
- Educación Odontológica

2.2.2. Justificación de selección de puestos tipo.

2.2.2.1. Definición de puesto tipo

Se considera puesto tipo al que contiene la misma información en dos o más puestos plaza, tiene presencia en la misma o en diferentes unidades administrativas y comparte en su totalidad atributos básicos de denominación, misión, objetivos y funciones, así como de perfil.

CRITERIOS PARA DETERMINAR PUESTOS TIPO

1. Debe tener la misma descripción, perfil y denominación genérica.
2. La dependencia puede asignar una denominación específica al momento de asignarlo en la estructura a registrar.
3. Los puestos contienen la descripción y el perfil mínimo que se requiere para ocupar el puesto.
4. Deben de estar registrados en el Catálogo de Puestos Tipo.
5. Debe tener un Código Único del Puesto y los atributos del catálogo de puestos tipo.
6. El puesto tipo debe estar disponible en la página electrónica.
7. Los puestos registrados en el catálogo sirven como elemento para el registro de estructuras y la administración de los recursos humanos.
8. El catálogo debe estar disponible en un medio electrónico.

Criterios:

- a. Debe ser impersonal.
- b. Debe ser genérico y cuando se registre en la estructura se vuelve específico.
- c. No deben denotar nivel Salarial.
- d. No debe tener nombre de programas, proyectos o políticas de gobierno.
- e. Debe ser congruente con las funciones del puesto.

Tomando en cuenta estos criterios se concluye que los instrumentos se pasarán sólo a los puestos tipo, ya que estos determinan en una unidad de medida menor, las funciones desempeñadas en cada área y que en conjunto ayudan a cumplir con los objetivos de cada área y por ende de la Facultad como tal.

2.2.2.2. Descripción de la funciones de cada puesto tipo de las áreas

seleccionadas

DIRECCIÓN DE PLANIFICACIÓN

Decano de la Facultad

Cumplir con las decisiones administrativas y ejecutar las decisiones de Junta Directiva, Consejo Superior Universitario y Asamblea General Universitaria de conformidad a lo que establecen los estatutos, ley orgánica de la Universidad de El Salvador y demás leyes del estado relacionadas con el trabajo de su cargo.

Jefe de la Unidad de planificación

Brindar asesoría y asistencia técnica a los organismos de dirección y elaboración de planes, programas y proyectos generales para el desarrollo académico y administrativo de la facultad.

Secretaria de dirección o departamento

Dar apoyo secretarial a la jefatura y al personal docente de la Dirección o Departamento. Mecanografiar recolectores de notas, correspondencia y material didáctico.

ADMINISTRACIÓN FINANCIERA

Jefe Unidad Administración financiera

Planificar, organizar, controlar y supervisar actividades del carácter financiero y administrativo de la facultad.

Contador

Coordinar, ejecutar y controlar la ejecución presupuestaria mediante la verificación de documentos contables.

Encargada de Compras

Planificar y ejecutar las actividades encaminadas a prever oportunamente y con la calidad requerida de los materiales y equipo para la unidad.

Encargado de Suministros

Planificar y ejecutar las actividades encaminadas a prever oportunamente y con la calidad requerida de los suministros para la unidad.

Auxiliar contable

Elaborar y revisar documentos y llevar registros auxiliares inherentes a la función contable de la unidad.

Secretaria de la unidad

Dar apoyo secretarial a la jefatura y al personal docente de la Dirección o Departamento. Mecanografiar recolectores de notas, correspondencia y material didáctico.

Jefe de Recursos Humanos

Organizar, planificar, dirigir y controlar las acciones técnicas-administrativas en el área de recursos humanos de la facultad.

UNIDAD DE RECURSOS Y DESARROLLO FÍSICO

Jefe de Servicios Generales

Planificar, dirigir, coordinar y supervisar las actividades relacionadas con la construcción y mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura y equipo de la facultad, así como garantizar el apoyo en servicios a las diferentes áreas administrativas y académicas.

DIRECCIÓN DE CLÍNICAS

Director de Clínicas

Planificar, coordinar y supervisar todas las actividades clínicas, tanto académicas como administrativas de acuerdo a las necesidades y demandas de la Facultad.

Secretaria de Unidad

Mecanografiar actas, acuerdos y documentos, atender visitas y llamadas telefónicas y control de correspondencia y archivo.

Recepcionista

Proporcionar información sobre tratamientos odontológicos que presta la facultad, al público que lo solicite en forma personal o por teléfono.

Arsenalista

Proporcionar equipo instrumental y material odontológico a los estudiantes para su práctica clínica o preclínica y transmitir las indicaciones correctas para su uso y manipulación.

Archivo Clínico

Clasificar, ordenar y codificar los expedientes de los pacientes que se atienden en clínicas de la Facultad.

EDUCACIÓN ODONTOLÓGICA

Director de Educación Odontológica

Planificar, coordinar y supervisar el planeamiento educativo, ejecución metodológica y evaluación curricular.

Jefe Clínicas Intramurales

Planificar, coordinar y supervisar todas las actividades clínicas contempladas en las programaciones del plan curricular y ejecutar las políticas y normas emanadas de la Dirección de Clínicas.

Jefe Docencia

Planificar, coordinar y supervisar las labores docentes en función del proyecto educativo de la facultad. y ejecutar las políticas y normas emanadas de la Dirección de la Dirección de Educación Odontológica.

Profesor Universitario

Planificar, coordinar, actualizar e impartir cursos a su cargo, participar y colaborar en actividades de Docencia, Investigación y Proyección Social.

3. SITUACIÓN ACTUAL DE FOUES

3.1. INVESTIGACIÓN PRELIMINAR

3.1.1. Problemas detectados

- ✗ No existen límites claros de la responsabilidad de cada área
- ✗ Hay actividades que le corresponden a otras áreas y se están haciendo actualmente en otra. Ejemplo, elaboración de planillas actualmente lo está haciendo Admón. Financiera, pero le corresponde directamente a Recursos humanos.
- ✗ La saturación de trabajo en cada plaza impide muchas veces realizar las labores originales que le han sido asignadas al puesto. Muchas veces las labores llegan hasta la ejecución, ya que por falta de tiempo no se logra supervisar, analizar la información.
- ✗ Hay mucha insatisfacción en los empleados, debido a que la toma de decisiones importantes no se les toma en cuenta, aún en cuestiones que los involucran directamente.
- ✗ Las jefaturas están realizando actualmente labores operativas, las cuales impiden las funciones de supervisión, dirección, análisis y control que están relacionadas con el puesto de jefatura.
- ✗ No existen formularios estándar, cada unidad elabora los suyos adaptándolos a sus necesidades.

3.2. Situación actual de la Facultad de Odontología por área

3.2.1. Dirección de la Planificación

3.2.1.1. Propósito

DIRECCIÓN DE PLANIFICACIÓN	Brindar asesoría y asistencia técnica a los organismos de dirección y elaboración de planes, programas y proyectos generales para el desarrollo académico y administrativo de la facultad.

3.2.1.2. Funciones

- ❑ Planificar con el Consejo Técnico y Junta Directiva las actividades económicas y administrativas de la facultad.
- ❑ Coordinar el trabajo académico y administrativo con las direcciones de la facultad y demás instancias de la Universidad de El Salvador.
- ❑ Realizar nombramientos, ascensos, traslados, sanciones, remociones y conceder licencia al personal administrativo de la facultad.
- ❑ Autorizar documentos de pago, financieros y académicos de conformidad a leyes y reglamentos.
- ❑ Validar títulos académicos y diplomas que otorga la facultad.
- ❑ Cumplir y hacer cumplir los acuerdos y resoluciones de Junta Directiva de la facultad y demás organismos de gobierno de la misma y de la Universidad de El Salvador.
- ❑ Presentar a la Junta Directiva y demás organismos competentes de la Universidad de El Salvador, los planes y proyectos académicos presupuestarios y administrativos para su aprobación.
- ❑ Informar a las instancias respectivas de la Universidad de El Salvador del manejo de los fondos financieros y aspectos académicos.
- ❑ Proponer a las instancias correspondientes el nombramiento de comisiones para la ejecución de trabajos requerido por la facultad.
- ❑ Elaborar el plan de desarrollo estratégico de la facultad.
- ❑ Elaborar el plan anual operativo de la unidad de planificación.
- ❑ Coordinar la formulación del anteproyecto de presupuesto de la facultad.
- ❑ Formular perfiles de proyectos generales del área académica-administrativa
- ❑ Elaborar informe sobre la ejecución y seguimiento de los proyectos.
- ❑ Gestionar programas y proyectos académicos interinstitucionales.

3.2.1.3. Unidades relacionadas a Dirección de Planificación

□ Internas

- Unidad de Recursos Humanos
- Unidad de Desarrollo y Recursos Físicos

□ Externas

- UACI (Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional)

3.2.1.4. Descripción de puestos

DECANO DE LA FACULTAD

Función: Cumplir con las decisiones administrativas y ejecutar las decisiones de Junta Directiva, Consejo Superior Universitario y Asamblea General Universitaria de conformidad a lo que establecen los estatutos, ley orgánica de la Universidad de El Salvador y demás leyes del estado relacionadas con el trabajo de su cargo.

VICEDECANO DE LA FACULTAD

Función: Realizar las funciones ejecutadas por el Decano en su ausencia, las cuales son planificar, organizar y controlar el cumplimiento de las actividades académicas y administrativas de la facultad, velando que sean apegadas al cumplimiento de la ley orgánica, estatutos y reglamentos de la Universidad.

SECRETARIO DE LA FACULTAD

Función: Elaborar actas y acuerdos tomados por los máximos organismos de autoridad de la facultad y apoyar al Decano en actividades administrativas y académicas.

JEFE DE LA UNIDAD DE PLANIFICACIÓN

Función: Brindar asesoría y asistencia técnica a los organismos de dirección y elaboración de planes, programas y proyectos generales para el desarrollo académico y administrativo de la facultad.

3.2.2. Administración Financiera

3.2.2.1. Propósito

ADMÓN. FINANCIERA	Colaborar en la ejecución de actividades financieras y el manejo del fondo circulante. Coordinar, ejecutar y controlar la ejecución presupuestaria mediante la verificación de documentos contables. Planificar y ejecutar las actividades encaminadas a prever oportunamente y con la calidad requerida de los materiales y suministros para la unidad.

3.2.2.2. Funciones

- ❑ Elaborar la programación de ejecución presupuestaria.
- ❑ Coordinar la ejecución presupuestaria
- ❑ Dirigir el registro de todas las operaciones financieras con base a leyes, reglamentos y disposiciones gubernamentales e institucionales.
- ❑ Verificar todas las operaciones contables y administrativas.
- ❑ Contribuir al anteproyecto de presupuesto de la unidad.
- ❑ Asesorar al Decano y Junta Directiva en el área administrativa y financiera.
- ❑ Elaborar dictamen técnico financiero ante Junta Directiva, Decano y otras instancias.
- ❑ Supervisar la actualización de expedientes del personal.
- ❑ Asesorar en forma técnica y legal al Decano, Junta Directiva en la toma de acuerdos y acciones del recurso humano.
- ❑ Administrar los procesos de movimientos internos de personal.
- ❑ Coordinar con la unidad central de recursos humanos institucional la elaboración de programas de capacitación, prestaciones y bienestar social.
- ❑ Administrar el proceso de reclutamiento, selección, contratación e inducción del recurso humano.
- ❑ Evaluar el desempeño laboral del recurso humano administrativo.
- ❑ Consolidar los ingresos y egresos del fondo general y recursos propios.
- ❑ Consolidar los ingresos y egresos con la Unidad Financiera Institucional (UFI)
- ❑ Elaborar los estado financieros mensuales y anuales

3.2.2.3. Unidades relacionadas a Administración Financiera

■ Internas

- Dirección de clínicas
- Recursos y Desarrollo Físico

■ Externas

- UACI

3.2.2.4. Descripción de puestos

JEFE DE LA ADMINISTRACIÓN FINANCIERA

Función: Planificar, organizar, controlar y supervisar actividades del carácter financiero y administrativo de la facultad.

SECRETARIA DE DIRECCIÓN O DEPARTAMENTO

Función: Dar apoyo secretarial a la jefatura y al personal docente de la Dirección o Departamento. Mecanografiar recolectores de notas, correspondencia y material didáctico.

CONTADOR

Función: Coordinar, ejecutar y controlar la ejecución presupuestaria mediante la verificación de documentos contables.

AUXILIAR CONTABLE

Función: Elaborar y revisar documentos y llevar registros auxiliares inherentes a la función contable de la unidad.

ENCARGADO DE SUMINISTROS

Función: Planificar y ejecutar las actividades encaminadas a prever oportunamente suministros para la unidad.

ENCARGADO DE COMPRAS

Función: Planificar y ejecutar las actividades encaminadas a prever oportunamente y con la calidad requerida de los materiales para la unidad y toda la FOUES.

ENCARGADO DE ACTIVO FIJO Y DE FACULTAD

Función: Registrar y controlar el patrimonio de la Facultad y sus reparaciones o modificaciones.

3.2.3. Recursos Humanos

3.2.3.1. Propósito

RECURSOS HUMANOS	Organizar, planificar, dirigir y controlar las acciones técnicas-administrativas en el área de recursos humanos de la facultad.

3.2.3.2. Funciones

- ❑ Elaborar la programación de ejecución presupuestaria.
- ❑ Elaborar el plan de trabajo del departamento
- ❑ Elaborar el anteproyecto de recursos humanos de la facultad.
- ❑ Supervisar la actualización de la base de datos del sistema de información de recursos humanos
- ❑ Supervisar el proceso de planillas de la facultad.
- ❑ Supervisar la actualización de expedientes del personal.
- ❑ Revisar informes de asistencia y permisos del personal.
- ❑ Asesorar en forma técnica y legal al Decano, Junta Directiva en la toma de acuerdos y acciones del recurso humano.
- ❑ Administrar los procesos de movimientos internos de personal.
- ❑ Coordinar con la unidad central de recursos humanos institucional la elaboración de programas de capacitación, prestaciones y bienestar social.
- ❑ Administrar el proceso de reclutamiento, selección, contratación e inducción del recurso humano.
- ❑ Participar en el reclutamiento, selección y contratación de docentes en la facultad.
- ❑ Coordinar con la unidad central de recursos humanos institucional la elaboración y actualización de herramientas técnico-administrativas para la administración del recurso humano.
- ❑ Evaluar el desempeño laboral del recurso humano administrativo.

3.2.3.3. Unidades relacionadas a Recursos Humanos

□ Internas

- Dirección de clínicas
- Administración Financiera

□ Externas

- Ministerio de Trabajo

3.2.3.4. Descripción de puestos

JEFE DE RECURSOS HUMANOS

Función: Organizar, planificar, dirigir y controlar las acciones técnicas-administrativas en el área de recursos humanos de la facultad.

3.2.4. Unidad de Recursos y Desarrollo físico

3.2.4.1. Propósito

RECURSOS FÍSICOS	Planificar, dirigir, coordinar y supervisar las actividades relacionadas con la construcción y mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura y equipo de la facultad, así como garantizar el apoyo en servicios a las diferentes áreas administrativas y académicas.

3.2.4.2. Funciones

- Programar los trabajos de mantenimiento preventivo y correctivo de infraestructura y equipo.
- Supervisar la ejecución de los diferentes programas de mantenimiento, transporte, vigilancia y aseo.
- Gestionar adquisición de materiales y herramientas necesarias para los diferentes programas de mantenimiento preventivo y correctivo de infraestructura y equipo.
- Distribuir materiales de mantenimiento y limpieza a las diferentes áreas de servicio.
- Supervisar el uso de los materiales de mantenimiento y limpieza.
- Coordinar la distribución y uso de los vehículos
- Elaborar programas de vigilancia

3.2.4.3. *Unidades relacionadas a Recursos y Desarrollo Físico*

❑ Internas

- Administración Financiera
- Dirección de Planificación

❑ Externas

- UACI

3.2.4.4. *Perfiles de puestos*

JEFE DE SERVICIOS GENERALES

Función: Planificar, dirigir, coordinar y supervisar las actividades relacionadas con la construcción y mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura y equipo de la facultad, así como garantizar el apoyo en servicios a las diferentes áreas administrativas y académicas.

ENCARGADO DE IMPRESIONES

Función: Coordinar la reproducción del material para uso del personal administrativo y docente.

3.2.5. *Dirección de Educación Odontológica*

3.2.5.1. *Propósito*

EDUCACIÓN ODONTOLÓGICA	Planificar, coordinar y supervisar el planeamiento educativo, ejecución metodológica y evaluación curricular.

3.2.5.2. *Funciones*

- ❑ Proponer políticas y lineamientos para el plan curricular y para la formación, capacitación y actualización docente.
- ❑ Proponer políticas y estrategias que integren las funciones básicas: Docencia, Investigación y Proyección Social.
- ❑ Coordinar la Comisión Curricular
- ❑ Proponer políticas y lineamientos de evaluación curricular.
- ❑ Actualizar los planes de estudio de acuerdo al dinamismo de los procesos modernos de enseñanza aprendizaje.
- ❑ Coordinar las actividades académicas con los diferentes organismos y direcciones de la Facultad.

- ❑ Diseñar mecanismos de coordinación para integración de las funciones básicas de Docencia, Investigación y Proyección Social.
- ❑ Coordinar los cursos de capacitación docente.

3.2.5.3. Unidades relacionadas a Educación Odontológica

❑ Internas

- Dirección de Clínicas

❑ Externas

- Clínicas externas (Santa Ana)

3.2.5.4. Descripción de puestos

DIRECTOR DE MAESTRÍAS

Función: Planificar, dirigir y controlar las actividades académicas y financieras de la maestría, establece relaciones interinstitucionales e informar de las autoridades desarrolladas a los órganos de dirección superior de la facultad.

DIRECTOR DE EDUCACIÓN ODONTOLÓGICA

Función: Planificar, coordinar y supervisar el planeamiento educativo, ejecución metodológica y evaluación curricular.

JEFE DE DOCENCIA

Función: Planificar, coordinar y supervisar las labores docentes en función del proyecto educativo de la facultad. y ejecutar las políticas y normas emanadas de la Dirección de la Dirección de Educación Odontológica.

PROFESOR UNIVERSITARIO III

Función: Planificar, coordinar, actualizar e impartir cursos a su cargo, participar y colaborar en actividades de Docencia, Investigación y Proyección Social.

JEFE DE ADMINISTRACIÓN ACADÉMICA

Función: Planificar, organizar, dirigir, supervisar y apoyar las diferentes actividades administrativas y académicas de la unidad.

3.2.6. Dirección de Clínicas

3.2.6.1. Propósito

DIRECCIÓN DE CLÍNICAS	Planificar, coordinar y supervisar todas las actividades clínicas, tanto académicas como administrativas de acuerdo a las necesidades y demandas de la Facultad.

3.2.6.2. Funciones

- ❑ Proponer políticas y estrategias clínicas que integren las funciones básicas: Docencia, Investigación y Proyección Social.
- ❑ Planificar las actividades Clínicas Intra y Extramurales.
- ❑ Elaborar políticas y estrategias para las programaciones clínicas.
- ❑ Proponer políticas y estrategias para la captación de pacientes.
- ❑ Elaborar proyectos para la renovación constante en lo académico y tecnológico en las áreas clínicas.
- ❑ Proponer políticas y estrategias que permitan lograr la excelencia académica en la formación del estudiante y atención al paciente.
- ❑ Proponer políticas de control de ingresos por tratamientos odontológicos y por desperdicios de materiales dentales.
- ❑ Definir los procedimientos para establecer las citas de los pacientes, de acuerdo a las programaciones por turno.
- ❑ Determinar las necesidades de los materiales en los arsenales, de acuerdo al número de estudiantes programados en clínicas.

3.2.6.3. Unidades relacionadas a Dirección de Clínicas

❑ Internas

- Administración Financiera
- Dirección de planificación

❑ Externas

- Clínicas externas (Santa Ana)

3.2.6.4. Descripción de puestos

DIRECTOR DE CLÍNICAS

Función: Planificar, coordinar y supervisar todas las actividades clínicas, tanto académicas como administrativas de acuerdo a las necesidades y demandas de la Facultad.

JEFE DE CLÍNICA INTRAMURAL

Función: Planificar, coordinar y supervisar todas las actividades clínicas contempladas en las programaciones del plan curricular y ejecutar las políticas y normas emanadas de la Dirección de Clínicas.

JEFE DE ÁREA EXTRAMURAL

Función: Planificar, coordinar y supervisar el desarrollo de todas las actividades contempladas en los subprogramas de Prevención y Promoción de la Salud Bucal; Atención Estomatológica e Investigación, para que se desarrollen las actividades curriculares y se cumplan los objetivos del Área Extramural y ejecutar las políticas y normas emanadas de la Dirección de Clínicas.

TÉCNICO EN UNIDADES DENTALES

Función: Proporcionar mantenimiento preventivo y correctivo al equipo odontológico que se tiene en las clínicas Intramurales y Extramurales de esta Unidad Académica; Además en las Unidades de Salud que están comprendidas en el Convenio que existe entre la Facultad y el Ministerio de Salud.

TÉCNICO EN RAYOS “X”

Función: Tomar y revelar radiografías a los pacientes, controlar el uso adecuado del equipo de rayos “X” por los estudiantes y dar el mantenimiento preventivo.

ENCARGADO DE ESTERILIZACIÓN

Función: Esterilizar instrumental, ropa y accesorios odontológico, limpieza y control del equipo de esterilización.

ARSENALISTA

Función: Proporcionar equipo instrumental y material odontológico a los estudiantes para su práctica clínica o preclínica y transmitir las indicaciones correctas para su uso y manipulación.

JEFE DEL ÁREA CLÍNICA DE SANTA ANA

Función: Planificar, coordinar y supervisar todas las actividades clínicas contempladas en las programaciones del plan curricular y ejecutar las políticas y normas emanadas de la Dirección de Clínicas.

ASISTENTE DE LABORATORIO

Función: Preparar y controlar las condiciones necesarias para la ejecución de las prácticas de laboratorio.

RECEPCIONISTA

Función: Proporcionar información sobre tratamientos odontológicos que presta la facultad, al público que lo solicite en forma personal o por teléfono.

3.3. Mapa de Procesos

3.3.1. Factores críticos de éxito para selección de procesos claves

Los Factores Críticos de Éxito (FCE) son el conjunto mínimo (limitado) de áreas (factores o puntos) determinantes en las cuales si se obtienen resultados satisfactorios se asegura un desempeño exitoso para un individuo, un departamento o una organización.

Cuando una organización se plantea la mejora global de sus resultados, la primera acción que debe llevar a cabo es identificar cuál es su posición dentro de la sociedad para después plantearse los objetivos y metas que espera alcanzar. Para lograr estos objetivos y metas, la Dirección debe desarrollar la misión, la visión y los valores de la organización.

La misión es una declaración en la que se describe el propósito o razón de ser de la organización; la visión es lo que la organización pretende alcanzar a largo plazo y los valores son la base sobre la que se asienta la cultura de la organización.

Los valores y principios constituyen el soporte para la visión y la misión y son la clave de una dirección eficaz. Es necesario que las partes interesadas definan una serie de valores y se aseguren de que se cumplan.

Esto conduce a una caracterización del negocio que obliga a la organización a realizar un ejercicio de reflexión cuyo resultado ha de permitir dos cosas. Por una parte, definir:

- ¿quiénes somos y qué pretendemos?
- ¿qué necesidades internas y externas nos influyen y condicionan?
- ¿quiénes son nuestros clientes y qué desean?
- ¿qué requisitos nos impone nuestra empresa?

La caracterización del negocio suele plasmarse en la Declaración de Propósitos (DP), que incluye la misión, la visión y los valores de la organización. Una DP ha de ser fácil de recordar, contundente y, por consiguiente, relativamente breve.

Una vez caracterizado el propósito de la organización, es necesario determinar los factores críticos para el éxito de nuestro negocio (en adelante, FCE). Los FCE son las acciones críticas para el éxito de una organización. Con ellos pretendemos identificar los resultados que, de no conseguirse, pueden poner en peligro el éxito del negocio.

Ayudan a distinguir entre lo que es conveniente y lo que es un requisito esencial, con el objetivo de establecer prioridades.

La identificación de los FCE debe incluir factores externos, como los niveles de satisfacción de los clientes y los vínculos comerciales con los proveedores (por ejemplo, conductores subcontratados), así como los factores internos, como un personal motivado y bien cualificado.

En la identificación de los FCE han de colaborar todas las partes interesadas en la actividad, proceso o proyecto a analizar. Este hecho incluye no sólo a todo el personal interno involucrado, sino también a las partes externas, es decir, a los clientes y a los proveedores o subcontratados.

También es fundamental contar con información sobre el entorno social y legal de la organización. Así, deberá recopilarse información sobre regulaciones gubernamentales, evolución previsible de parámetros generales de la economía, datos demográficos, problemas sociales de conocimiento general, cuestiones medioambientales, situación del entorno local o regional de la organización, etc. La organización podrá para ello emplear datos procedentes de publicaciones, informes de organizaciones sectoriales, reuniones con representantes de distintos grupos sociales, solicitar informes o estudios.

3.3.1.1. Declaración de propósito FOUES.

MISIÓN:

Institución que forma profesionales de la Odontología con práctica humana y preventiva enfatizando en la integración de la docencia, la investigación científica y la proyección social como instrumento de transformación en beneficio de la sociedad salvadoreña.

VISIÓN:

Formadora de profesionales altamente competitivos, con valores humanos.

Líder e incidente respecto de las diferentes estructuras sociales que actúan en el ámbito de la salud bucal, generando nuevos conocimientos y propiciando su transformación.

Contributiva a los procesos de actualización y educación continua de los Odontólogos de nuestro país, mediante una política global que incluya la creación de la escuela de postgrado.

VALORES:

- ❑ HONESTIDAD
- ❑ RESPETO
- ❑ RESPONSABILIDAD
- ❑ LIDERAZGO
- ❑ CONFIANZA
- ❑ ACTITUD DE SERVICIO

3.3.1.2. Análisis FODA.

Como punto de partida para identificar los FCE, se debe elaborar un análisis DAFO (Debilidades, Amenazas, Fuerzas y Oportunidades). Una vez obtenidos los resultados del análisis DAFO, se clasificarán.

ÁREAS	FORTALEZAS	DEBILIDADES	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
INSTITUCIONAL	- Programa académico especial aprobado por CSU. - Apoyo de decanato en la mejora continua de la facultad	- Burocracia. - Falta de manuales administrativos - Falta de política de calidad - No hay definición de los valores de FOUES.	- Disminución de pasos en los diferentes procesos de FOUES - Oportunidad de optar a la certificación de calidad iso 9001:2008 - Proyectarse como un modelo de clínicas odontológicas.	Pérdida de credibilidad debido a que no poseen una certificación nacional ni normativa como institución odontológica
INFRAESTRUCTURA Y EQUIPO	- Instalaciones bajo norma en clínicas. - Tecnología odontológica de punta. - Infraestructura amplia y adecuada para el servicio. - Salones	- Falta de mobiliario y equipo de oficina. - Mantenimiento deficiente de edificios - No se cuenta con un software para atención de pacientes. - Falta de un sistema integrado para control de operaciones financieras y	- Presupuesto 2014 - Análisis metódicos de los requerimientos de equipo, materiales y otros relacionados al servicio (clínicas y educación odontológica).	- Dependencia financiera para cubrir gastos de emergencia o del equipo. - Desactualización de equipos.

ACADÉMICA ADMINISTRATIVA	contables de la facultad			
	• Personal capacitado. • Docentes especializados. • Apoyo a área básica en el área de radiología dental. • Apoyo al proceso enseñanza aprendizaje de la facultad.	• falta de profesionales y técnicos especializados. • falta de capacitación del personal.	• Becas al exterior para formar radiólogos maxilo-faciales. • Promueve capacitaciones. • Servicio a postgrado.	• Falta de apoyo institucional (UES). • Falta de insumos para laboratorios.
	• Procesos financieros están acordes a las leyes y normativas salvadoreñas	• Falta de capacitación del personal • Insatisfacción de empleados, lo cual genera poco compromiso con los objetivos de FOUES	• Reducción de tiempos en procedimientos internos • Mejoras en la comunicación e interacción entre áreas • Mejora en la gestión de recursos	• Empresas con manual organizacional que llevan un proceso administrativo más eficaz.

3.3.1.3. Factores críticos de éxito resultantes.

- ❑ ORIENTACIÓN A RESULTADOS
- ❑ ESTRATEGIA Y POLÍTICA EN FUNCIÓN DE LA MISIÓN/VISIÓN
- ❑ ATENCIÓN CENTRADA EN EL ALUMNO/PACIENTE
- ❑ TRABAJO EN EQUIPO
- ❑ IMPACTO EN LA SOCIEDAD
- ❑ DISPONIBILIDAD RECURSOS FINANCIEROS
- ❑ MODELO DE DESARROLLO CONTINUO

3.3.2. Clasificación de procesos.

Los procesos pueden ser clasificados en función de varios criterios. Pero quizá la clasificación de los procesos más habitual en la práctica es distinguir entre: estratégicos, claves o de apoyo.

1. **Los procesos clave** son también denominados operativos y son propios de la actividad de la empresa, por ejemplo, el proceso de aprovisionamiento, el proceso de producción, el proceso de prestación del servicio, el proceso de comercialización, etc.
2. **Los procesos estratégicos** son aquellos procesos mediante los cuales la empresa desarrolla sus estrategias y define los objetivos. Por ejemplo, el proceso de planificación presupuestaria, proceso de diseño de producto y/o servicio, etc.
3. **Los procesos de apoyo**, o de soporte son los que proporcionan los medios (recursos) y el apoyo necesario para que los procesos clave se puedan llevar a cabo, tales como proceso de formación, proceso informático, proceso de logística, etc.

También, podemos distinguir entre procesos clave y procesos críticos. En general, los procesos clave atienden a la definición expuesta anteriormente. Están principalmente orientados hacia la satisfacción del cliente y en ellos se emplean una gran cantidad de los recursos disponibles por la empresa. Por otro lado, un proceso es crítico cuando en gran medida la consecución de los objetivos y los niveles de calidad de la empresa dependen de su desarrollo.

Tabla 6: Tabla de puntuación para relaciones entre procesos

TIPO DE RELACIÓN	PUNTAJE
RELACIÓN ALTA	3
RELACIÓN MEDIA	2
RELACIÓN BAJA O NULA	1

Tabla 7: tabla de puntuación para la calcificación de procesos

CLASIFICACIÓN DE PROCESO	PUNTUACIÓN
ESTRATÉGICO	$10 > X > 17$
CLAVE	$X \geq 17$
APOYO	$X \leq 10$

Tabla 8: Priorización y clasificación de los procesos

PROCESOS/ FACTORES DE ÉXITO	ORIENTACIÓN A RESULTADOS	ESTRATEGIA Y POLÍTICA EN FUNCIÓN DE LA MISIÓN/VISIÓN	ATENCIÓN CENTRADA EN EL ALUMNO/PACIENTE	TRABAJO EN EQUIPO	IMPACTO EN LA SOCIEDAD	DISPONIBILIDAD REC. FINANCIEROS	MODELO DE DESARROLLO CONTINUO	TOTAL
Plan de Mantenimiento de la Facultad	2	2	1	2	1	2	1	11
Educación Odontológica	3	3	3	2	3	2	3	19
Dirección Estratégica de Clínicas	2	3	2	2	2	3	2	16
Control Presupuestario (PEP)	1	2	2	2	1	3	2	13
Administración Financiera	1	3	2	2	1	3	2	14
Atención a pacientes	3	2	3	3	3	2	3	19
Control de Inventario	1	2	1	2	1	1	1	9
Compras Institucionales	2	1	2	1	1	1	1	9
Control de Planillas	1	1	1	1	1	2	1	8
Programaciones Clínicas	1	3	3	2	3	2	3	17
Licitación de Servicios de Mantenimiento	2	1	2	1	1	1	1	9
Inventario de Materiales (Arsenal para clínicas)	2	1	2	1	1	1	1	8
Control de Expedientes Clínicos	1	1	1	1	1	1	1	7

PROCESOS CLAVES SELECCIONADOS:

- ❑ Educación Odontológica
- ❑ Programaciones Clínicas
- ❑ Atención a pacientes

PROCESOS ESTRATÉGICOS:

- ❑ Plan de Mantenimiento de la Facultad
- ❑ Dirección Estratégica de Clínicas
- ❑ Control Presupuestario (PEP)
- ❑ Administración Financiera

PROCESOS DE APOYO:

- ❑ Control de inventario
- ❑ Compras Institucionales
- ❑ Control de Planillas
- ❑ Licitación de Servicios de Mantenimiento
- ❑ Inventario de Materiales (Arsenal para clínicas)
- ❑ Control de Expedientes Clínicos

3.3.3. Mapa de procesos

El mapa de procesos es una representación gráfica que nos ayuda a visualizar todos los procesos que existen en una empresa y su interrelación entre ellos.

Mapa de Procesos.- Identificación de los Macroprocesos (Sistemas), Procesos, Subprocesos y Actividades, que realiza la organización. De acuerdo al nivel de detalle o desagregación el mapa puede ser de:

- 1. Primer Nivel.-** La representación de los Macroprocesos (Sistemas) de la organización.
- 2. Segundo Nivel.-** Cuando la representación es a nivel de los procesos de la organización, de forma sencilla y simplificada.
- 3. Tercer Nivel.-** Cuando la representación recoge los diferentes subprocesos que componen los procesos. (Procedimientos)

A continuación se detallan los procesos que corresponden a cada clasificación:

Tabla 9: Clasificación de los procesos

MACROPROCESO (NIVEL 1)	PROCESO (NIVEL 2)	PROCEDIMIENTO (NIVEL 3)
1. ESTRATÉGICOS	1.1. Plan de Mantenimiento de la Facultad	1.1.1. Elaboración de informes técnicos
		1.1.2. Elaboración del plan de mantenimiento para unidades dentales, equipos auxiliares y vehículos
	1.2. Dirección Estratégica de Clínicas	1.2.1. Elaboración de políticas y estrategias
		1.2.2. Elaboración del plan de compras de la unidad
		1.2.3. Actualización del arancel de tratamientos odontológicos
		1.2.4. Elaboración de documentación referente a la Dirección de Clínicas y Jefatura de Clínicas Intramurales para Comité Técnico Asesor.

		1.2.5. Licitación de materiales y equipos dentales
	1.3. Control Presupuestario (PEP)	1.3.1. Control Presupuestario (PEP)
		1.3.2. Cierre del ejercicio fiscal (Enero-Diciembre)
		1.3.3. Elaboración del anteproyecto de presupuesto de cada unidad
	1.4. Administración Financiera	1.4.1. Elaboración de informes contables, financieros y presupuestarios.
		1.4.2. Registro y control de los dictámenes técnicos financieros de las diferentes fuentes de financiamiento, se realizan una copia para archivo del contador y la original es archivada por la administradora financiera.
		1.4.3. Registro financiero de los acuerdos del CSU. De acuerdo a las distribuciones de ingreso por facultad por ingreso de clínicas.
		1.4.4. Corte de caja (Colecturía Clínicas).
		1.4.5. Control de vales de combustible
2. OPERATIVOS O CLAVES	2.1. Educación Odontológica	2.1.1. Enseñanza-Aprendizaje
		2.1.2. Prácticas en clínicas
		2.1.3. Horas sociales
	2.2. Programaciones Clínicas	2.2.1. Planificación de actividades de Clínicas
		2.2.2. Control de actividades de estudiantes en Servicio Social

		2.2.3. Ingreso en ADACAD de folders de evaluación y material extra
		2.2.4. Ingreso en ADACAD de las observaciones y evaluación de los estudiantes contenidos en los Folders se Evaluación ya llenos entregados por los tutores.
		2.2.5. Control de suministros de bodega de Dirección de Clínicas
		2.2.6. Control de solvencia de los estudiantes programados.
	2.3. Atención a pacientes	2.3.1. Recepción de pacientes
		2.3.2. Apertura de expediente
		2.3.3. Tratamiento de Emergencia
		2.3.4. Elaboración de Diagnóstico
		2.3.5. Programación de Cita
		2.3.6. Ejecución de Tratamiento
3. APOYO	3.1. Control de Inventario	3.1.1. Recepción de mercadería y equipo que no necesita instalación y equipo que necesita instalación que traen los proveedores.
		3.1.2. Control de la salida de los materiales dentales a arsenales.
		3.1.3. Elaboración de informe mensual de existencia de materiales.
		3.1.4. Elaboración del Informe de consumo de materiales mensuales
		3.1.5. Generar el Informe general de inventario semestral.

	3.2. Compras Institucionales	3.2.1. Generación de Compras.
		3.2.2. Requisiciones y licitaciones de materiales dentales y equipo.
		3.2.3. Creación de una Oferta Técnica, Económica Y Financiera para la adquisición o contratación de una obra, bien o servicio insumos dentales.
		3.2.4. Pago a proveedores
		3.2.5. Actualización del arancel de tratamientos odontológicos
		3.2.6. Elaboración de dictamen técnico financiero para solicitudes de JD, Decano y otros.
	3.3. Control de Planillas	3.3.1. Elaboración de planillas
		3.3.2. Actualización de base de datos del sistema de información de Recursos Humanos
		3.3.3. Elaboración de informes de asistencia y permisos del personal
		3.3.4. Reclutamiento y selección de docentes de la facultad
		3.3.5. Acuerdos de nombramiento de Junta Directiva o del Decano
	3.4. Licitación de Servicios de Mantenimiento	3.4.1. Licitación de servicio de mantenimiento de aires acondicionados
		3.4.2. Licitación de servicio de mantenimiento de equipos de compresión y succión
		3.4.3. Licitación de servicio de mantenimiento de vehículos

		3.4.4. Licitación de servicio de mantenimiento planta de emergencia
	3.5. Inventario de Materiales (Arsenal para clínicas)	3.5.1. Solicitud de entrega de materiales a estudiantes
		3.5.2. Control de material e insumos entregados
		3.5.5. Elaboración de requisiciones a bodega
	3.6. Control de Expedientes Clínicos	3.6.1. Elaboración de informes sobre movimiento de expedientes
		3.6.2. Crear expedientes al ingresar paciente nuevo
		3.6.3. Registro de la deuda por estudiante.
Fuente: Elaboración propia		

3.3.4. Mapa De Procesos Facultad De Odontología De La Universidad De El Salvador.

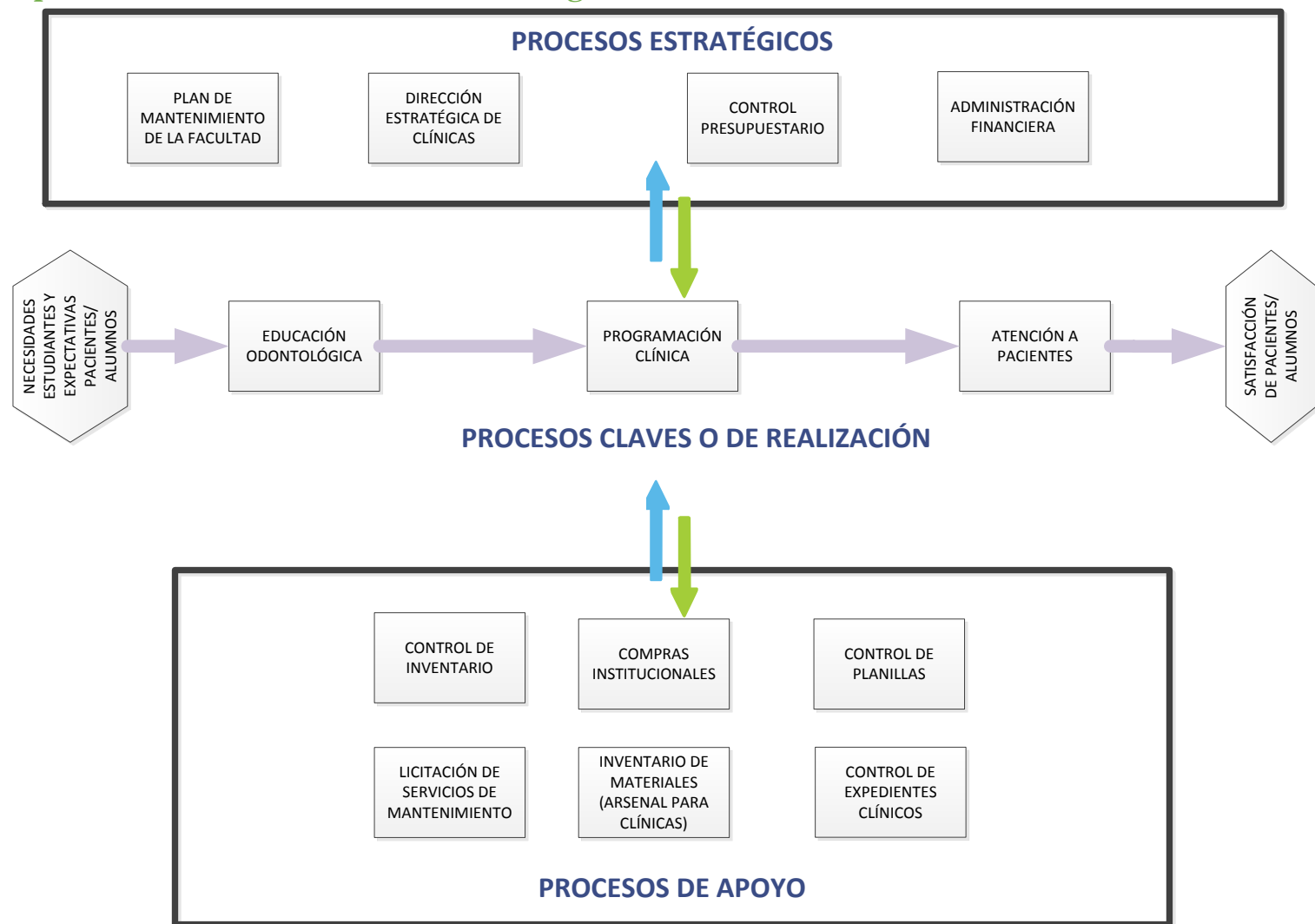


Ilustración 14: Mapa de procesos

3.4. Diagramas de bloques (PEPSU)

Esta herramienta es útil para definir el inicio y el fin del proceso al facilitar la identificación de sus proveedores, entradas, subprocesos, salidas y usuarios.

Las siglas PEPSU representan:

- **Proveedores:**

Entidades o personas que proporcionan las entradas como materiales, información y otros insumos. En un proceso puede haber uno o varios proveedores, ya sea interno(s) o externo(s).

- **Entradas:**

Son los materiales, información y otros insumos necesarios para operar los procesos. Los requisitos de las entradas deben estar definidos, y se debe verificar que las entradas los satisfacen. Pueden existir una o varias entradas para un mismo proceso.

- **Proceso:**

Un proceso es un conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados.

Bajo el título “Proceso” de la herramienta PEPSU se registran los subprocesos que conforman el proceso que se está definiendo.

- **Salidas:**

Una salida es el producto resultado de un proceso. Los productos pueden ser bienes o servicios. Los requisitos de las salidas deben estar definidos (necesidades de los usuarios, estándares definidos por la institución, normatividad vigente, etc.), y se debe verificar que las salidas los satisfacen. Hay procesos que tienen una salida para cada usuario y otros que tienen una sola salida que está orientada a varios usuarios.

- **Usuarios:**

Son las organizaciones o personas que reciben un producto. El usuario (o cliente), puede ser interno o externo a la organización.

La definición del proceso se realiza en sentido inverso a la presentación del PEPSU (Usuarios-Salidas-Proceso-Entradas-Proveedores) es decir, se debe iniciar con la columna de usuarios.

Para identificar a los usuarios del proceso se recomienda enlistar a los usuarios y verificar si son estos efectivamente los que reciben el trabajo o servicio y si existen usuarios que no han sido considerados.

DIAGRAMAS DE FLUJO DE PROCESO

Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador



DIAGRAMA PEPSU DEL PROCESO P1.1. PLAN DE MANTENIMIENTO DE LA FACULTAD

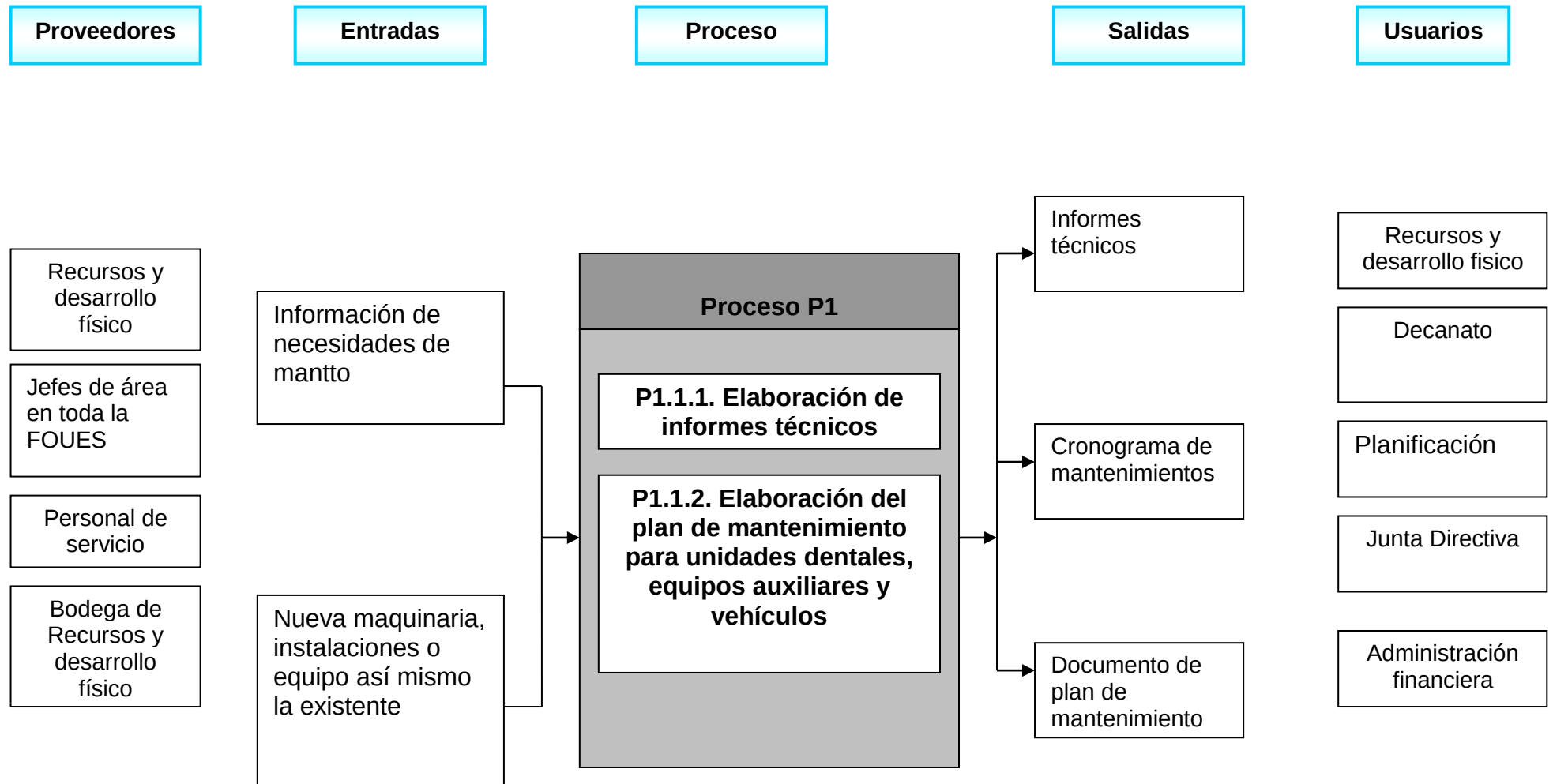


DIAGRAMA PEPSU DEL PROCESO P1.1.1 ELABORACIÓN DE INFORMES TÉCNICOS

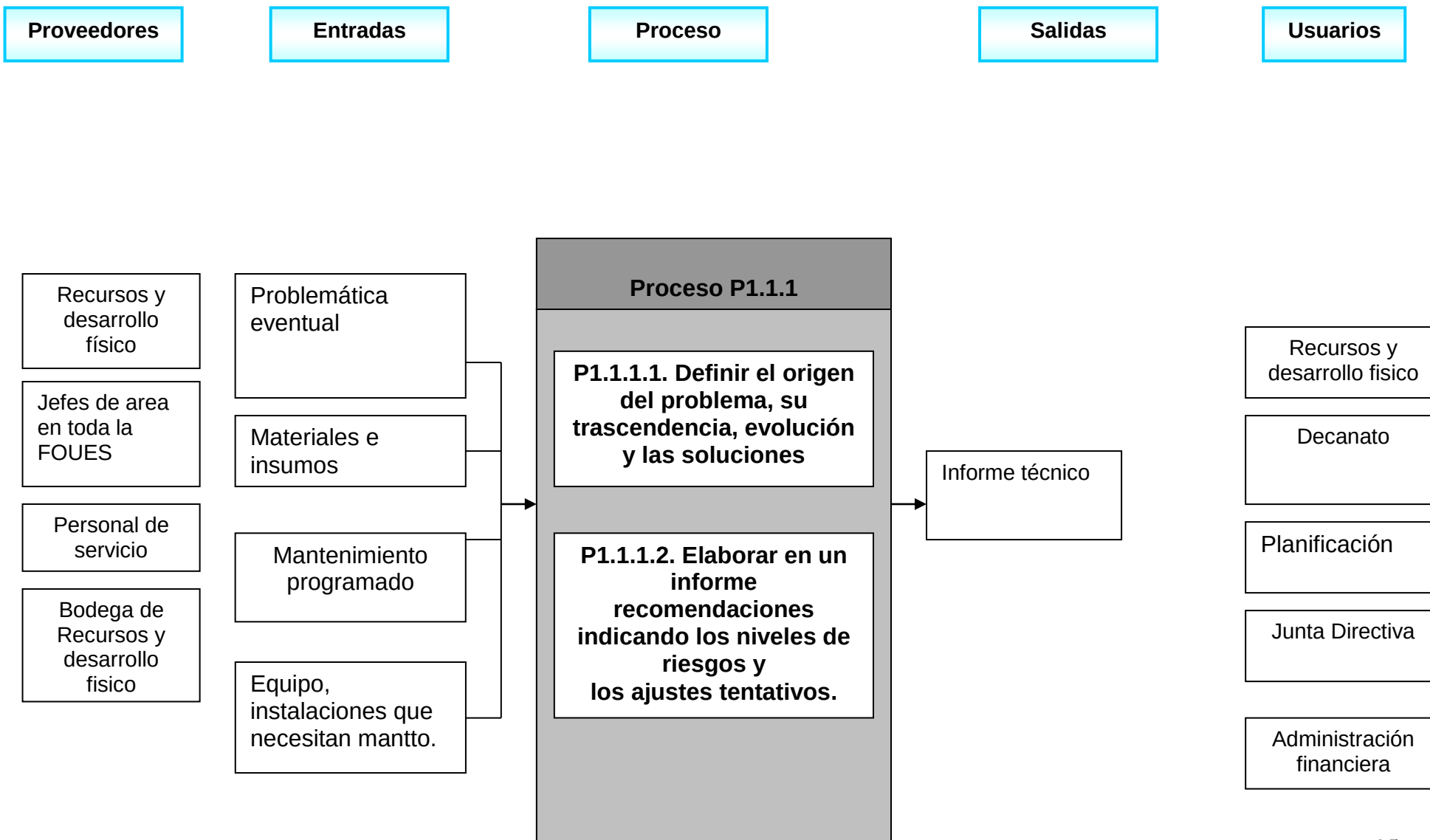


**DIAGRAMA PEPSU DEL PROCESO P1.1.2 ELABORACIÓN DEL PLAN DE
MANTENIMIENTO PARA UNIDADES DENTALES, EQUIPOS AUXILIARES Y
VEHÍCULOS**

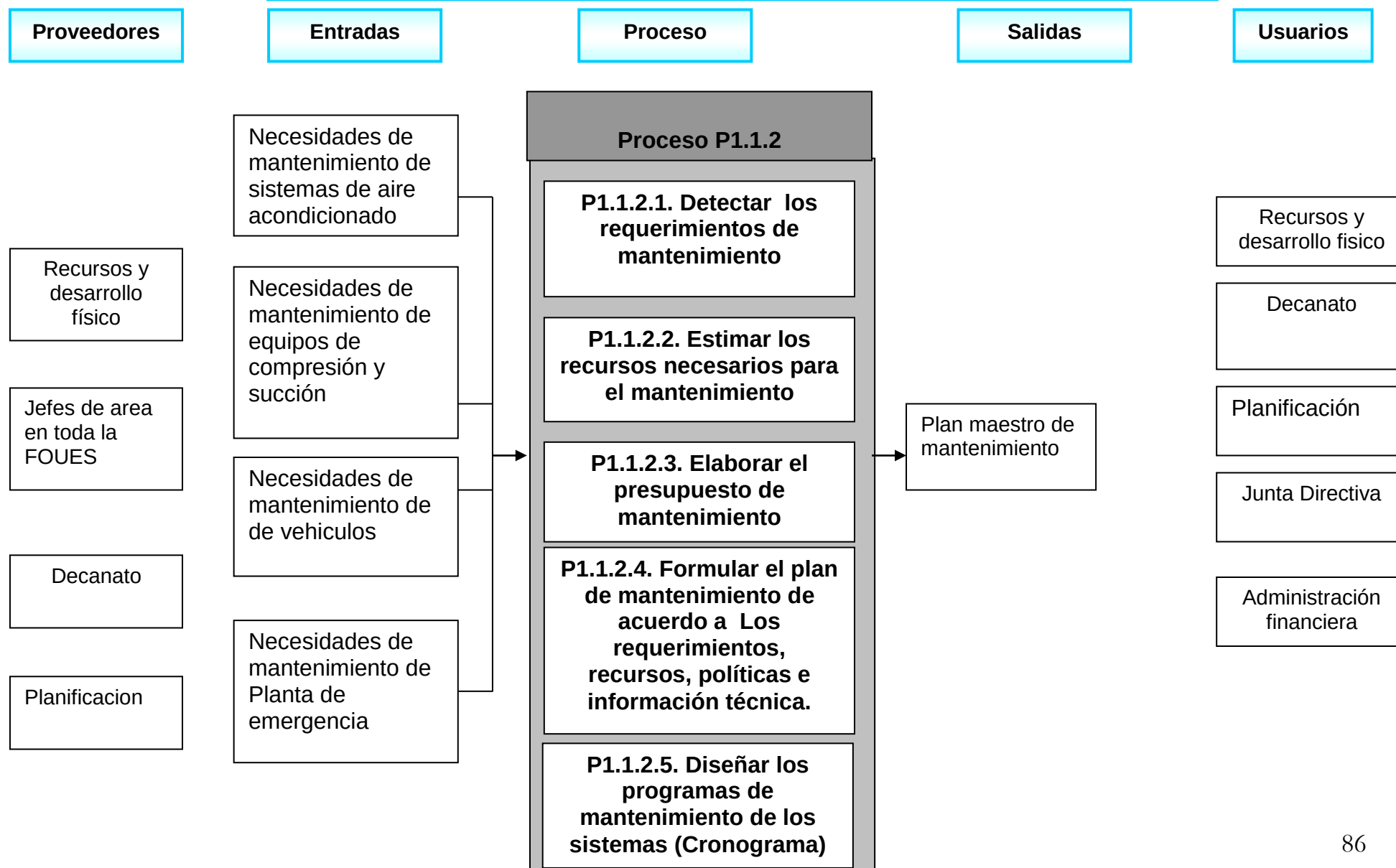


DIAGRAMA PEPSU DEL PROCESO P1.2 DIRECCIÓN ESTRATÉGICA DE CLINICAS

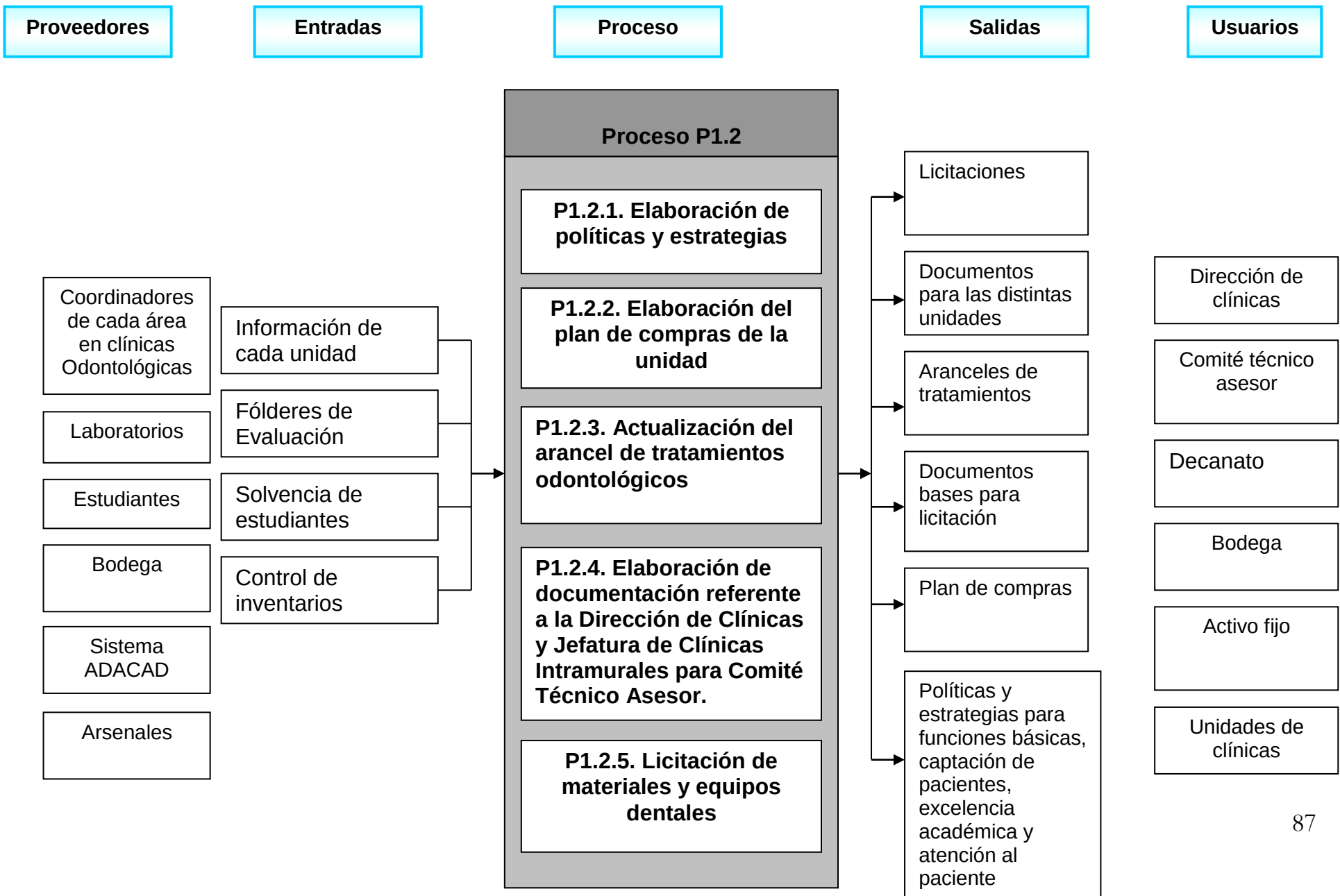


DIAGRAMA PEPSU DEL PROCESO P1.2.1 ELABORACIÓN DE POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS

Proveedores

Entradas

Proceso

Salidas

Usuarios

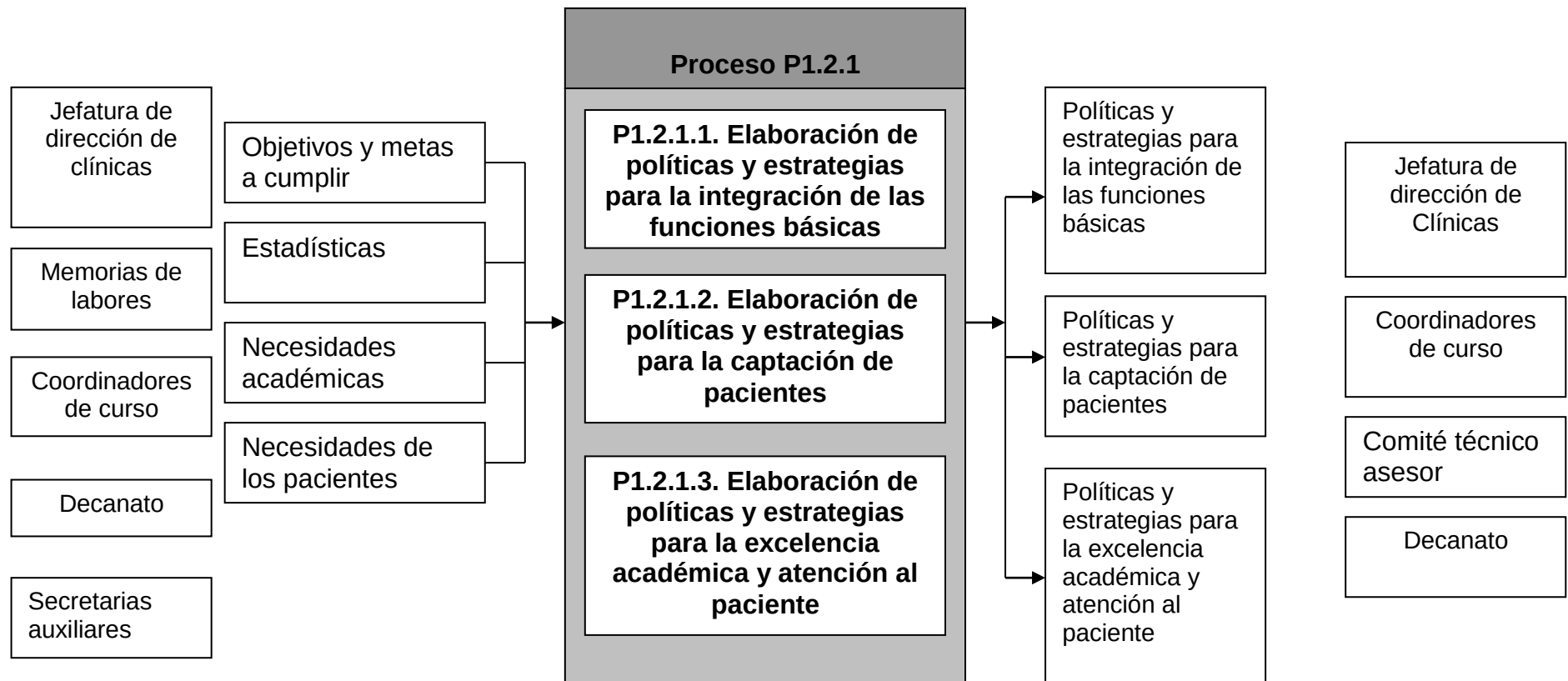


DIAGRAMA PEPSU DEL PROCESO P1.2.2 ELABORACIÓN DEL PLAN DE COMPRAS DE LA UNIDAD

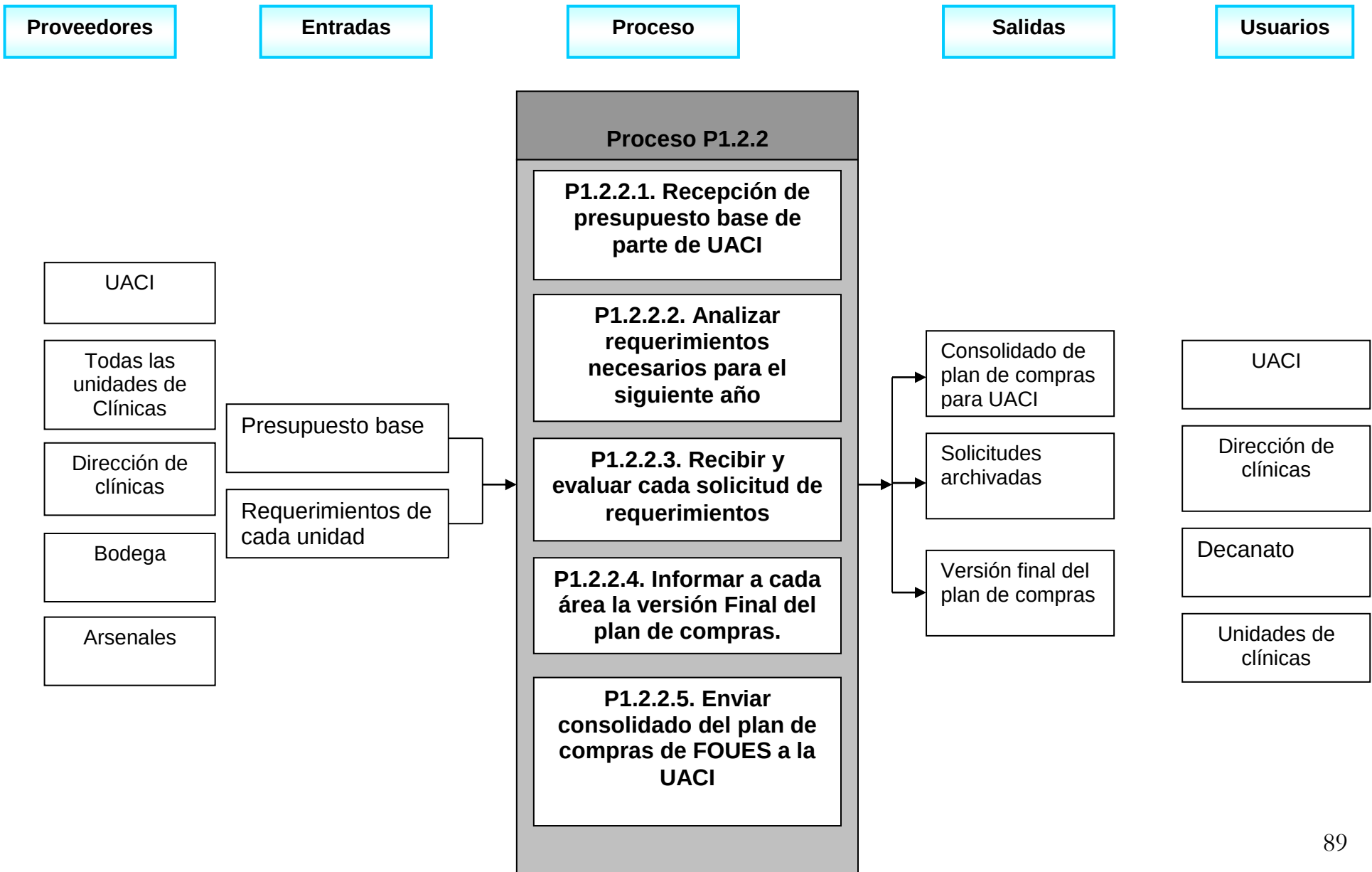


DIAGRAMA PEPSU DEL PROCESO P1.2.3 ACTUALIZACIÓN DEL ARANCEL DE TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS

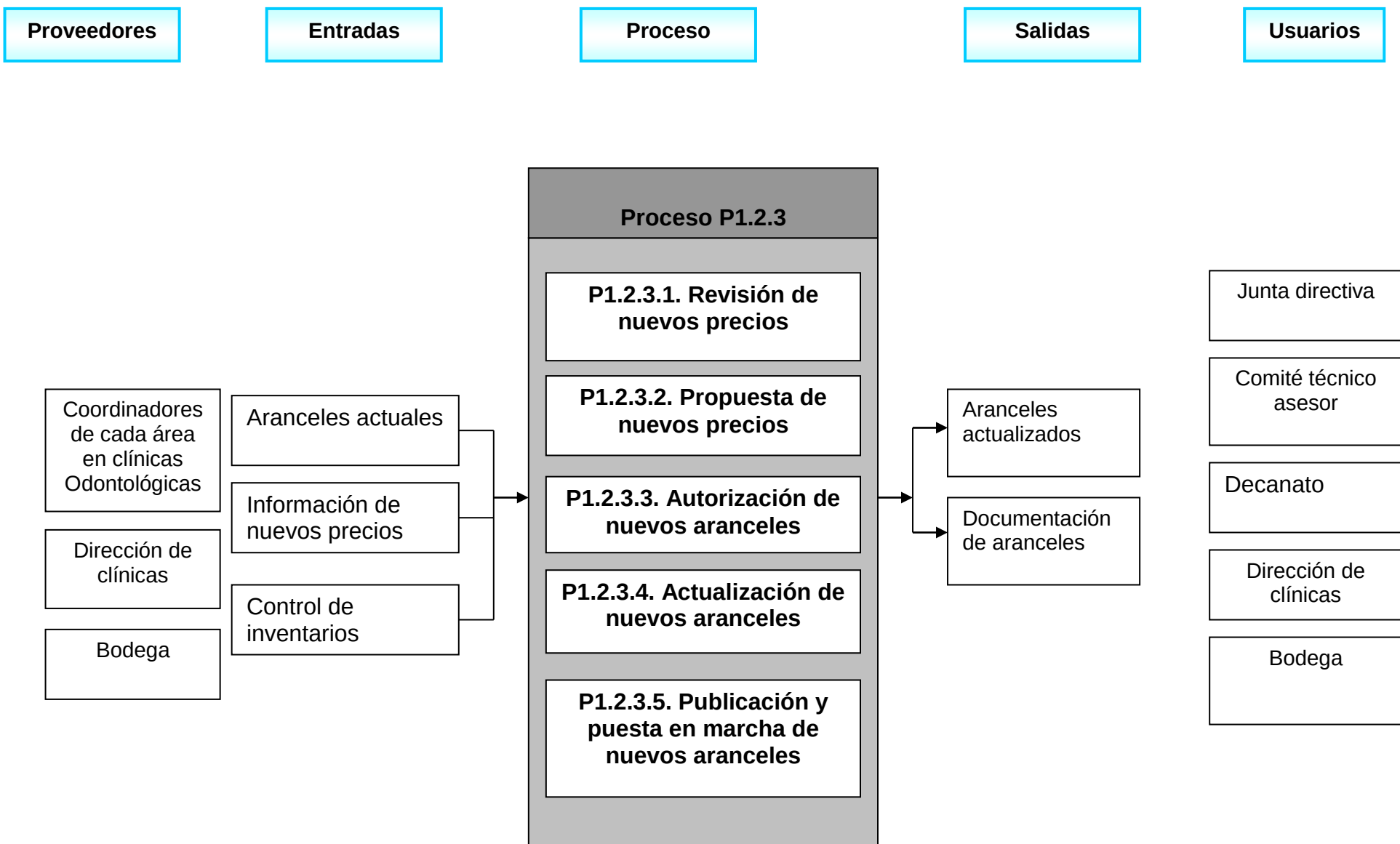


**DIAGRAMA PPSU DEL PROCESO P1.2.4 ELABORACIÓN DE DOCUMENTACIÓN
REFERENTE A LA DIRECCIÓN DE CLÍNICAS Y JEFATURA DE CLÍNICAS INTRAMURALES**

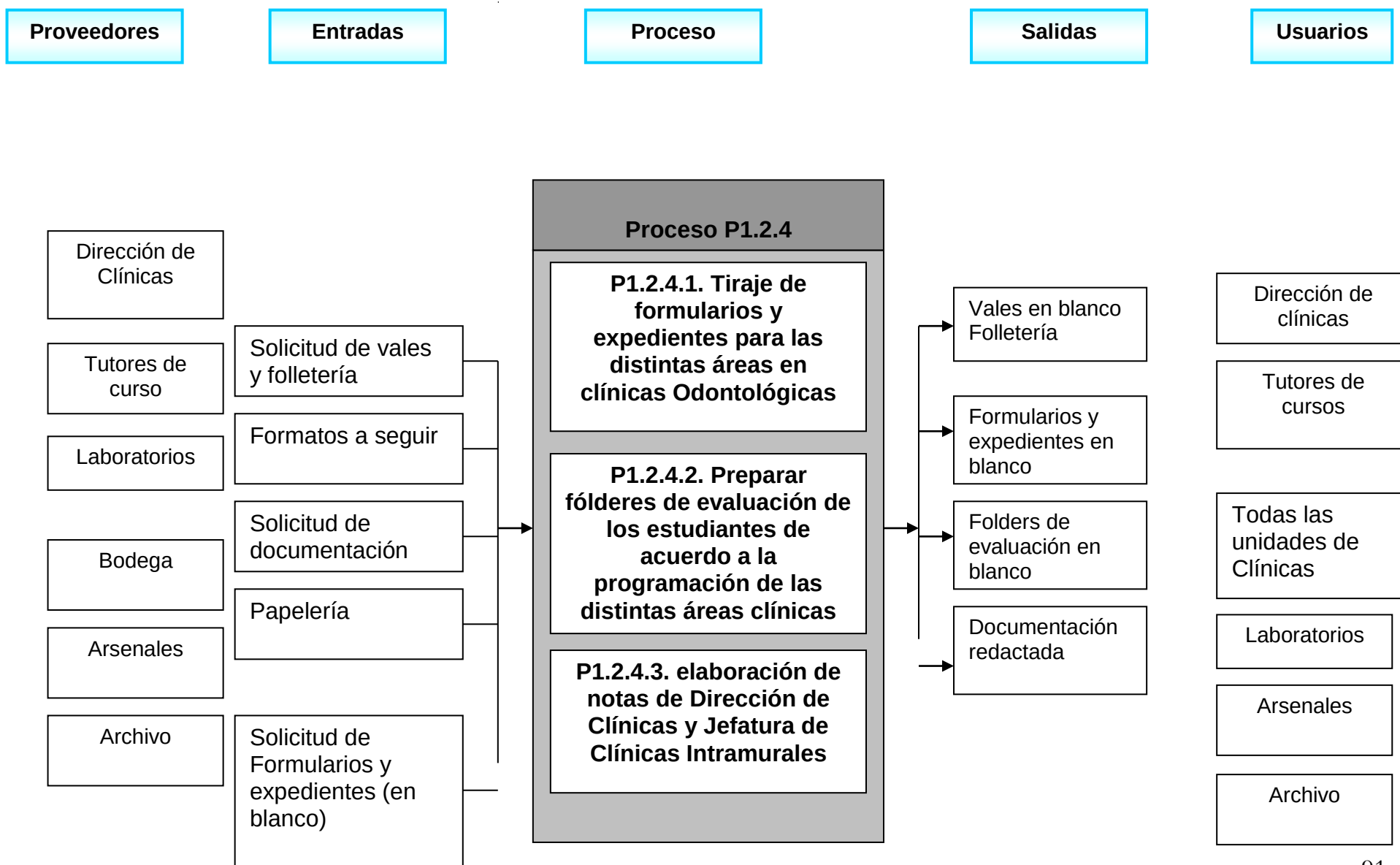


DIAGRAMA PEPSU DEL PROCESO P1.2.5 LICITACIÓN DE MATERIALES Y EQUIPOS DENTALES

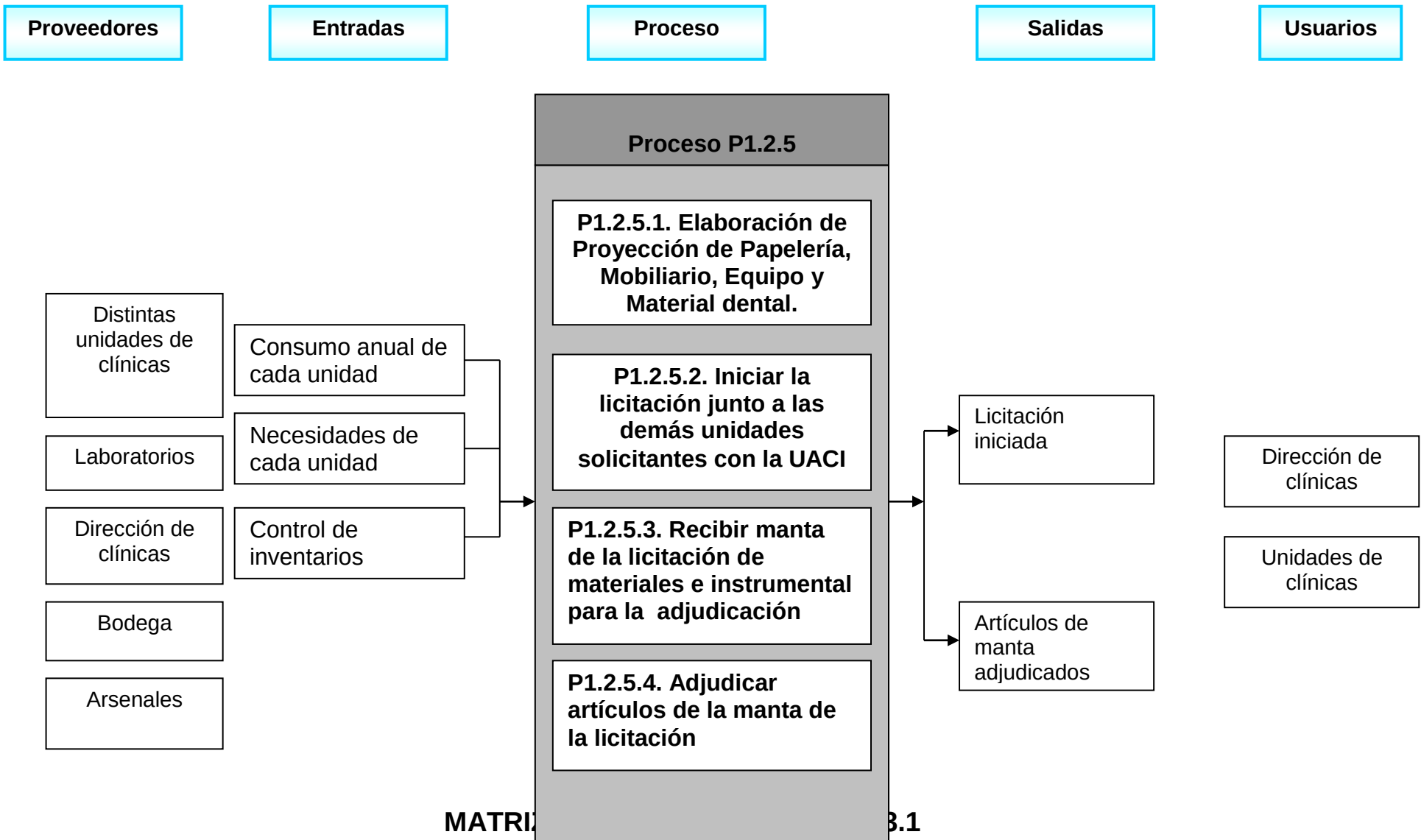


DIAGRAMA PEPSU DEL PROCESO P1.3. CONTROL PRESUPUESTARIO

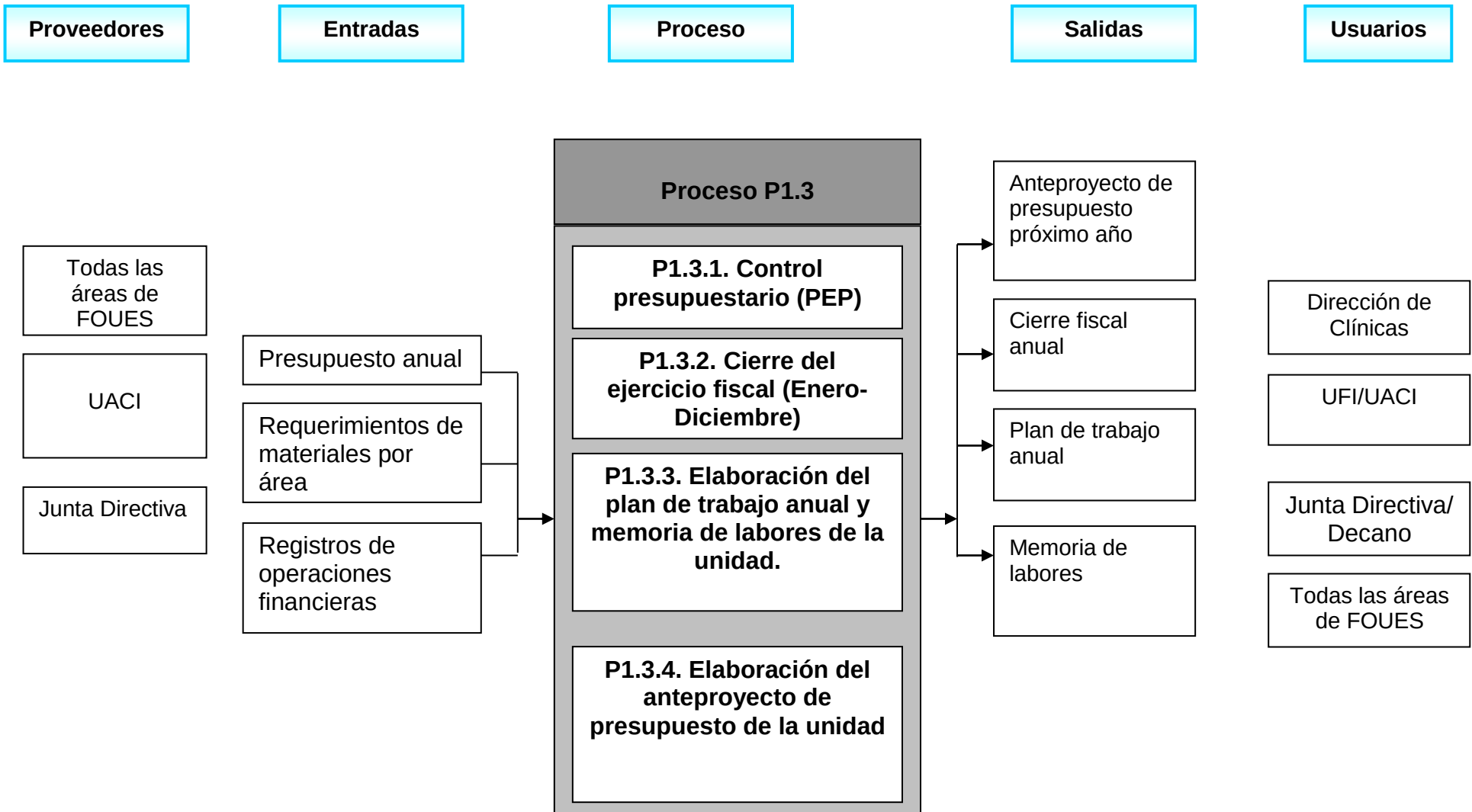


DIAGRAMA PEPSU DEL PROCESO P1.3.1 CONTROL PRESUPUESTARIO (PEP)

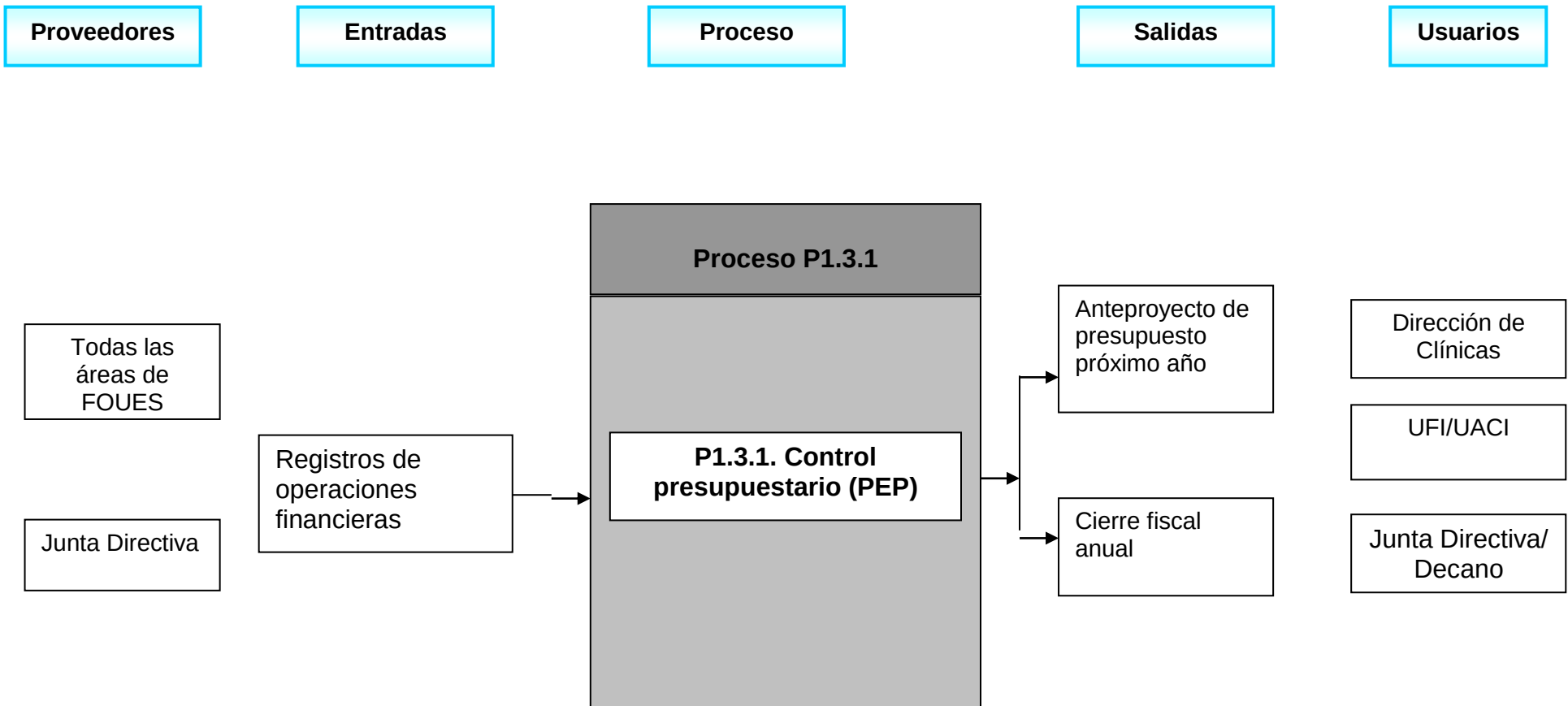


**DIAGRAMA PEPSU DEL PROCESO P1.3.2. CIERRE DEL EJERCICIO FISCAL
(ENERO-DICIEMBRE)**

Proveedores

Entradas

Proceso

Salidas

Usuarios

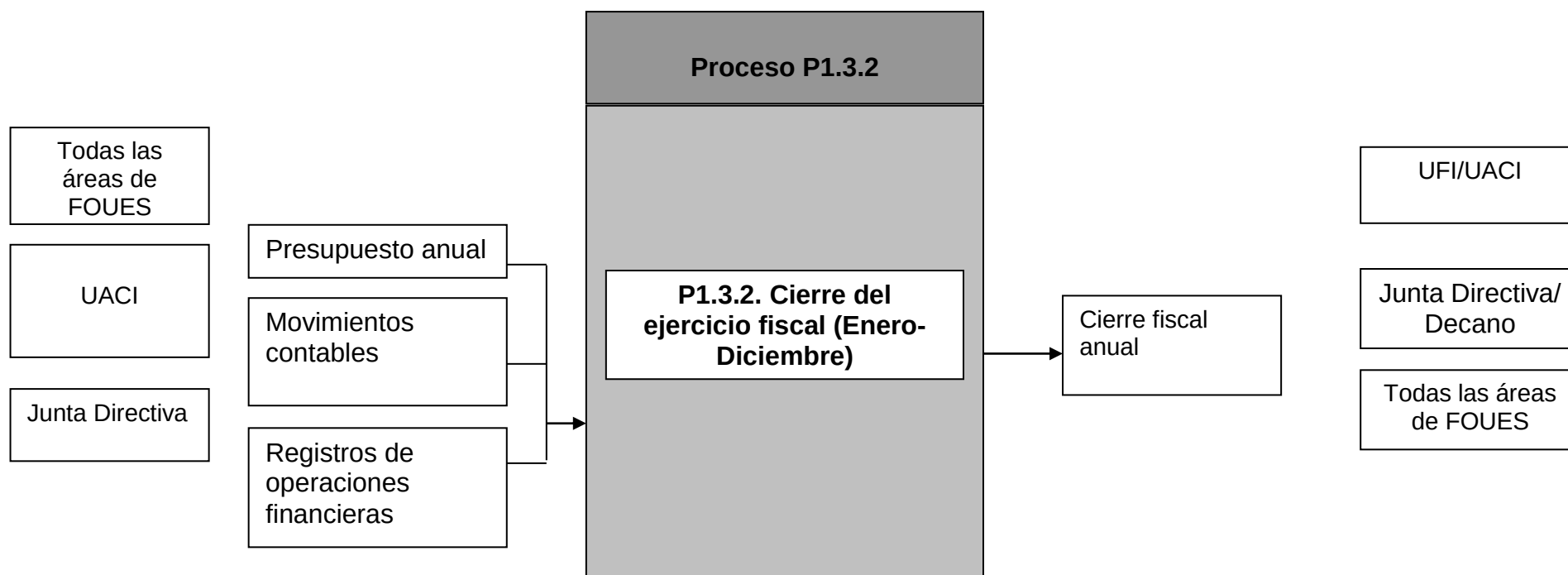


DIAGRAMA PEPSU DEL PROCESO 1.3.3. ELABORACIÓN DEL PLAN DE TRABAJO ANUAL Y MEMORIA DE LABORES DE LA UNIDAD

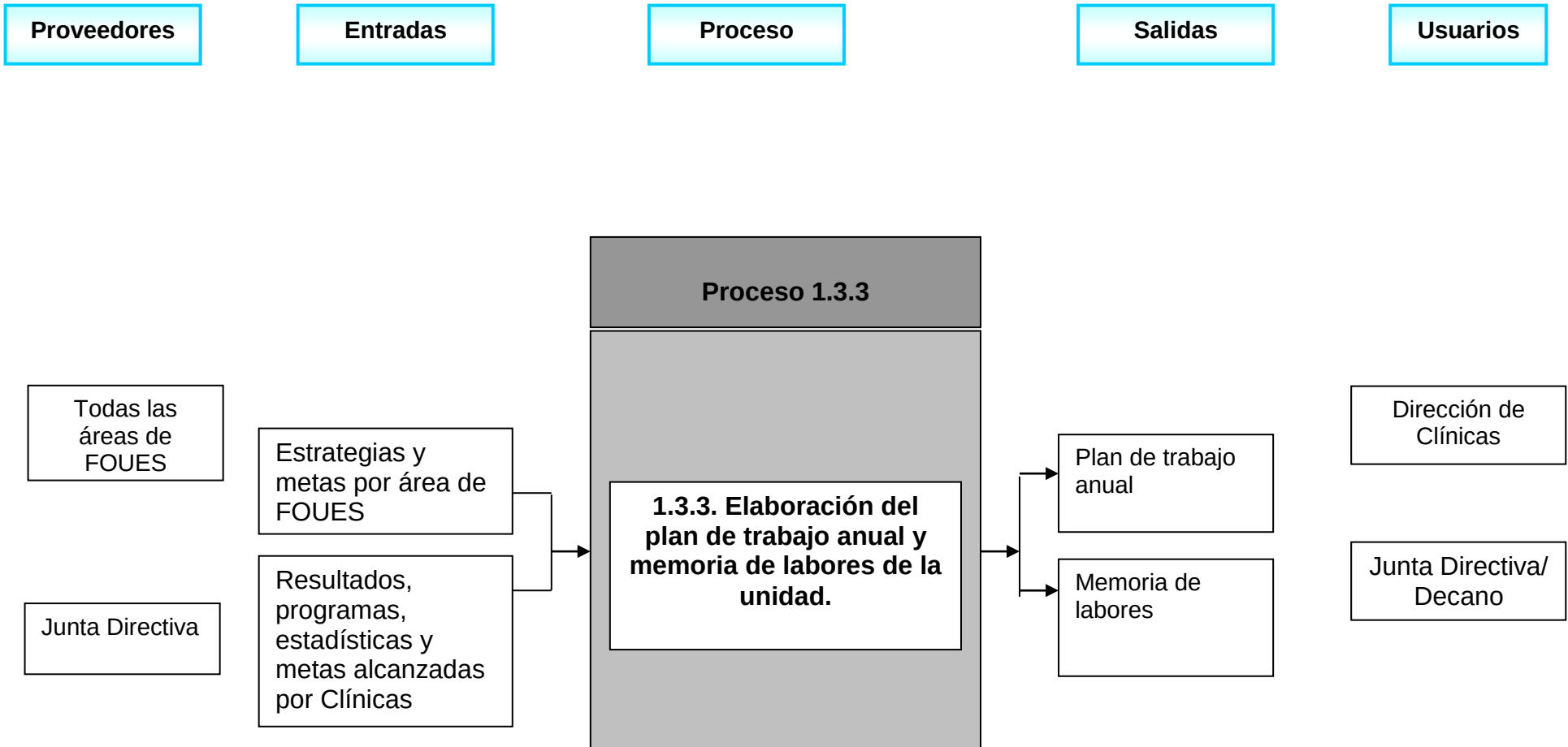
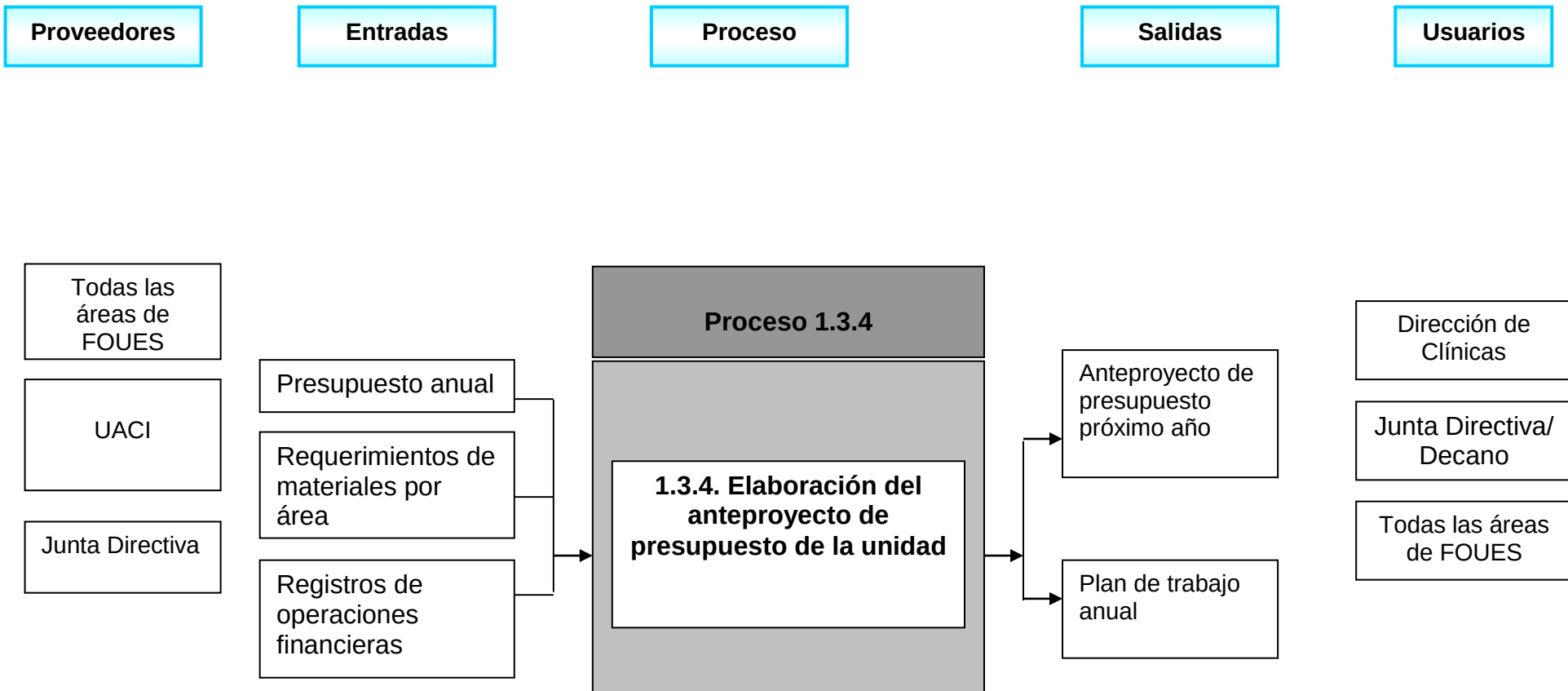
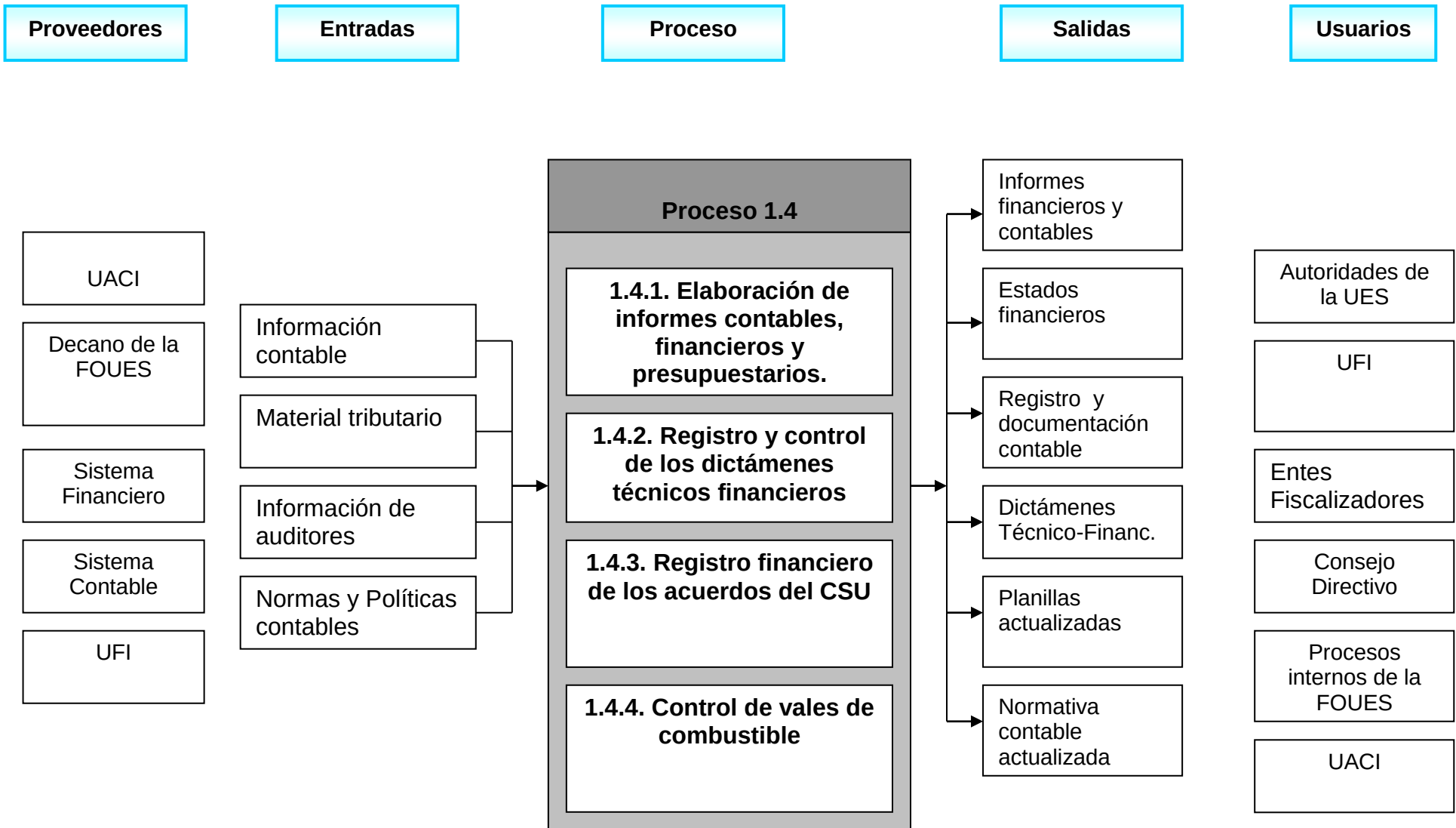


DIAGRAMA PEPSU DEL PROCESO 1.3.4 ELABORACIÓN DEL ANTEPROYECTO DE PRESUPUESTO DE LA UNIDAD



MATRIZ PEPSU DEL PROCESO 1.3.4

DIAGRAMA PEPSU DEL PROCESO P1.4 ADMINISTRACIÓN FINANCIERA



MATRIZ PEPSU DEL PROCESO P1.4

DIAGRAMA PEPSU DEL PROCESO 1.4.1. ELABORACIÓN DE INFORMES CONTABLES, FINANCIEROS Y PRESUPUESTARIOS

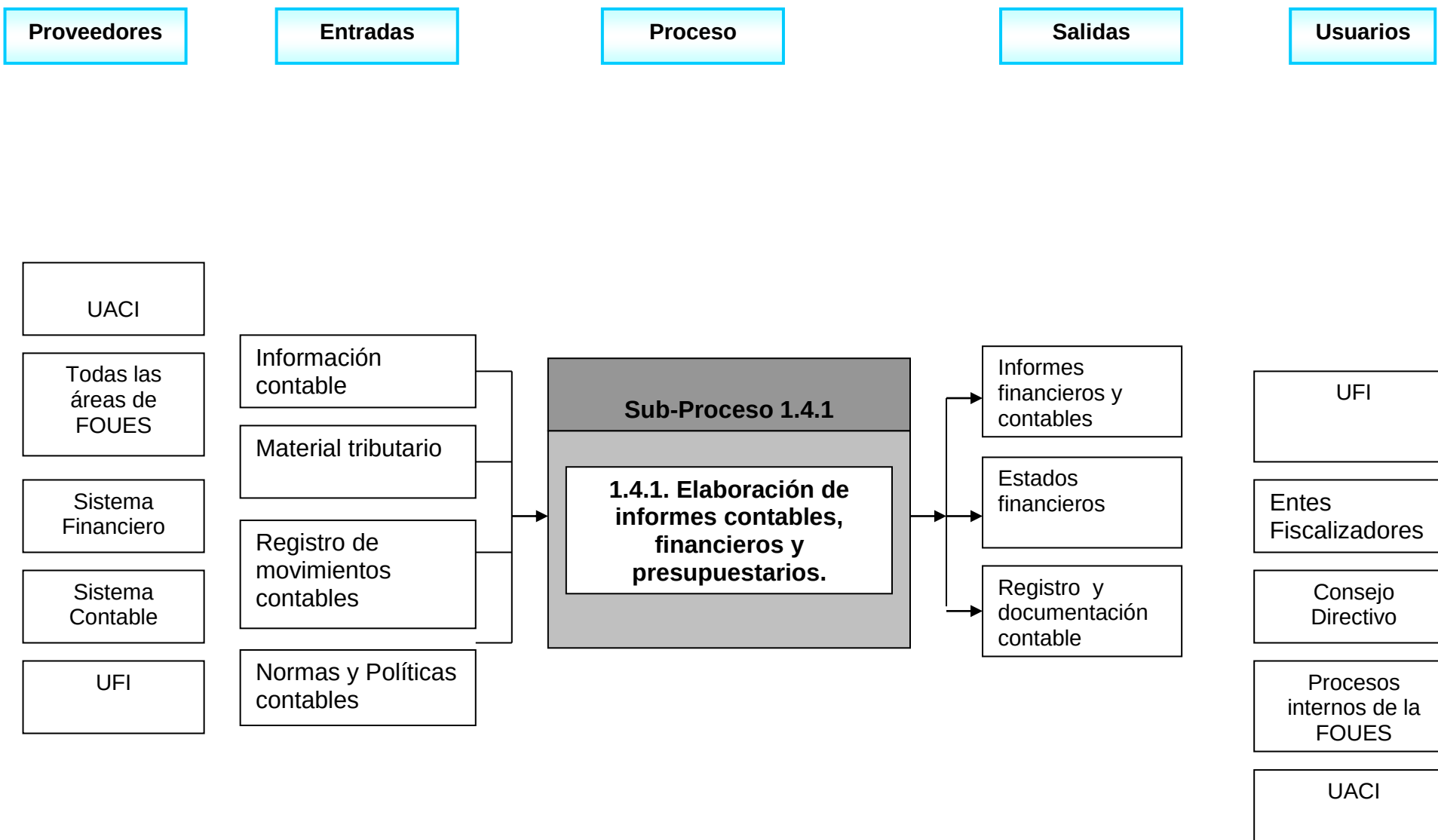


DIAGRAMA PEPSU DEL PROCESO 1.4.2. REGISTRO Y CONTROL DE LOS DICTÁMENES TÉCNICOS FINANCIEROS

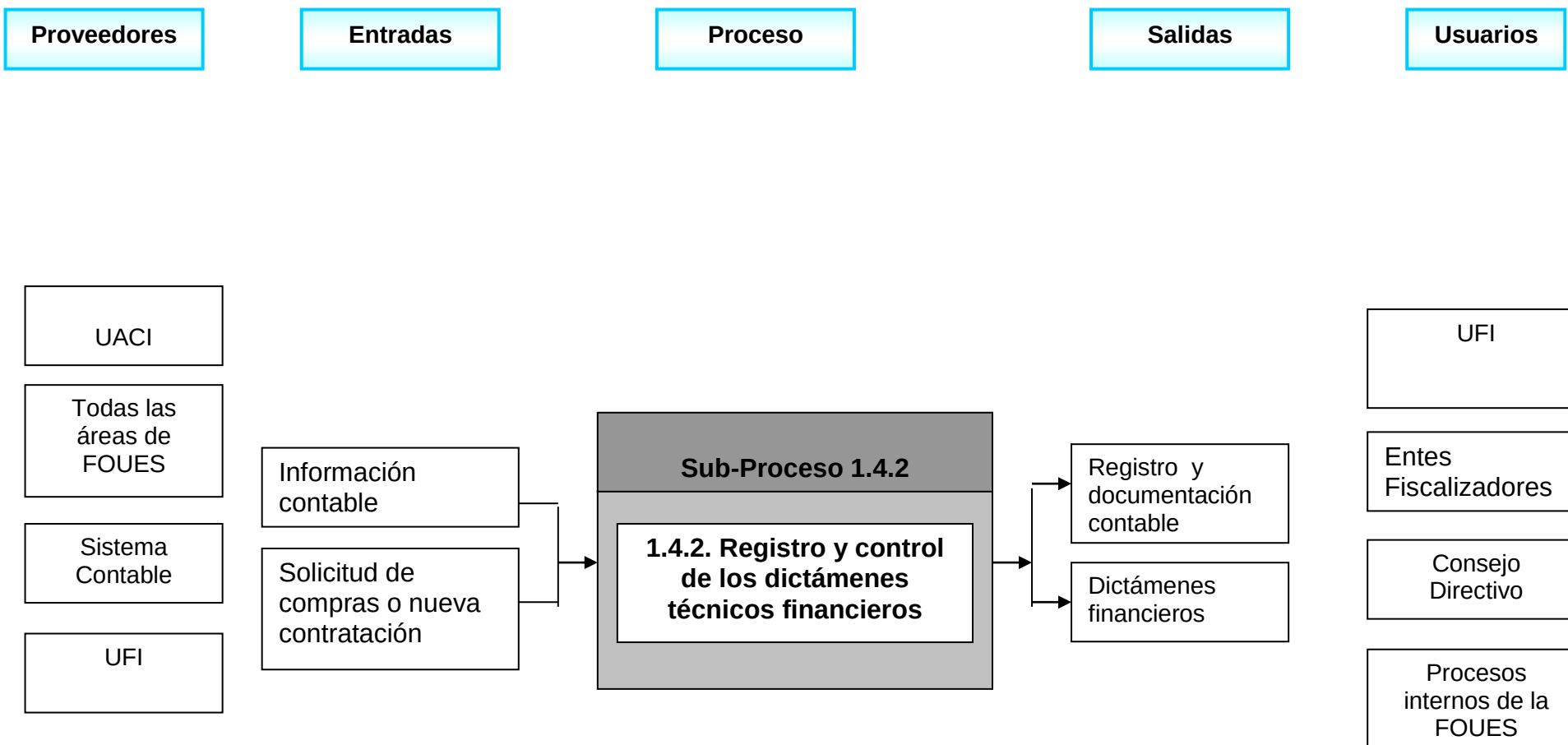


DIAGRAMA PEPSU DEL PROCESO 1.4.3. REGISTRO FINANCIERO DE LOS ACUERDOS DEL CSU

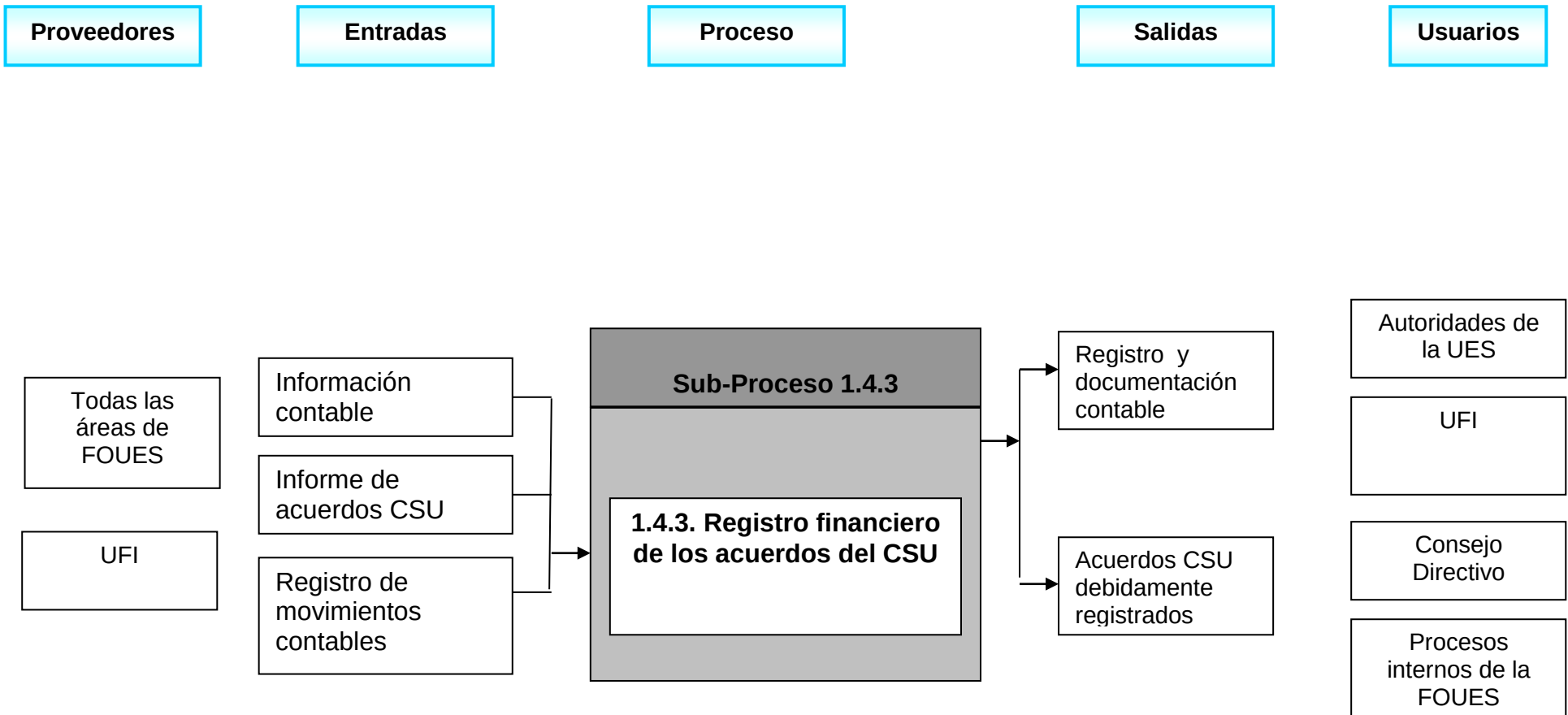


DIAGRAMA PEPSU DEL PROCESO 1.4.4. CONTROL DE VALES DE COMBUSTIBLE

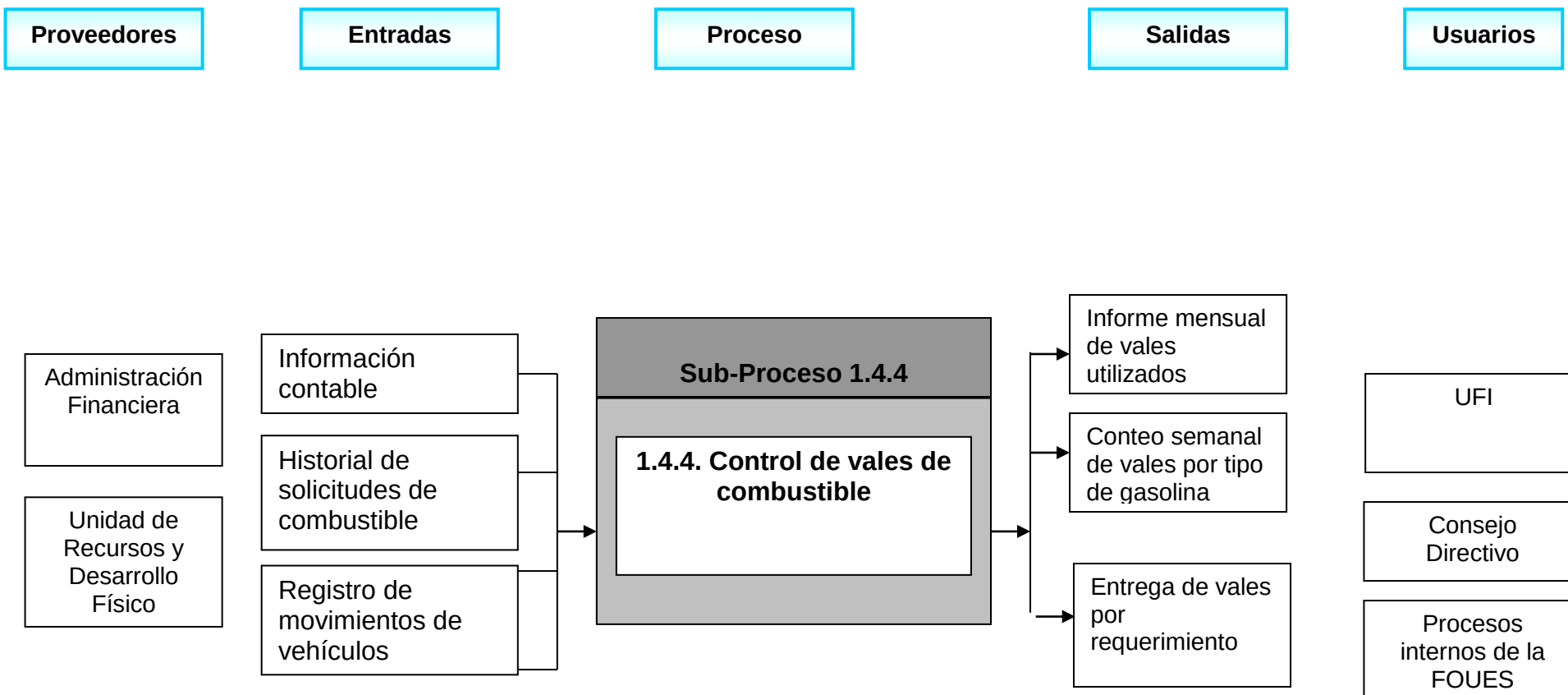


DIAGRAMA PEPSU DEL PROCESO P2.1 EDUCACIÓN ODONTOLÓGICA

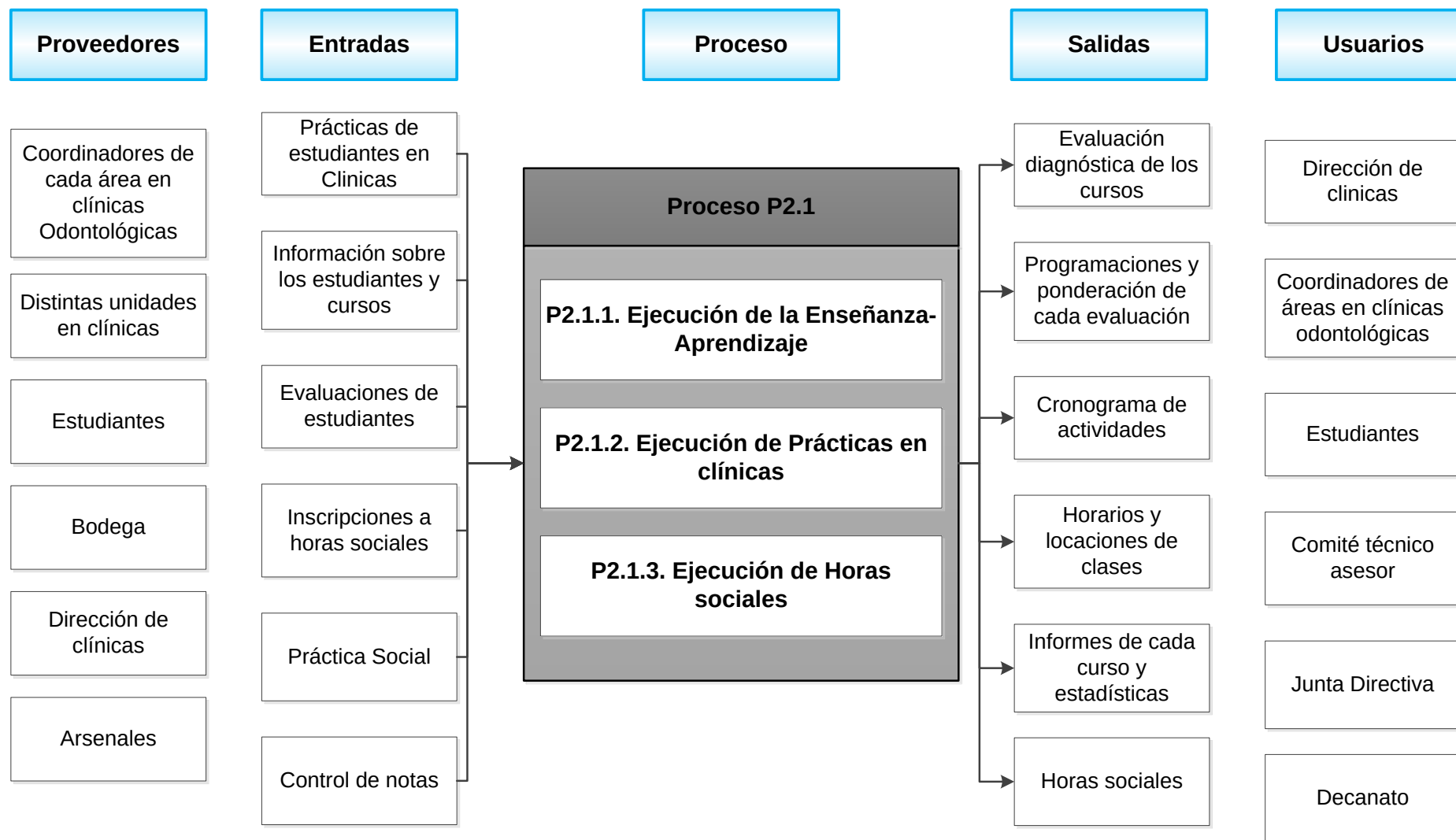


DIAGRAMA PEPSU DEL PROCESO P2.1.1. EJECUCIÓN DE LA ENSEÑANZA-APRENDIZAJE

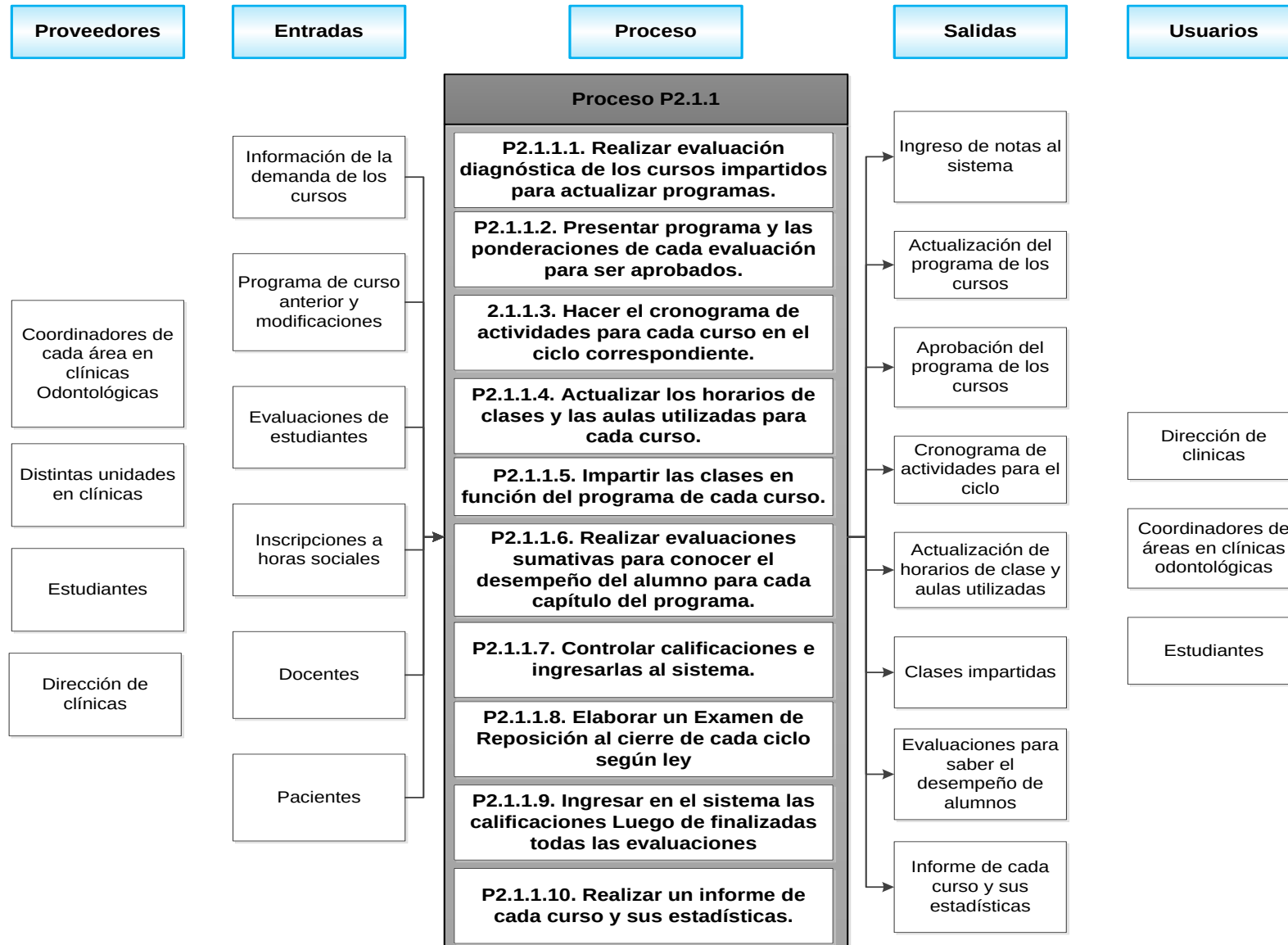


DIAGRAMA PEPSU DEL PROCESO P2.1.2. EJECUCIÓN DE PRÁCTICAS EN CLÍNICAS

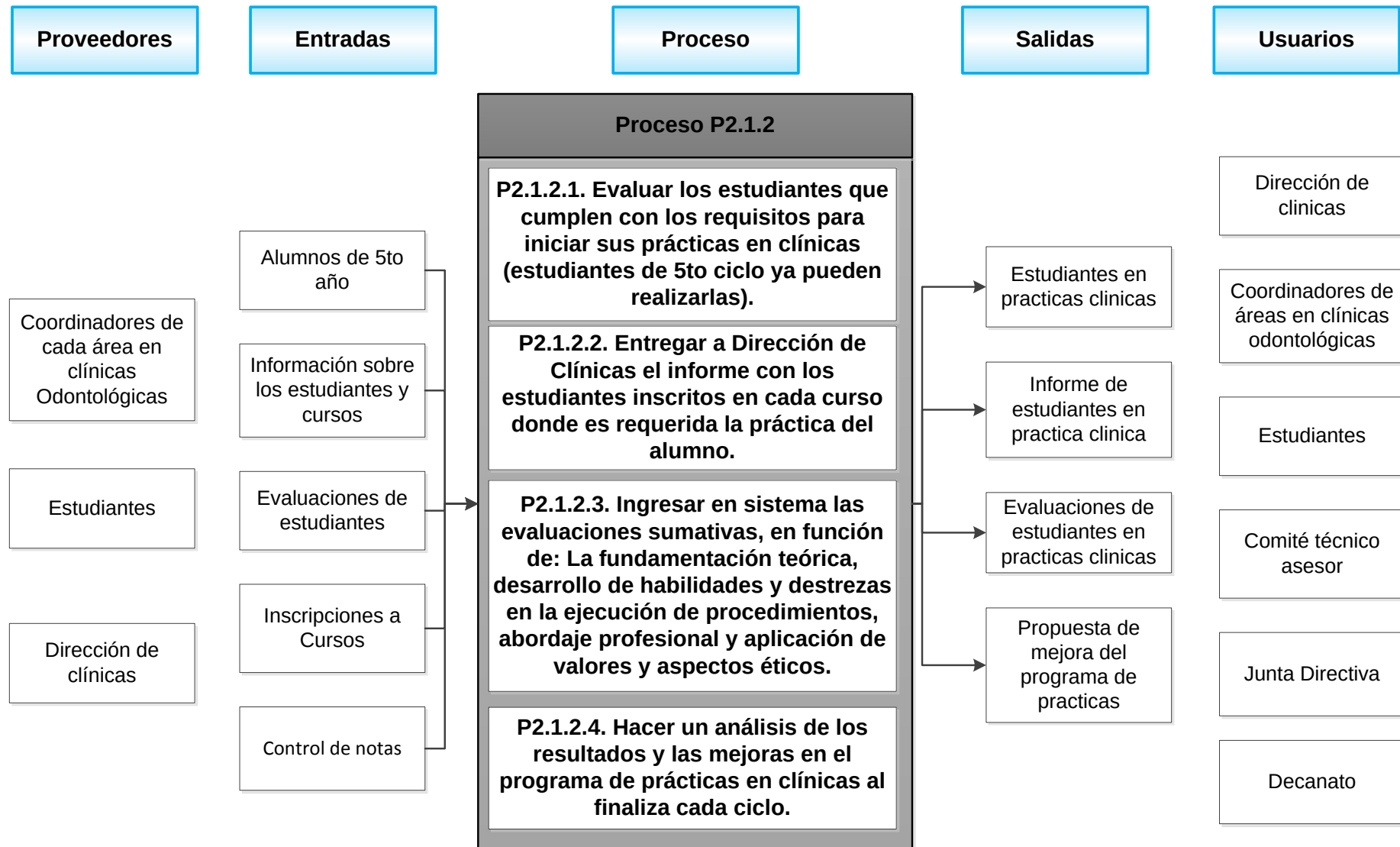


DIAGRAMA PEPSU DEL PROCESO P2.1.3. EJECUCIÓN DE HORAS SOCIALES

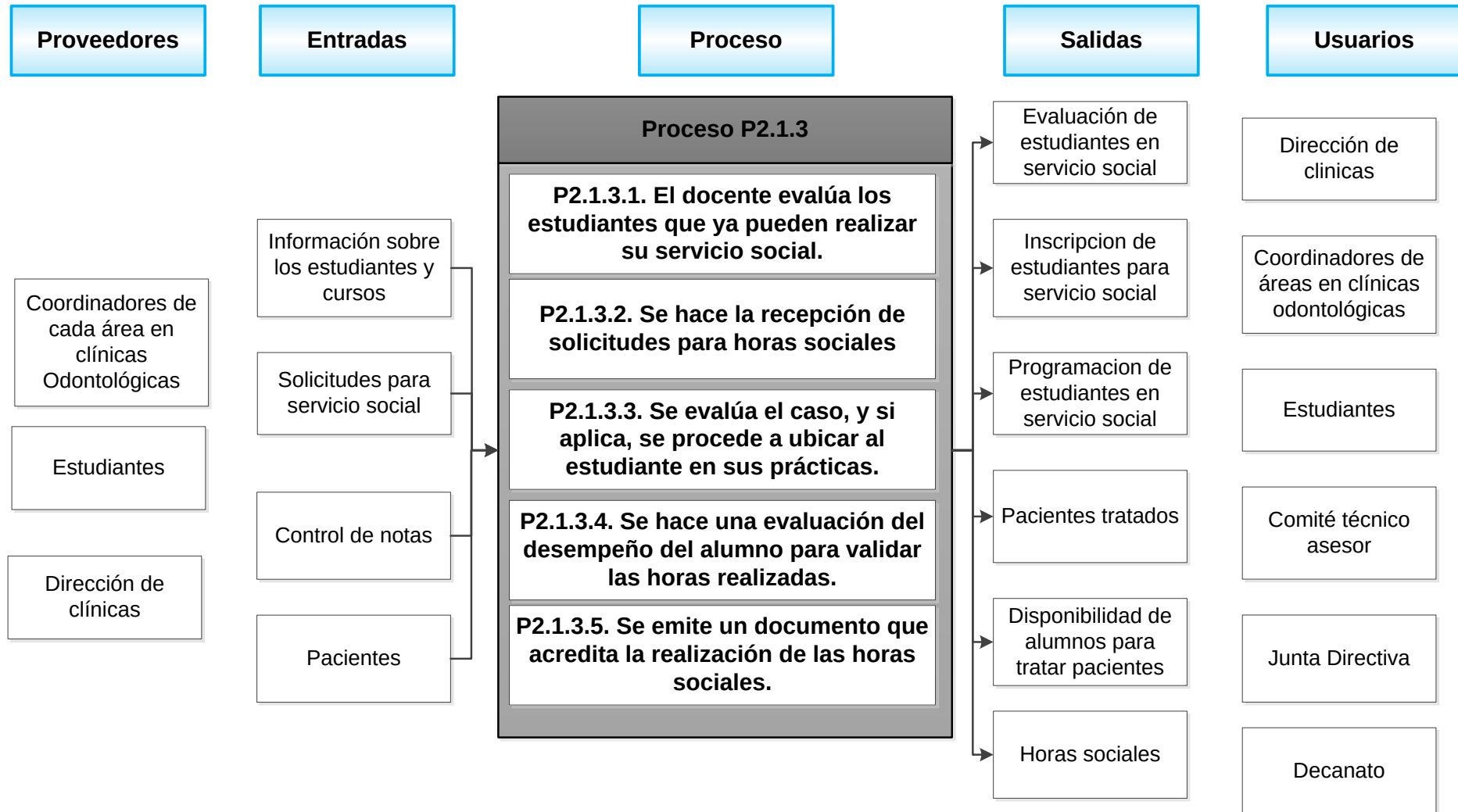


DIAGRAMA PEPSU DEL PROCESO P2.2 PROGRAMACIONES CLÍNICAS

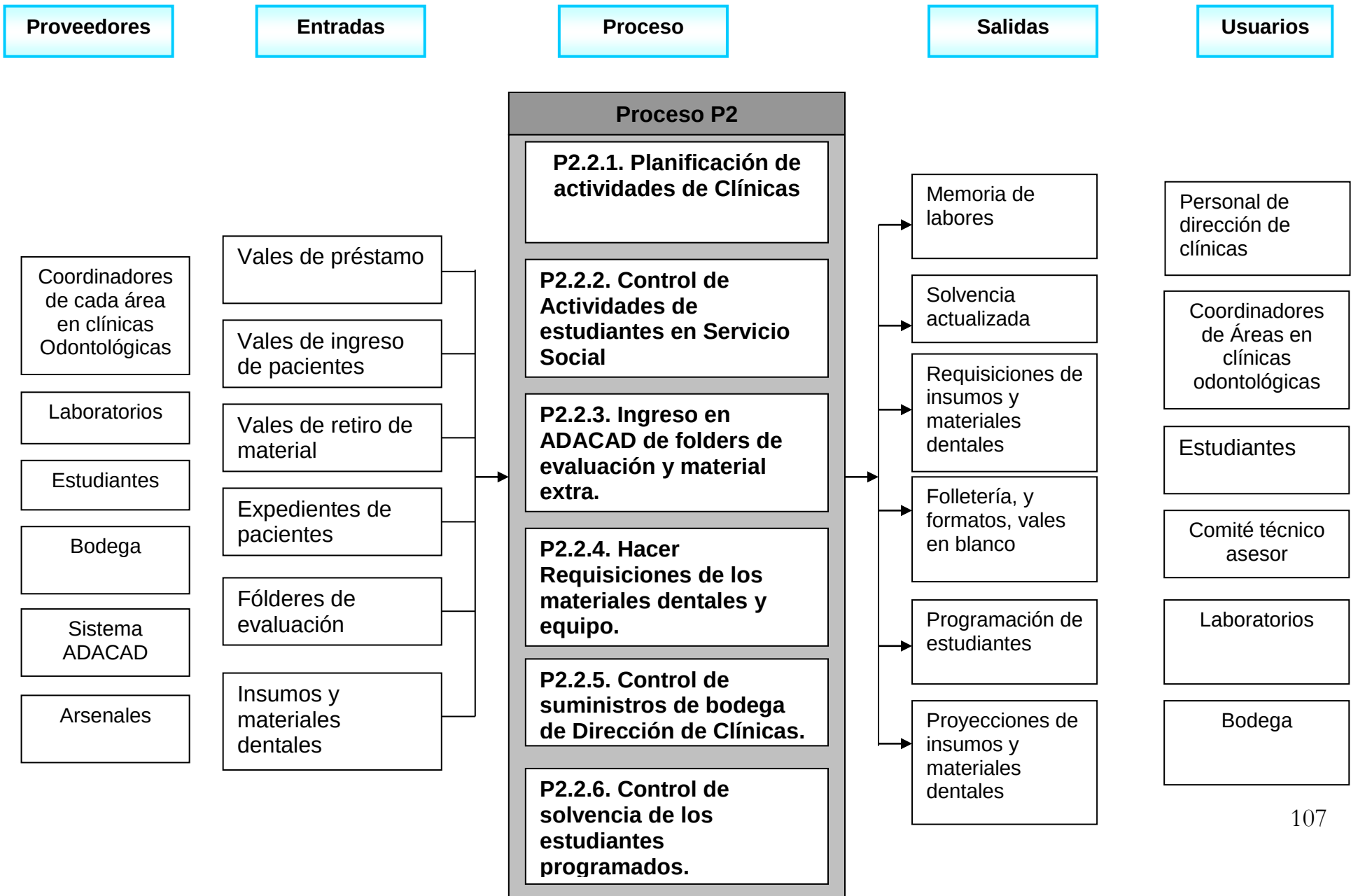


DIAGRAMA PEPSU DEL PROCESO P2.2.1 PLANIFICACION DE ACTIVIDADES

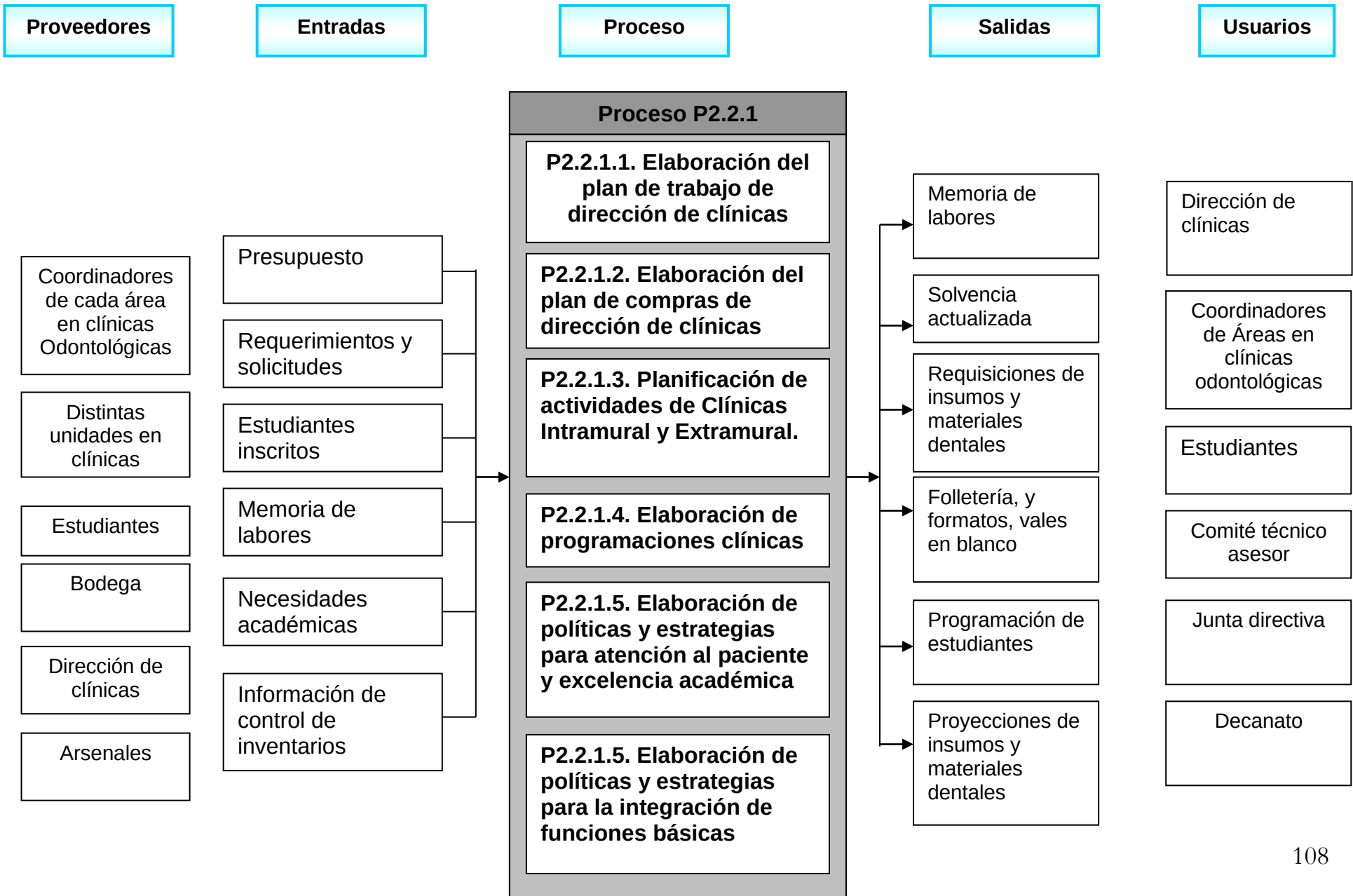


DIAGRAMA PEPSU DEL PROCESO P2.2.2 CONTROL DE ACTIVIDADES DE ESTUDIANTES EN SERVICIO SOCIAL

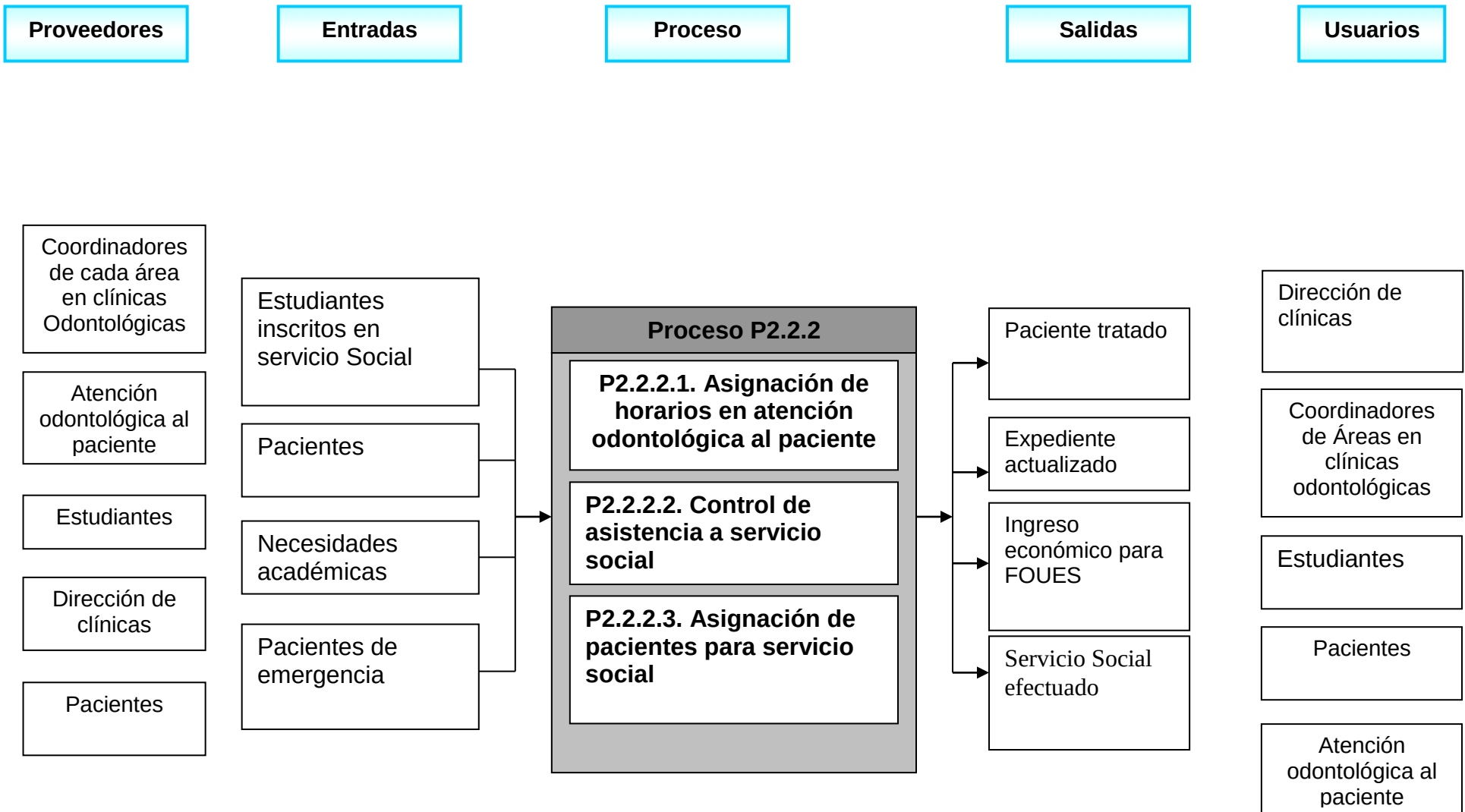


DIAGRAMA PEPSU DEL PROCESO P2.2.3 INGRESO EN ADACAD DE FOLDERS DE EVALUACIÓN Y MATERIAL EXTRA.

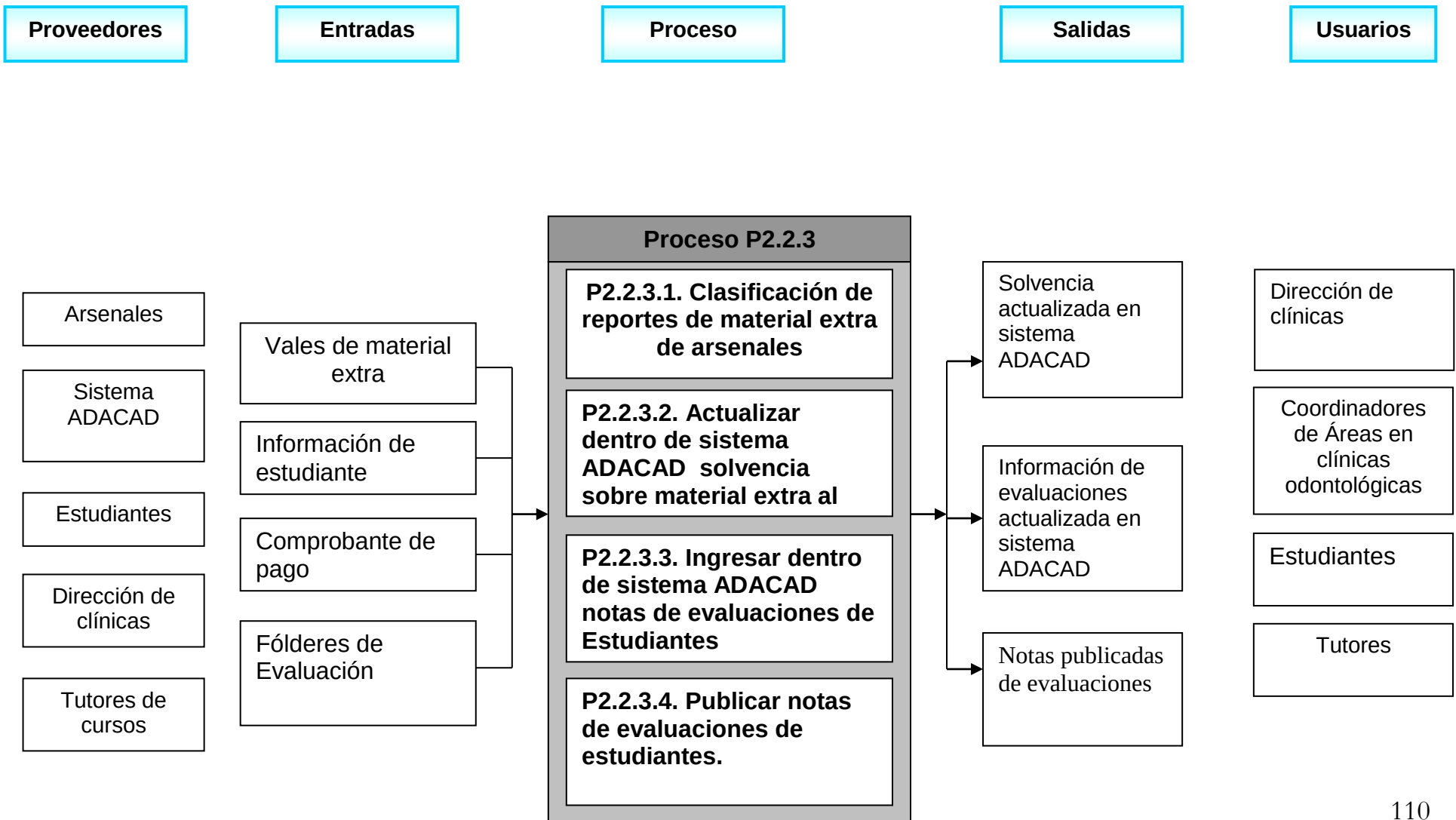


DIAGRAMA PEPSTU DEL PROCESO P2.2.4 HACER REQUISICIONES DE LOS MATERIALES DENTALES Y EQUIPO.

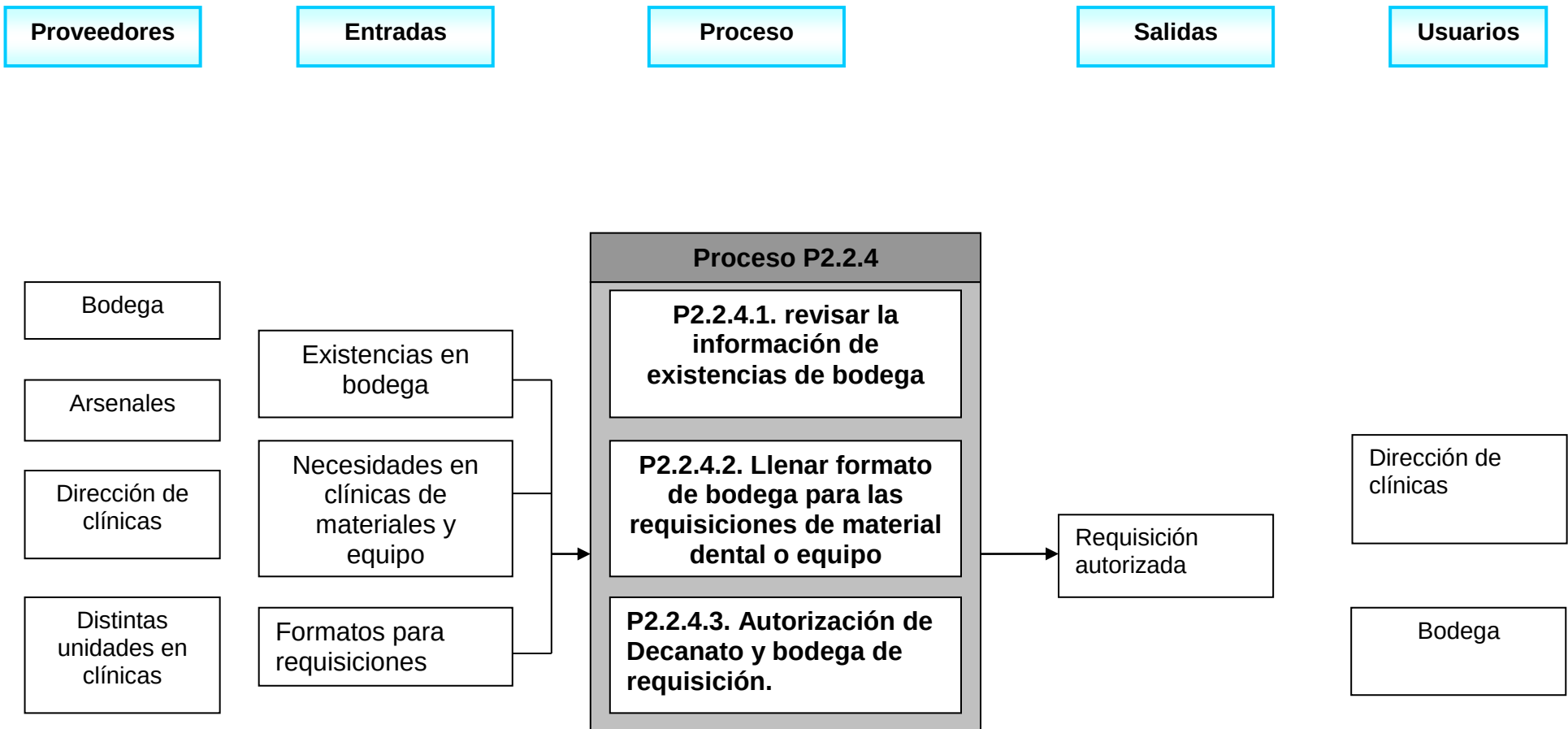


DIAGRAMA PEPSU DEL PROCESO P2.2.5 CONTROL DE SUMINISTROS DE BODEGA DE DIRECCIÓN DE CLÍNICAS.

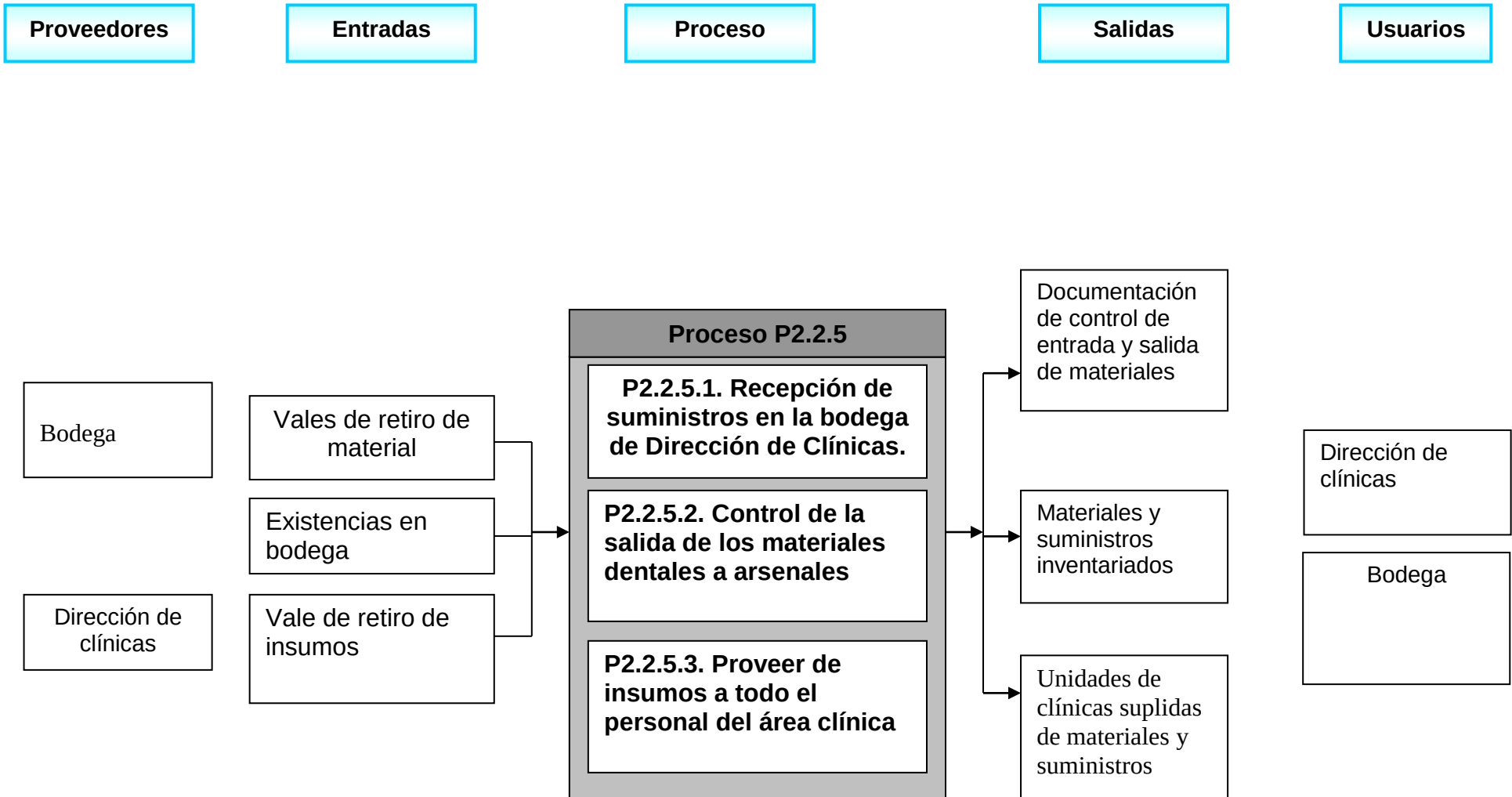


DIAGRAMA PEPUSU DEL PROCESO P2.2.6 CONTROL DE SOLVENCIA DE LOS ESTUDIANTES PROGRAMADOS.

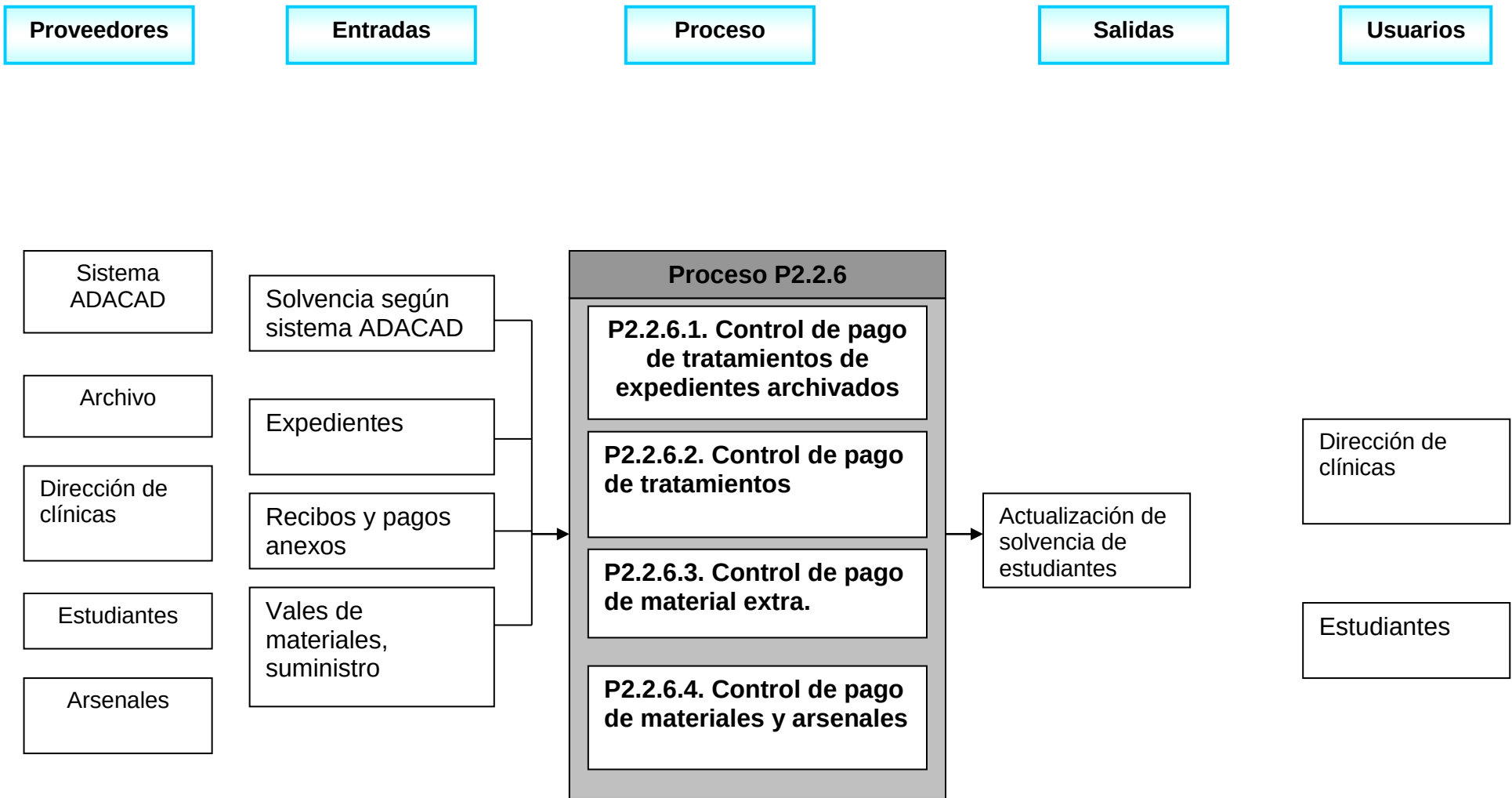
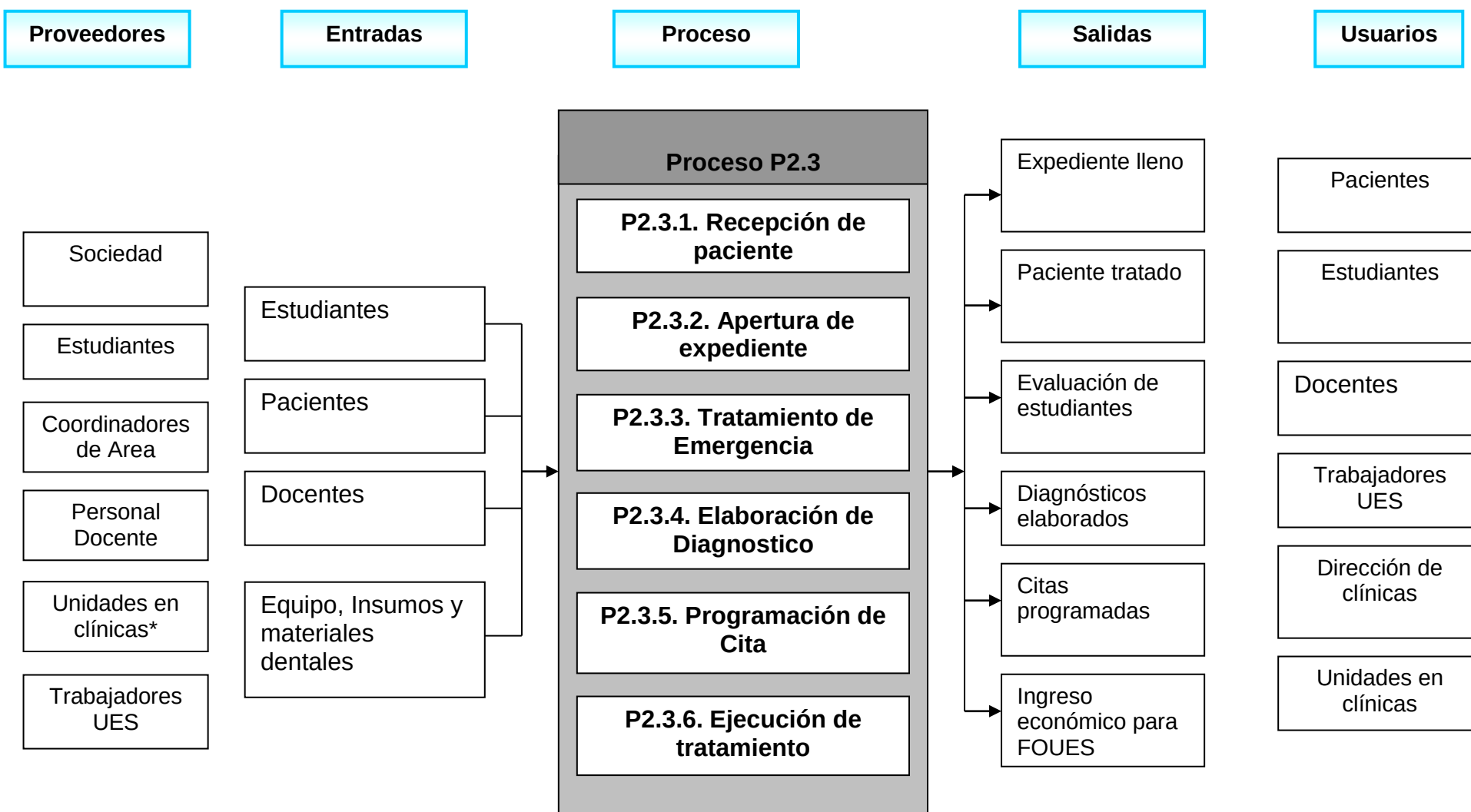


DIAGRAMA PEPSU DEL PROCESO P2.3. ATENCION A PACIENTES



*Unidades en clínicas: Se entiende por Diagnóstico, Periodoncia, Prevención, Endodoncia, Restaurativa, Cirugía-Medicina Bucal, Odontología Infantil. Archivos, arsenales y laboratorios, además del área de higienización del instrumental.

DIAGRAMA PEPSU DEL PROCEDIMIENTO P2.3.1 RECEPCION DE PACIENTE

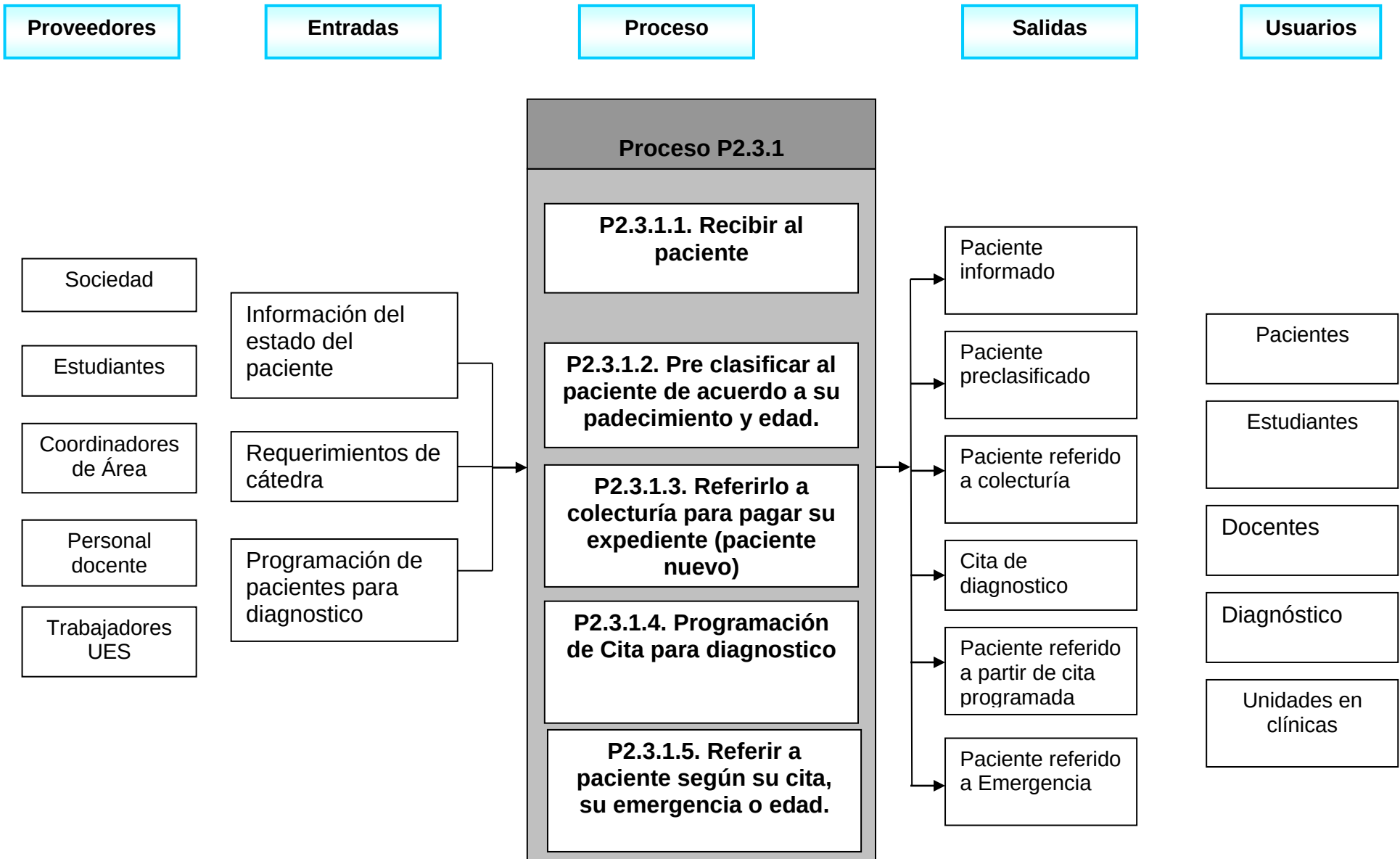


DIAGRAMA PEPUSU DEL PROCEDIMIENTO P2.3.2. APERTURA DE EXPEDIENTE

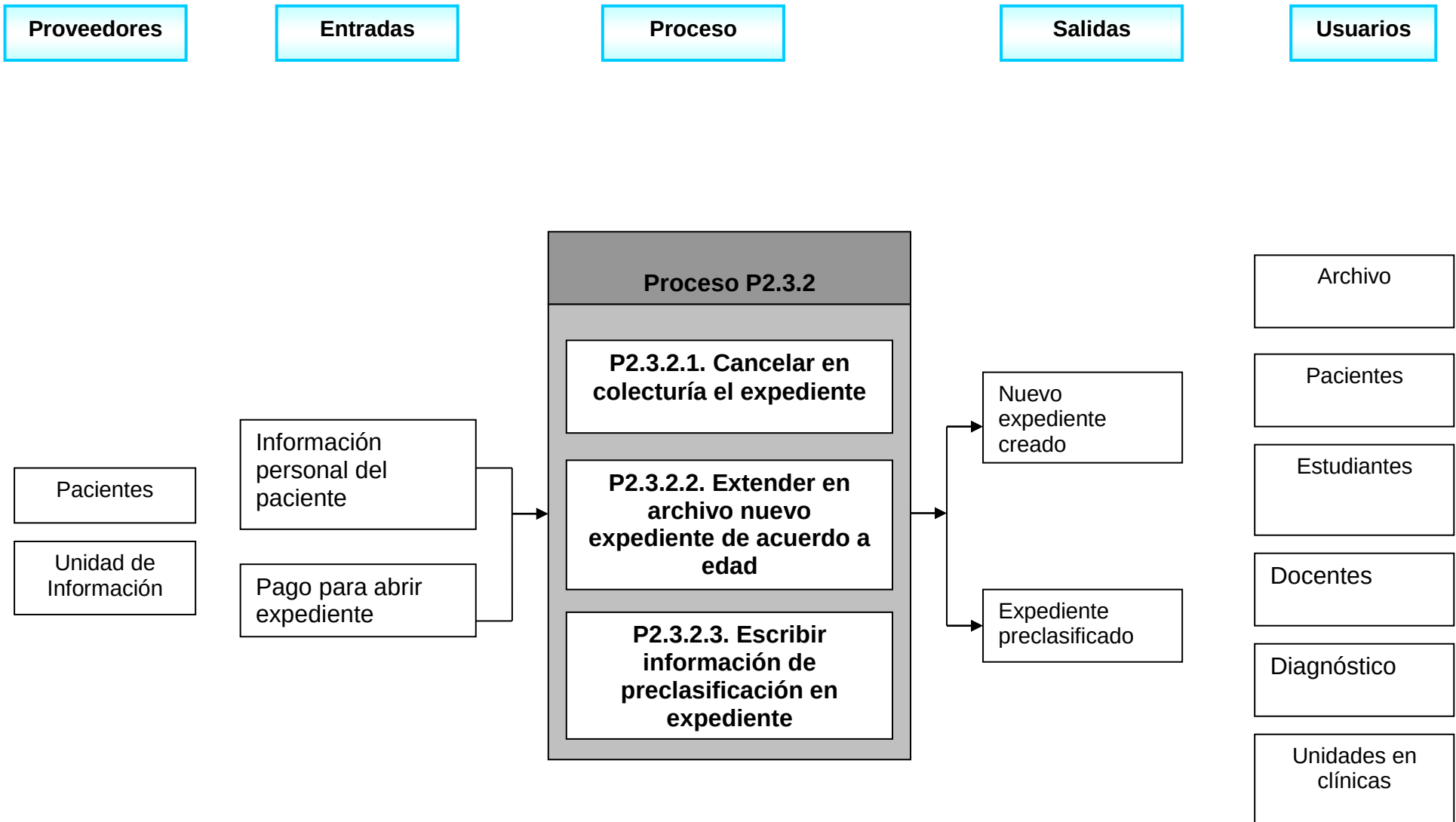


DIAGRAMA PEPSU DEL PROCEDIMIENTO P2.3.3 TRATAMIENTO DE EMERGENCIA

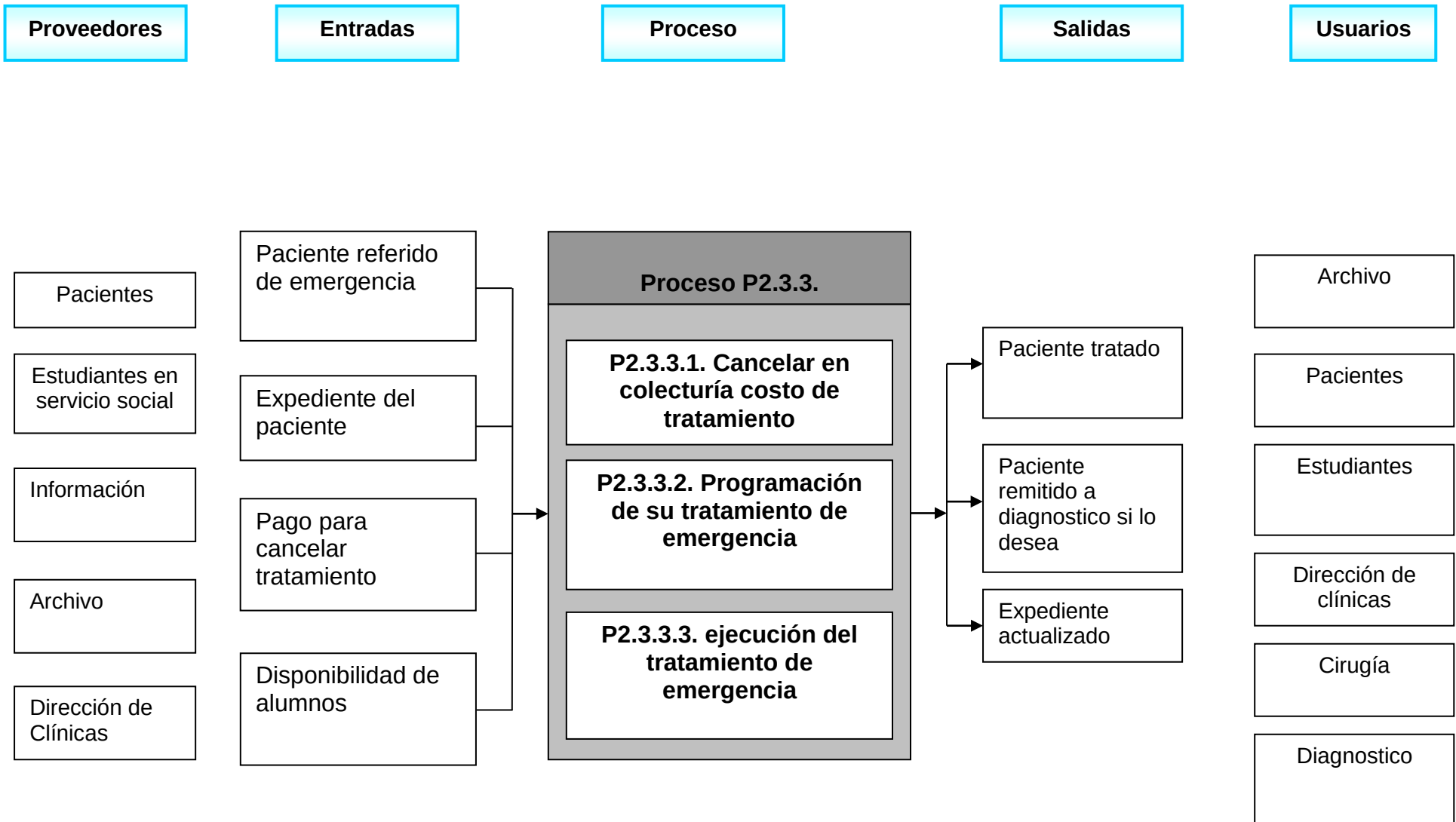


DIAGRAMA PEPSU DEL PROCEDIMIENTO P2.3.4 ELABORACION DEL DIAGNOSTICO

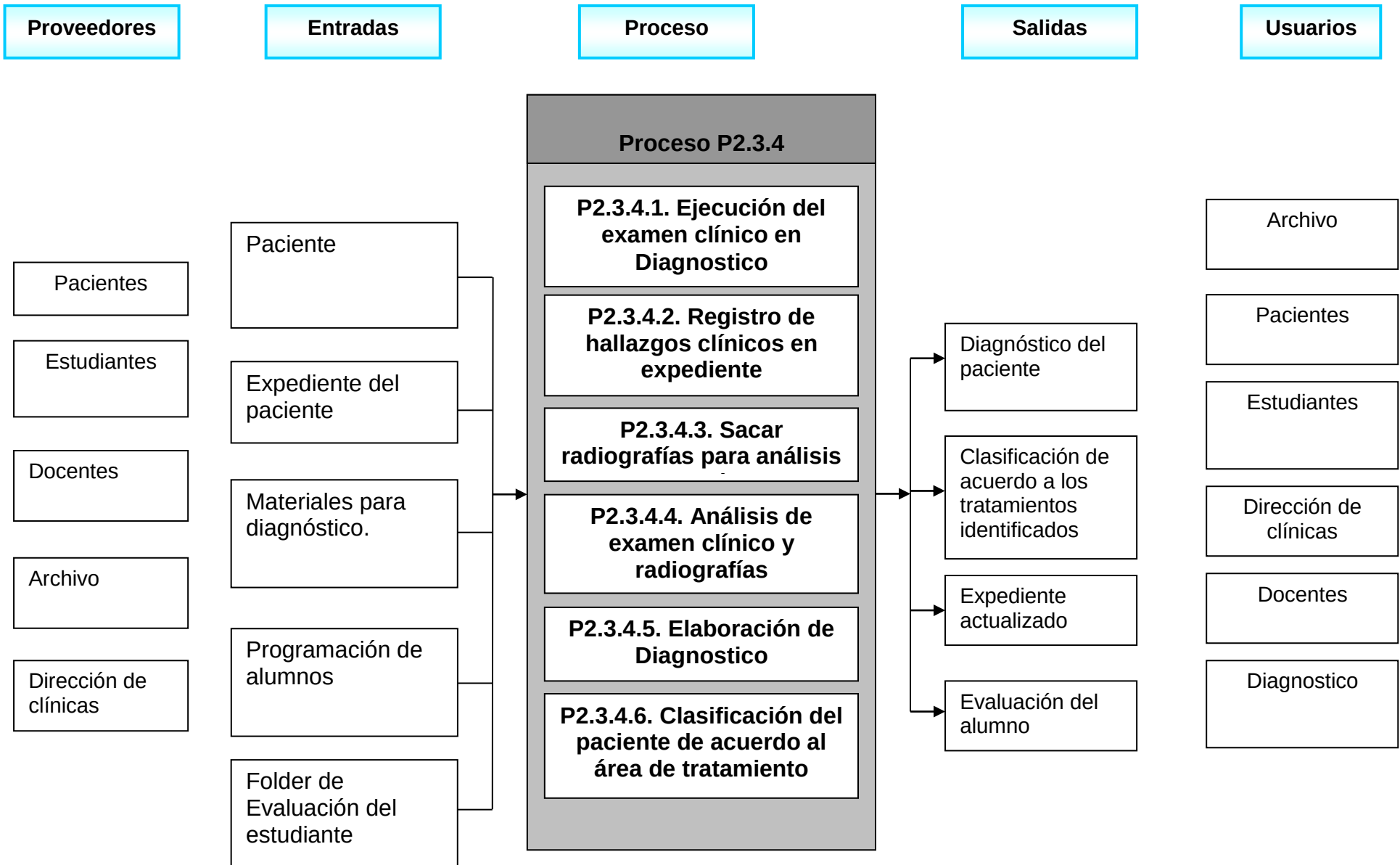


DIAGRAMA PEPSU DEL PROCEDIMIENTO P2.3.5 PROGRAMACION DE CITA

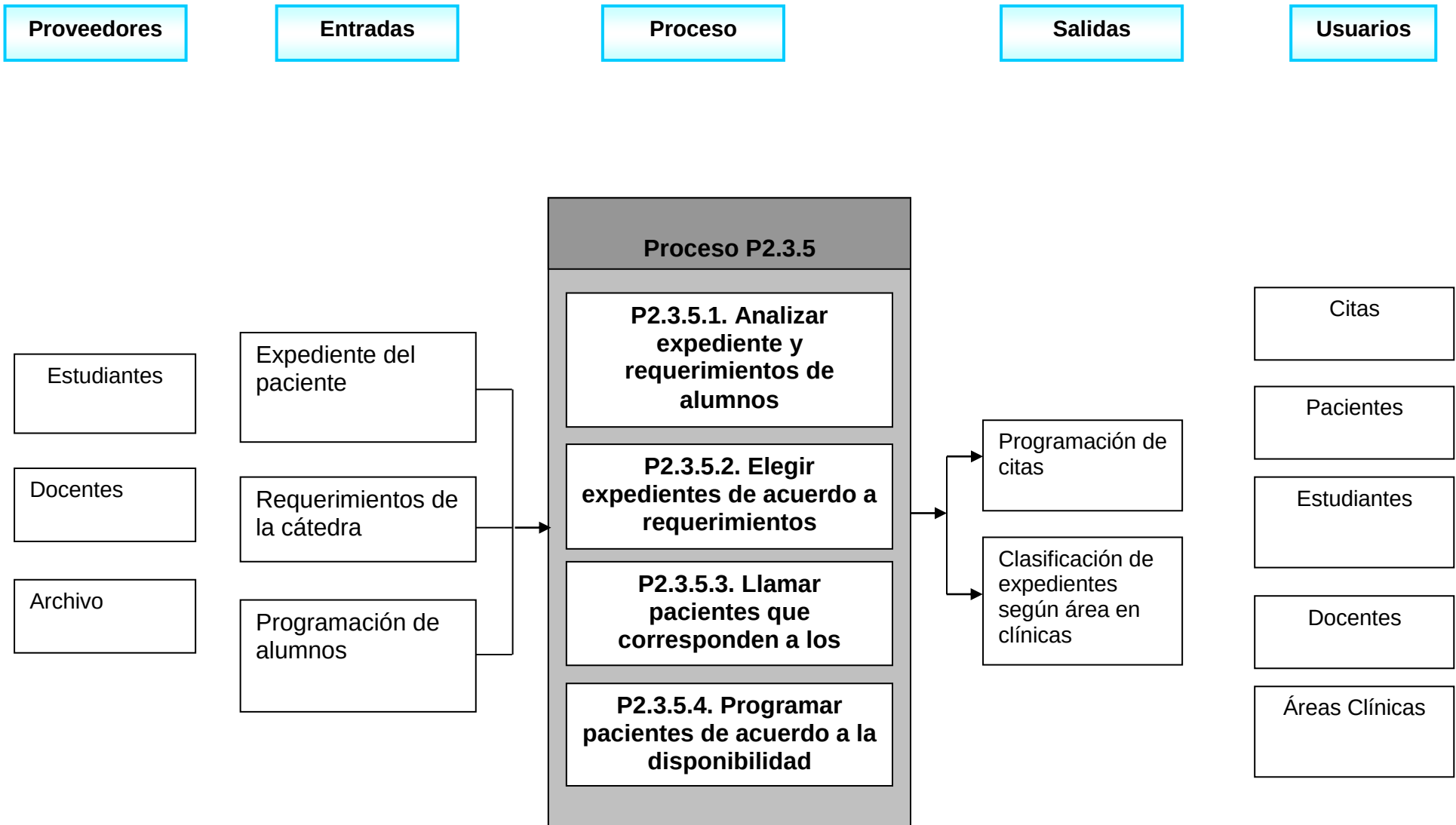


DIAGRAMA PEPSU DEL PROCEDIMIENTO P2.3.6 EJECUCIÓN DE TRATAMIENTOS A PACIENTES

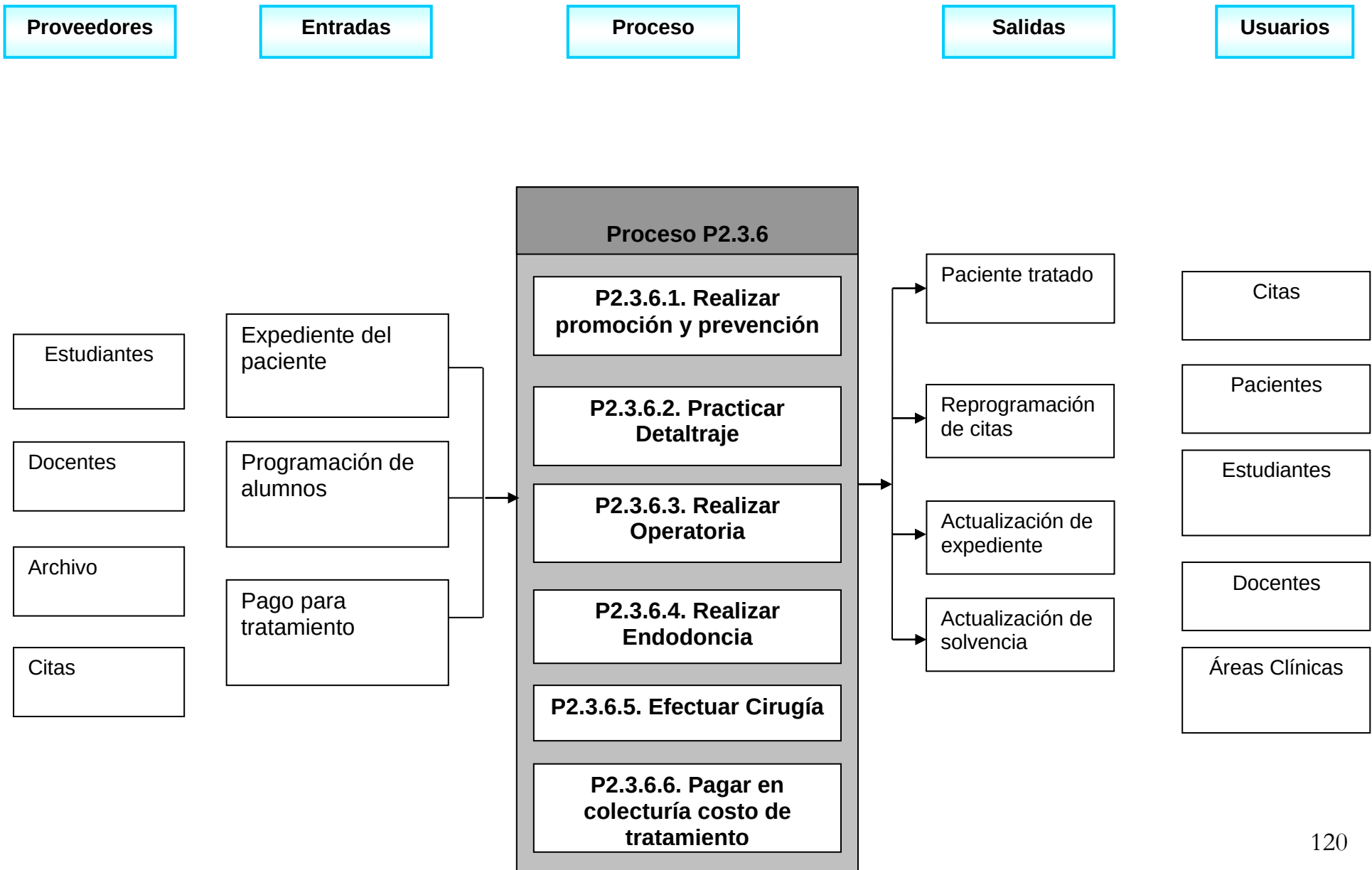


DIAGRAMA PEPSU DEL PROCESO P3.1. CONTROL DE INVENTARIO

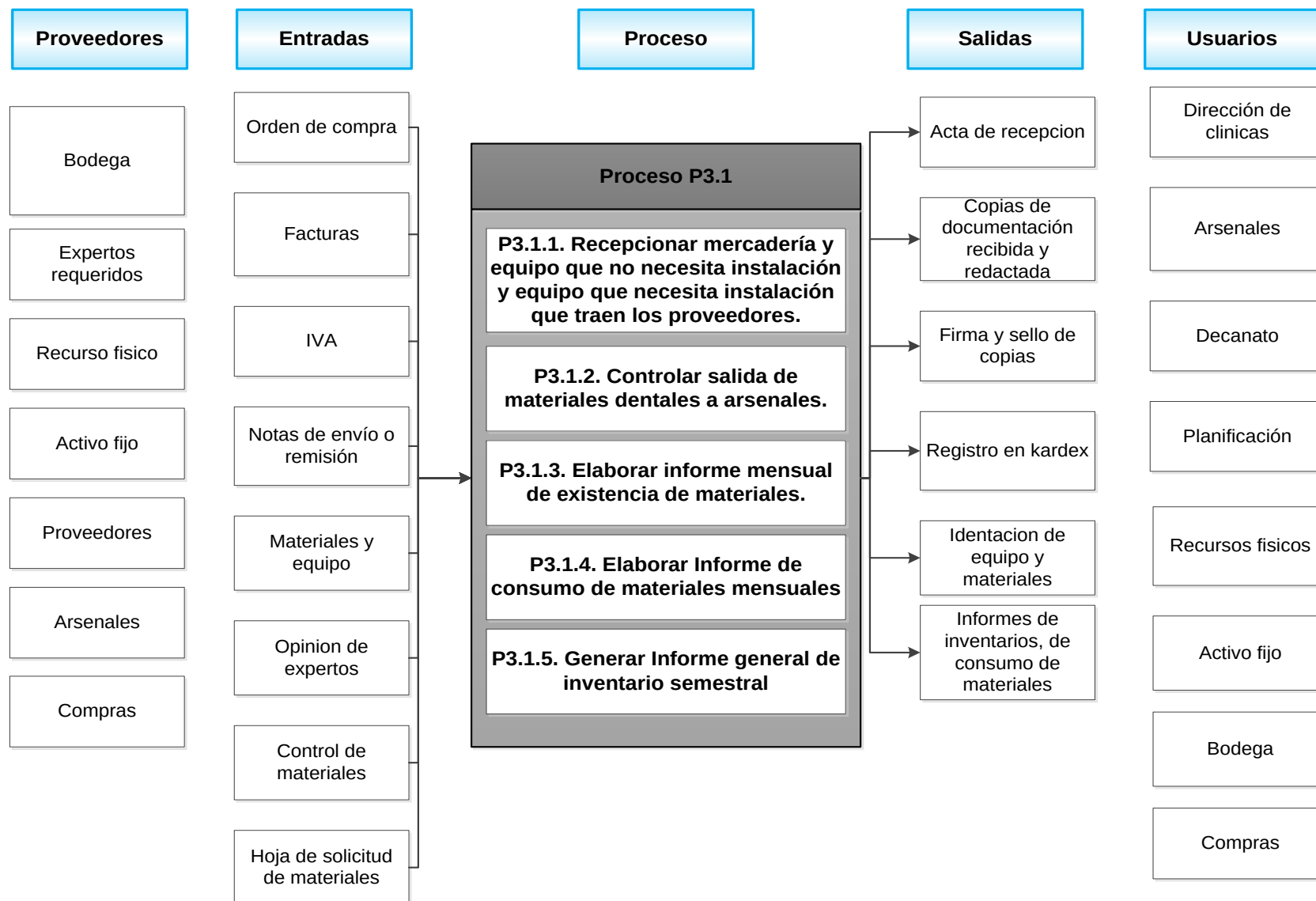


DIAGRAMA PEPSU DEL PROCESO P3.1.1. RECEPCIONAR MERCADERÍA Y EQUIPO QUE NO NECESITA INSTALACIÓN Y EQUIPO QUE NECESITA INSTALACIÓN QUE TRAEN LOS PROVEEDORES.

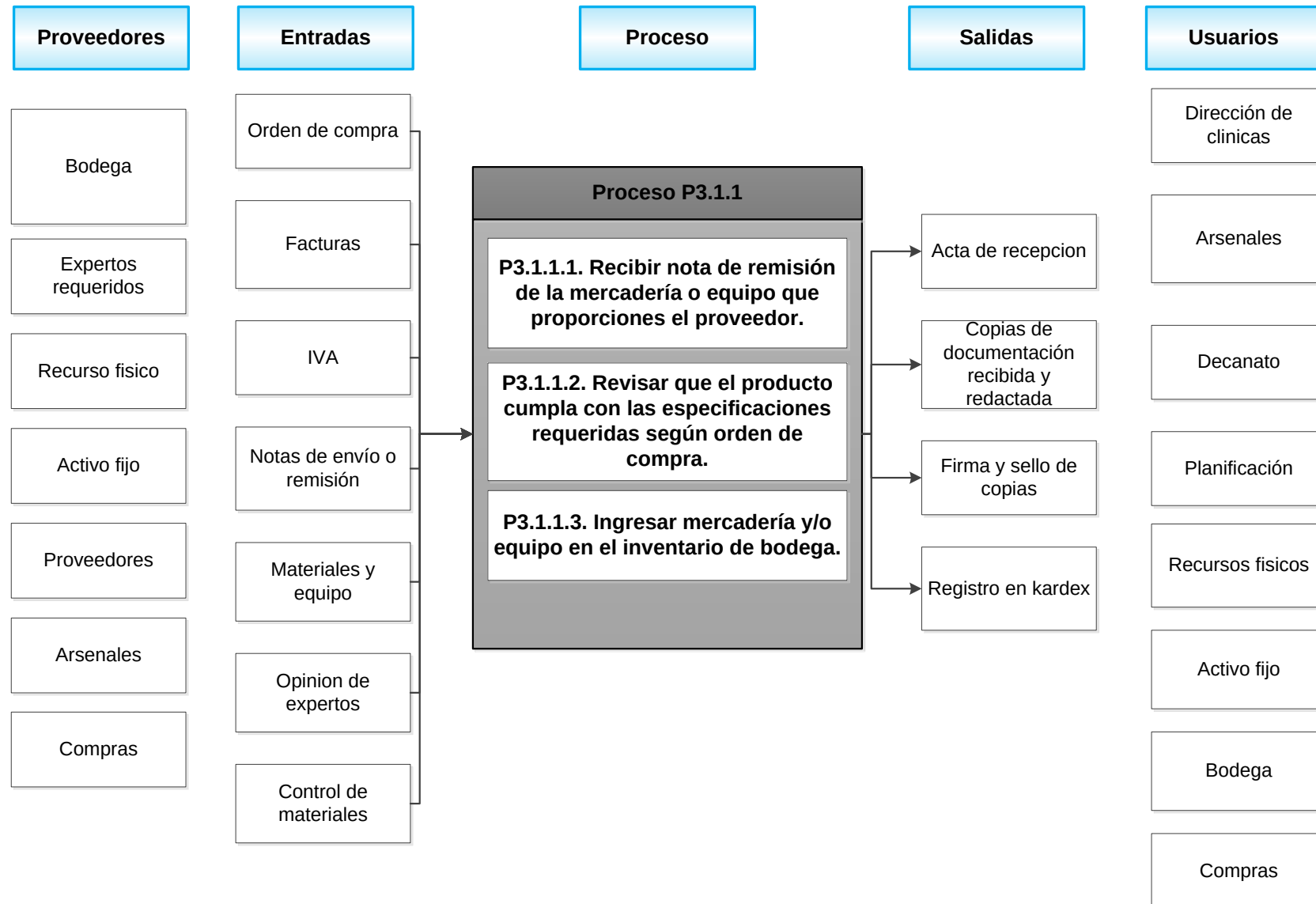


DIAGRAMA PEPSU DEL PROCESO P3.1.2. CONTROLAR SALIDA DE MATERIALES DENTALES A ARSENALES.

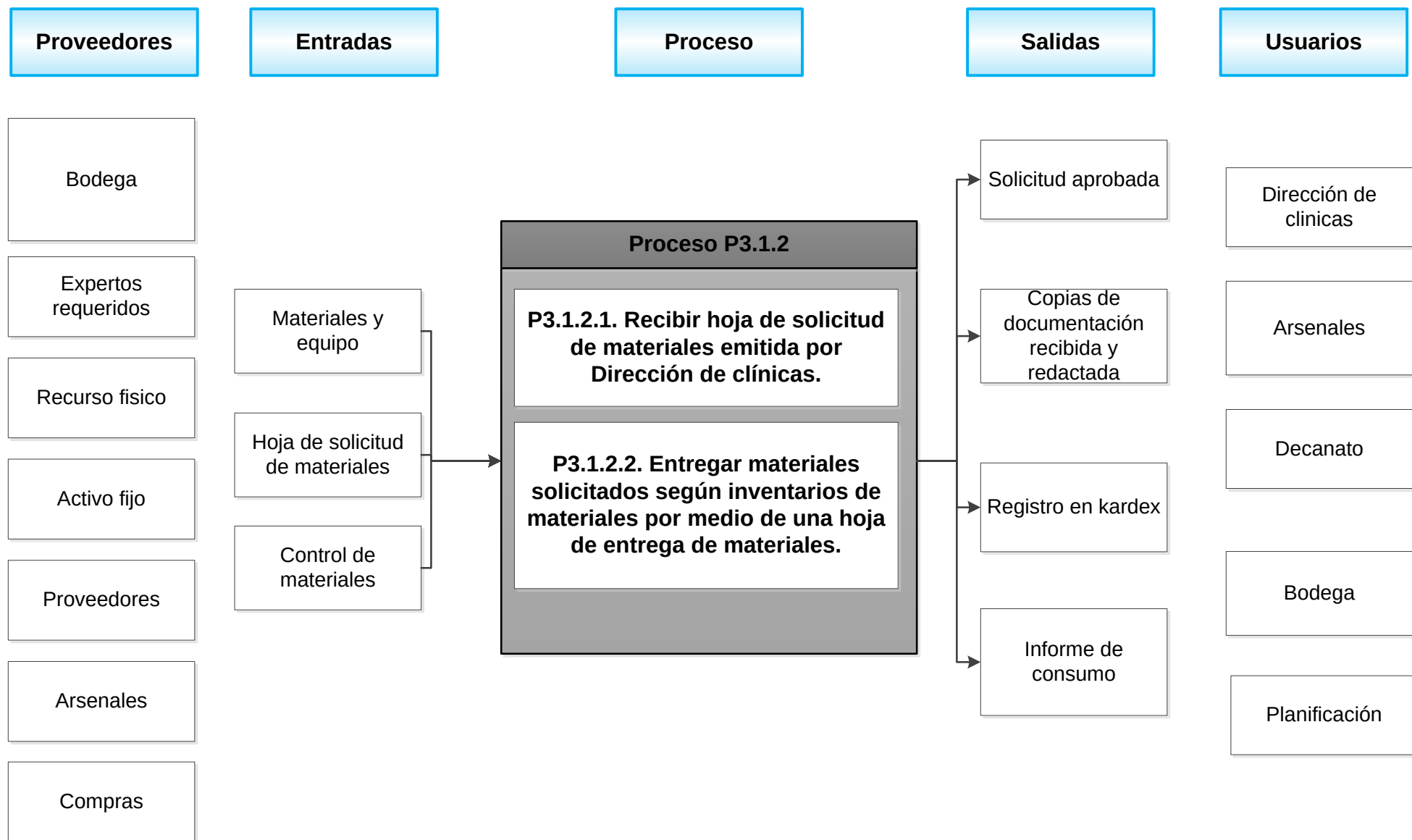


DIAGRAMA PEPUSO DEL PROCESO P3.1.3. ELABORAR INFORME MENSUAL DE EXISTENCIA DE MATERIALES.

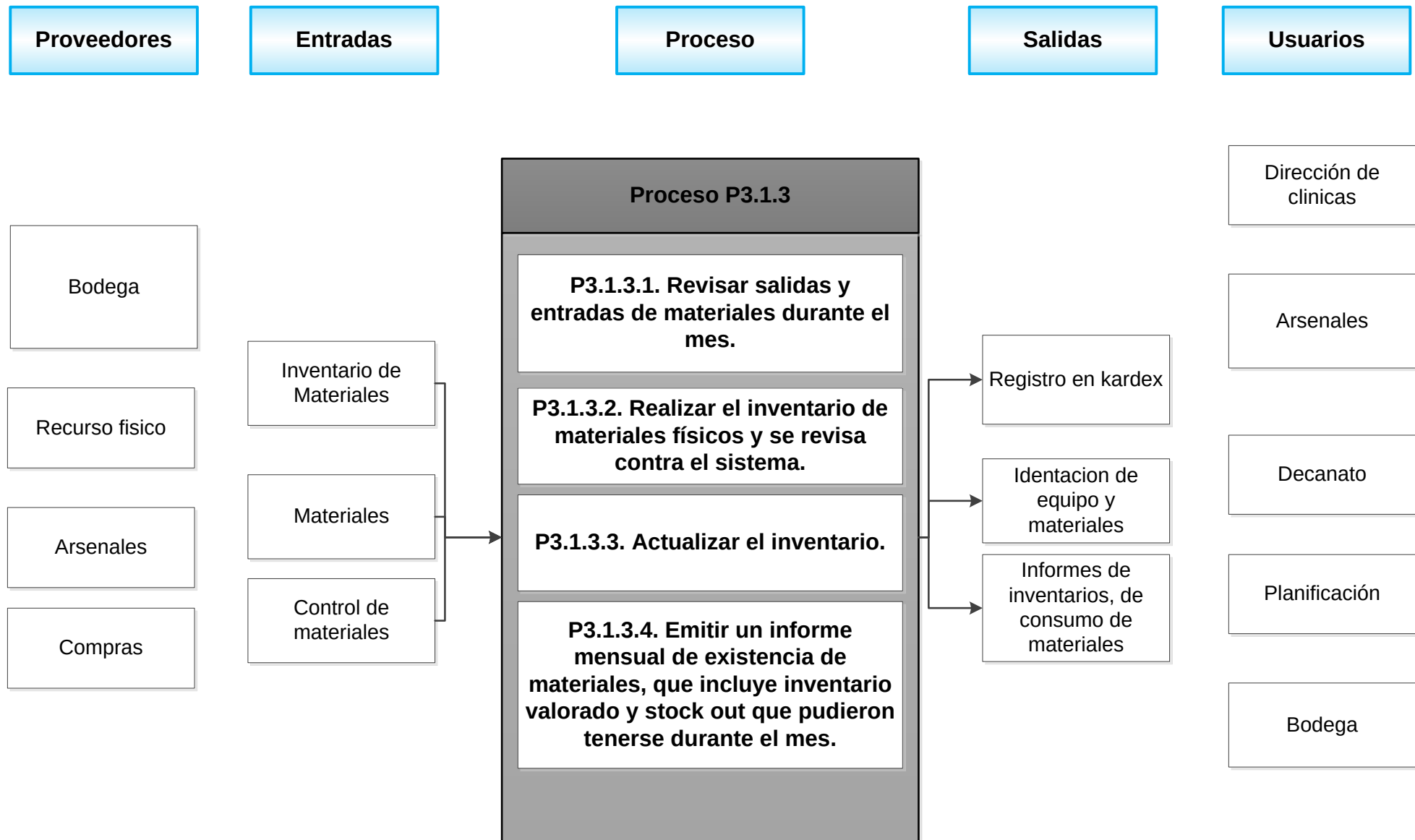


DIAGRAMA PEPSU DEL PROCESO P3.1.4. ELABORAR INFORME DE CONSUMO DE MATERIALES MENSUALES

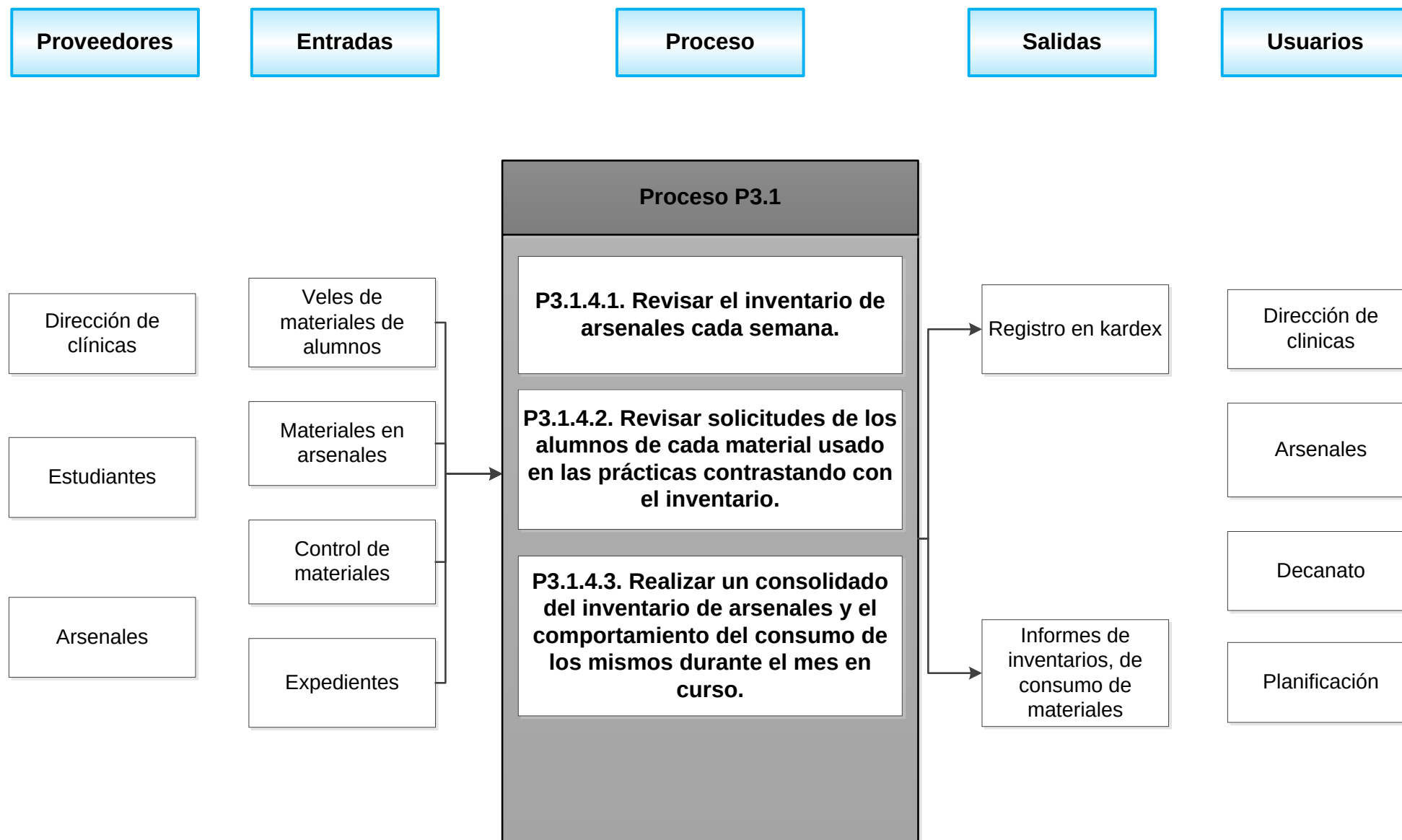


DIAGRAMA PEPSTU DEL PROCESO P3.1.5. GENERAR INFORME GENERAL DE INVENTARIO SEMESTRAL

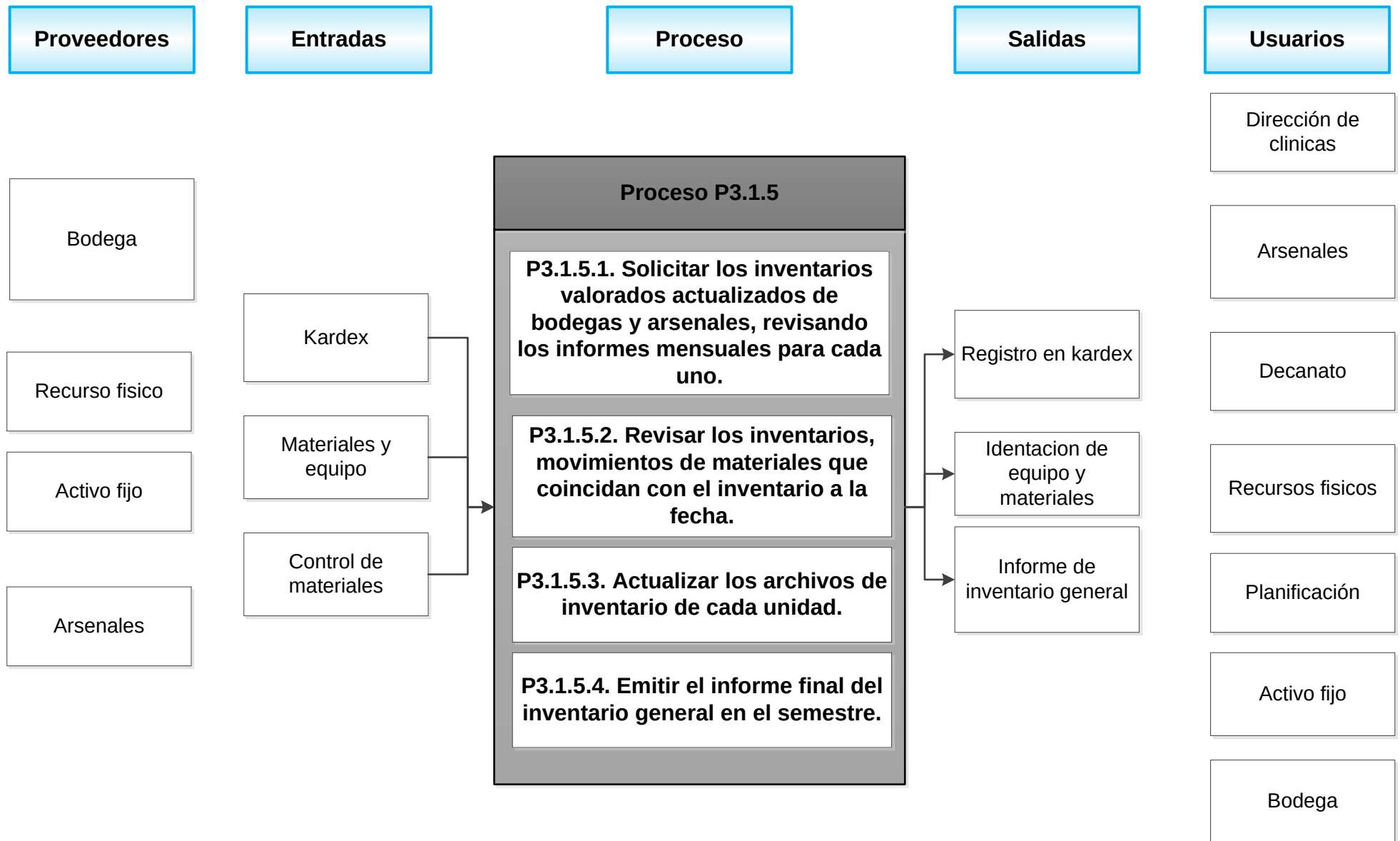


DIAGRAMA PEPSU DEL PROCESO P3.2. COMPRAS INSTITUCIONALES

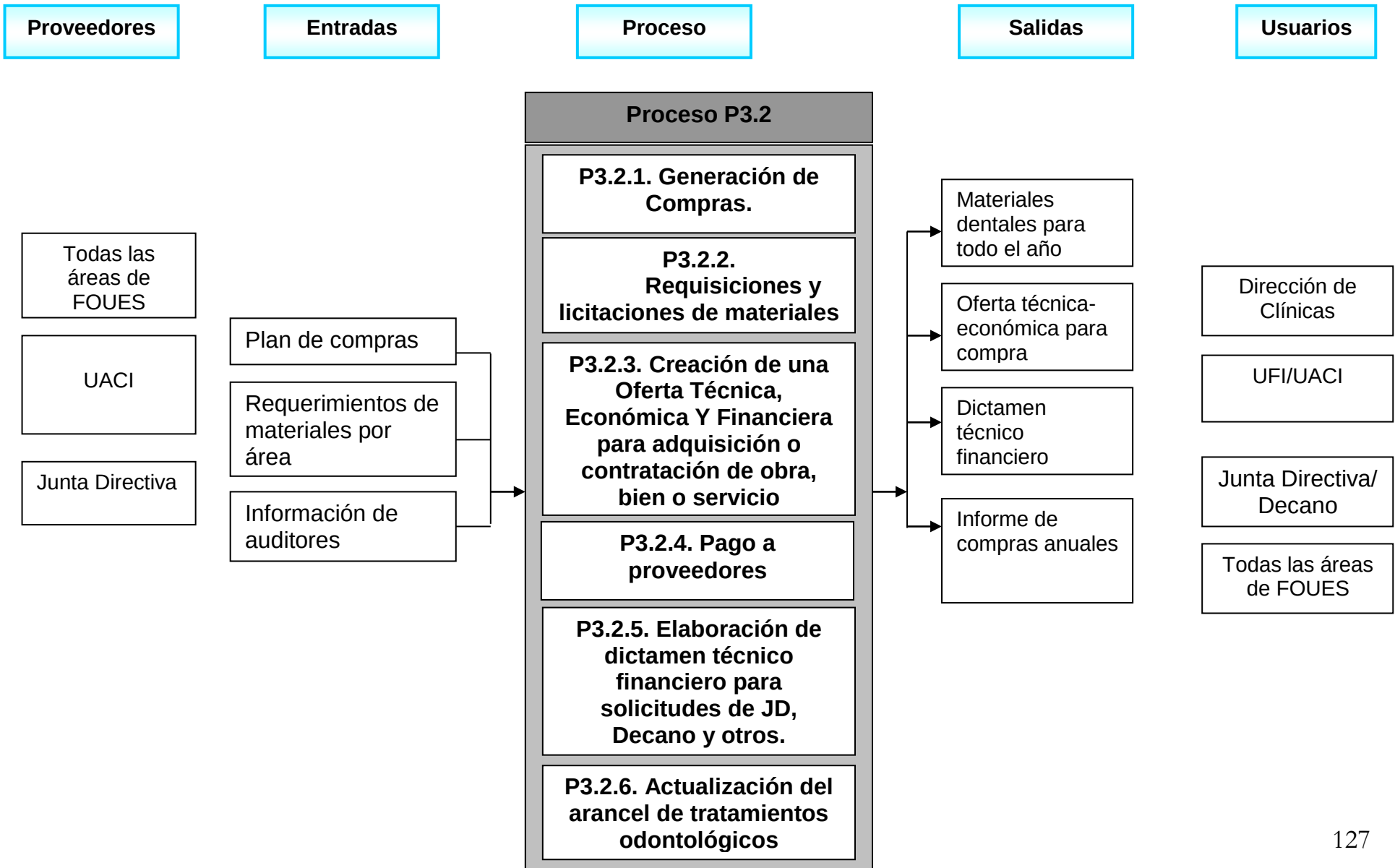


DIAGRAMA PEPSU DEL PROCESO 3.2.1 GENERACIÓN DE COMPRAS

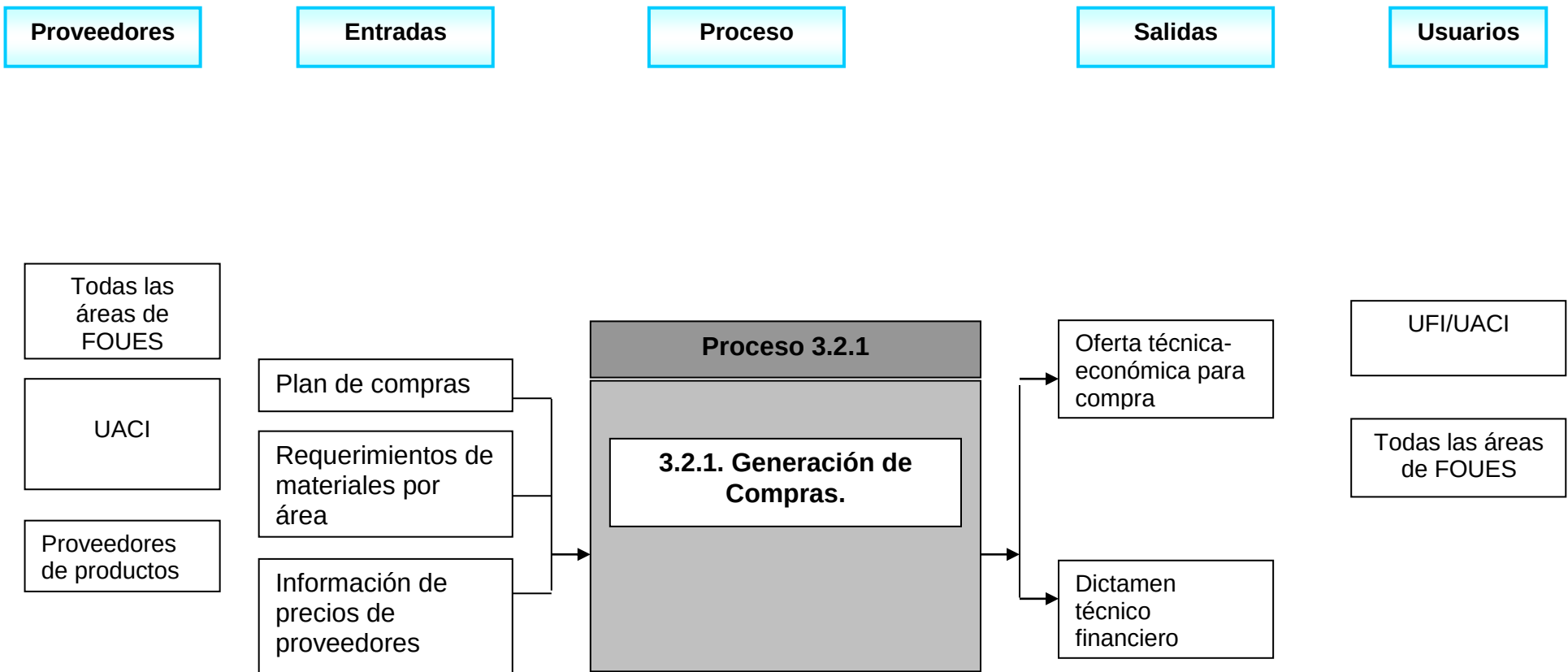


DIAGRAMA PEPSU DEL PROCESO 3.2.2 REQUISICIONES Y LICITACIONES DE MATERIALES DENTALES Y EQUIPOS

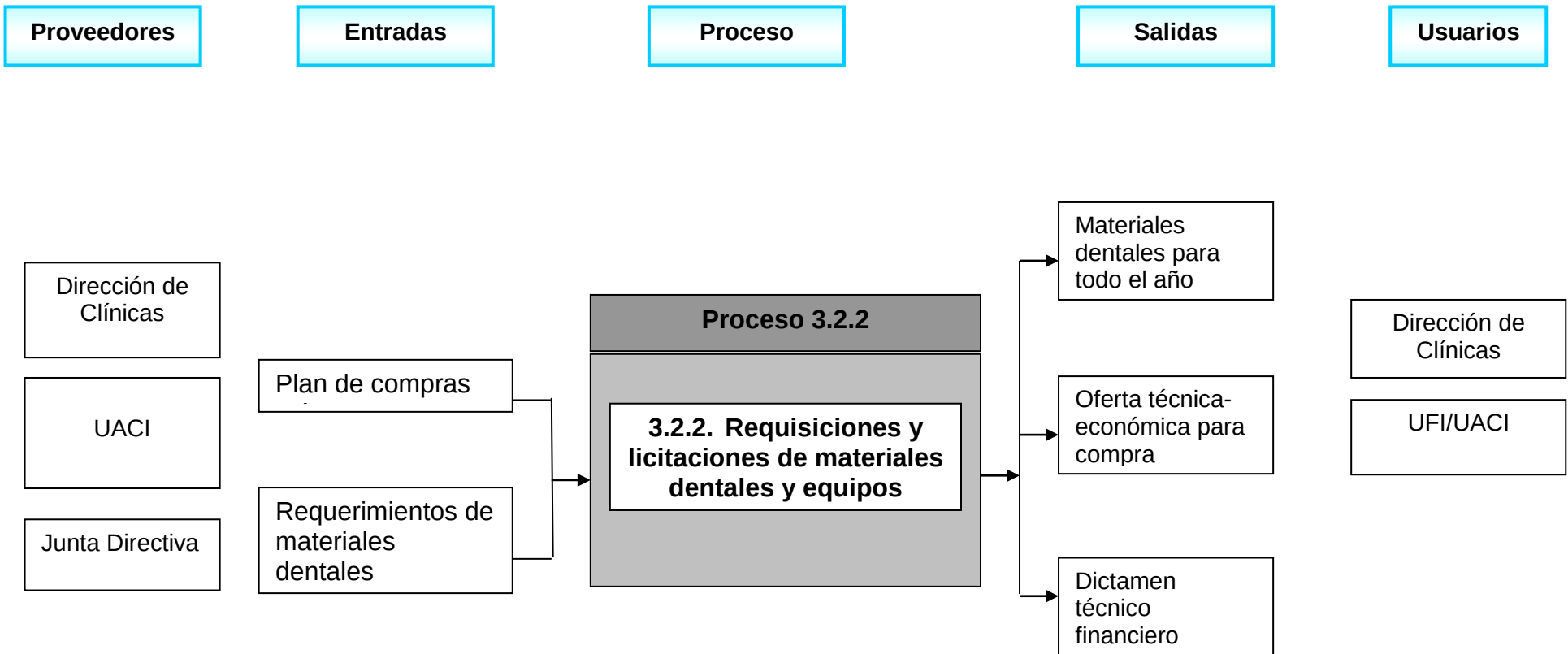
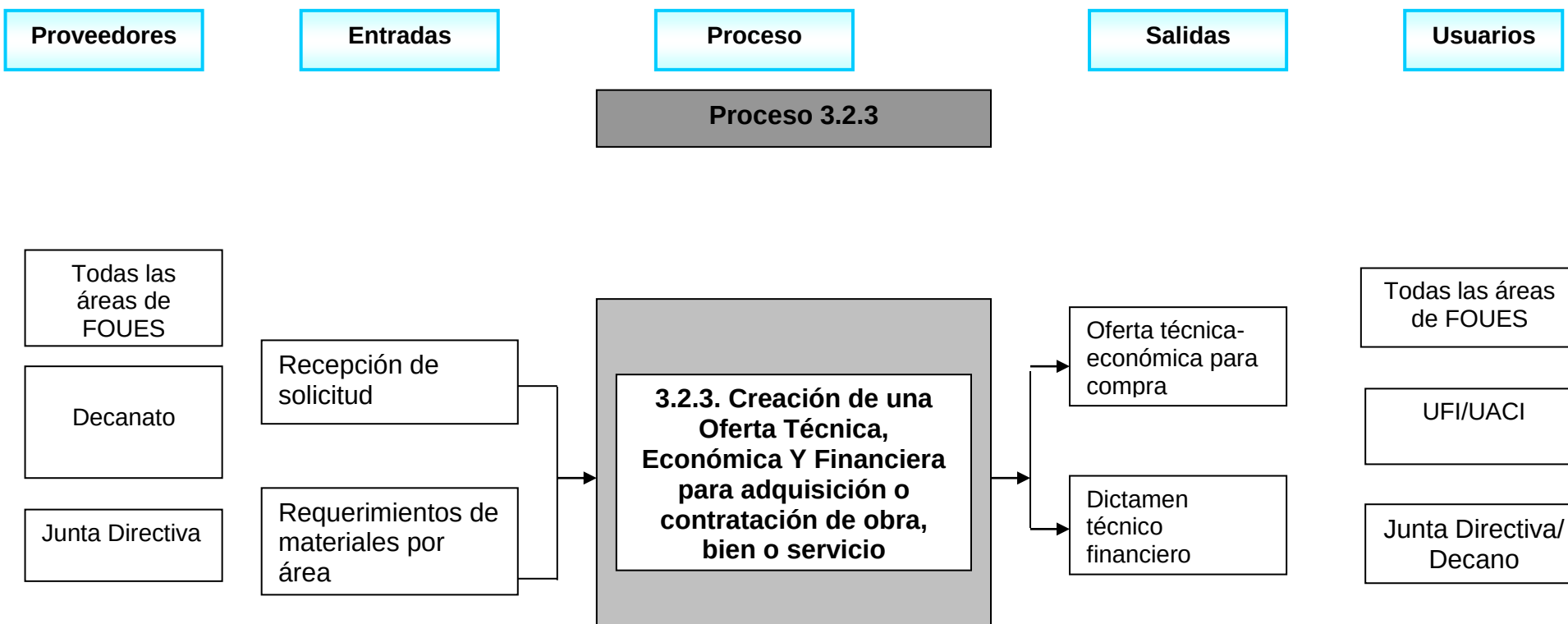


**DIAGRAMA PEPSU DEL PROCESO 3.2.3 CREACIÓN DE OFERTA TÉCNICA,
ECONÓMICA Y FINANCIERA PARA ADQUISICIÓN O CONTRATACIÓN DE OBRA,
BIEN O SERVICIO**



MATRIZ PEPSU DEL PROCESO 3.2.3

DIAGRAMA PEPSU DEL PROCESO 3.2.4 PAGO A PROVEEDORES

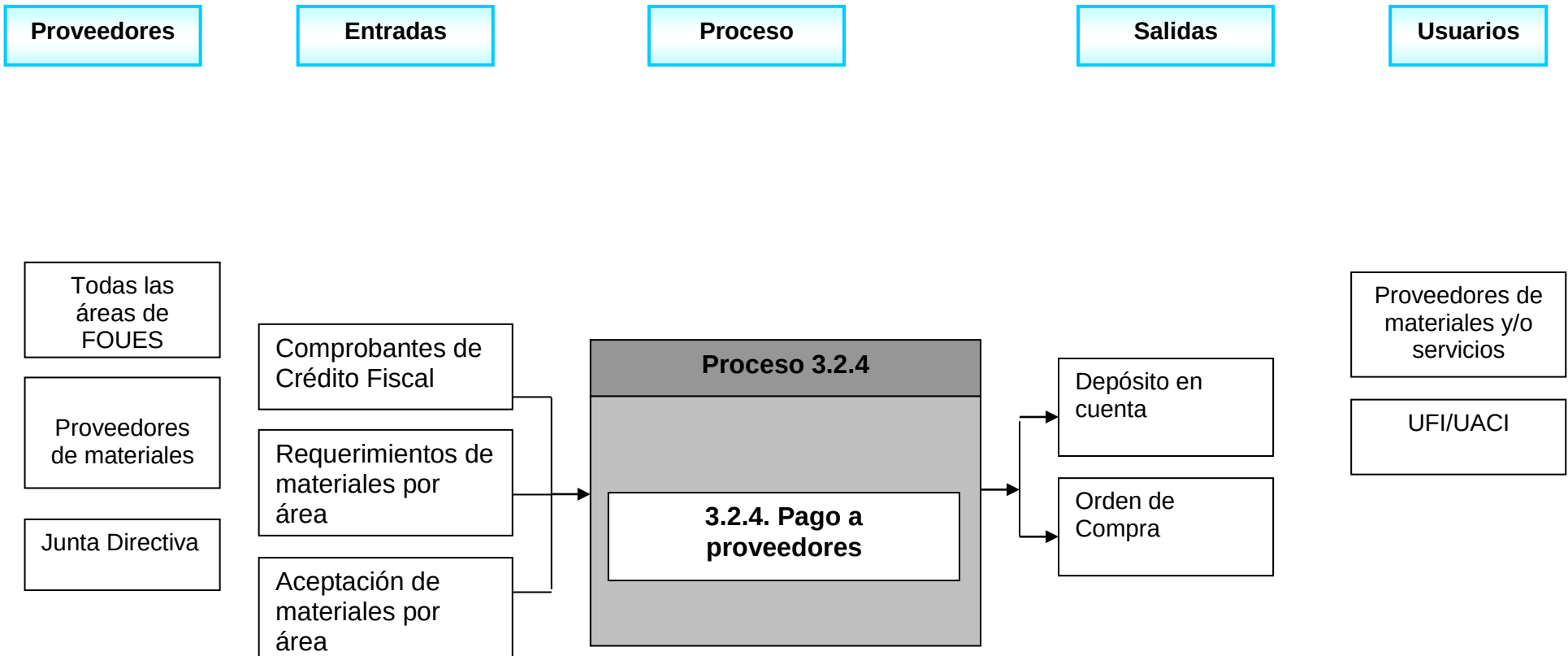


DIAGRAMA PEPSU DEL PROCESO 3.2.5 COMPRAS INSTITUCIONALES

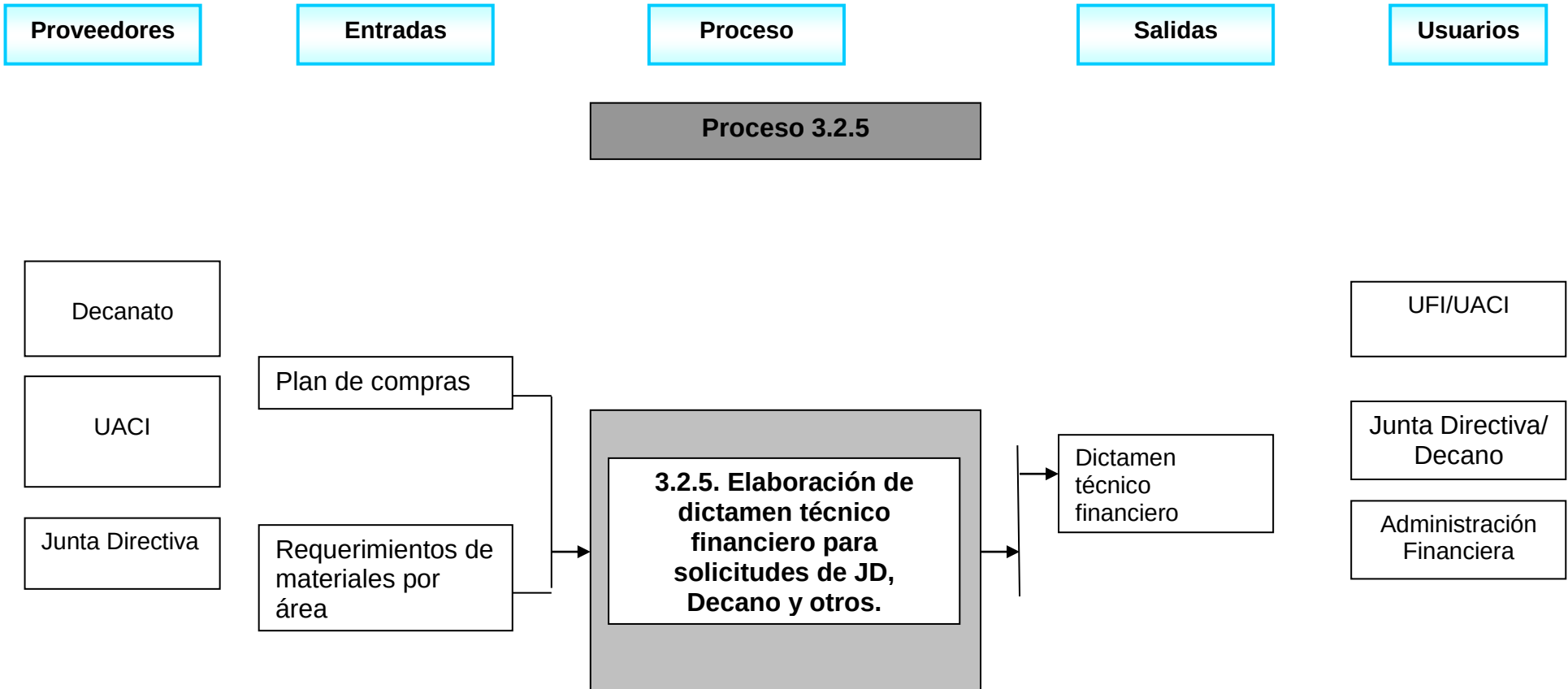
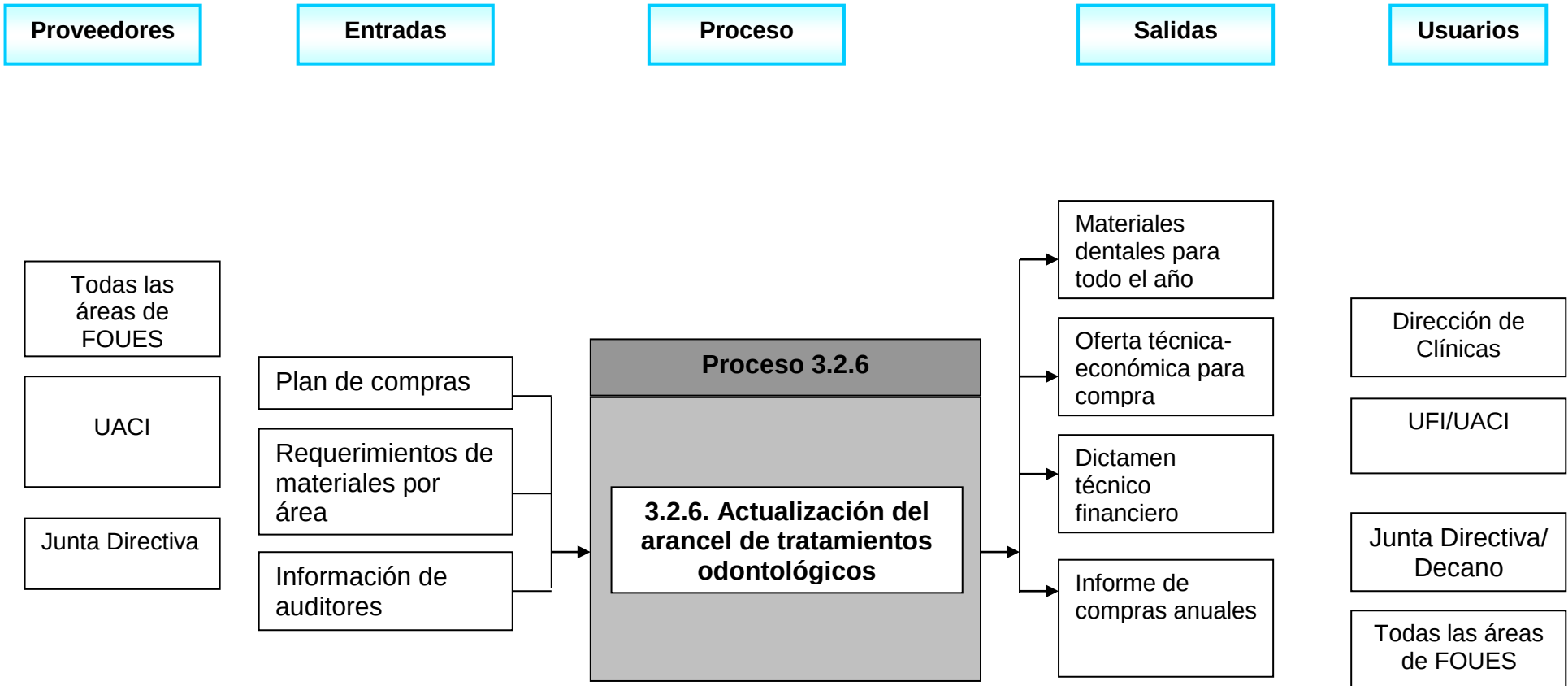


DIAGRAMA PEPSU DEL PROCESO 3.2.6 COMPRAS INSTITUCIONALES



MATRIZ PEPSU DEL PROCESO 3.2.6

DIAGRAMA PEPSU DEL PROCESO P3.3 CONTROL DE PLANILLAS

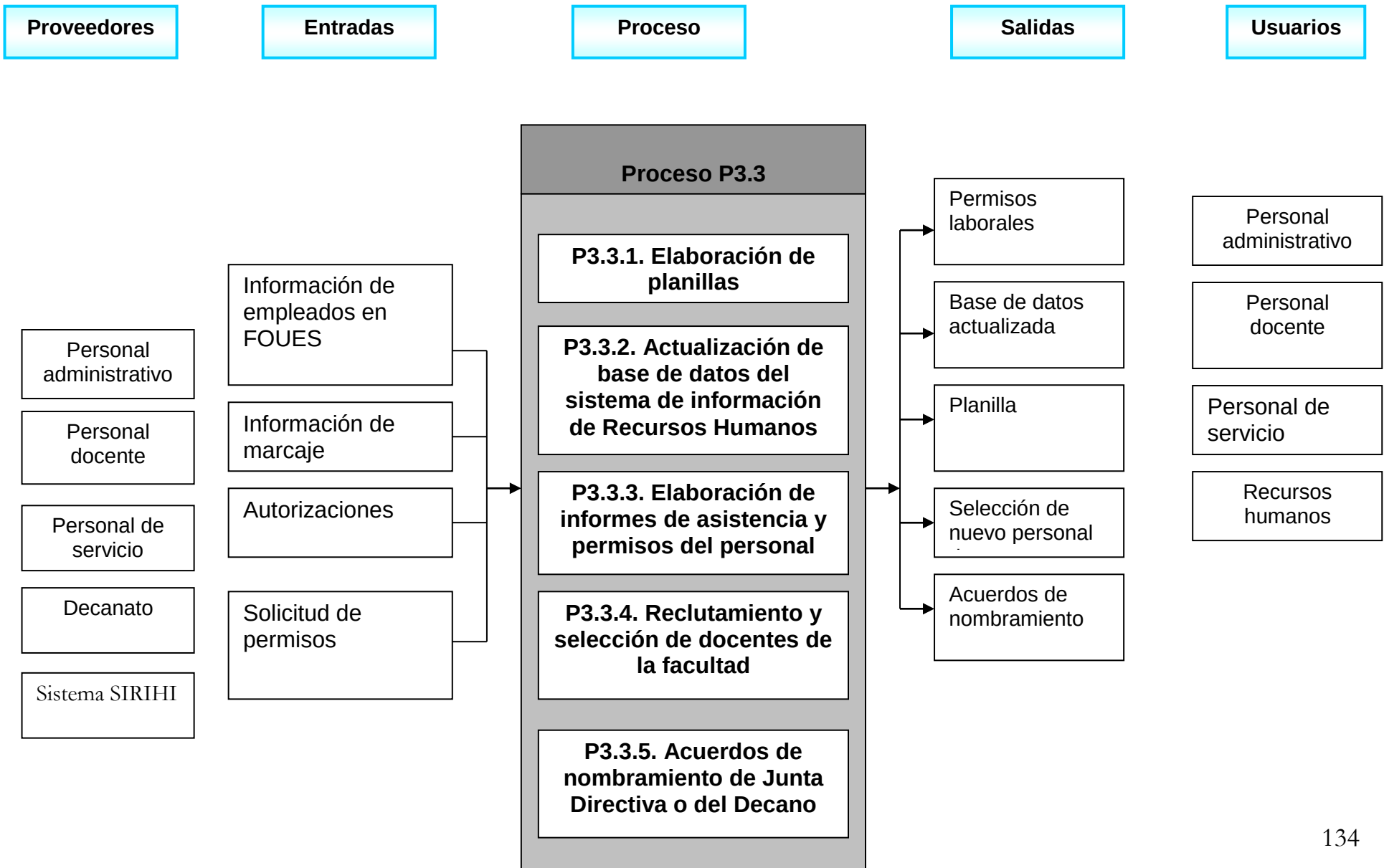


DIAGRAMA PEPSTU DEL PROCESO P3.3.1 ELABORACION DE PLANILLAS

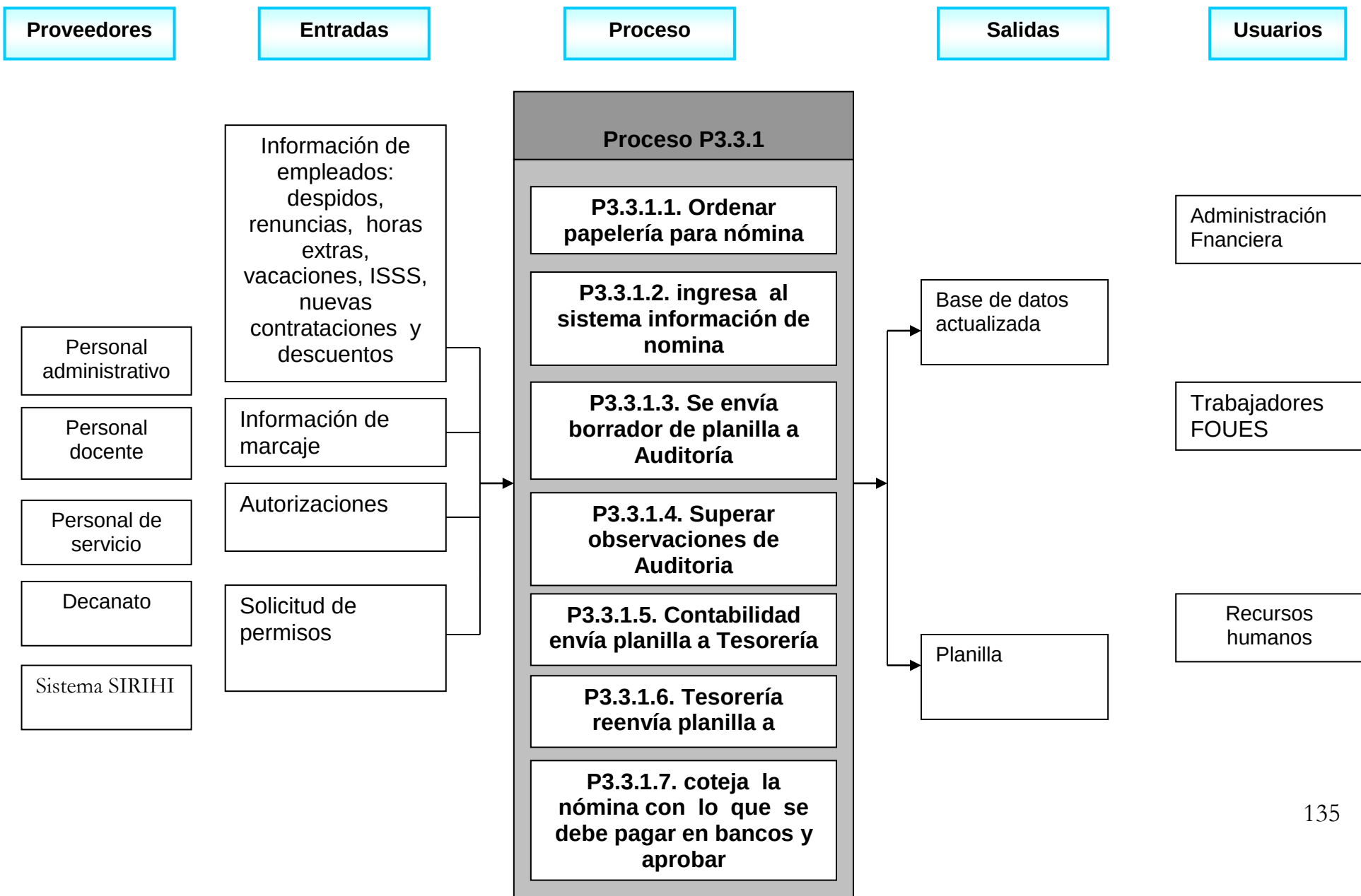


**DIAGRAMA PEPSU DEL PROCESO P3.3.2 ACTUALIZACION DE BASE DE DATOS
DEL SISTEMA DE INFORMACION DE RECURSOS HUMANOS**

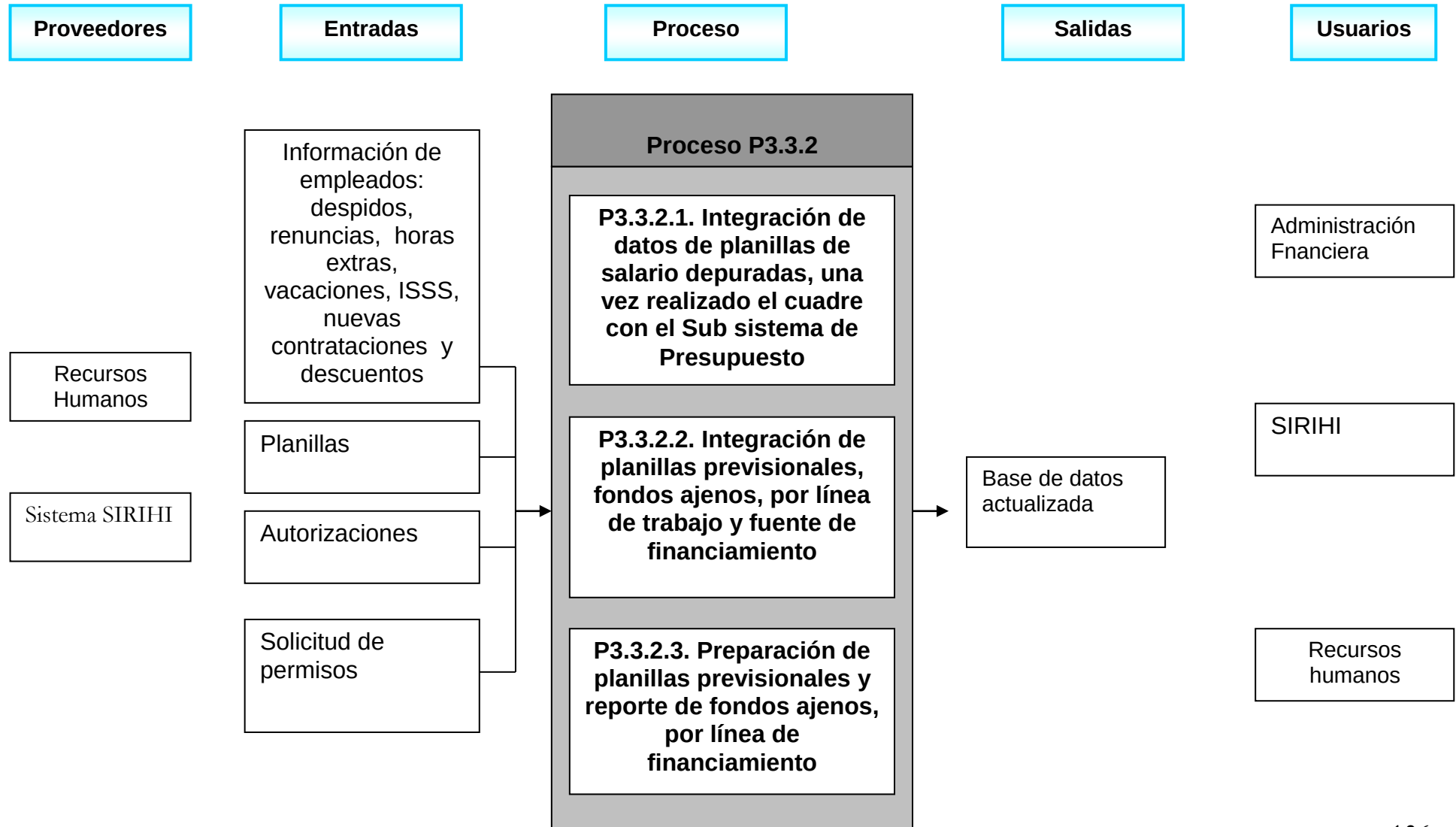


DIAGRAMA PEPSU DEL PROCESO P3.3.3 ELABORACION DE INFORMES DE ASISTENCIA Y PERMISOS DEL PERSONAL

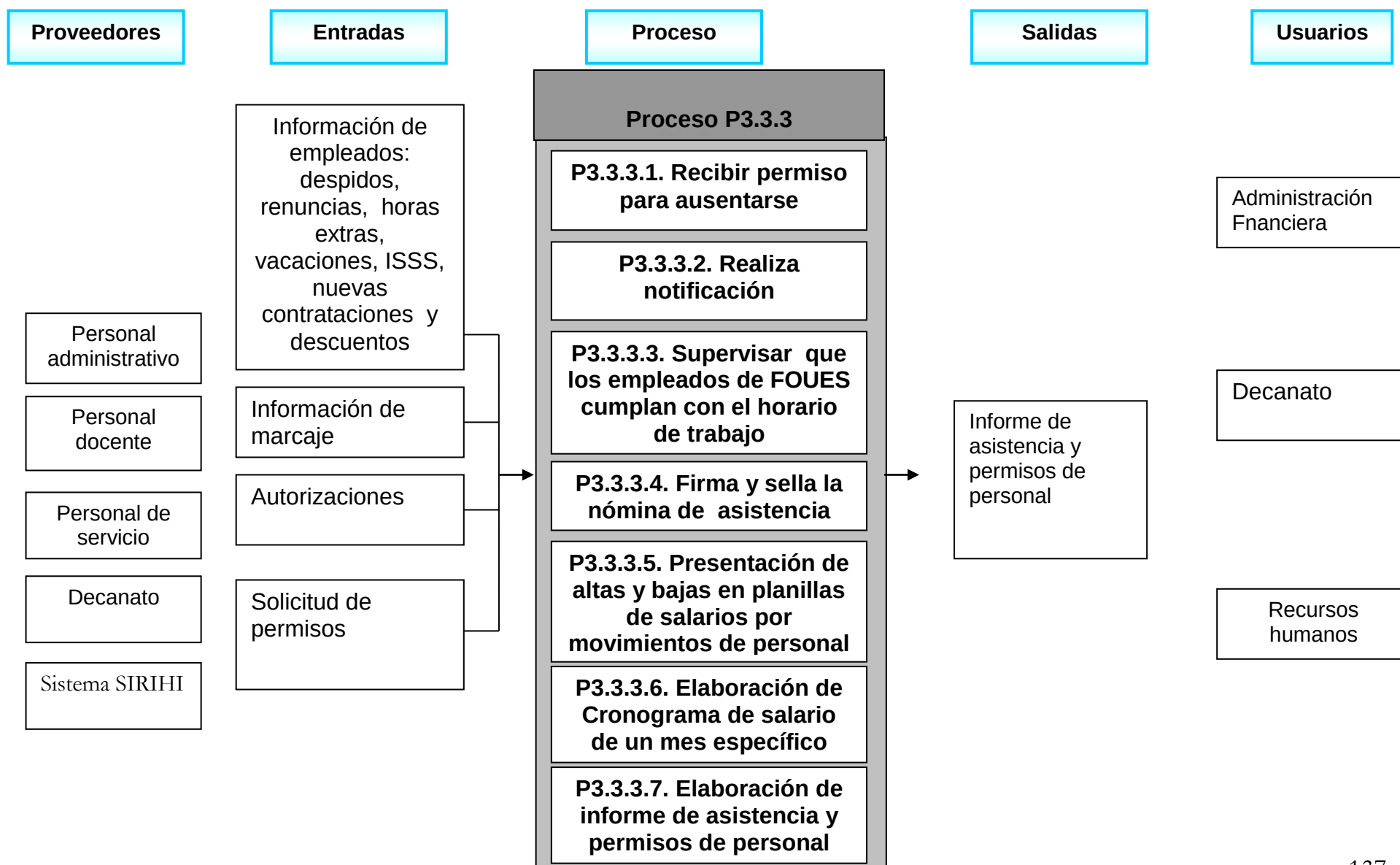


DIAGRAMA PEPSU DEL PROCESO P3.3.4 RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN DE DOCENTES DE LA FACULTAD

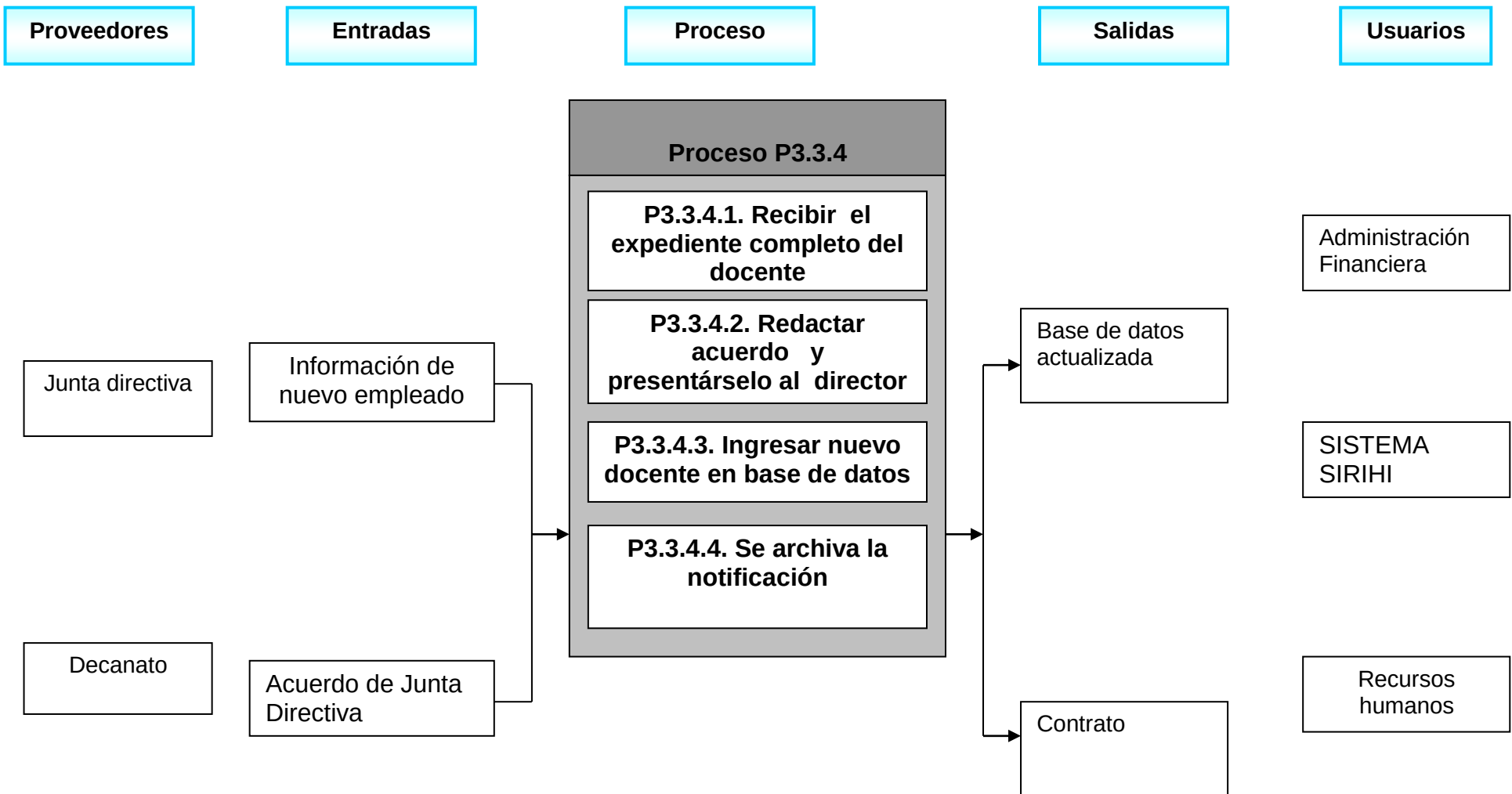


DIAGRAMA PEPSTU DEL PROCESO P3.3.5 ACUERDOS DE NOMBRAMIENTO DE JUNTA

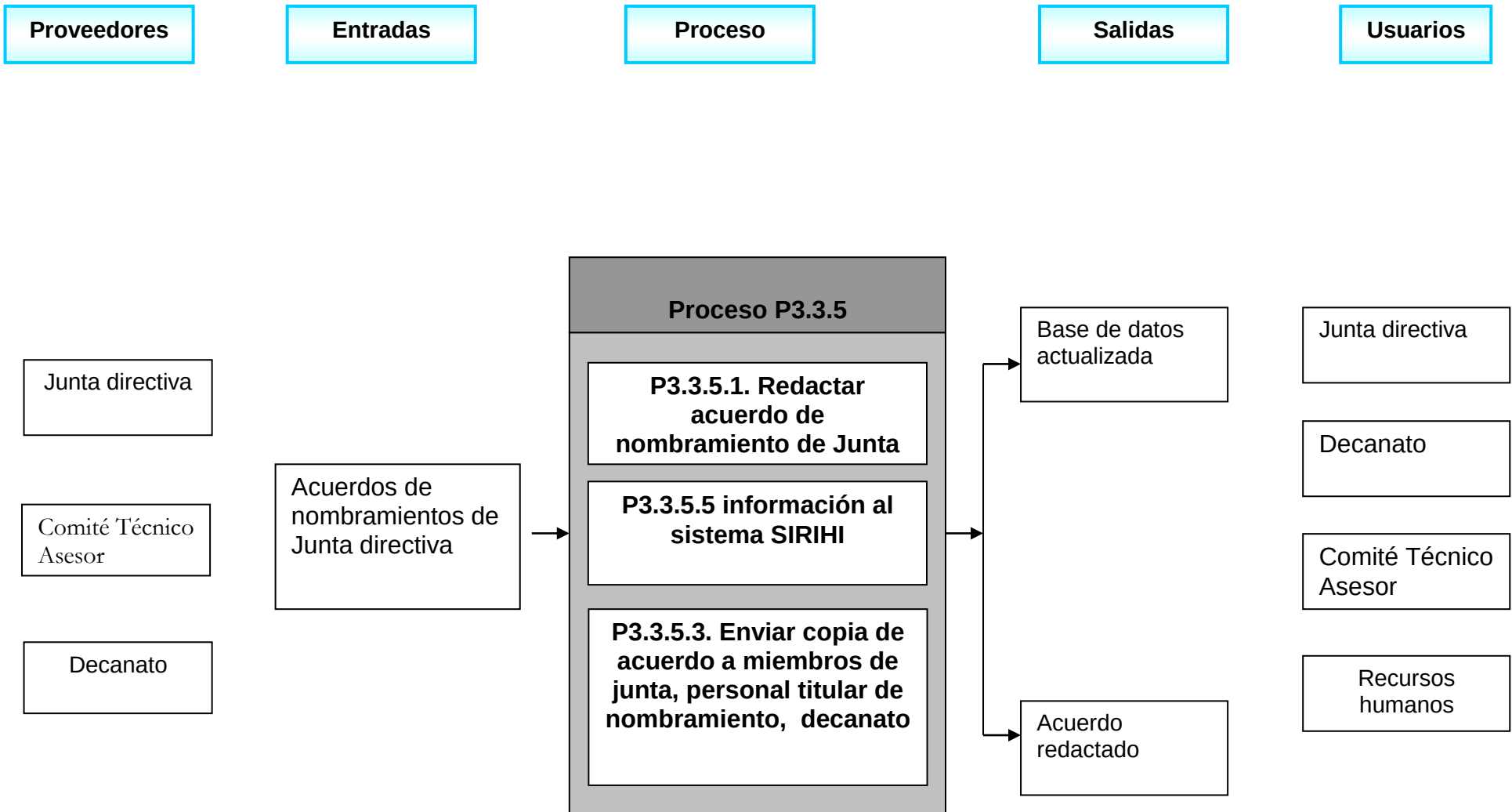


DIAGRAMA PEPUSU DEL PROCESO P3.4 LICITACIÓN DE SERVICIOS

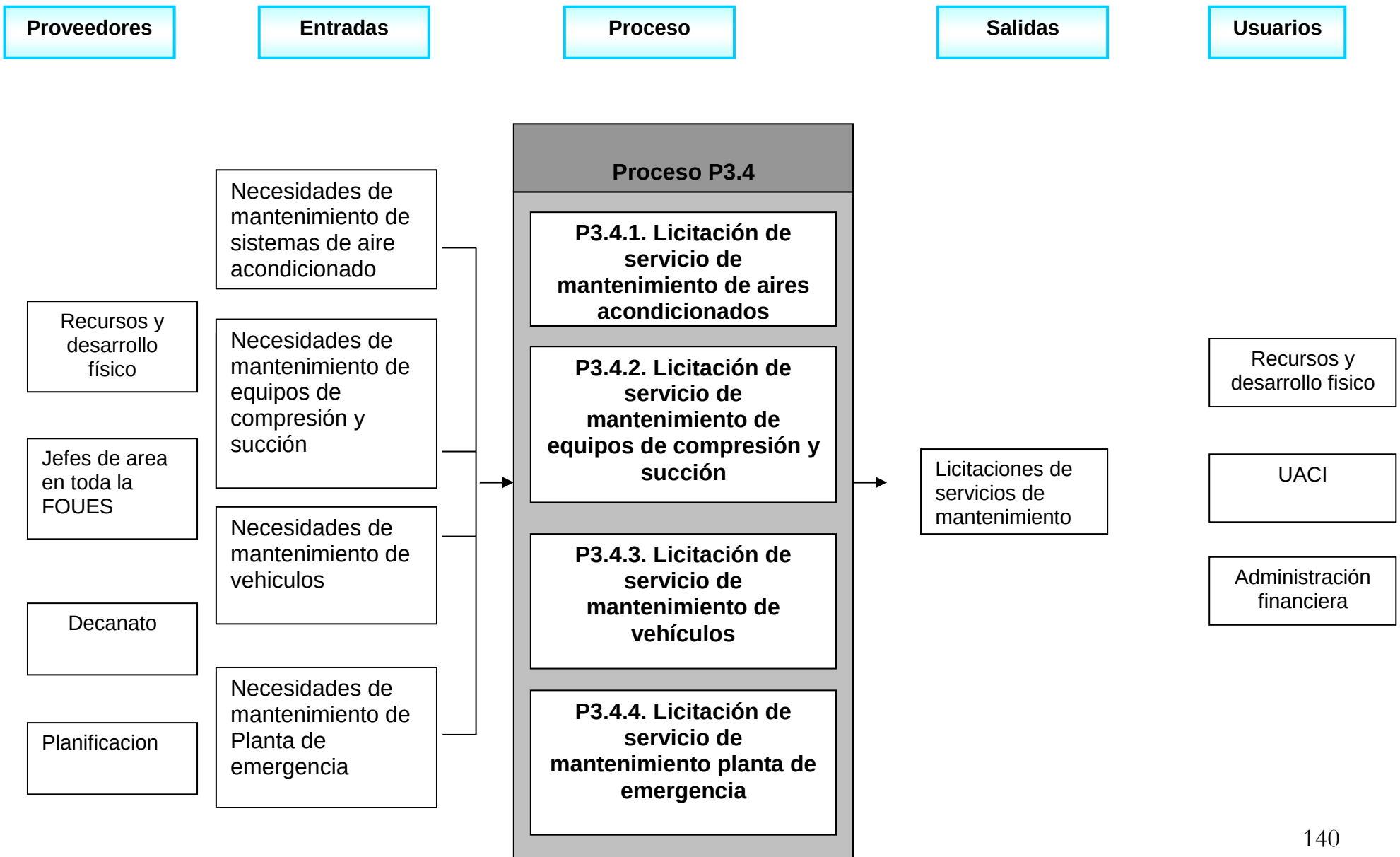


DIAGRAMA PEPSU DEL PROCESO P3.4.1 LICITACIÓN DE SERVICIO DE MANTENIMIENTO DE AIRES ACONDICIONADOS

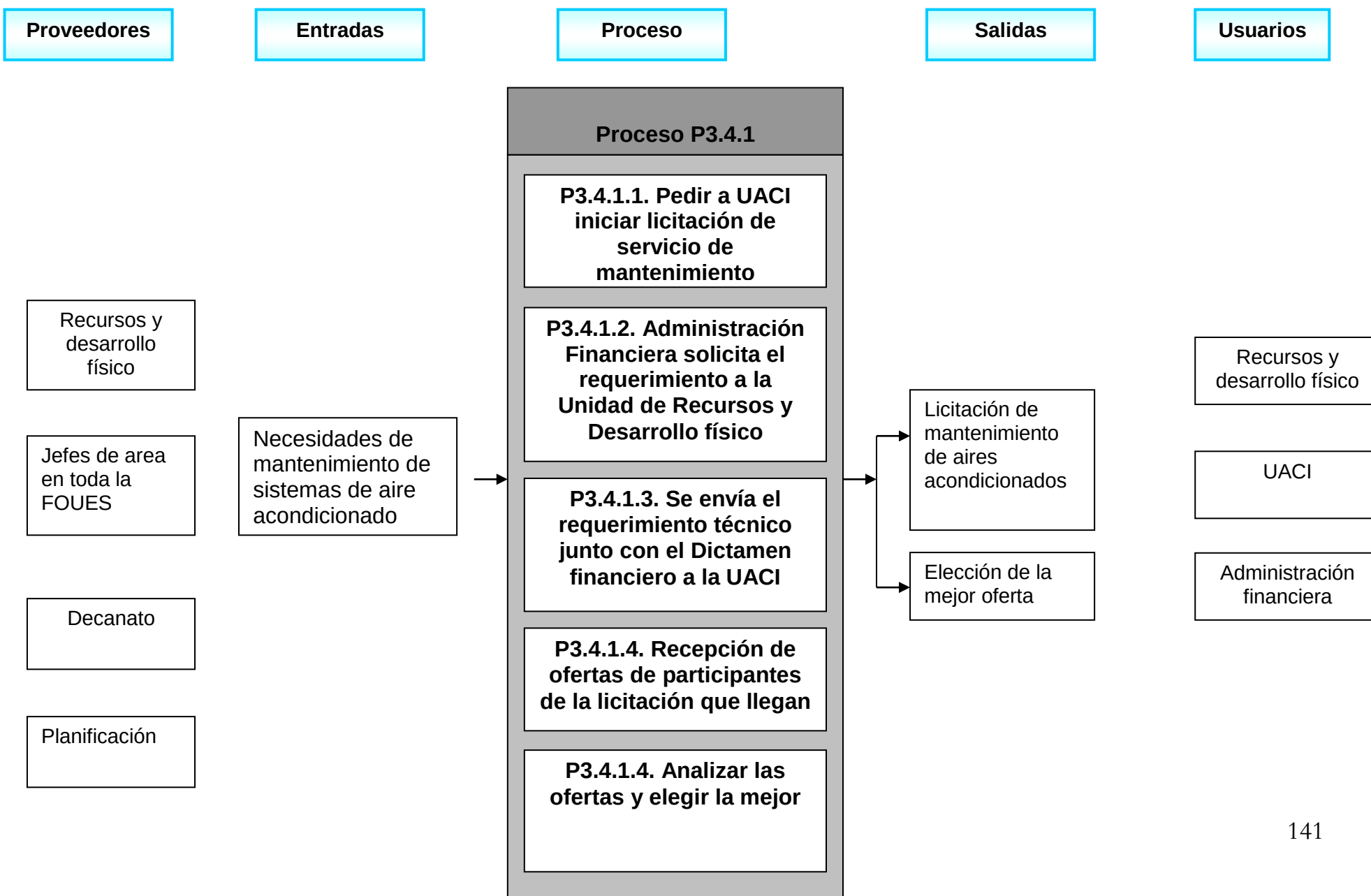


DIAGRAMA PEPSU DEL PROCESO P3.4.2 LICITACIÓN DE SERVICIO DE MANTENIMIENTO EQUIPOS DE COMPRESIÓN Y SUCCIÓN

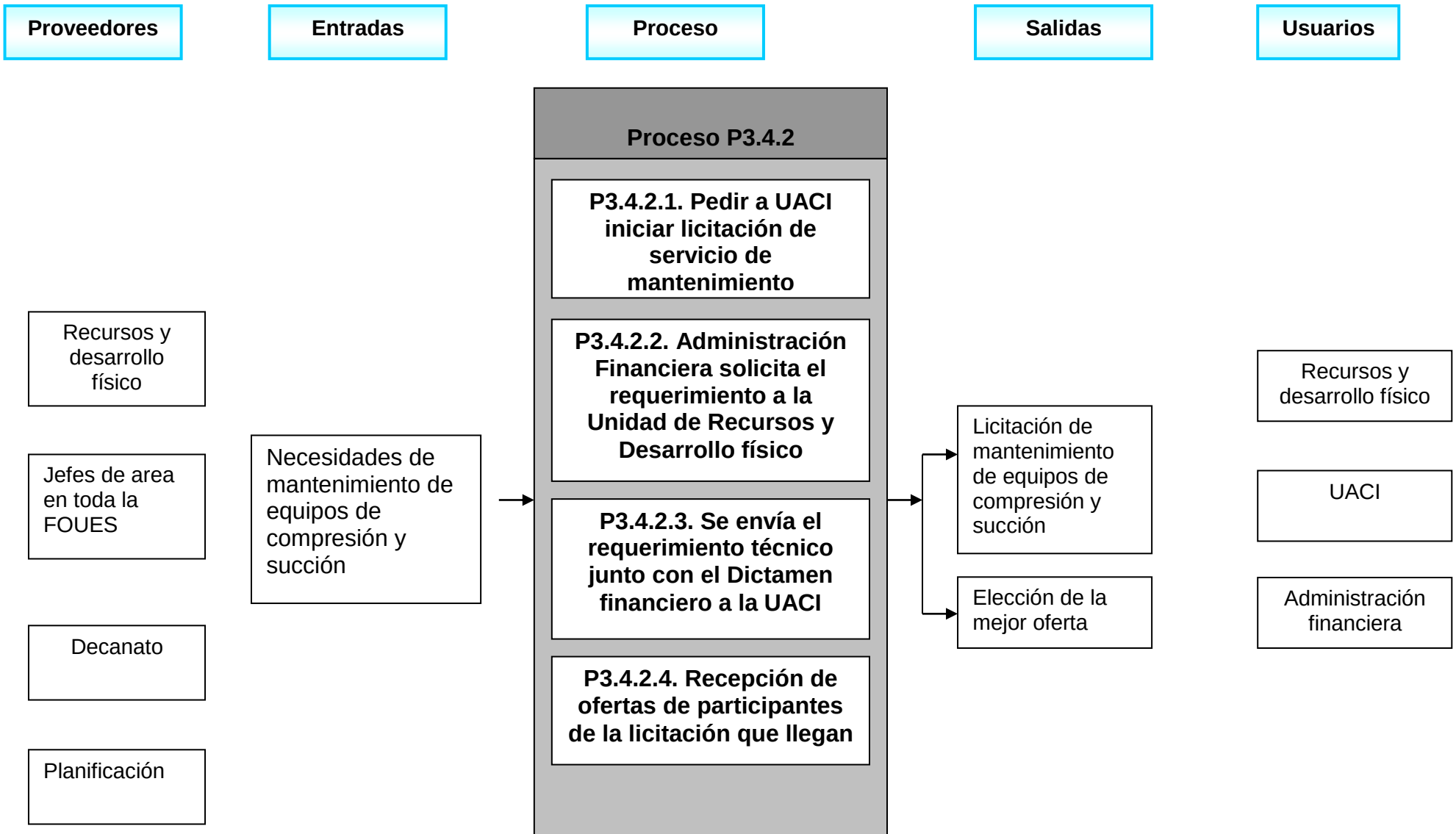


DIAGRAMA PEPSU DEL PROCESO P3.4.3 LICITACIÓN DE SERVICIO DE MANTENIMIENTO DE VEHÍCULOS

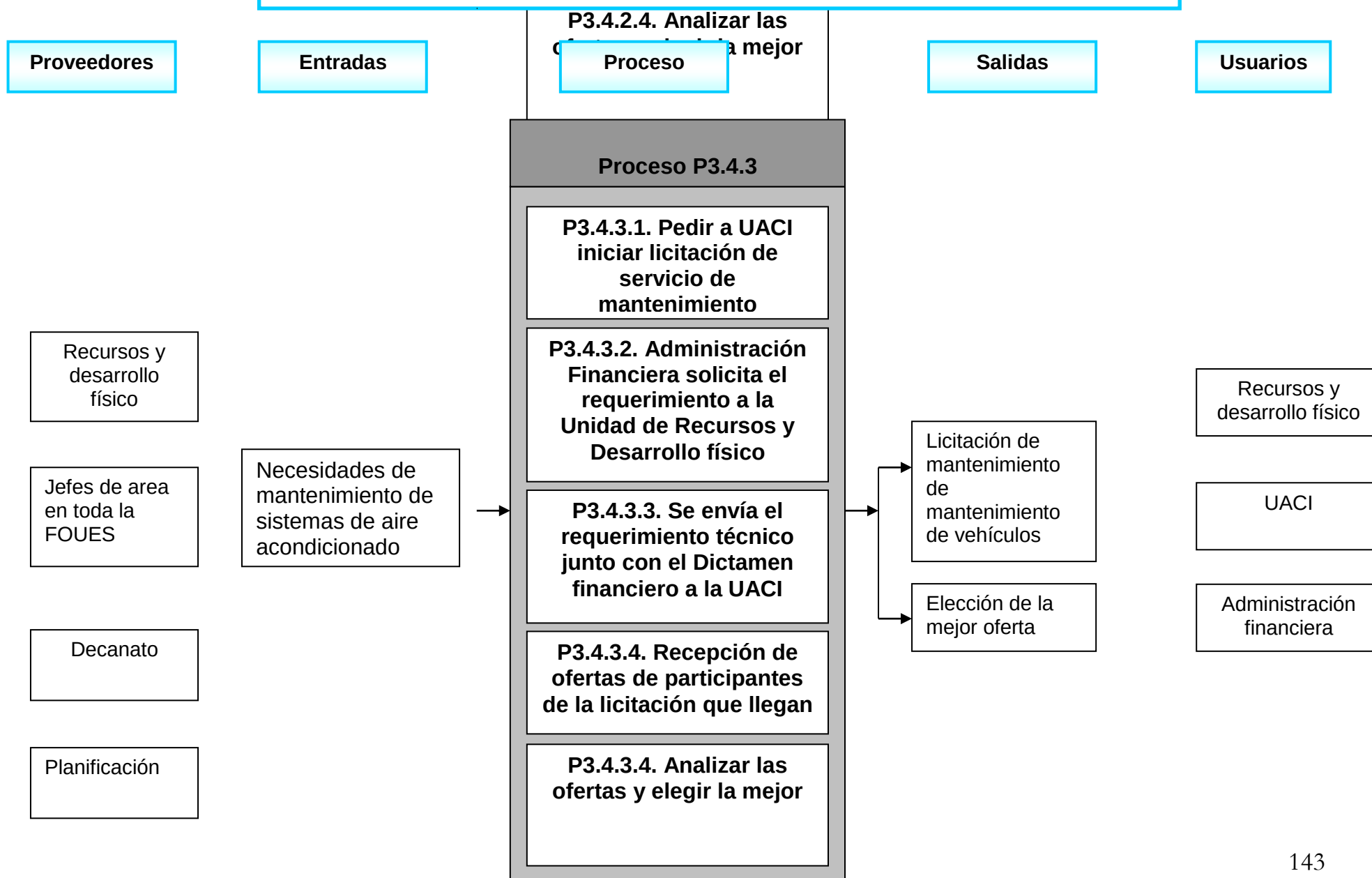


DIAGRAMA PEPSU DEL PROCESO P3.4.4 LICITACIÓN DE SERVICIO DE MANTENIMIENTO DE PLANTAS DE EMERGENCIA

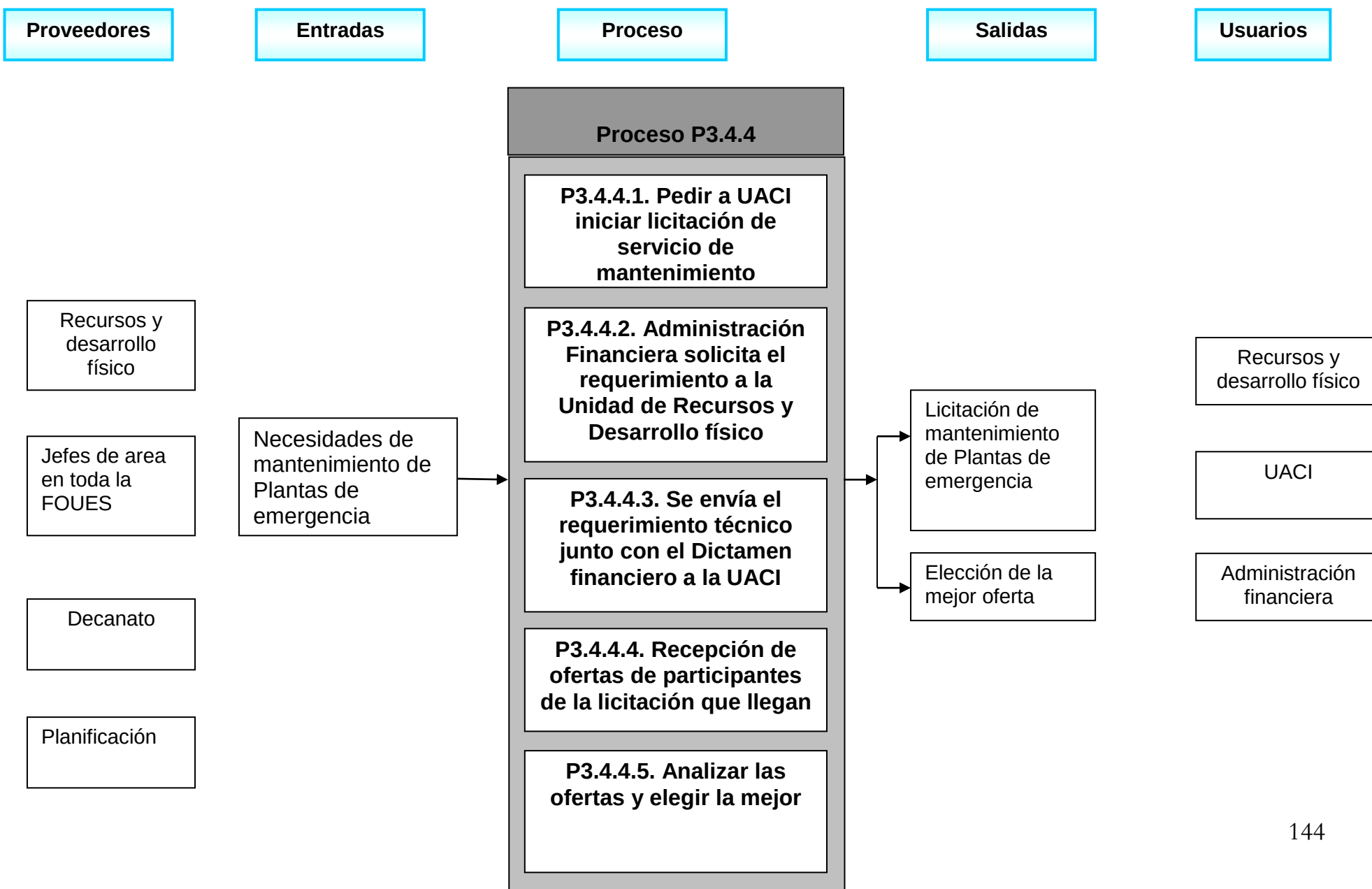


DIAGRAMA PEPSU DEL PROCESO P3.5 INVENTARIO DE MATERIALES (ARSENAL)

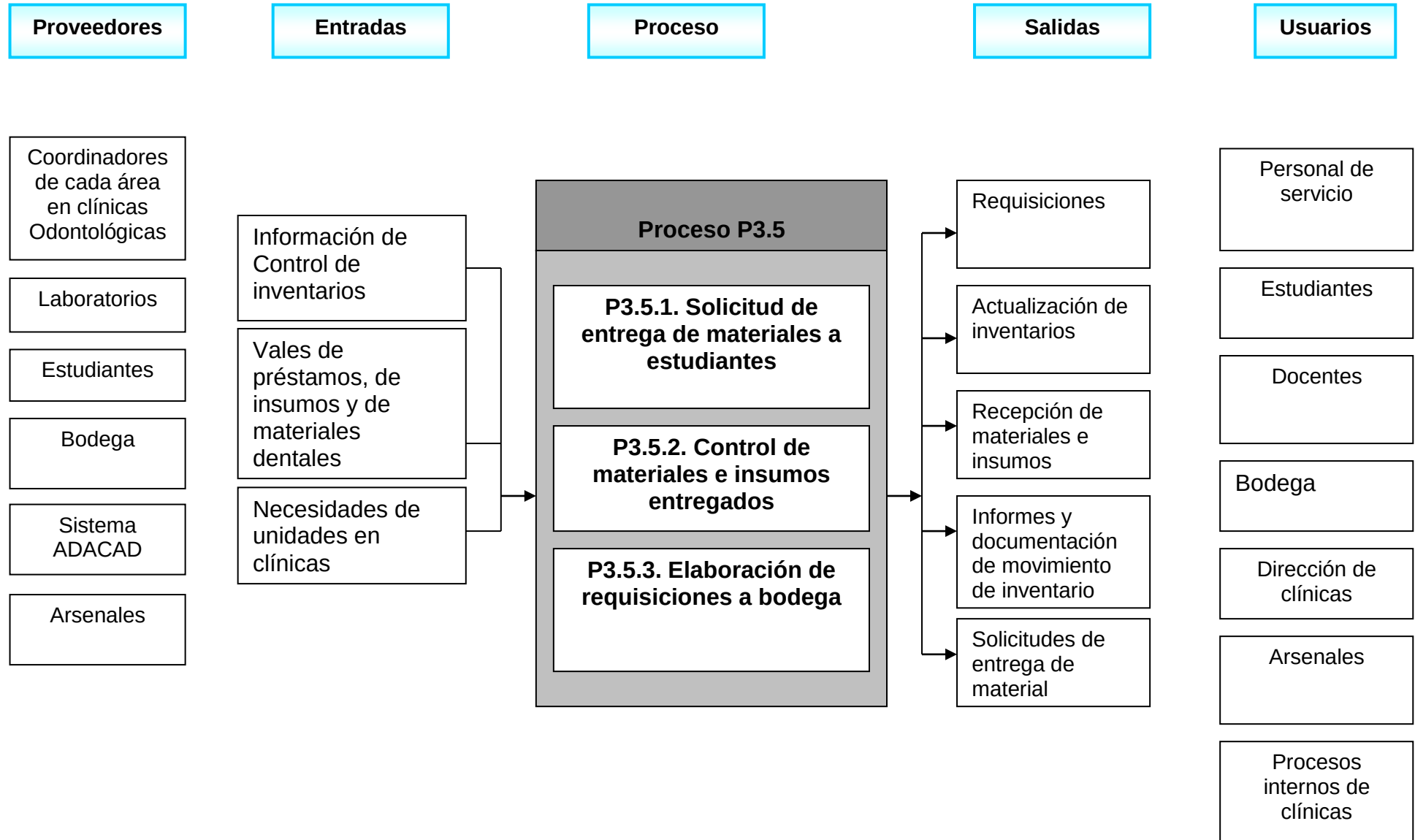


DIAGRAMA PEPUSU DEL PROCESO P3.5.1 SOLICITUD DE ENTREGA DE MATERIALES A ESTUDIANTES

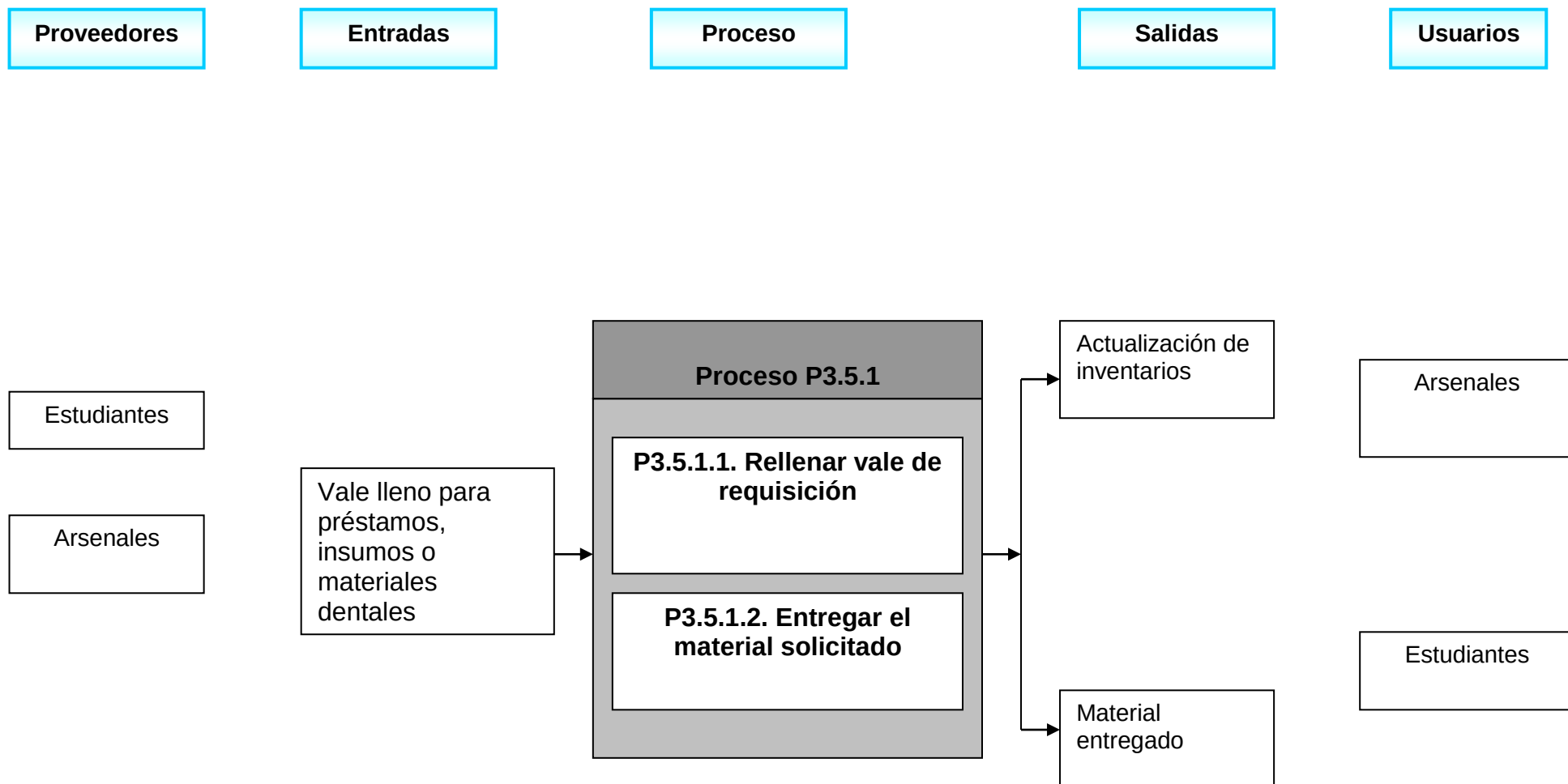


DIAGRAMA PEPSU DEL PROCESO P3.5.2 CONTROL DE MATERIALES E INSUMOS ENTREGADOS

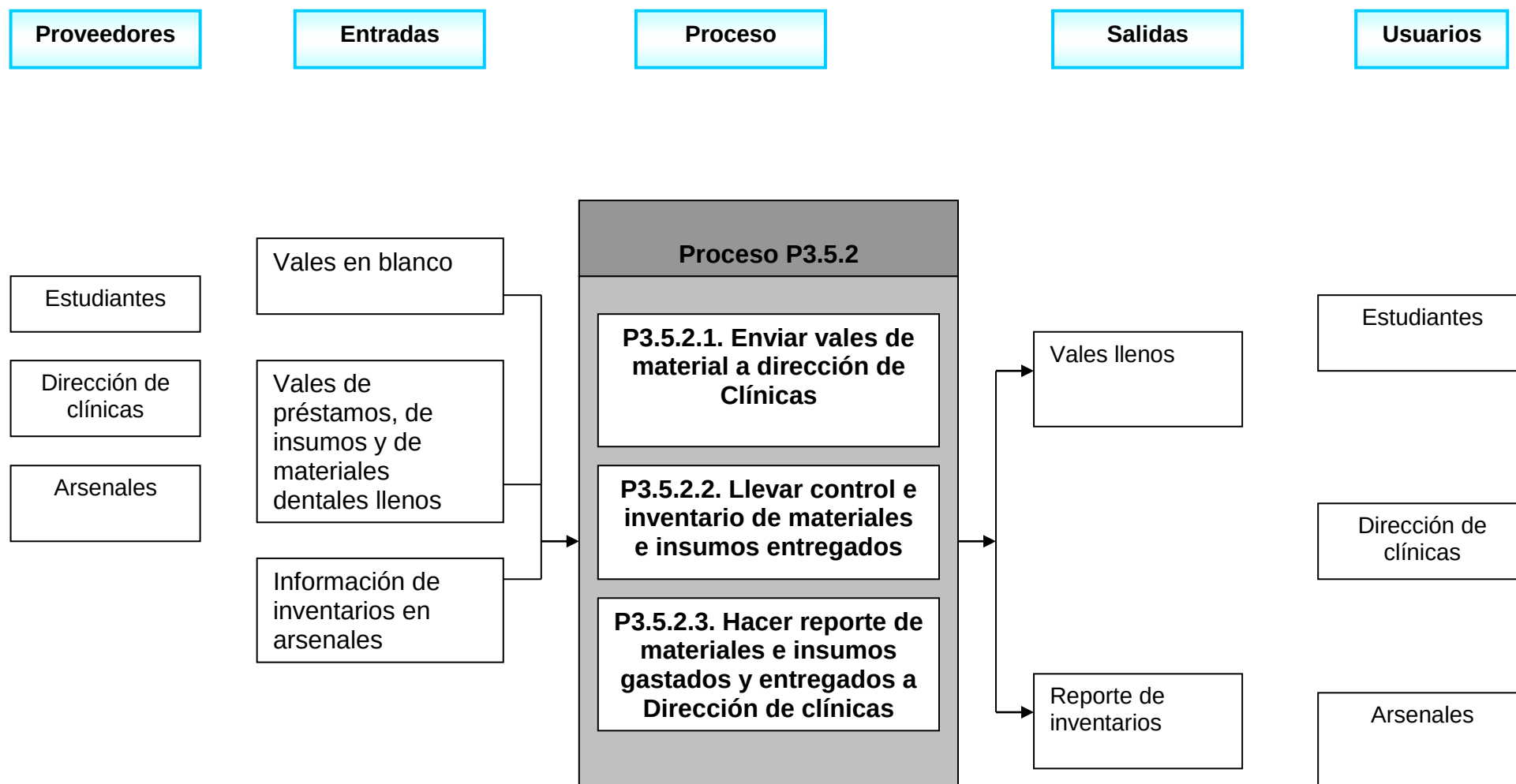


DIAGRAMA PEPSU DEL PROCESO P3.5.3 ELABORACIÓN DE REQUISICIONES DE INSUMOS

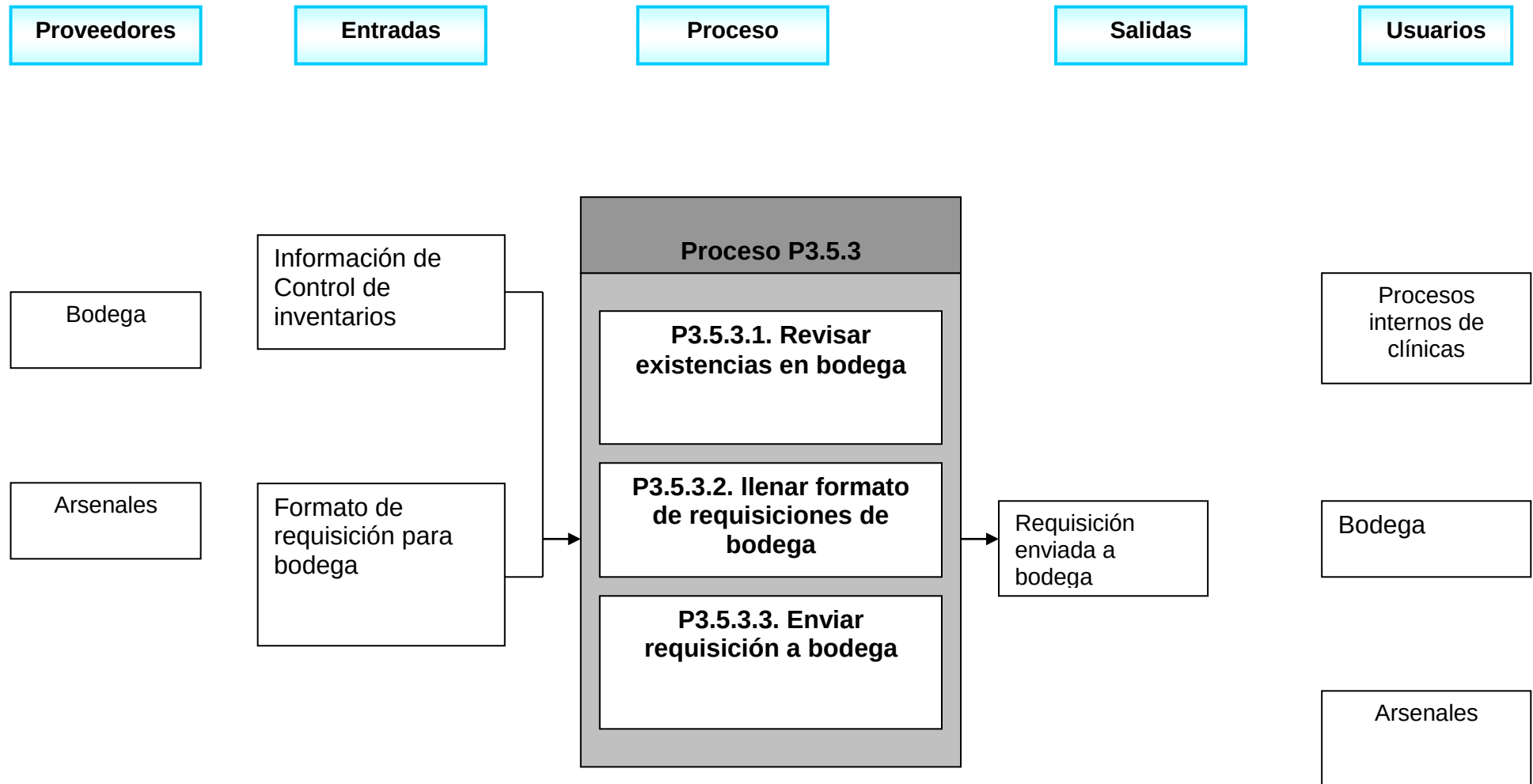


DIAGRAMA PEPSU DEL PROCESO P3.6 CONTROL DE EXPEDIENTES CLÍNICOS

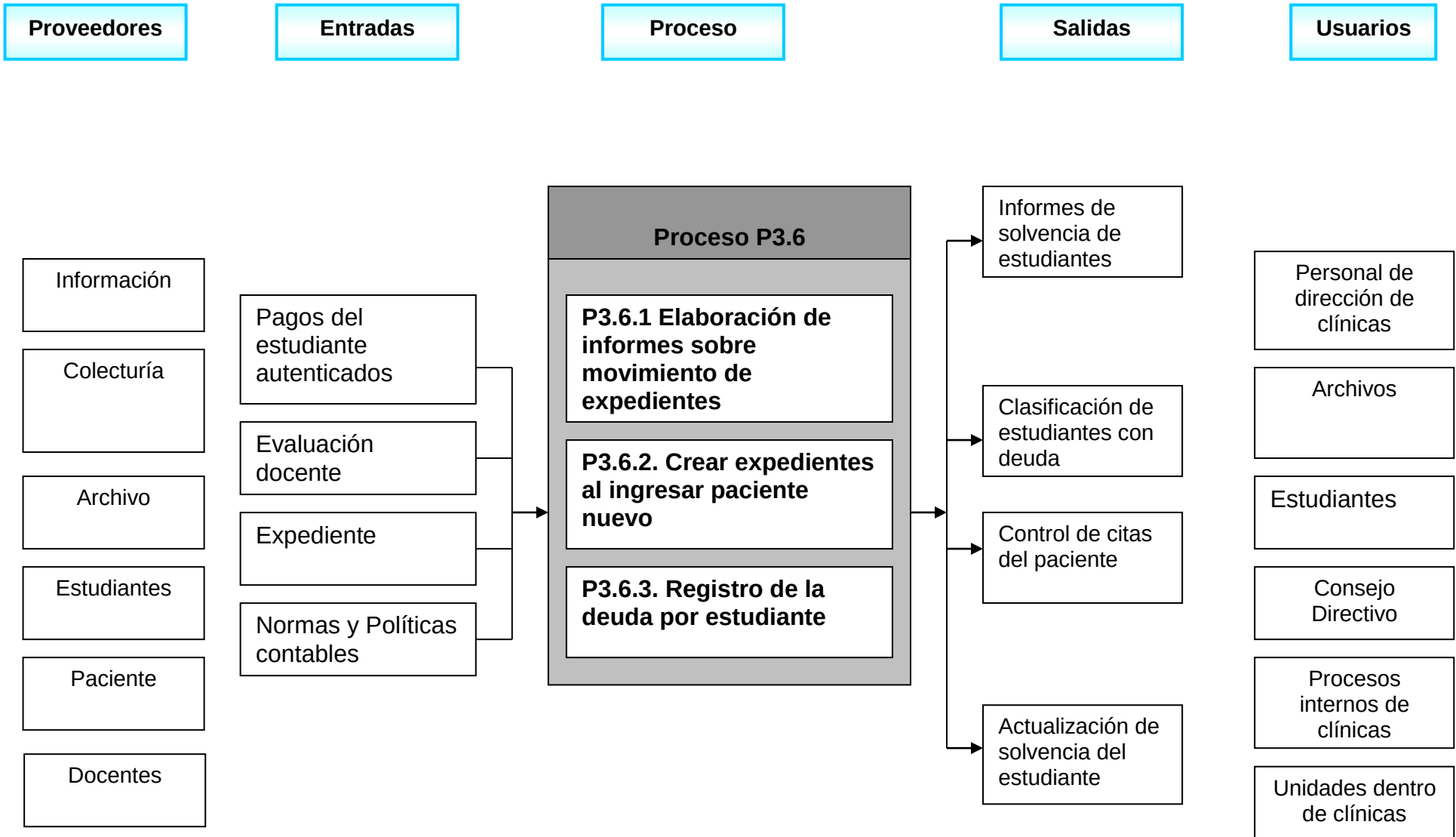


DIAGRAMA PEPSU DEL PROCESO P3.6.1 ELABORACIÓN DE INFORMES SOBRE MOVIMIENTO DE EXPEDIENTES

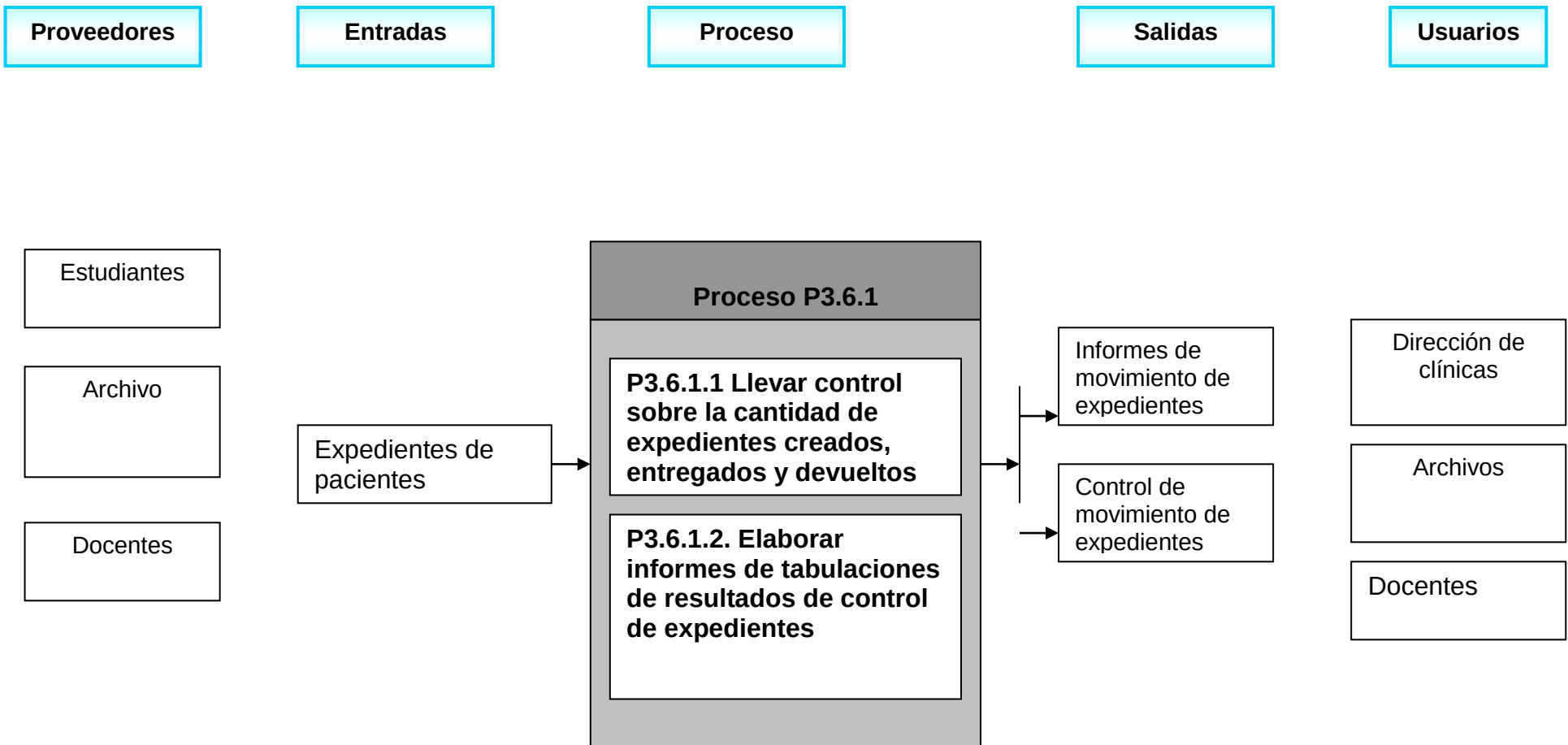


**DIAGRAMA PEPSU DEL PROCESO P3.6.2 CREAR EXPEDIENTES AL INGRESAR
PACIENTE NUEVO**

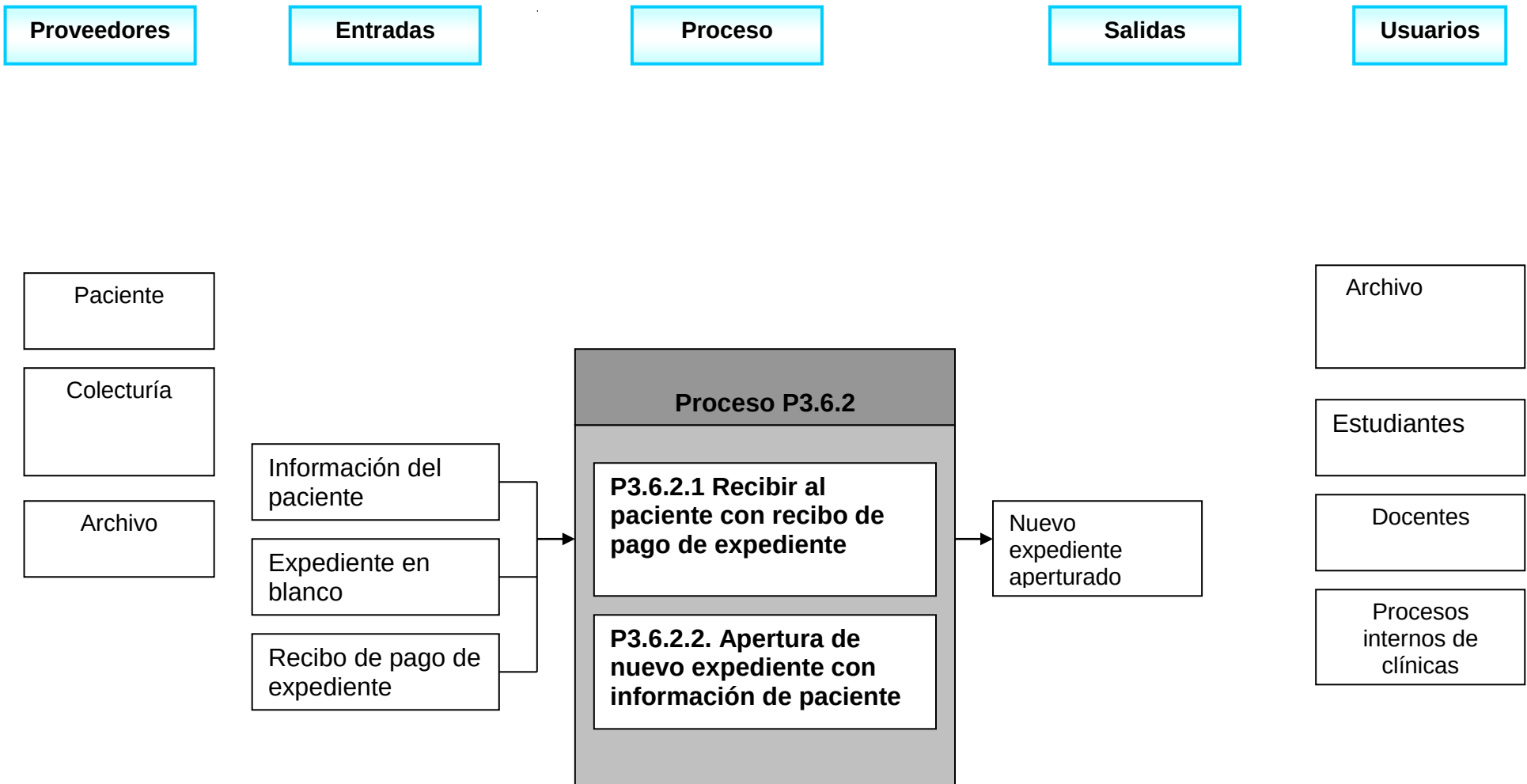
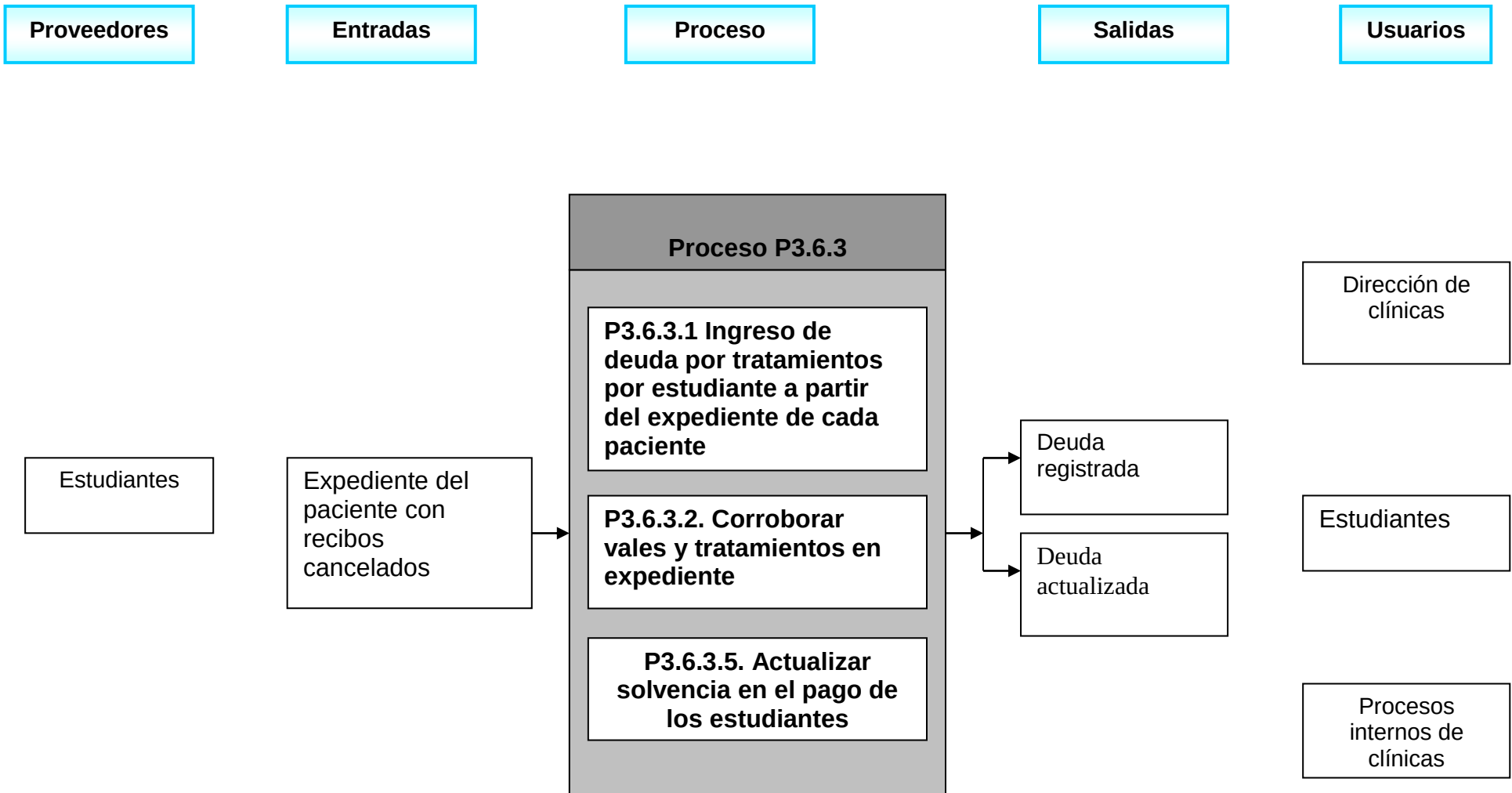


DIAGRAMA PEPSU DEL PROCESO P3.6.3 REGISTRO DE LA DEUDA POR ESTUDIANTE



3.4.1. Utilización final de los Diagramas de Bloque (PEPSU) de FOUES.

Básicamente los usos que se le darán a los diagramas presentados, son los siguientes:

- ❑ Conocer los diferentes entes relacionados con cada uno de los procesos:
 - Proveedores de información
 - Usuarios de los resultados del proceso
- ❑ Determinar la información necesaria para que el proceso tenga los insumos suficientes para poder fluir con normalidad.
- ❑ Conocer responsabilidades en cuanto al flujo de información.
- ❑ Es una herramienta para el análisis continuo de los procesos y determinar puntos de mejora en cada parte del mismo (En sus proveedores, entradas, salidas y usuarios).
- ❑ Conocer la influencia que tienen los proveedores y sus entradas de información sobre el desempeño, rapidez y calidad del proceso.
- ❑ Es una forma de promover el seguimiento de los procesos

3.5. Establecimiento de Indicadores

3.5.1. Cuadro de mando integral para el establecimiento de los indicadores

El Cuadro de Mando Integral (CMI) o Balanced Scorecard (BSC) es una herramienta de control organizacional empleada por la alta dirección para realizar un seguimiento acerca del cumplimiento de los objetivos en cada una de las áreas de la organización, y cuya consecución la llevará a cumplirlos objetivos estratégicos fijados.

A continuación un ejemplo de cuadro de mando integral

1) PERSPECTIVA FINANCIERA:

¿Cómo nos ven nuestros accionistas?

Objetivos estratégicos	Indicador	Periodicidad mediciones	Responsable	Metas (objetivos operativos)			Iniciativas estratégicas
				2009	2010	2011	
-Incrementar facturación	-BAII	-mensual y anual	Dtor. financiero	+ 30%	+50%	+35%	-Implementar un plan comercial mas agresivo y ambicioso. -¿Contratar a un comercial que se dedique en exclusiva?
-Incrementar eficiencia productiva: conseguir mejorar economías de escala	-Costes Variables -Costes Fijos	-mensual y anual	Dtor. financiero / producción	CF mes = 200.000	CF mes = 220.000	CF mes = 240.000	-Automatizar el proceso de fabricación para conseguir mayores economías de escala. -Medidas para variabilizar costes.
-Incrementar la rentabilidad de los productos	-Margen bruto unitario medio (Pvta - CV unitario)	-trimestral y anual	Dtor. producción / compras	20%	25%	30%	-Bajar CV: renegociar condiciones con proveedores: apretar precios y hacer mayores pedidos a cambio de descuentos. -Buscar nuevos proveedores más baratos. -Subir precios?
-Incrementar la rentabilidad empresarial	-ROI -ROE	-anual	Dtor. financiero	3% 1%	4% 2%	8% 4%	-Dar mayores beneficios: mejorar margen y rotación.
-Mantener el buen estado de liquidez/solvencia a corto plazo	-Saldo medio disponible en cta corriente + caja -Plazo medio de cobro a clientes	-mensual -mensual	Dtor. financiero	15.000 € 40 días	35.000 € 40 días	45.000 € 40 días	-Revisar y renegociar plazos de pago a proveedores. -Renegociar plazos de cobro a clientes: ofrecerles descuentos por pronto pago?

2) PERSPECTIVA CLIENTES:

¿Cómo nos ven nuestros clientes?

Objetivos estratégicos	Indicador	Periodicidad mediciones	Responsable	Metas (objetivos operativos)			Iniciativas estratégicas
				2009	2010	2011	
-Generar confianza en el cliente: <u>fidelización</u>	-Retención cliente -Satisfacción cliente	-trimestral y anual	Dtor. comercial / marketing	+ 90%	+93%	+93%	-Realizar encuestas de satisfacción. -Prevenir: ser puntuales en las entregas y cuidar la calidad del producto.
-Dar servicio al cliente (satisfacción)	-Plazo (días) en tramitar pedido -Quejas de clientes registradas por demora en los envíos	-mensual -mensual	Dtor. de marketing	5 días 2 quejas	4 días 0 quejas	3 días 0 quejas	-Incrementar capacidad de producción para almacenar más stock. -Trabajar con más compañías de transporte que recojan por la mañana y por las tardes.
-Incrementar la calidad del producto: reducir al mínimo las quejas de clientes	-Incidencias detectadas por cada 100 cajas	-semanal	Dtor. de calidad	3 / 100	2 / 100	1 / 100	-Establecer un programa de control de calidad: revisión periódica de cajas. -Establecer reuniones periódicas con los responsables de fabricación para evitar que los fallos se vuelvan a producir.
-Incrementar la participación del mercado	-Cuota mercado	-anual	Dtor. de marketing	2%	4%	6%	-Implementar la política comercial más agresiva: abrir más mercados y lanzar nuevos productos. -Conseguir más cadenas de supermercados para los estuches de galletas.
-Diversificar hacia el canal de gran consumo (no depender en exclusiva de las ventas del HORECA)	-% <u>vtas</u> canal hostelería frente % <u>vtas</u> canal alimentación	-mensual y anual	Dtor. de marketing	90%-10%	80%-20%	70%-30%	-Potenciar estuches para canal alimentación: conseguir cadenas de supermercados.
-Crear imagen de marca: los consumidores deben conocer y pedir nuestra marca tanto en hostelería como en alimentación	-Nº impactos publicitarios por consumidor al mes	-anual	Dtor. de marketing	7	15	30	-Incrementar el número de impactos y acciones publicitarias: rotulación furgonetas, publicidad exterior, cajas expositoras con nuestro logo, anuncios, etc.

3) PERSPECTIVA APRENDIZAJE/CRECIMIENTO:

¿Qué recursos son claves para mejorar e innovar?

Objetivos estratégicos	Indicador	Periodicidad mediciones	Responsable	Metas (objetivos operativos)			Iniciativas estratégicas
				2009	2010	2011	
-Lanzar nuevos productos: innovar	-Nuevos productos lanzados / cartera total de productos	-anual	Dtor. marketing	5 / 30	10 / 40	25 / 60	-Adquirir nuevos moldes de galletas.
-Aumentar facturación	-Facturación	-anual	Dtor. financiero				
-Aumentar capacidad de producción de instalaciones	-Capacidad de producción teórica: n° cajas teóricas fabricadas por cada turno	-anual	Dtor. producción				

4) PERSPECTIVA INTERNA: PROCESOS Y RECURSOS HUMANOS:

¿En qué procesos internos debemos ser excelentes?

Objetivos estratégicos	Indicador	Periodicidad mediciones	Responsable	Metas (objetivos operativos)			Iniciativas estratégicas
				2009	2010	2011	
-Aumentar capacidad de producción y mejorar el cumplimiento de los objetivos de fabricación	-N° cajas de pto fabricadas al día	-diario	Dtor. producción	1.000	2.000	3.500	-Doblar turno. -Automatizar las fases donde existen más cuellos de botella. -Invertir en nueva maquinaria más potente y automática. -Establecer reuniones periódicas (semanales) con los responsables de fabricación para un mayor seguimiento.
-Aumentar la eficiencia productiva: reducción de mermas	-Rendimiento (cajas) por turno	-semanal	Dtor. de producción	500	1000	1500	-Establecer un control periódico para medir el rendimiento obtenido de cada turno
-Mejorar la calidad del producto	-N° inspecciones	-semanal	Dtor. de calidad / producción	3 / 100	2 / 100	1 / 100	-Establecer un programa de control de calidad: revisión periódica de cajas. -Establecer reuniones periódicas con los responsables de fabricación para evitar que los fallos se vuelvan a producir.
-Mejorar el clima laboral	-N° quejas de los empleados	-mensual	Dtor. de RR.HH.	5	3	1	-Establecer reuniones semanales con los trabajadores del obrador para ver cómo se pueden mejorar las condiciones de trabajo. -Involucrarlos en la marcha de la empresa. -Ofrecerles posibilidades/expectativas de promoción???

El **CMI** está compuesto por una serie de **indicadores** diferentes para cada área funcional y representativos de la marcha de esa parte del negocio, que muestran cuándo los responsables de esa área alcanzan sus objetivos y por tanto, cuando la organización va por buen camino hacia el cumplimiento de su estrategia además de mostrar cuando hay desviaciones para tomar medidas correctivas.

Estos **indicadores** deben ser actualizados periódicamente para poder ir viendo su evolución.

Fases para el desarrollo de un CMI:

1. Análisis externo del entorno
2. Análisis interno de la organización
3. Elaboración de mapa de procesos
4. Fijar objetivos estratégicos congruentes con la Misión, visión y valores
5. Programa estratégico: Planes de acción definir objetivos y medios necesarios para el cumplimiento y mejora de los indicadores.
6. Cuadro de Mando Integral (CMI): establecer indicadores (operativos y estratégicos)

3.5.2. Medición De Indicadores

Tabla 10 Cuadro de mando integral para el establecimiento de indicadores

PROCESO	OBJETIVOS	INDICADOR	PERSPECTIVA	FÓRMULA
1.1 Plan de Mantenimiento de la Facultad	Garantizar el cumplimiento en general del plan de mantenimiento de la facultad.	Efectividad en el cumplimiento del cronograma del plan de mantenimiento de equipos	-Clientes - Procesos internos	$E.C.C = \frac{\text{cantidad de fechas cumplidas}}{\text{cantidad de fechas planeadas}}$
1.2. Dirección Estratégica de Clínicas	Medir el cumplimiento del plan de compras de la unidad	Efectividad en el cumplimiento del plan de compras de la unidad.	-Clientes - Financiera	$E.P.C = \frac{\text{compras realizadas}}{\text{compras planeadas}}$
1.3. Control Presupuestario (PEP)	Determinar el cumplimiento entre lo presupuestado y lo gastado.	Efectividad en el cumplimiento del presupuesto de las compras de la facultad.	-Financiera	$E.P = \frac{\text{cantidad gastada en compras}}{\text{cantidad asignada en compras}}$
2.1. Programaciones Clínicas	Determinar el número de estudiantes que completan exitosamente sus horas sociales por ciclo en las clínicas odontológicas FOUES.	Efectividad de las programaciones de horas sociales.	- Clientes - Crecimiento y aprendizaje	$E.E.S = \frac{\text{Estudiantes que finalizaron}}{\text{Estudiantes que inician procesos}}$
	Determinar la calidad de los	Calidad del servicio	• Clientes	$\text{Calidad} = \frac{\text{servicios aceptables}}{\text{Total de servios}}$

	servicios a pacientes de las clínicas FOUES			
	Determinar la satisfacción de los clientes de las clínicas odontológicas FOUES	Inconformidades en los servicios	-Clientes	Inconformidades=total de inconformidades/cantidad de productos ó servicios ofrecidos
	Determinar el porcentaje de estudiantes aprobados	Efectividad de la educación	-Aprendizaje - Procesos internos	$E.AP. = \frac{Aprobados}{Total\ de\ estudiantes}$
2.2. Atención a pacientes	Determinar el cumplimiento de las fechas en las programaciones de citas	Efectividad de las programaciones de citas	- Clientes - Procesos internos	$E.P. = \frac{citas\ recibidas\ a\ tiempo}{total\ de\ programaciones}$
2.3. Educación Odontológica	Determinar la efectividad en el proceso de enseñanza aprendizaje.	Efectividad de la educación	-Aprendizaje - Procesos internos	$E.AP. = \frac{Aprobados}{Total\ de\ estudiantes}$
3.1. Control de Inventario	Determinar si los materiales recibidos en bodega concuerdan tanto en tipo, cantidad y calidad según	Calificación del proveedor	-Procesos internos	$Calificación = \frac{Pedidos\ aceptados}{pedidos\ adjudicados}$

	especificaciones del plan de compras.			
3.2. Compras Institucionales	Determinar el porcentaje de ofertantes que cumplen con los requerimientos de la FOUES	Situación de las licitaciones	-Financiera - Procesos internos	$\frac{\text{Licitaciones adjudicadas}}{\text{Total de licitaciones}}$
3.4. Licitación de Servicios de Mantenimiento	Determinar el porcentaje de proveedores de servicios que cumplen con los requerimientos	Situación de las licitaciones	-Financiera - Procesos internos	$\frac{\text{Licitaciones adjudicadas}}{\text{Total de licitaciones}}$
3.5. Inventario de Materiales (Arsenal para clínicas)	Determinar si las requisiciones a bodega cumplen con los requisitos establecidos en cantidad y clase de insumo	Pedidos aceptados	- Procesos internos. - Clientes	$\text{pedidos aceptados} = \frac{\text{pedidos aceptados}}{\text{total de pedidos}}$
3.6. Control de Expedientes Clínicos	Determinar la solvencia de los estudiantes	Solvencia	-Procesos internos	$\text{solvencias} = \frac{\text{Estudiantes solventes}}{\text{Total de estudiantes}}$
Fuente: elaboración propia				

A continuación se presenta el cálculo individual de indicadores:

Tabla 11: calculo de indicadores para el plan de mantenimiento de la facultad

PROCESO	INDICADOR	PERSPECTIVA	FÓRMULA	Fechas cumplidas	Fechas planeadas	Cálculo
1.1 Plan de Mantenimiento de la Facultad	Efectividad en el cumplimiento del cronograma del plan de mantenimiento de equipos	- Clientes - Procesos internos	$E.C.C = \frac{\text{cantidad de fechas cumplidas}}{\text{cantidad de fechas planeadas}}$	Se contabilizaron 12 mantenimientos de equipos	Se cumplieron con 12 mantenimientos en las fechas estipuladas	$E.C.C = \frac{12}{12} = 1$ *Se realizan al 100% ya que son subcontratados con fechas estipuladas y se cumplen a cabalidad. No se han dado incidentes de no cumplimiento

Tabla 12: calculo de indicadores para dirección estratégica de clínicas

PROCESO	INDICADOR	PERSPECTIVA	FÓRMULA	Compras realizadas	Compras planeadas	Cálculo
1.2. Dirección Estratégica de Clínicas	Efectividad en el cumplimiento del plan de compras de la unidad.	- Clientes - Financiera	$E.P.C = \frac{\text{compras realizadas}}{\text{compras planeadas}}$			*No se cuenta con información para calcular el índice

Tabla 13: calculo de indicadores presupuestarios

PROCESO	INDICADOR	PERSPECTIVA	FÓRMULA	CANTIDAD GASTADA	CANTIDAD ASIGNADA	CALCULO
1.3. Control Presupuestario (PEP)	Efectividad en el cumplimiento del presupuesto de las compras de la facultad.	- Financiera	$E.P = \frac{\text{cantidad gastada en compras}}{\text{cantidad asignada en compras}}$	No se contaba con la cantidad gastada en compras, ya que esto esta automatizado en sistema y no hay acceso. Pero si con la cantidad gastada en el detalle de ejecución presupuestaria y financiera. Que incluye todas las cuentas incluyendo compras = egresos totales = 2,161,463.00	Asignación presupuestaria total = 2,125,353.	$E.P = \frac{2,161,463.00}{2,125,353.54} = 1.016$

Tabla 14: calculo de indicadores para programaciones clínicas

PROCESO	INDICADOR	PERSPECTIVA	FÓRMULA	ESTUDIANTES QUE FINALIZAN	ESTUDIANTES QUE INICIAN	CALCULO
2.1. Programaciones Clínicas	Efectividad de las programaciones de horas sociales.	- Clientes - Crecimiento y	$E.E.S = \frac{\text{Estudiantes que finalizaron}}{\text{Estudiantes que inician procesos}}$	50 estudiantes Se asegura que el	50 estudiantes	$E.P = 50/50 = 1.00$

		aprendizaje		100% de los estudiantes reciben su año social salen con este servicio		
	Calidad del servicio	Clientes	$Calidad = \frac{\text{servicios aceptables}}{\text{Total de servios}}$			*No se cuenta con información para realizar este cálculo
	Inconformidades en los servicios	-Clientes	$I = \frac{\text{Total de inconformidades}}{\text{cantidad de servicios}}$			*No se cuenta con información para realizar este cálculo
	Efectividad de la educación	-Aprendizaje - Procesos internos	$E. AP. = \frac{\text{Aprobados}}{\text{Total de estudiantes}}$	198 *se dice que globalmente los primeros ciclos sufren hasta un 30% de reprobados mientras que los últimos ciclos no presentan este inconveniente	242	$E. AP. = \frac{198}{242} = 0.82$

Tabla 15: calculo de indicadores para atención a pacientes

PROCESO	INDICADOR	PERSPECTIVA	FÓRMULA	CITAS RECIBIDAS A TIEMPO	TOTAL DE PROGRAMACIONES	CÁLCULO
2.2. Atención a pacientes	Efectividad de las programaciones de citas	- Clientes - Procesos internos	$E.P. = \frac{\text{citas recibidas a tiempo}}{\text{total de programaciones}}$	151	83	$E.P. = \frac{83}{151} = 0.55$

Tabla 16: Calculo de indicadores para control de inventario

PROCESO	INDICADOR	PERSPECTIVA	FÓRMULA	PEDIDOS ACEPTADOS	PEDIDOS ADJUDICADOS	CÁLCULO
3.1. Control de Inventario	Calificación del proveedor	-Procesos internos	$\text{Calificación} = \frac{\text{Pedidos aceptados}}{\text{pedidos adjudicados}}$	*todos los pedidos se aceptan, se dijo que no hay devoluciones y sin un artículo no cumple con especificaciones se redacta carta a UACI para que se acepte.		*no existen datos para calcular este índice

Tabla 17: calculo de indicadores para compras institucionales

PROCESO	INDICADOR	PERSPECTIVA	FÓRMULA	LICITACIONES ADJUDICADAS	TOTAL DE LICITACIONES	CÁLCULO
3.2. Compras Institucionales	Situación de las licitaciones	- Financiera - Procesos internos	$\text{Licitaciones} = \frac{\text{Licitaciones adjudicadas}}{\text{Total de licitaciones}}$	*Se dice que este dato solo está disponible por la UACI		*no se encuentra información disponible para cálculo de este índice

Tabla 18: Calculo de indicadores para licitación de servicios de mantenimiento

PROCESO	INDICADOR	PERSPECTIVA	FÓRMULA	LICITACIONES ADJUDICADAS	TOTAL DE LICITACIONES	CÁLCULO
3.4. Licitación de Servicios de Mantenimiento	Situación de las licitaciones	-Financiera - Procesos internos	$\frac{\text{Licitaciones adjudicadas}}{\text{Total de licitaciones}}$	*Se dice que este dato solo está disponible por la UACI		*no se encuentra información disponible para el cálculo de este índice

Tabla 19: Calculo de indicadores para arsenal de clínicas

PROCESO	INDICADOR	PERSPECTIVA	FÓRMULA	PEDIDOS ACEPTADOS	TOTAL DE PEDIDO	CÁLCULO
3.5. Inventario de Materiales (Arsenal para clínicas)	Pedidos aceptados	- Procesos internos. - Clientes	$\frac{\text{pedidos aceptados}}{\text{total de pedidos}}$	*se dice que la totalidad de materiales para arsenal es aceptado, y es demasiado raro que haya material rechazado		*no se encuentra información disponible para el cálculo de este índice

Tabla 20: Calculo de indicadores para control de expediente clínico

PROCESO	INDICADOR	PERSPECTIVA	FÓRMULA	ESTUDIANTES SOLVENTES	TOTAL DE ESTUDIANTES	SOLVENCIA
3.6. Control de Expedientes Clínicos	Solvencia	- Procesos internos	$\text{solvencias} = \frac{\text{Estudiantes solventes}}{\text{Total de estudiantes}}$	$\text{Estudiantes solventes} = 50$	$\text{Total de estudiantes} = 250$	$\text{solvencias} = \frac{50}{250} = 0.2$ *Insolvencias en su mayoría por biblioteca, en la finalización del ciclo en su mayoría los estudiantes siempre pagan las insolvencias

4. INVESTIGACIÓN DE CAMPO

4.1. Objetivos De La Investigación De Campo

4.1.1. Objetivo General

- Investigar la situación actual de las áreas seleccionadas de la Facultad de Odontología de la Universidad de el Salvador.

4.1.2. Objetivos Específicos

- Realizar el levantamiento y clasificación de los procesos internos de la FOUES.
- Conocer la satisfacción de los clientes externos de las clínicas intra murales de la FOUES.
- Establecer la brecha existente entre los requisitos dela norma ISO 9001:2008 y la situación actual.
- Diseñar la conceptualización del diseño de la siguiente etapa en base a los hallazgos.

4.1.3. Clientes FOUES

Los clientes de la facultad de odontología son personas de tres años en adelante que necesitan algún tipo de tratamiento odontológico de bajo costo y que están en la disposición de recibir atención la atención médica necesaria a través de cada una de las etapas en los servicios de la facultad.

Dichos clientes deben ser puntuales con la programación de sus citas

4.1.3.1. Descripción de los servicios a clientes externos

4.2. Descripción del servicio

La Dirección de Clínicas (DC) es la instancia que vela por la programación y ejecución de las actividades prácticas (a nivel de laboratorios y clínico), que están contempladas en el plan curricular de la carrera de Doctorado en Cirugía Dental, de la Facultad de Odontología. Esta instancia junto a la Dirección de Educación Odontológica, constituyen una alianza para el desarrollo de las tres

funciones básicas de la Universidad de El Salvador: Docencia, Investigación y Proyección Social, bajo la supervisión del Vice-Decanato.

La DC se divide en: Clínicas Intramurales, Área Extramural y Centro de Imágenes. Las Clínicas Intramurales y el Área Extramural, son dirigidas por una jefatura respectivamente y el Centro de Imágenes por un coordinador. En su totalidad el personal que labora para la DC está integrado por:

- ❑ 48 Docentes
- ❑ 2 Secretarías de Departamento
- ❑ 2 Colaboradoras Administrativas
- ❑ 1 Secretaria Auxiliar
- ❑ 3 Archivo
- ❑ 1 Colecturía
- ❑ 1 Información
- ❑ 4 Descontaminación y Esterilización
- ❑ 5 Arsenalistas
- ❑ 13 Asesores Académicos
- ❑ 1 Estudiante en Servicio Social

Las Clínicas Intramurales comprenden las instalaciones para atender la demanda de atención odontológica de los pacientes adultos y niños de la población. Éstas integran la parte administrativa y las clínicas propiamente dichas, subdivididas por áreas específicas según los servicios ofrecidos a la población. Éstas áreas clínicas son: Diagnóstico, Periodoncia, Prevención, Endodoncia, Restaurativa, Cirugía-Medicina Bucal y Odontología Infantil.

Es importante destacar que las atenciones odontológicas son ejecutadas por los estudiantes programados en las clínicas según requisitos establecidos por los diferentes programas curriculares.

Asimismo, la DC controla el material gastado por cada procedimiento clínico realizado por el estudiante, emitiendo la solvencia correspondiente para la inscripción de los cursos académicos y proyecta las necesidades de material y equipo de acuerdo a la demanda atendida.

El Área Extramural representa la Proyección Social de la Facultad de Odontología y comprende: Programas Preventivos Comunitarios, Clínicas del Sistema Nacional de Salud, Clínica Extramural Santa Ana, Proyectos Académicos Especiales y Actividades de Participación con Municipalidades y otras Instituciones.

Dentro de las actividades realizadas en las Clínicas del Sistema Nacional de Salud, se cuenta con la supervisión de los Odontólogos responsables de las Clínicas de Salud Bucal de distintas Unidades de Salud y por los Odontólogos del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital Nacional Rosales.

El Centro de Imágenes suple las necesidades de las Clínicas Intramurales en cuanto a la toma de radiografías extra orales y cubre las referencias emitidas por el Sistema Nacional de Salud y Clínicas Privadas. El trabajo realizado por este centro apoya las áreas de docencia e investigación.

4.3. Infraestructura

- **Edificio No. 1:** Oficinas Docentes – Administrativas
- **Edificio No. 2:** Instalaciones Clínicas y de laboratorio

Instalaciones Clínicas:

- ❑ 122 puestos de trabajo clínico para uso de estudiantes
- ❑ 1 puesto de trabajo Clínico para demostraciones docentes
- ❑ 9 aparatos de Rx

Centro de Imágenes:

- ❑ 1 Equipo Digital para toma de Radiografías Panorámicas y Cefalometría
- ❑ 2 aparatos para toma de Radiografía periapical
- ❑ 1 Procesador automático de revelado

Laboratorios:

- ❑ 1 de usos múltiples con capacidad para 100 alumnos
- ❑ 1 laboratorio de Habilidades y destrezas, dotado con 40 simuladores.

Tercer Nivel del Edificio de Aulas de Ciencias de la Salud:

- ❑ 7 aulas
- ❑ 7 salas de discusión.

Auditórium: capacidad de 275 alumnos

4.4. Proceso regular de atención en clínicas

En el proceso de atención odontológica en la cual estudiantes son evaluados en su desempeño como odontólogos, las clínicas en las universidades siguen más o menos un patrón. El cual se describe a continuación:

1. Los pacientes abren su expediente para luego ser llamados.
2. Ocurre la citación de los pacientes antes que el proceso de diagnóstico comience, la citación es realizada por el personal de citas de la clínica. Los pacientes contactan la Clínica Odontológica Universitaria por teléfono o personalmente y se le da una primera cita para el Servicio pertinente.
3. Una vez que el paciente acude a la Clínica para la primera consulta previa cita, aguarda en la sala de espera a ser acompañado por el alumno o profesor a la consulta, para su exploración y clasificación.
4. A través del Servicio de Diagnostico se produce el ingreso de los pacientes adultos a las diferentes Áreas o Clínicas, previo Diagnóstico y Evaluación de ellos. Se realizan algunas atenciones de Urgencias se realizan sin este paso, posteriormente se vuelve al proceso normal de atención al paciente.
5. Los alumnos de tercer y cuarto año, respaldados por un equipo multidisciplinario de profesionales, comienzan su ciclo pre-clínico, lo que permite una relación temprana con el paciente y sus necesidades.
6. Luego los pacientes son integrados en distintos grupos de atención de acuerdo a un nivel académico definido por la sintomatología del paciente, este es catalogado por un SOFTWARE AUTOMÁTICAMENTE (en el año 2011) o por una UNIDAD DE CLASIFICACIÓN DEL PACIENTE ADULTO, integrado por doctores odontólogos o estudiantes con la capacidad técnica necesaria.
7. Para sus segundas citas, los pacientes son citados por el personal de ventanilla de citas de acuerdo con las especificaciones de tratamiento solicitadas por la unidad de clasificación de pacientes.
8. El paciente citado para segunda consulta se dirige al mostrador de Recepción para confirmar su cita, en el caso de que venga ya en sucesivas consultas se le comprobará el abono del pago y se le indicará que espere en la sala de espera.

9. El alumno se dirige al mostrador de Recepción de donde retirará la historia clínica de su paciente asignado y lo recogerá en la sala de espera para acompañarlo a la consulta correspondiente.
10. Una vez finalizado el tratamiento, el alumno acompaña al paciente a la ventanilla de citas, devuelve la historia clínica y da indicaciones al personal de ventanilla de citas de futuras citas, así como el tratamiento previsto para realizar siempre con el visto bueno del profesor. Citas podrá dar cita al paciente en ese mismo momento y hacer entrega del presupuesto del tratamiento.
11. La planificación diaria de citas es confeccionada por el personal de ventanilla de citas con información digerida por la unidad de clasificación de pacientes.
12. Los alumnos conocen con suficiente antelación su agenda diaria de citas, que consultan al igual que los profesores en Citas ya que esta área tiene que contar con esta información de las programaciones de citas siempre.
13. Las historias clínicas se archivan en el archivo destinado a tal efecto, al que sólo tendrá acceso el personal autorizado, alumnos solo están autorizados a devolver el expediente.

4.5. Fotografías de las áreas de la clínica

Tabla 21: Fotografías de las áreas de la FOUES

NOMBRE DEL ÁREA	FOTOGRAFÍA
ÁREA DE RECEPCIÓN: en esta área se encuentra el archivo de pacientes y la sala de espera a clínicas.	

ÁREA UTILIZADA PARA POSGRADOS: el área de posgrados es utilizada por los alumnos de estas especialidades para atender apacientes.



ÁREA DE CLÍNICAS DE ADULTOS: en esta área son atendidos exclusivamente a pacientes mayores de edad.



ÁREA DE ESTERILIZACIÓN: en esta área se esterilizan todos los utensilios y equipo de atención a pacientes.



ARSENAL: el arsenal o bodega de suministros es en donde se almacenan los materiales utilizados para dar tratamiento a los pacientes de las diferentes especialidades.



Fuentes: Elaboración propia

5. DISEÑO DEL INSTRUMENTO

5.1. Diseño Del Instrumento Para Usuarios Externos

5.1.1. Identificación del Universo.

- Las personas encuestadas serán clientes efectivamente atendidos en las clínicas FOUES.
- La edad promedio de los posibles clientes oscilará entre edades de 18-65 años ya que los menores de edad irán acompañados por sus padres.
- No se hará distinción entre personas económicamente activas o desempleadas.
- Las personas encuestadas podrán ser hombres o mujeres.

5.1.2. Cantidad de pacientes efectivamente atendidos

A continuación se detallan los datos estadísticos representados en gráficas; de la atención odontológica realizada en las diferentes áreas clínicas, en los cuales muestra el trabajo de los tutores; encargados de supervisar y evaluar el proceso de aprendizaje de cada uno de los estudiantes en el abordaje de los pacientes que demandan el servicio.

Tabla 22: Estadísticas de pacientes efectivamente atendidos

Área	2009	2010	2011	2012
DIAGNOSTICO	343	370	500	333
PERIODONCIA	413	600	377	318
ENDODONCIA	261	319	337	283
RESTAURATIVA	643	563	794	704
CIRUGÍA	269	457	369	369
ODONTOPEDIATRIA	274	200	286	286
ORTODONCIA		71	121	121
TOTAL	2203	2580	2784	2414

Esta tabla se refiere a los pacientes a los que efectivamente se les realizó el tratamiento solicitado y que por ende pasaron todas las etapas del proceso hasta devolver nuevamente el expediente del paciente a archivo.

5.1.3. Características de los pacientes

- Los pacientes entrevistados deberán ser mayores de edad.
- Los pacientes deberán de haber recibido tratamiento en cualquiera de las siete áreas de atención odontológica.
- Los pacientes podrán ser madres o padres del paciente en el caso de ser atención pediátrica.

5.1.4. Necesidad de los servicios de odontología

En la actualidad los avances en la **odontología** permiten, no sólo conservar mejor las piezas dentales, sino también que algunas de ellas sean reemplazadas de tal manera que parezcan reales, es primordial desarrollar un cuidado adecuado de la dentadura, mantener la salud bucal y procurar tener la menor cantidad posible de complicaciones.

El cuidado no implica solamente a la dentadura, sino también la lengua, encías, labios y todo lo relacionado a la boca, que es el sitio del cuerpo por donde ingresan los alimentos que nutren y hacen posible una vida saludable.

Es por ello que la población de cualquier clase social o edad debe de tener una salud bucal aceptable ya que la base de la nutrición y la buena salud es la boca.

5.1.5. Consideraciones adicionales del encuestado:

- Las personas encuestadas deberán cumplir con el rango de edades antes mencionado.
- Las personas entrevistadas deben pueden o no ser trabajadores remunerados.
- El entrevistado deberá tener la disposición de llenar la encuesta.
- No existirá restricciones en cuanto al sexo de los entrevistados.
- No se hará distinción geográfica.

5.1.6. Segmentación de mercado

Las personas encuestadas serán única y exclusivamente pacientes de las clínicas odontológicas FOUES, ya que el interés del estudio es conocer datos relevantes de la satisfacción de estos al recibir los servicios en las clínicas de la Universidad de El Salvador.

5.1.7. Cálculo del tamaño de la muestra

Para determinar el tamaño de la muestra se hace uso de la siguiente ecuación con el fin de obtener la muestra para poblaciones finitas:

$$n = \frac{z^2 N p q}{e^2 (N - 1) + z^2 p q}$$

Definiendo a:

z = Nivel de aceptación

N = Universo o población

p = Probabilidad a favor

q = Probabilidad en contra

e = Error de estimación (presión en los resultados)

n = Número de elementos (tamaño de la muestra)

5.1.8. Consideraciones

Nivel de aceptación: se refiere a la confiabilidad de la muestra, es decir la probabilidad que un valor de la muestra se ubique entre dos puntos específicos bajo la curva normal. Probabilidad de que la estimación efectuada se ajuste a la realidad.

Generalmente, se tomará un nivel de confianza de 95% ya que se considera común. Para este caso se tomara el valor de $z = 1.96$ para este nivel de confianza según tablas.

Universo: de acuerdo a la delimitación obtenida acerca de la cantidad de pacientes efectivamente atendidos se tiene un promedio anual de atención de 2,496 pacientes si se toman los datos desde el año 2009 hasta el año 2012.

Probabilidad a favor: es la probabilidad que la muestra sea representativa de la población. Por lo general se usa un estadístico poblacional para obtener esta probabilidad estimada. Y en casos en las que no Para el caso en que no se posee dicha información, se suele tomar un valor de $p = 0.50$, ya que este valor maximiza el tamaño de la muestra.

Probabilidad en contra: es el complemento de la probabilidad a favor, y para el presente caso tiene un valor de 0.50.

Error de estimación (precisión en los resultados): Es la diferencia entre un estadístico y su parámetro correspondiente. Es una medida de la variabilidad de las estimaciones de muestras repetidas en torno al valor de la población, nos da una noción clara de hasta dónde y con qué probabilidad una estimación basada en una muestra se aleja del valor que se hubiera obtenido por medio de un censo completo. Para el presente caso se utilizará un error de estimación del 9%, dado el tiempo para ejecutar la encuesta y el costo que generaría un error menor.

5.2. Cálculo del tamaño de la muestra:

Sustituyendo los datos en la formula tenemos

$$n = 113.24 \approx 114$$

5.3. Selección de la muestra probabilística

El método que se utilizara para la selección de la muestra será el Muestreo Aleatorio Simple debido a su practicidad y sencillez a la hora de ejecutarse.

5.3.1. Diseño del instrumento para clientes externos de las clínicas

Tabla 23: Diseño del instrumento

OBJETIVO	HIPÓTESIS	PREGUNTAS
1 Conocer si los clientes efectivamente atendidos en las clínicas FOUES se encuentran satisfechos con los servicios prestados dentro de las mismas.	Los clientes de las clínicas FOUES se encuentran totalmente satisfechos con los servicios brindados dentro de ellas.	¿Cómo considera el servicio recibido dentro de las clínicas odontológicas FOUES? (EXCELENTE, BUENO, REGULAR, MALO)
2 Conocer los factores que	Los entrevistados consideran que la	De los siguientes factores, enumere en orden de importancia (1 el más

determinan la calidad de los servicios FOUES	amabilidad es lo más importante. • Los entrevistados consideran que la higiene es el factor más importante. • Los pacientes consideran que el nivel de conocimientos de los estudiantes es lo más importante para un servicio de calidad. • Los pacientes consideran que las modernas instalaciones y equipo con el factor más importante para un servicios de calidad. • Los pacientes consideran que la rapidez en la atención es determinante para un servicio de calidad.	importante y 5 el menos importante) para determinar la calidad de los servicios de las clínicas FOUES (amabilidad, higiene, conocimientos del estudiante, tecnología e infraestructura, rapidez en el servicio)
3. comparar la calidad de los servicios odontológicas de las clínicas FOUES con otras clínicas de carácter publico	• En comparación con otras clínicas las FOUES son mejores.	En ocasiones anteriores ¿ha solicitado servicios odontológicos en clínicas públicas? ¿En comparación a los servicios recibidos anteriormente como considera los de las clínicas FOUES? (Mucho mejor, Algo Mejor, Más o menos igual, Algo peor, Mucho peor, No lo sé)
4. conocer si un paciente efectivamente atendido volvería a buscar los servicios de las	• Los pacientes efectivamente atendidos no volverán a buscar los servicios de las clínicas FOUES.	¿Volvería usted a solicitar los servicios de las clínicas FOUES? (sí, no, no se)

clínicas FOUES		
5 conocer si un paciente atendido en las clínicas FOUES recomendaría los servicios de esta a sus amigos y familiares.	• Los pacientes de las clínicas FOUES no recomiendan los servicios de las clínicas FOUES.	¿Recomendaría los servicios de las clínicas FOUES a sus amigos y familiares?
6 Determinar aspectos de mejora en la calidad de los servicios de las clínicas FOUES.	• La amabilidad en el servicio es un factor que definitivamente debe mejorar. • La limpieza de los equipos e instalaciones se encuentra en los más altos niveles de higiene. • Los conocimientos de los estudiantes y profesores que atienden las clínicas FOUES son excelentes. • La rapidez en el servicio de la FOUES debe mejorar. • La tecnología en los equipos e infraestructura deja mucho que desear en el servicio.	Cuáles de estos factores necesita mejorar la FOUES dentro de la atención a pacientes para brindar un servicio de calidad: (amabilidad, conocimientos, higiene, rapidez, tecnología otros)

5.3.2. Cuestionario para clientes externos de la FOUES

1. ¿Fue usted atendido en algún área de las clínicas de la FOUES?

SI ____ NO ____ (fin de la encuesta)

2. ¿Cómo considera el servicio recibido dentro de las clínicas odontológicas FOUES?

EXCELENTE ____ BUENO ____ REGULAR ____ MALO ____

3. De los siguientes factores, enumere en orden de importancia (1 el más importante y 5 el menos importante) para determinar la calidad de los servicios de las clínicas FOUES :

- ☐ Amabilidad ____.
- ☐ Higiene ____.
- ☐ Conocimientos del estudiante ____.
- ☐ Tecnología e infraestructura ____.
- ☐ Rapidez en el servicio ____.

4. En ocasiones anteriores ¿Ha solicitado servicios odontológicos en clínicas públicas?

Si ____ (pase a la pregunta 5) No ____ (pase a la pregunta 6)

5. ¿En comparación a los servicios recibidos anteriormente como considera los de las clínicas FOUES?

- ☐ Mucho mejor
- ☐ Algo Mejor
- ☐ Más o menos igual
- ☐ Algo peor
- ☐ Mucho peor
- ☐ No lo sé

6. ¿Volvería usted a solicitar los servicios de las clínicas FOUES?

Si ____ No ____

7. ¿Recomendaría los servicios de las clínicas FOUES a sus amigos y familiares?

Si ____ No ____

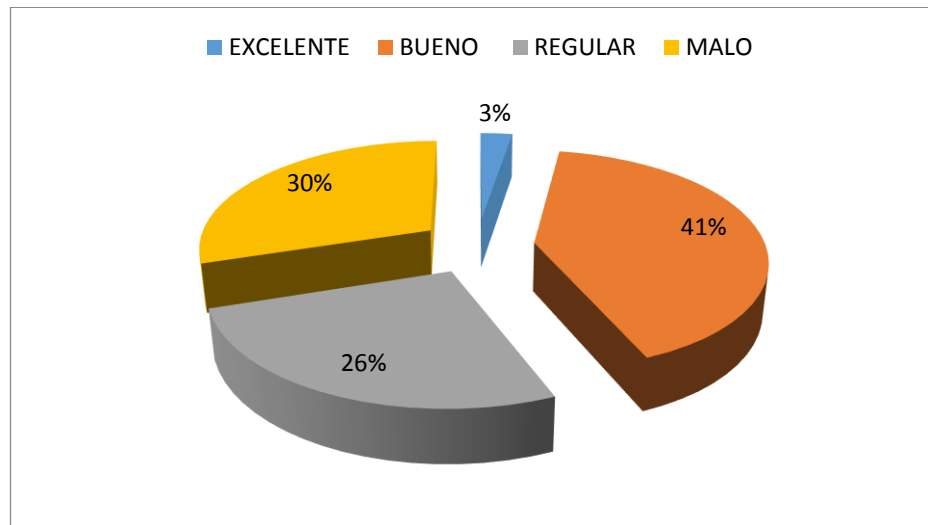
8. ¿Cuáles de estos factores necesita mejorar la FOUES dentro de la atención a pacientes para brindar un servicio de calidad:

- ☐ Amabilidad
- ☐ Conocimiento del estudiante
- ☐ Higiene
- ☐ Rapidez en el servicio
- ☐ Tecnología
- ☐ Otros _____. Explique_____.

5.4. Tabulación de cuestionario de clientes externos

1. ¿Fue usted atendido en algún área de las clínicas de la FOUES? (pregunta de descarte).
2. ¿Cómo considera el servicio recibido dentro de las clínicas odontológicas FOUES?

	RESPUESTAS	PORCENTAJE
EXCELENTE	3	2.6 %
BUENO	47	41.2 %
REGULAR	30	26.3 %
MALO	34	30 %

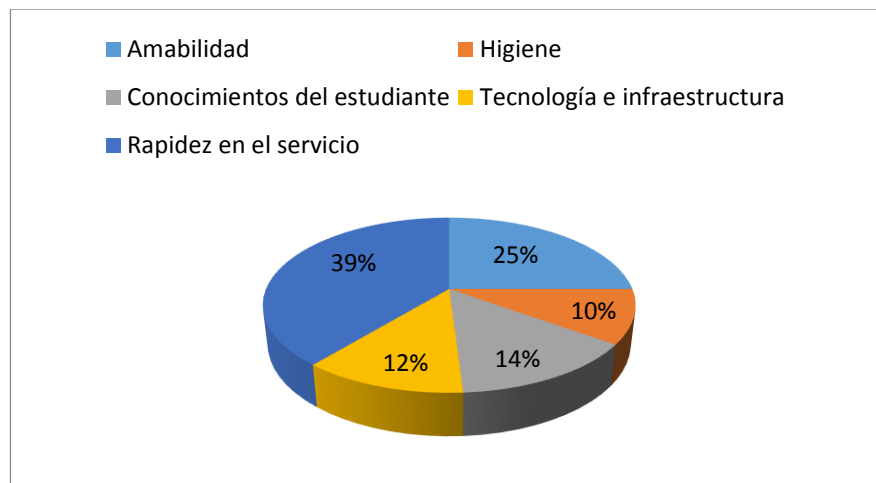


La mayoría de pacientes cataloga los servicios dentro de las clínicas FOUES de regular a malo en un 56.3%.

3. De los siguientes factores, enumere en orden de importancia (1 el más importante y 5 el menos importante) para determinar la calidad de los servicios de las clínicas FOUES :

- ❑ Amabilidad _____.
- ❑ Higiene _____.
- ❑ Conocimientos del estudiante _____.
- ❑ Tecnología e infraestructura _____.
- ❑ Rapidez en el servicio _____.

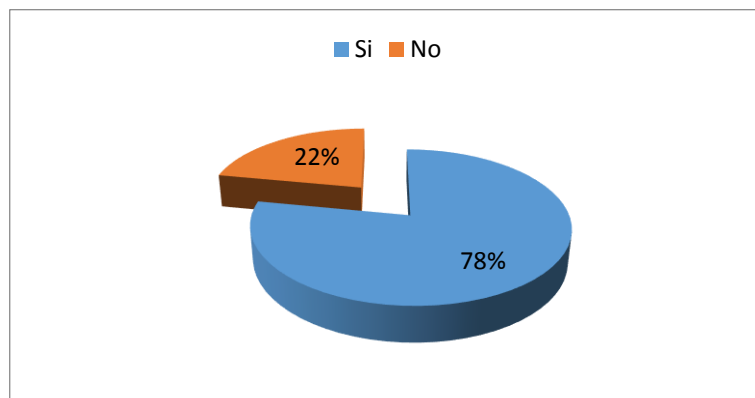
Respuesta	Cantidad	Porcentaje
Amabilidad	25	25%
Higiene	10	10%
Conocimientos del estudiante	14	14%
Tecnología e infraestructura	12	12%
Rapidez en el servicio	39	39%



Factores tales como la amabilidad y la rapidez en el servicio son los más importantes para las pacientes que visitan las clínicas FOUES.

4. En ocasiones anteriores ¿Ha solicitado servicios odontológicos en clínicas públicas?

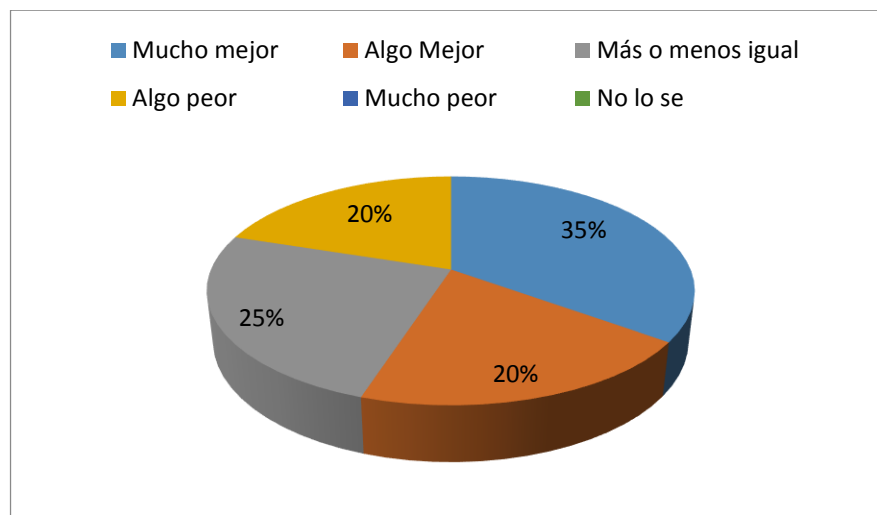
	Respuestas	Porcentaje
Si	89	78%
No	25	22%



La mayoría de pacientes que son atendidos dentro de las clínicas FOUES han asistido también a otro tipo de clínicas públicas.

5. ¿En comparación a los servicios recibidos anteriormente como considera los de las clínicas FOUES?

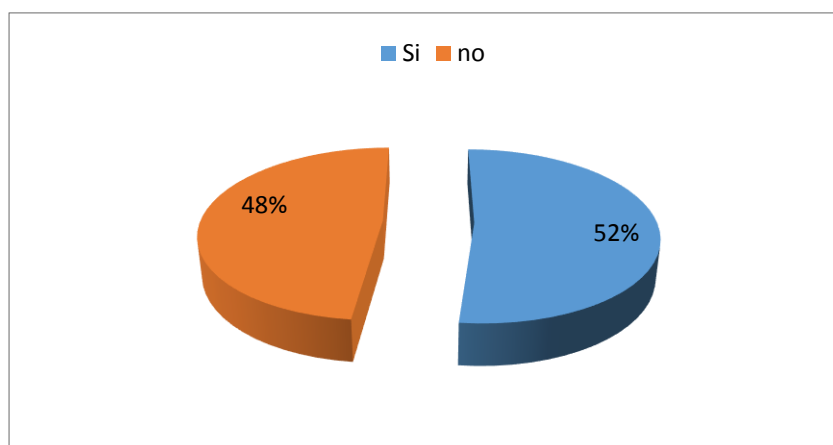
	RESPUESTA	PORCENTAJE
Mucho mejor	12	12%
Algo Mejor	14	14%
Más o menos igual	25	25%
Algo peor	20	20%
Mucho peor	10	10%
No lo se	9	9%



El 39% califica a los servicios de las clínicas FOUES como algo peor que los recibidos anteriormente.

6. ¿Volvería usted a solicitar los servicios de las clínicas FOUES?

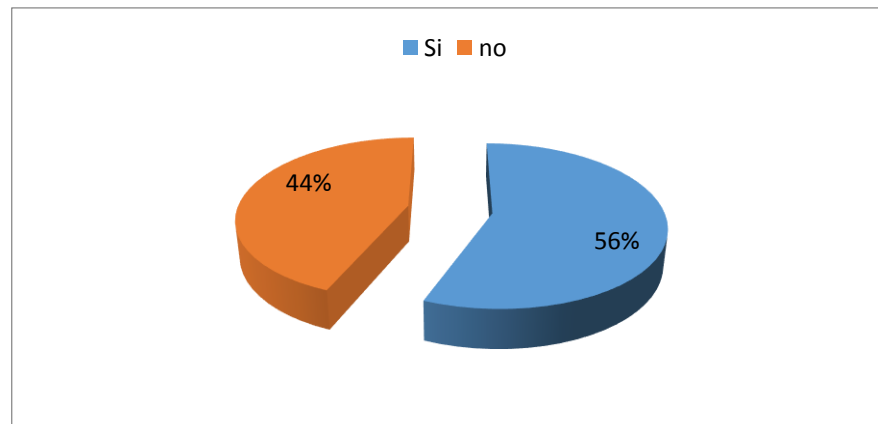
Respuesta	Cantidad de respuestas	Porcentaje de respuestas
Si	59	52%
No	48	48%



El 48% de los pacientes considera que no volverá a utilizar los servicios de la FOUES.

7. ¿Recomendaría los servicios de las clínicas FOUES a sus amigos y familiares?

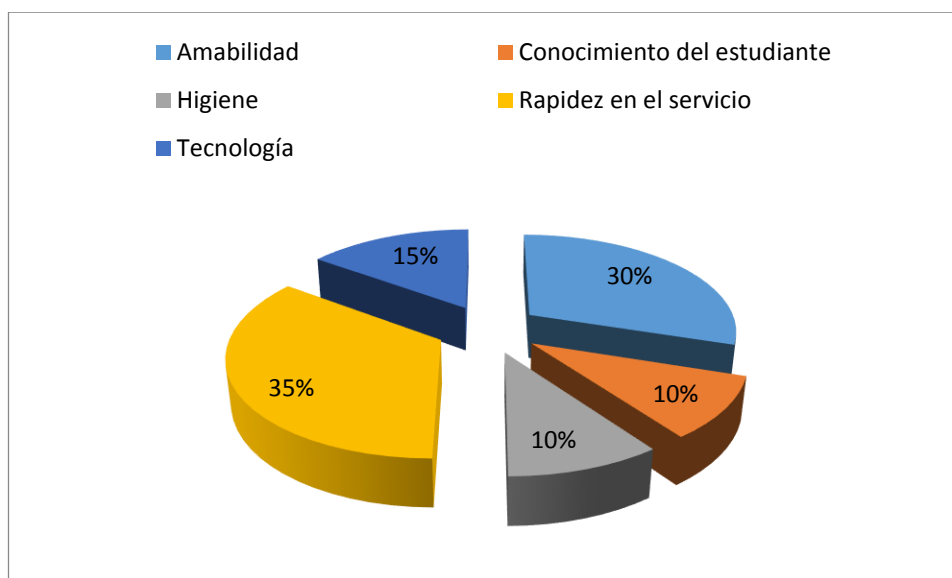
	Respuestas	Porcentaje
Si	64	56.1%
No	50	43.8%



El 43% de los pacientes no recomendaría a las clínicas FOUES como una opción para realizarse tratamientos odontológicos.

8. ¿Cuáles de estos factores necesita mejorar la FOUES dentro de la atención a pacientes para brindar un servicio de calidad:

	RESPUESTAS	PORCENTAJE
Amabilidad	30	30%
Conocimiento del estudiante	10	10%
Higiene	10	10%
Rapidez en el servicio	35	35%
Tecnología	15	15%



La amabilidad y la rapidez en el servicio son características que mayormente influyen a las personas al momento de recibir un servicio odontológico dentro de las clínicas FOUES.

5.5. Cuestionario para determinación de la brecha

5.5.1. Criterios para la elaboración del Cuestionario General basado en la Norma ISO 9001:2008: Requisitos Considerados

Tabla 24 Selección de los numerales de la norma ISO 9001:2008 para el diseño del cuestionario

NUMERAL DE LA NORMA	OBJETIVOS DE SU UTILIZACIÓN
4.1 Requisitos generales	Conocer si la FOUES cumple con los requisitos generales necesarios de la norma ISO 9001:2008 acerca de la identificación de procesos etc.
4.2 Requisitos de la documentación	
4.2.1 Generalidades	Conocer si la FOUES cuenta con los requisitos de documentación establecidos por la norma ISO 9001:2008.
4.2.2 Manual de la calidad	Conocer si la FOUES cuenta con un manual de calidad
4.2.3 Control de los documentos	Conocer si se lleva algún tipo de control en los documentos y si estos se encuentran estandarizados y actualizados.
4.2.4 Control de los registros	Identificar si la FOUES cuenta con un control correcto y documentado de los registros.
5. Responsabilidad de la dirección	
5.1 Compromiso de la dirección	Conocer si la alta dirección (decanato, junta directiva y dirección de planificación) se encuentran comprometidos con los servicios de la facultad

	y de los programas de desarrollados en el ámbito de calidad y eficiencia de los procesos y servicios, asegurándose de la disponibilidad de recursos e información, revisando periódicamente y estableciendo objetivos claros.
5.2 Enfoque al cliente	Identificar si se conocen los requisitos de los clientes y se trabaja en pro de la satisfacción del mismo.
5.3 Política de Calidad	Establecer si la alta dirección trabaja en base a una política de calidad establecida correctamente y de acuerdo a la misión y visión de la FOUES, que proporcione un marco de referencia para lograr los objetivos y esta a su vez es correctamente revisada y comunicada a todos los miembros que la conforman
5.4 Planificación	
5.4.1 Objetivos de la calidad	Conocer si se poseen objetivos de calidad que estén acorde a la política, misión y visión además de enfocarse a los servicios prestados en la FOUES.
5.4.2 Planificación del sistema de gestión de la calidad	Conocer si la facultad cuenta con una planificación del sistema de gestión de calidad
5.5 Responsabilidad, autoridad y comunicación	
5.5.1 Responsabilidad y autoridad	Conocer si las responsabilidades y autoridades están correctamente definidas y comunicadas a toda la organización.
5.5.2 Representante de la dirección	Conocer si la FOUES cuenta con un representante de la alta dirección que se asegure del funcionamiento correcto del sistema de gestión de calidad.
5.5.3 Comunicación interna	Identificar si la comunicación interna de la FOUES se lleva a cabo con eficacia.
5.6 Revisión por la dirección	
5.6.1 Generalidades	Conocer si la alta dirección realiza revisiones planificadas y calendarizadas del sistema de gestión de calidad.
5.6.2 Información de entrada para la revisión	Conocer si son utilizadas como retroalimentación los resultados de auditorías, requisitos del cliente, desempeño de los procesos para la revisión del funcionamiento del sistema de gestión de calidad.
5.6.3 Resultados de la revisión	Conocer si las revisiones realizadas por al alta dirección incluye la planificación de acciones de mejora.
6 Gestión de los recursos	
6.1 Provisión de recursos	Conocer si la FOUES cuanta con los recursos necesarios para mantener el sistema de gestión de calidad e incrementar la satisfacción de los clientes.
6.2 Recursos humanos	
6.2.1 Generalidades	Verificar si al institución cuenta con el personal idóneo para la realización

	del trabajo tanto en capacidad como en formación académica.
6.2.2. Competencia, formación y toma de conciencia	Verificar si la selección del personal se realiza en base a la formación profesional y se posee la documentación de acuerdo a estos requerimientos.
6.3. Infraestructura	Identificar si la FOUES posee la infraestructura necesaria para la prestación adecuada de los servicios ofertados por la misma.
6.4. Ambiente de trabajo	Investigar acerca de si el ambiente de trabajo es adecuado para las labores de cada una de las áreas seleccionadas.
7 Realización del producto	
7.1 Planificación de la realización del producto	Establecer si los procesos y servicios prestados por la FOUES son planificados previamente y además se establecen los requisitos de los mismos.
7.2 Procesos relacionados con el cliente	
7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el servicio	Identificar si la organización conoce los requisitos de los clientes y estos requisitos son a su vez cumplidos.
7.2.1 Revisión de los requisitos relacionados con el servicio	Determinar si la FOUES ha revisado los requisitos de los clientes y se trabaja en base a ellos.
7.2.3 Comunicación con el cliente	Conocer si existe algún medio de comunicación eficaz que permita a la alta dirección mantener contacto con los clientes.
7.3 diseño y desarrollo	
7.3.1 Planificación del diseño y desarrollo	Comprobar si se planifica y controla el diseño y desarrollo de los servicios de la FOUES
7.3.2 Elementos de entrada para el diseño y desarrollo	Comprobar si se toman en cuenta como elementos para el diseño y desarrollo de los servicios los requisitos de los clientes.
7.3.3 Resultados del diseño y desarrollo	Identificar si se verifican los resultados del diseño y desarrollo de los servicios de la FOUES.
7.3.4 Revisión del diseño y desarrollo	Conocer si se revisa la capacidad de los resultados del diseño y desarrollo para satisfacer los requisitos de los clientes
7.3.5 Verificación del diseño y desarrollo	Conocer si se verifica que los resultados concuerdan con los elementos de entrada del diseño y desarrollo de los servicios concuerdan con l
7.3.6 Validación del diseño y desarrollo	Conocer si se verifica que el diseño y desarrollo es capaz de satisfacer los requisitos de los clientes de la FOUES
7.3.7 Control de los cambios del diseño y desarrollo	Conocer si los cambios en el diseño y desarrollo se registran y documentan.
7.4 Compras	

7.4.1 Proceso de compras	Verificar si las compras se realizan en base a los requisitos y licitaciones previamente establecidas.
7.4.2 Información de las compras	Conocer si la información sobre las compras está documentada y si existe inspección de los productos comprados para verificar que cumplan con los requerimientos establecidos previamente
7.4.3 Verificación de los productos comprados	Identificar si se revisan los productos comprados asegurándose de que cumplan las características establecidas previamente.
7.5 producción y prestación del servicio	
7.5.1 Control de la producción y de la prestación del servicio	Comprobar si la prestación de servicios se lleva a cabo de forma controlada y se cuenta con documentación para su establecimiento y verificación.
7.5.2 Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio	Conocer si se valida la prestación del servicio a través de las revisiones de los procesos y equipos y de los requisitos de los clientes.
7.5.3 Identificación y trazabilidad	Identificar si puede conocerse el estado de los procesos en todas sus etapas.
7.5.4 Propiedad del cliente	Verificar si la FOUES vela por brindar servicios que no dañen la integridad física de los clientes así como cuidar la información referente a los expedientes de los mismos.
7.5.5 Preservación del producto	Conocer si se garantiza la integridad física de los clientes de la FOUES
7.6 CONTROL DE LOS EQUIPOS DE SEGUIMIENTO Y DE MEDICIÓN	Conocer si la FOUES realiza el seguimiento y control de los servicios prestados con el fin de determinar si estos cumplen con los requisitos establecidos.
8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA	
8.1 Generalidades	Conocer si la FOUES implementa los procesos de medición análisis y mejora de los procesos y procedimientos, además de implementarlos para el funcionamiento del sistema de gestión de calidad.
8.2 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN	
8.2.1 Satisfacción del cliente	Conocer si se realizan seguimientos para identificar la percepción de los clientes en cuanto al servicio y si se utilizan los métodos adecuados para ello.
8.2.2 Auditoría interna	Verificar si se llevan a cabo las auditorías internas y a intervalos planificados
8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos	Determinar si se realiza un seguimiento adecuado y medición de los procesos que ayude a determinar su eficiencia y eficacia.

8.2.4 Seguimiento y medición del producto (servicio)	Conocer si existe un seguimiento en la prestación del servicio que garantice la calidad del mismo.
8.3 Control del producto no conforme	Conocer si la FOUES realiza acciones para el control de las no conformidades (clientes insatisfechos) con el fin de corregir el servicio y eliminar las no conformidades.
8.4 Análisis de datos	Identificar si se recopilan datos con el fin de realizar mediciones en cuanto a procesos, satisfacción del cliente, conformidad de los requisitos y evaluación de proveedores.
8.5 Mejora	
8.5.1 Mejora continua	Identificar si la FOUES trabaja en busca de la mejora continua de la facultad.
8.5.2 Acción correctiva	Conocer si la FOUES toma acciones con el fin de eliminar las causas de las no conformidades.
8.5.3 Acción preventiva	Conocer si la FOUES realiza estudios con el fin de prevenir las no conformidades.

5.5.2. Consideraciones adicionales

Como consideración adicional en el diseño del instrumento, las preguntas cuyas respuestas se conozcan por parte del equipo de trabajo de esta investigación aparecerán marcadas en cada una de las encuestas.

De igual forma las preguntas que sean específicas para la evaluación de un sistema de gestión de calidad previamente establecido y cuyas respuestas sean conocidas de antemano estarán marcadas en cada uno de los cuestionarios (encuestas).

5.6. Hipótesis de la investigación

Una hipótesis es una suposición, una idea que puede no ser verdadera, basada en información previa. Su valor reside en la capacidad para establecer más relaciones entre los hechos y explicar el por qué se producen. Normalmente se plantean primero las razones claras por las que uno cree que algo es posible. Y finalmente ponemos: en conclusión. Este método se usa en el método científico, para luego comprobar las hipótesis a través de los experimentos o constatar a través de la observación directa.

5.6.1. Relación Hipótesis-Norma ISO 9001:2008.

A continuación se presentan las hipótesis iniciales relacionadas con cada una de las preguntas del cuestionario para el establecimiento de la brecha de la FOUES:

Tabla 25: Hipótesis sobre cumplimiento de la norma

NUMERAL DE LA NORMA	Pregunta	Hipótesis
4. SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	¿Se encuentran identificados los procesos internos de la facultad?	Los procesos de la facultad no están identificados.
4.1 Requisitos generales	¿Son identificados y controlan los procesos subcontratados externamente por la FOUES?	No son controlados los procesos sub contratados externamente
4.2 Requisitos de la documentación		
4.2.1 Generalidades	¿Cuenta la FOUES con una declaración documentada de visión? ¿Cuenta la FOUES con una declaración documentada de misión? ¿La FOUES cuenta con un manual de organización? ¿La FOUES cuenta con un manual de puestos? ¿La FOUES cuenta con un manual de funciones?	La facultad cuenta con una declaración documentada de visión. La facultad cuenta con una declaración documentada de visión. La facultad no cuenta con un manual de puestos. La facultad no cuenta con un manual de funciones

	¿La FOUES cuenta con un manual de procedimientos? ¿Los documentos antes mencionados y existentes en la FOUES están al alcance de todo el personal de la misma? ¿Los empleados de su unidad trabajan en base a procedimientos establecidos?	Los manuales no están a disposición de los empleados Los empleados trabajan en base a procedimientos establecidos
4.2.2 Manual de la calidad	¿Cuenta la FOUES con un manual de calidad? ¿El manual de calidad incluye el alcance del sistema de gestión de la calidad? ¿El manual incluye o cita a todos los procedimientos documentados? ¿El manual de calidad incluye una descripción de las interacciones entre los procesos de la facultad?	La FOUES no posee un manual de calidad.
4.2.3 Control de los documentos	¿Existe un procedimiento documentado para el control de los documentos tales como: manual de calidad, manual de funciones, manual de procesos etc.? ¿Existe una metodología documentada adecuada para la aprobación de los documentos tales como: manual de calidad, manual de funciones, manual de procesos etc.? ¿Existe una metodología documentada adecuada para la revisión y actualización de documentos? ¿Existe una metodología documentada adecuada para la identificación de los cambios de los documentos y el estado de la versión vigente? ¿Existe una metodología documentada adecuada para la distribución de los documentos que los haga disponibles en los puestos de	No existe un procedimiento documentado para el control de los documentos.

	trabajo? ¿Los documentos son legibles e identificables? ¿Existe una metodología adecuada para evitar el uso de documentos obsoletos? ¿Los documentos obsoletos han sido tratados según la metodología definida?	
4.2.4 Control de los registros	¿Existe un procedimiento documentado para el control de los registros en general? ¿Existe una metodología para la identificación, almacenamiento, protección, recuperación y disposición de los registros? ¿El procedimiento describe la conservación y protección de registros en formato digital? ¿Se realizan copias de seguridad de los registros informáticos?	No existe un procedimiento documentado para el control, almacenamiento, disposición de los registros de manera física o digital.
5. Responsabilidad de la dirección		
5.1 Compromiso de la dirección	¿La alta dirección comunica a la organización la importancia de satisfacer los requisitos de los clientes y los requisitos legales correspondientes a los servicios ofertados dentro de la FOUES? Existe un compromiso con la satisfacción de los usuarios de la FOUES por parte de la alta dirección: ¿La alta dirección establece los objetivos y políticas que tienen que ver con la calidad de los servicios brindados? Si su respuesta anterior fue “Sí”, se encarga la alta dirección de comunicarlos al resto de la FOUES ¿Se asegura la alta dirección de disponibilidad de recursos para un desempeño eficiente de los procesos en la FOUES?	La alta dirección no comunica al resto de la FOUES la importancia de la satisfacción de los clientes. La alta dirección se encarga de establecer objetivos y políticas en cuanto a los servicios de las clínicas FOUES

5.2 Enfoque al cliente	¿La alta dirección está realmente comprometida con el incremento de la satisfacción de los clientes? ¿Se cuenta con algún mecanismo de control que permita analizar la satisfacción de los clientes de la FOUES?	La alta dirección posee un compromiso genuino con la satisfacción de los clientes.
5.3 Política de Calidad	¿Se encarga la alta dirección (jefes de unidad y decanato) de la difusión de la misión y visión de la FOUES ¿Cuenta la Institución con objetivos y políticas de calidad establecidas? ¿Estas políticas y objetivos se encuentran acordes a la misión y visión de la FOUES? existe una persona o unidad delegada para velar por la calidad de los servicios de la institución	Los jefes de unidad y la alta dirección se encargan de la difusión de la misión y la visión de la facultad. La institución no cuenta con objetivos de calidad y políticas establecidas.
5.4 Planificación		
5.4.1 Objetivos de la calidad	¿Los objetivos de calidad son formulados para cada uno de los niveles de la FOUES? ¿Los objetivos de la calidad están de acuerdo a las directrices de la política de la FOUES? ¿Los objetivos son medibles y están asociados a un indicador? ¿Los objetivos se encuentran desarrollados en planes de actividades para su cumplimiento? ¿Se encuentran definidos los recursos, las fechas previstas y responsabilidades para las actividades del plan de objetivos?	La FOUES no posee objetivos de calidad
5.4.2 Planificación del sistema de gestión de la calidad	¿Se encuentran planificados los procesos del sistema de gestión de la calidad? ¿Se encuentran planificados los objetivos del sistema de gestión de la calidad?	No se encuentran identificados ni planificados los procesos del sistema de gestión de calidad

5.5 Responsabilidad, autoridad y comunicación		
5.5.1 Responsabilidad y autoridad	¿Están correctamente definidas las responsabilidades y autoridades dentro de las unidades de la FOUES? ¿Existe un documento que contenga un organigrama de la institución? ¿Las relaciones jerárquicas concuerdan realmente con las definidas en el organigrama?	Las autoridades y responsabilidades no están definidas correctamente. Existe un documento que contiene el organigrama de la facultad. Las relaciones jerárquicas no concuerdan con el organigrama.
5.5.2 Representante de la dirección	¿Se encuentra documentada la asignación de representante de la dirección a algún cargo o puesto de la organización? ¿Dentro de las responsabilidades del puesto de trabajo de representante de la dirección se incluye el aseguramiento del establecimiento, implementación y mantenimiento de los procesos del sistema? ¿Dentro de las responsabilidades del puesto de trabajo de representante de la dirección se incluye la de informar a la alta dirección sobre el desempeño del sistema y de las necesidades de mejora? ¿Dentro de las responsabilidades del puesto de trabajo de representante de la dirección se incluye la de asegurarse de la promoción de la toma de conciencia de los requisitos del cliente? ¿Existen evidencias documentadas del cumplimiento de las responsabilidades?	No existe un representante de la alta dirección.
5.5.3 Comunicación interna	¿Existe una eficaz comunicación interna en la FOUES que permita el buen desempeño de los procesos?	Dentro de la FOUES existe una eficaz comunicación
5.6 Revisión por la dirección		
5.6.1 Generalidades	¿Se encuentran definida la frecuencia de realización de las revisiones del sistema por la dirección?	No existen revisiones realizadas pro la alta dirección.

	¿Se incluye en el registro de informe de revisión el análisis de oportunidades de mejora, la necesidad de cambios en el sistema y el análisis de la política y los objetivos de la calidad? ¿Se identifican y mantienen los registros de la revisión por la dirección?	
5.6.2 Información de entrada para la revisión	¿El informe de revisión del sistema de gestión de calidad contiene los resultados de las auditorías internas? ¿El informe de revisión del sistema de gestión de calidad contiene los resultados de satisfacción del cliente y sus reclamos? ¿El informe de revisión contiene el análisis de indicadores de desempeño de cada uno de los procesos? ¿El informe de revisión del sistema de gestión de calidad contiene el estado de las acciones correctivas y preventivas? ¿El informe de revisión contiene el análisis de las acciones resultantes de revisiones anteriores? ¿El informe de revisión del sistema de gestión de calidad contiene la necesidad de cambios que afecten al sistema de gestión de la calidad? ¿El informe de revisión contiene las recomendaciones para la mejora?	No existen informes de revisiones realizadas por la alta dirección.
5.6.3 Resultados de la revisión	¿El informe de revisión del sistema de gestión de calidad contiene las decisiones y acciones relacionadas con la mejora de la eficacia del sistema de gestión de la calidad? El informe de revisión del sistema de gestión de calidad contiene las decisiones y acciones relacionadas con la mejora del producto? ¿El informe de revisión define los recursos necesarios para el desarrollo de estas acciones?	No existen informes de revisiones realizadas por la alta dirección.
6 Gestión de los recursos		

6.1 Provisión de recursos	¿Dispone la organización de los recursos necesarios para mantener el sistema de gestión de la calidad y aumentar la satisfacción del cliente?	No aplica
6.2 Recursos humanos		
6.2.1 Generalidades	¿Es el personal competente para la realización de sus trabajos? Se encuentra definida la competencia necesaria para cada puesto de trabajo teniendo en cuenta la educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas? ¿Existe un plan de formación o de logro de competencias? ¿Existe una metodología definida para la evaluación de la eficacia de las acciones formativas emprendidas? ¿Existen registros de plan de formación, competencia necesaria de cada puesto, ficha de empleado y actos o certificados de formación, o similares? ¿Existe evidencia documentada del cumplimiento de los requisitos de competencia para cada empleado de la organización?	El personal de la FOUES es competente para la realización de sus trabajos. Existen planes de formación de competencias para el personal. No existen evidencias del cumplimiento de los requisitos de competencias de los empleados
6.2.2.Competencia, formación y toma de Conciencia	¿La alta dirección se asegura de que el personal que se encuentra en cada puesto cumpla con los requerimientos en cuanto a formación académica y conocimientos para desempeñar dicho puesto o función? ¿Se tiene un plan de capacitación para el personal recién contratado? ¿Es realmente utilizado este plan? ¿Se cuenta con un plan de capacitación continua al personal? ¿Es realmente utilizado este plan? ¿Se llevan por escrito registros de estas capacitaciones?	La alta dirección se asegura de que el personal contratado cumpla con los requerimientos en cuanto a formación académica y conocimientos para desempeñar dicho puesto o función Se tiene un plan de capacitación de persona y es utilizado. No se lleva registro de los planes de capacitación y las jornadas.
6.3.Infraestructura	¿Se encuentra identificada la infraestructura necesaria (edificios, áreas, oficinas) y existente para la realización de los procesos de trabajo de	La infraestructura y edificios se encuentran debidamente

	la facultad? ¿Existen planes o rutinas de mantenimiento preventivo para cada uno de los equipos (equipos de clínicas, computadoras, etc.)? ¿Existen registros de las acciones de mantenimiento correctivo y preventivo para los equipos (equipos de clínicas, computadoras, etc.)? ¿Existe una metodología definida para la realización de estas tareas de mantenimiento?	identificados.
6.4. Ambiente de trabajo	¿Existe condiciones ambientales adecuadas para la realización del trabajo (temperatura, limpieza de las áreas, ordenamiento específico)?	La facultad cuenta con las condiciones adecuadas para que el personal pueda desempeñar su trabajo.
7 Realización del producto		
7.1 Planificación de la realización del producto	¿Existe una planificación de los servicios que presta la FOUES? ¿Esta planificación es realizada por los jefes de cada unidad?	No existe una planificación de los servicios que presta la FOUES.
7.2 Procesos relacionados con el cliente		
7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el servicio	¿Se encuentran documentados los requisitos de servicio del cliente, incluyendo condiciones de inicio y finalización del servicio en clínicas? ¿Se han definido requisitos no especificados por el cliente pero propios del servicio? ¿Existe una metodología definida para la determinación de estos requisitos?	No se encuentran documentados los requisitos de servicio del cliente, incluyendo condiciones de inicio y finalización del servicio en clínicas
7.2.1 Revisión de los requisitos relacionados con el servicio	¿Son revisados los requisitos relacionados con el servicio?	Los requisitos relacionados al servicio no son revisados.
7.2.3 Comunicación con el cliente	¿Existe una metodología que permita una comunicación eficaz con los clientes y/o alumnos de la facultad? ¿Se registran los resultados de satisfacción del cliente y sus quejas?	No existe una metodología que permita una comunicación eficaz con los clientes y/o alumnos de la facultad

7.3 diseño y desarrollo		
7.3.1 Planificación del diseño y desarrollo	¿La organización planifica y controla el diseño y desarrollo de los servicios que brinda la FOUES? ¿Existe una persona o unidad encargada del diseño y desarrollo de los servicios que brinda la FOUES?	La organización planifica no y controla el diseño y desarrollo de los servicios que brinda la FOUES No existe una persona o unidad encargada del diseño y desarrollo de los servicios que brinda la FOUES
7.3.2 Elementos de entrada para el diseño y desarrollo	¿Para el diseño y desarrollo de los servicios de la FOUES se tienen en cuenta los requisitos del cliente? ¿Para el diseño y desarrollo de los servicios de la FOUES se tienen en cuenta los requisitos legales correspondientes?	Para el diseño y desarrollo de los servicios de la FOUES se tienen en cuenta los requisitos del cliente y los requisitos legales correspondientes
7.3.3 Resultados del diseño y desarrollo	¿Los resultados del diseño y desarrollo de los servicios reflejan los verdaderos requisitos de los mismos?	Los resultados del diseño y desarrollo de los servicios reflejan los verdaderos requisitos de los clientes.
7.3.4 Revisión del diseño y desarrollo	¿Se evalúa la capacidad de los resultados diseño y desarrollo para cumplir con los requisitos de servicio? ¿Se realizan revisiones sistemáticas para identificar problemas y emprender las acciones necesarias?	No se evalúa la capacidad de los resultados diseño y desarrollo para cumplir con los requisitos de servicio
7.3.5 Verificación del diseño y desarrollo	¿Se realiza la verificación del diseño y desarrollo de los servicios bajo el enfoque del cumplimiento de lo planeado?	No se realiza la verificación del diseño y desarrollo de los servicios bajo el enfoque del cumplimiento de lo planeado
7.3.6 Validación del diseño y desarrollo	¿Se confirma que el diseño y desarrollo de los servicios cumplen con los requerimientos de los clientes?	No se confirma que el diseño y desarrollo de los servicios cumplen con los requerimientos de los clientes
7.3.7 Control de los cambios del diseño y desarrollo	¿se realizan cambios en el diseño y desarrollo de los servicios de la FOUES?	No se realizan cambios en el diseño y desarrollo de los servicios de la FOUES
7.4 Compras		
7.4.1 Proceso de compras	¿Son establecidos previamente los requisitos que deben cumplir los productos que planean comprarse? ¿Existen criterios de selección para proveedores? ¿Existe evidencia de los criterios que se utilizan para seleccionar a los	Los requisitos que deben cumplir los productos que planean comprarse son establecidos previamente. Existen criterios de selección para proveedores No existe evidencia de los criterios que se utilizan para

	proveedores?	seleccionar a los proveedores
7.4.2 Información de las compras	¿Los pedidos de compras (artículos, insumos, maquinaria, equipo, papelería) contienen información de los requisitos y especificaciones? ¿Existe una metodología y planeación acerca de los pedidos de compra?	Los pedidos de compras (artículos, insumos, maquinaria, equipo, papelería) contienen información de los requisitos y especificaciones No existe una metodología y planeación acerca de los pedidos de compra
7.4.3 Verificación de los productos comprados	¿Existe una metodología definida para la inspección de los productos comprados? ¿Son realmente inspeccionados los productos comprados al recibirlos?	Si existe una metodología definida para la inspección de los productos comprados
7.5 producción y prestación del servicio		
7.5.1 Control de la producción y de la prestación del servicio	Para la prestación de los servicios de la FOUES ¿existen instrucciones definidas o protocolos de trabajo?	No existen instrucciones definidas o protocolos de trabajo
7.5.2 Validación de los procesos de la producción y de la prestación del Servicio	¿Existen registros de la validación de los procesos?	No existen registros de la validación de los procesos
7.5.3 Identificación y trazabilidad	En el caso que se necesita, ¿es identificable el estado de un proceso (iniciado, en revisión, retroceso, etc.)?	No es identificable el estado de un proceso (iniciado, en revisión, retroceso, etc.
7.5.4 Propiedad del cliente	¿Se encarga la FOUES de identificar, archivar y proteger los datos de expediente tanto de alumnos como de los pacientes de la misma? ¿Se encarga la FOUES de verificar los datos de expediente tanto de alumnos como de los pacientes de la misma?	La FOUES se encarga de identificar, archivar y proteger los datos de expediente tanto de alumnos como de los pacientes de la misma La FOUES se encarga de verificar los datos de expediente tanto de alumnos como de los pacientes de la misma
7.5.5 Preservación del producto	¿durante los servicios odontológicos, ¿es preservada y protegida la integridad física de los pacientes?	Se preserva la integridad física de los pacientes durante los servicios odontológicos.

7.6 CONTROL DE LOS EQUIPOS DE SEGUIMIENTO Y DE MEDICIÓN	¿Existe un equipo que brinde seguimiento y medición de la calidad y satisfacción de los clientes al recibir servicios?	Existe un equipo que brinde seguimiento y medición de la calidad y satisfacción de los clientes al recibir servicios
8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA		
8.1 Generalidades		
8.2 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN		
8.2.1 Satisfacción del cliente	¿Se realiza un seguimiento en cuanto al desempeño de sistema de gestión relativo a la percepción del cliente respecto de sus requisitos en el servicio? ¿Determinan los métodos para establecer el seguimiento y medición de los requisitos y satisfacción de los clientes? ¿Está satisfecho con los servicios recibidos dentro de las clínicas FOUES? (pregunta para pacientes) ¿Recomendaría los servicios de las clínicas FOUES a amigos y familiares?	No se realiza un seguimiento en cuanto al desempeño de sistema de gestión relativo a la percepción del cliente respecto de sus requisitos en el servicio.
8.2.2 Auditoría interna	¿Son las auditorías internas programadas de acuerdo a una calendarización?	Las auditorías internas son programadas de acuerdo a una calendarización
8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos	¿Existen indicadores adecuados para cada uno de los procesos dentro de la FOUES? Está definida la responsabilidad y la frecuencia para la realización del seguimiento de los indicadores? ¿Se emprenden acciones a partir del análisis de indicadores?	No existen indicadores adecuados para cada uno de los procesos dentro de la FOUES
8.2.4 Seguimiento y medición del producto (servicio)	¿Se encuentran definidas las pautas de inspección final de los servicios?	No se encuentran definidas las pautas de inspección final de los servicios

	¿Existen registros de estas inspecciones finales?	
8.3 Control del producto no conforme	¿Existe un procedimiento documentado para el control de los servicios no conformes y el tratamiento de las no conformidades? ¿Se toman acciones para la solución de las no conformidades?	No existen procedimiento documentado para el control de los servicios no conformes y el tratamiento de las no conformidades
8.4 Análisis de datos	¿Existe evidencia del análisis de datos del sistema (resultados de auditorías, satisfacción del cliente etc.)? ¿Se emprenden acciones a partir de este análisis?	No existe evidencia del análisis de datos del sistema (resultados de auditorías, satisfacción del cliente etc.)
8.5 Mejora		
8.5.1 Mejora continua	¿Existe evidencia de acciones emprendidas para la mejora continua de los servicios de la FOUES?	No existen evidencias de acciones emprendidas para la mejora continua de los servicios de la FOUES
8.5.2 Acción correctiva	¿Existe procedimiento documentado para las acciones correctivas dentro de la FOUES? ¿Existe análisis de causas de los problemas?	No existe un procedimiento documentado para las acciones correctivas dentro de la FOUES
8.5.3 Acción preventiva	¿Existe procedimiento documentado para las acciones preventivas dentro de la FOUES? ¿Existe análisis de causas de los posibles problemas dentro de la FOUES?	No existe un procedimiento documentado para las acciones preventivas dentro de la FOUES

5.7. Diseño del cuestionario basado en la norma ISO 901:2008 para el establecimiento de la brecha de la FOUES

Objetivo del cuestionario:

Conocer la situación actual de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador con respecto a los requerimientos de la norma ISO 9001:2008, con el fin de establecer cuantitativamente la brecha existente entre dichos requerimientos y la situación actual de la misma.

Diseño:

El diseño del cuestionario se realizará en base a los requerimientos de la Norma ISO 9001:2008 que se apeguen a la FOUES.

Desarrollo del cuestionario:

El cuestionario diseñado será desarrollado a través de entrevistas directas con el personal seleccionado de la facultad, quienes representan una muestra de cada uno de los puestos tipo existentes dentro de la estructura organizativa de la misma, lo cual ofrece a los investigadores un panorama completo de la situación.

5.8. Cuestionario para el Establecimiento de la Brecha

Indicaciones: a continuación se presentan una serie de preguntas, rellene los cuadros correspondientes a su respuesta.

4. SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

1. ¿Se encuentran identificados los procesos internos de la facultad?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

2. ¿Son identificados y controlan los procesos subcontratados externamente por la FOUES?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

4.2 Requisitos de la documentación

4.2.1 Generalidades

3. ¿cuenta la FOUES con una declaración documentada de visión?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

4. ¿cuenta la FOUES con una declaración documentada de misión?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

5. ¿La FOUES cuenta con un manual de organización?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

6. ¿La FOUES cuenta con un manual de puestos?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

7. ¿La FOUES cuenta con un manual de funciones?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

8. ¿La FOUES cuenta con un manual de procedimientos?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

9. ¿En qué año fueron actualizados (si existen) los documentos descritos anteriormente?

Documento	Año
Política de calidad	
Objetivos de calidad	
Manual de calidad	
Manual de puestos	
Manual de funciones	
Manual de procedimientos	

10. ¿Los documentos antes mencionados y existentes en la FOUES están al alcance de todo el personal de la misma?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

11. ¿Los empleados de su unidad trabajan en base a procedimientos establecidos?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

4.2.2 Manual de la calidad

12. ¿Cuenta la FOUES con un manual de calidad?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

13. ¿El manual de calidad incluye el alcance del sistema de gestión de la calidad?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

14. ¿El manual incluye o cita a todos los procedimientos documentados?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

15. ¿El manual de calidad incluye una descripción de las interacciones entre los procesos de la facultad?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

4.2.3 Control de los documentos

16. ¿Existe un procedimiento documentado para el control de los documentos tales como: manual de calidad, manual de funciones, manual de procesos etc.?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

17. Si su respuesta fue “sí” o “parcialmente”, ¿cuál es ese procedimiento?

.

18. ¿Existe una metodología documentada adecuada para la aprobación de los documentos tales como: manual de calidad, manual de funciones, manual de procesos etc.?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

19. Si su respuesta fue “sí” o “parcialmente”, ¿cuál es ese procedimiento?

.

20. ¿Existe una metodología documentada adecuada para la revisión y actualización de documentos?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

21. Si su respuesta fue “sí” o “parcialmente”, ¿cuál es esa metodología?

.

22. ¿Existe una metodología documentada adecuada para la identificación de los cambios de los documentos y el estado de la versión vigente?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

23. Si su respuesta fue “sí” o “parcialmente”, ¿cuál es esa metodología?

24. ¿Existe una metodología documentada adecuada para la distribución de los documentos que los haga disponibles en los puestos de trabajo?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

25. Si su respuesta fue “sí” o “parcialmente”, ¿cuál es esa metodología?

26. ¿Los documentos son legibles e identificables?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

27. ¿Existe una metodología adecuada para evitar el uso de documentos obsoletos?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

28. ¿Los documentos obsoletos han sido tratados según la metodología definida?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

29. Si su respuesta fue “sí” o “parcialmente”, ¿Cuál es esa metodología?

4.2.4 Control de los registros

30. ¿Existe un procedimiento documentado para el control de los registros en general?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

31. ¿Existe una metodología para la identificación, almacenamiento, protección, recuperación y disposición de los registros?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

32. ¿El procedimiento describe la conservación y protección de registros en formato digital?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

33. ¿Se realizan copias de seguridad de los registros informáticos?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

5. Responsabilidad de la dirección

5.1 Compromiso de la dirección

34. ¿La alta dirección comunica a la organización la importancia de satisfacer los requisitos de los clientes y los requisitos legales correspondientes a los servicios ofertados dentro de la FOUES?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

35. Si su respuesta fue “sí” o “parcialmente”, ¿de qué manera lo realiza?

36. Existe un compromiso con la satisfacción de los usuarios de la FOUES por parte de la alta dirección:

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

37. Si su respuesta fue “sí” o “parcialmente”, ¿de qué manera puede evidenciarse tal compromiso?

38. ¿La alta dirección establece los objetivos y políticas que tienen que ver con la calidad de los servicios brindados?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

39. Si su respuesta anterior fue “Si”, se encarga la alta dirección de comunicarlos al resto de la FOUES

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

40. ¿Se asegura la alta dirección de disponibilidad de recursos para un desempeño eficiente de los procesos en la FOUES?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

5.2 Enfoque al cliente

41. ¿La alta dirección está realmente comprometida con el incremento de la satisfacción de los clientes?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

42. Si su respuesta anterior fue “Si” o “parcialmente”, ¿De qué manera lo realiza?

43. ¿Se cuenta con algún mecanismo de control que permita analizar la satisfacción de los clientes de la FOUES?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

44. Si su respuesta anterior fue “si” o “parcialmente” ¿Cuál es el mecanismo utilizado?

5.3 Política de la calidad

45. ¿Se encarga la alta dirección (jefes de unidad y decanato) de la difusión de la misión y visión de la FOUES

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

46. Si su respuesta anterior fue “si” o “parcialmente”, ¿De qué manera se realiza?

47. ¿Cuál de estas declaraciones de misión considera usted que es la de la FOUES?

Número	Declaración	Marque con una "X"
1	Institución que forma profesionales de odontología con práctica humana y preventiva enfatizando en la integración de la docencia, la investigación científica y la proyección social como instrumento de transformación en beneficio de la sociedad Salvadoreña.	
2	Institución que forma profesionales en odontología competitivos y con sentido social y visión empresarial	
3	Institución que forma profesionales de odontología con práctica humana y preventiva destacando la proyección social como instrumento de transformación en beneficio de la sociedad Salvadoreña y la investigación a través de la función docente.	

48. ¿Cuál de estas declaraciones de visión considera usted que es la de la FOUES?

Número	Declaración	Marque con una "X"
1	Líder y formadora de profesionales en odontología y el ámbito de salud bucal a través de la proyección social y el respeto de las clases sociales que intervienen en la misma	
2	Formadora de profesionales altamente competitivos, líder e incidente en el respeto de las diferentes clases sociales que actúan en el ámbito de la salud bucal, generando nuevos conocimientos y propiciando su transformación. Contributiva a los procesos de actualización y formación de los odontólogos, de nuestro país mediante una política global que incluya la escuela de post grado.	
3	Formadora de líderes en odontología, contributiva a los procesos de actualización y formación de los odontólogos, de nuestro país mediante una política	

	global que incluya la escuela de post grado.	

49. ¿Cuenta la Institución con objetivos y políticas de calidad establecidas?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

50. ¿Estas políticas y objetivos se encuentran acordes a la misión y visión de la FOUES?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

51. existe una persona o unidad delegada para velar por la calidad de los servicios de la institución

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

52. Si su respuesta fue “sí”, mencione quien es o cual unidad es _____.

5.4 Planificación

5.4.1 Objetivos de la calidad

53. ¿Los objetivos de calidad son formulados para cada uno de los niveles de la FOUES?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

54. ¿Los objetivos de la calidad están de acuerdo a las directrices de la política de la FOUES?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

55. ¿Los objetivos son medibles y están asociados a un indicador?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

56. ¿Los objetivos se encuentran desarrollados en planes de actividades para su cumplimiento?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

57. ¿Se encuentran definidos los recursos, las fechas previstas y responsabilidades para las actividades del plan de objetivos?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

5.4.2 Planificación del sistema de gestión de la calidad

58. ¿Se encuentran planificados los procesos del sistema de gestión de la calidad?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

59. ¿Se encuentran planificados los objetivos del sistema de gestión de a calidad?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

5.5 Responsabilidad, autoridad y comunicación

5.5.1 Responsabilidad y autoridad

60. ¿Están correctamente definidas las responsabilidades y autoridades dentro de las unidades de la FOUES?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

61. ¿Existe un documento que contenga un organigrama de la institución?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

62. ¿Las relaciones jerárquicas concuerdan realmente con las definidas en el organigrama?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

5.5.2 Representante de la dirección

63. ¿Se encuentra documentada la asignación de representante de la dirección a algún cargo o puesto de la organización?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

64. ¿Dentro de las responsabilidades del puesto de trabajo de representante de la dirección se incluye el aseguramiento del establecimiento, implementación y mantenimiento de los procesos del sistema?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

65. ¿Dentro de las responsabilidades del puesto de trabajo de representante de la dirección se incluye la de informar a la alta dirección sobre el desempeño del sistema y de las necesidades de mejora?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

66. ¿Dentro de las responsabilidades del puesto de trabajo de representante de la dirección se incluye la de asegurarse de la promoción de la toma de conciencia de los requisitos del cliente?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

67. ¿Existen evidencias documentadas del cumplimiento de las responsabilidades?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

5.5.3 Comunicación interna

68. ¿Existe una eficaz comunicación interna en la FOUES que permita el buen desempeño de los procesos?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

69. ¿Qué medios de comunicación interna se utilizan en la FOUES?

Medio de comunicación	Marca
Memorándums	
Notificación verbal	
Correo electrónico	
Fax	
Otros	

5.6 Revisión por la dirección

5.6.1 Generalidades

70. ¿Se encuentran definida la frecuencia de realización de las revisiones del sistema por la dirección?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

71. Si su respuesta anterior fue “sí” o “parcialmente”, ¿De qué manera se realiza?

72. ¿Se incluye en el registro de informe de revisión el análisis de oportunidades de mejora, la necesidad de cambios en el sistema y el análisis de la política y los objetivos de la calidad?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

73. Si su respuesta anterior fue “sí” o “parcialmente”, ¿De qué manera se realiza?

74. ¿Se identifican y mantienen los registros de la revisión por la dirección?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

75. Si su respuesta anterior fue “sí” o “parcialmente”, ¿De qué manera se realiza?

5.6.2 Información de entrada para la revisión

76. ¿El informe de revisión del sistema de gestión de calidad contiene los resultados de las auditorías internas?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

77. ¿El informe de revisión del sistema de gestión de calidad contiene los resultados de satisfacción del cliente y sus reclamos?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

78. ¿El informe de revisión contiene el análisis de indicadores de desempeño de cada uno de los procesos?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

79. ¿El informe de revisión del sistema de gestión de calidad contiene el estado de las acciones correctivas y preventivas?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

80. ¿El informe de revisión contiene el análisis de las acciones resultantes de revisiones anteriores?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

81. ¿El informe de revisión del sistema de gestión de calidad contiene la necesidad de cambios que afecten al sistema de gestión de la calidad?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

82. ¿El informe de revisión contiene las recomendaciones para la mejora?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

5.6.3 Resultados de la revisión

83. ¿El informe de revisión del sistema de gestión de calidad contiene las decisiones y acciones relacionadas con la mejora de la eficacia del sistema de gestión de la calidad?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

84. El informe de revisión del sistema de gestión de calidad contiene las decisiones y acciones relacionadas con la mejora del producto?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

85. ¿El informe de revisión define los recursos necesarios para el desarrollo de estas acciones?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

6 GESTIÓN DE LOS RECURSOS

6.1 Provisión de recursos

86. ¿Dispone la organización de los recursos necesarios para mantener el sistema de gestión de la calidad y aumentar la satisfacción del cliente?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

6.2 Recursos humanos

6.2.1 Generalidades

87. ¿Es el personal competente para la realización de sus trabajos?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

88. Se encuentra definida la competencia necesaria para cada puesto de trabajo teniendo en cuenta la educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

89. ¿Existe un plan de formación o de logro de competencias?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

90. ¿Existe una metodología definida para la evaluación de la eficacia de las acciones formativas emprendidas?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

91. ¿Existen registros de plan de formación, competencia necesaria de cada puesto, ficha de empleado y actos o certificados de formación, o similares?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

92. ¿Existe evidencia documentada del cumplimiento de los requisitos de competencia para cada empleado de la organización?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

6.2.2 Competencia, formación y toma de conciencia

93. ¿La alta dirección se asegura de que el personal que se encuentra en cada puesto cumpla con los requerimientos en cuanto a formación académica y conocimientos para desempeñar dicho puesto o función?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

94. ¿Se tiene un plan de capacitación para el personal recién contratado?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

95. ¿Es realmente utilizado este plan?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

96. ¿Se cuenta con un plan de capacitación continua al personal?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

97. ¿Es realmente utilizado este plan?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

98. ¿Se llevan por escrito registros de estas capacitaciones?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

6.3 Infraestructura

99. ¿Se encuentra identificada la infraestructura necesaria (edificios, áreas, oficinas) y existente para la realización de los procesos de trabajo de la facultad?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

100. ¿Existen planes o rutinas de mantenimiento preventivo para cada uno de los equipos (equipos de clínicas, computadoras, etc.)?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

101. ¿Existen registros de las acciones de mantenimiento correctivo y preventivo para los equipos (equipos de clínicas, computadoras, etc.)?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

102. ¿Existe una metodología definida para la realización de estas tareas de mantenimiento?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

6.4 Ambiente de trabajo

103. ¿Existe condiciones ambientales adecuadas para la realización del trabajo (temperatura, limpieza de las áreas, ordenamiento específico)?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

7. Realización del producto

7.1 Planificación de la realización del producto

104. ¿Existe una planificación de los servicios que presta la FOUES?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

105. ¿Esta planificación es realizada por los jefes de cada unidad?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

7.2 Procesos relacionados con el cliente

7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el producto

106. ¿Se encuentran documentados los requisitos de servicio del cliente, incluyendo condiciones de inicio y finalización del servicio en clínicas?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

107. ¿Se han definido requisitos no especificados por el cliente pero propios del servicio?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

108. ¿Existe una metodología definida para la determinación de estos requisitos?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

109. Si su respuesta fue “sí” o “parcialmente” ¿Se cumple con estos requisitos?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

7.2.2 Revisión de los requisitos relacionados con el producto

110. ¿Son revisados los requisitos relacionados con el servicio?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

7.2.3 Comunicación con el cliente

111. ¿Existe una metodología que permita una comunicación eficaz con los clientes y/o alumnos de la facultad?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

112. ¿Se registran los resultados de satisfacción del cliente y sus quejas?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

7.3 Diseño y desarrollo

7.3.1 Planificación del diseño y desarrollo

113. ¿La organización planifica y controla el diseño y desarrollo de los servicios que brinda la FOUES?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

114. ¿Existe una persona o unidad encargada del diseño y desarrollo de los servicios que brinda la FOUES?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

115. Si su respuesta anterior fue “sí” o “parcialmente”, ¿Quién es esta persona o unidad?

7.3.2 Elementos de entrada para el diseño y desarrollo

116. ¿Para el diseño y desarrollo de los servicios de la FOUES se tienen en cuenta los requisitos del cliente?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

117. ¿Para el diseño y desarrollo de los servicios de la FOUES se tienen en cuenta los requisitos legales correspondientes?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

7.3.3 Resultados del diseño y desarrollo

118. ¿Los resultados del diseño y desarrollo de los servicios reflejan los verdaderos requisitos de los mismos?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

7.3.4 Revisión del diseño y desarrollo

119. ¿Se evalúa la capacidad de los resultados diseño y desarrollo para cumplir con los requisitos de servicio?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

120. ¿Se realizan revisiones sistemáticas para identificar problemas y emprender las acciones necesarias?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

7.3.5 Verificación del diseño y desarrollo

121. ¿Se realiza la verificación del diseño y desarrollo de los servicios bajo el enfoque del cumplimiento de lo planeado?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

7.3.6 Validación del diseño y desarrollo

122. ¿Se confirma que el diseño y desarrollo de los servicios cumplen con los requerimientos de los clientes?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

123. Si su respuesta anterior fue “sí” o “parcialmente”, ¿De qué manera se confirma esto?

.

7.3.7 Control de los cambios del diseño y desarrollo

124. ¿se realizan cambios en el diseño y desarrollo de los servicios de la FOUES?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

125. Si su respuesta anterior fue “sí” ¿existen registros debidamente documentados de estos?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

7.4 Compras

7.4.1 Proceso de compras

126. ¿Son establecidos previamente los requisitos que deben cumplir los productos que planean comprarse?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

127. ¿Existen criterios de selección para proveedores?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

128. Si su respuesta fue “Sí” o “parcialmente”, ¿De qué forma son seleccionados los proveedores?

129. ¿Existe evidencia de los criterios que se utilizan para seleccionar a los proveedores?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

130. De los criterios utilizados en la selección de proveedores, califique del 1 al 7 en orden de importancia 1 si es el más importante y 7 el menos importante

Criterio	Importancia
Precio	
Variedad de productos	
Capacidad para soportar créditos	
Calidad de los productos	
Garantías de los productos	
Servicio post venta	
Tiempo de entrega de los pedidos	
Otros	

7.4.2 Información de las compras

131. ¿Los pedidos de compras (artículos, insumos, maquinaria, equipo, papelería) contienen información de los requisitos y especificaciones?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

132. ¿Existe una metodología y planeación acerca de los pedidos de compra?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

133. Si su respuesta fue “sí” o “parcialmente”, ¿cuál es esa metodología?

7.4.3 Verificación de los productos comprados

134. ¿Existe una metodología definida para la inspección de los productos comprados?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

135. ¿Son realmente inspeccionados los productos comprados al recibirlos?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

7.5 producción y prestación del servicio

7.5.1 Control de la producción y de la prestación del servicio

136. Para la prestación de los servicios de la FOUES ¿existen instrucciones definidas o protocolos de trabajo?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

137. Si su respuesta fue “sí” o “parcialmente”, ¿Existe evidencia escrita de esta información?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

7.5.2 Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio

138. ¿Existen registros de la validación de los procesos?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

7.5.3 Identificación y trazabilidad

139. En el caso que se necesita, ¿es identificable el estado de un proceso (iniciado, en revisión, retroceso, etc.)?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

7.5.4 Propiedad del cliente

140. ¿Se encarga la FOUES de identificar, archivar y proteger los datos de expediente tanto de alumnos como de los pacientes de la misma?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

141. ¿Se encarga la FOUES de verificar los datos de expediente tanto de alumnos como de los pacientes de la misma?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

7.5.5 Preservación del producto

142. durante los servicios odontológicos, ¿es preservada y protegida la integridad física de los pacientes?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

7.6 control de los equipos de seguimiento y de medición

143. ¿Existe un equipo que brinde seguimiento y medición de la calidad y satisfacción de los clientes al recibir servicios?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA

8.2 Seguimiento y Medición

8.2.1 Satisfacción del cliente

144. ¿Se realiza un seguimiento en cuanto al desempeño de sistema de gestión relativo a la percepción del cliente respecto de sus requisitos en el servicio?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

145. ¿Determinan los métodos para establecer el seguimiento y medición de los requisitos y satisfacción de los clientes?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

146. ¿Está satisfecho con los servicios recibidos dentro de las clínicas FOUES? (pregunta para pacientes)

SI ☐ NO ☐ PARCIALMENTE ☐

147. ¿Recomendaría los servicios de las clínicas FOUES a amigos y familiares?

SI ☐ NO ☐

148. ¿Por qué?

8.2.2 Auditoría interna

149. ¿Son las auditorías internas programadas de acuerdo a una calendarización?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos

150. ¿Existen indicadores adecuados para cada uno de los procesos dentro de la FOUES?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

151. ¿Está definida la responsabilidad y la frecuencia para la realización del seguimiento de los indicadores?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

152. ¿Se emprenden acciones a partir del análisis de indicadores?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

8.2.4 Seguimiento y medición del producto (servicio)

153. ¿Se encuentran definidas las pautas de inspección final de los servicios?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

154. ¿Existen registros de estas inspecciones finales?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

8.3 Control del producto no conforme

155. ¿Existe un procedimiento documentado para el control de los servicios no conformes y el tratamiento de las no conformidades?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

156. ¿Se toman acciones para la solución de las no conformidades?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

8.4 Análisis de datos

157. ¿Existe evidencia del análisis de datos del sistema (resultados de auditorías, satisfacción del cliente etc.)?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

158. ¿Se emprenden acciones a partir de este análisis?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

8.5 Mejora

8.5.1 Mejora continua

159. ¿Existe evidencia de acciones emprendidas para la mejora continua de los servicios de la FOUES?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

8.5.2 Acción correctiva

160. ¿Existe procedimiento documentado para las acciones correctivas dentro de la FOUES?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

161. ¿Existe análisis de causas de los problemas?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

8.5.3 Acción preventiva

162. ¿Existe procedimiento documentado para las acciones preventivas dentro de la FOUES?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

163. ¿Existe análisis de causas de los posibles problemas dentro de la FOUES?

SI ☐ PARCIALMENTE ☐ NO SÉ ☐ NO ☐

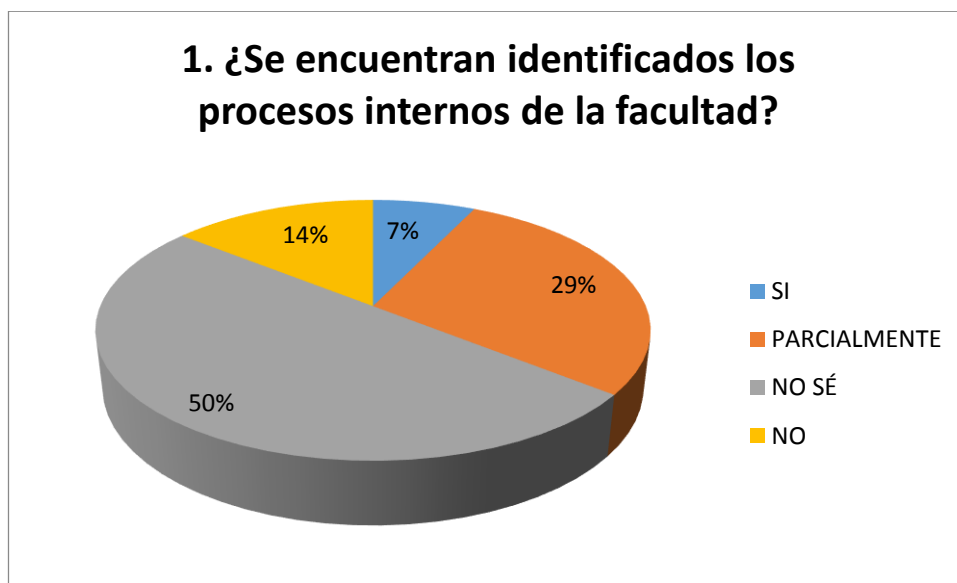
5.9. Tabulación, Análisis e interpretación de cuestionarios y la observación directa

5.9.1. Gráficos resultados del cuestionario para el establecimiento de la brecha

4. SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

1. ¿Se encuentran identificados los procesos internos de la facultad?

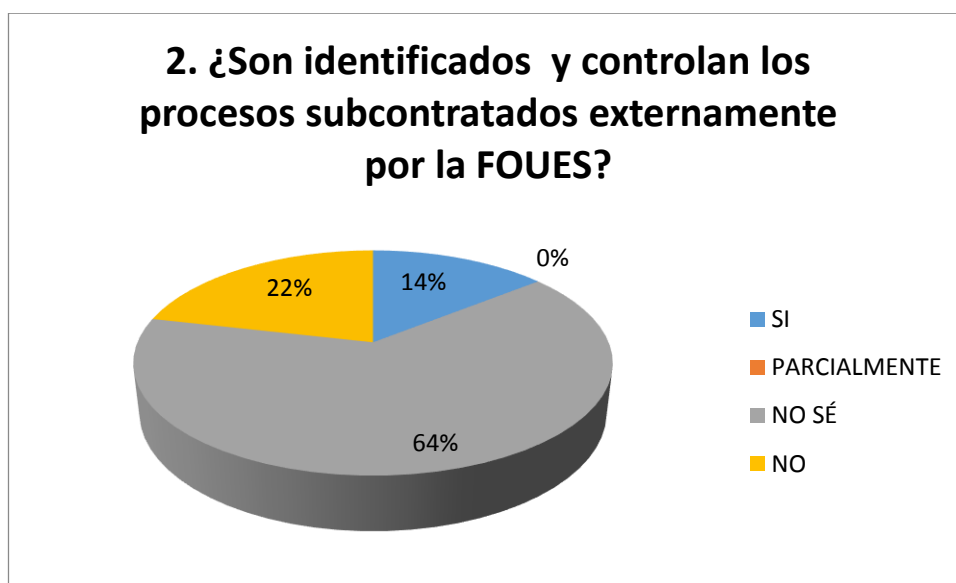
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	1	7.14
PARCIALMENTE	4	28.57
NO SÉ	7	50.00
NO	2	14.29
TOTAL	14	100



La FOUES no cuenta con procesos internos debidamente identificados y documentados, es por ello que algunos son realizados de formas distintas dando resultados distintos que conllevan muchas veces a dualidad de labores y errores en los resultados deseados.

2. ¿Son identificados y controlan los procesos subcontratados externamente por la FOUES?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	2	14.29
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	9	64.29
NO	3	21.43
TOTAL	14	100



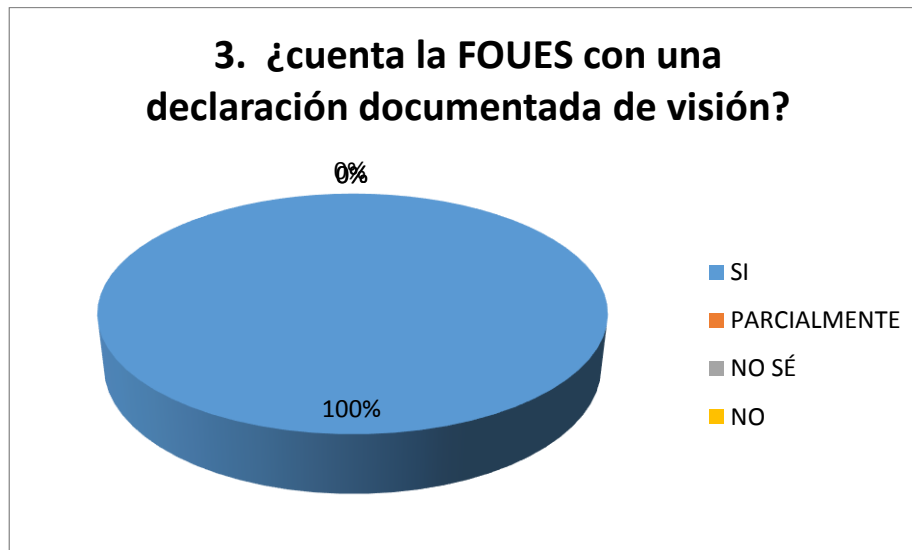
Los empleados en su mayoría, tanto jefes de unidad y subordinados desconocen si los procesos subcontratados están debidamente identificados y controlados lo que genera que se desconozca a ciencia cierta el trabajo realizado extramural.

4.2 Requisitos de la documentación

4.2.1 Generalidades

3. ¿cuenta la FOUES con una declaración documentada de visión?

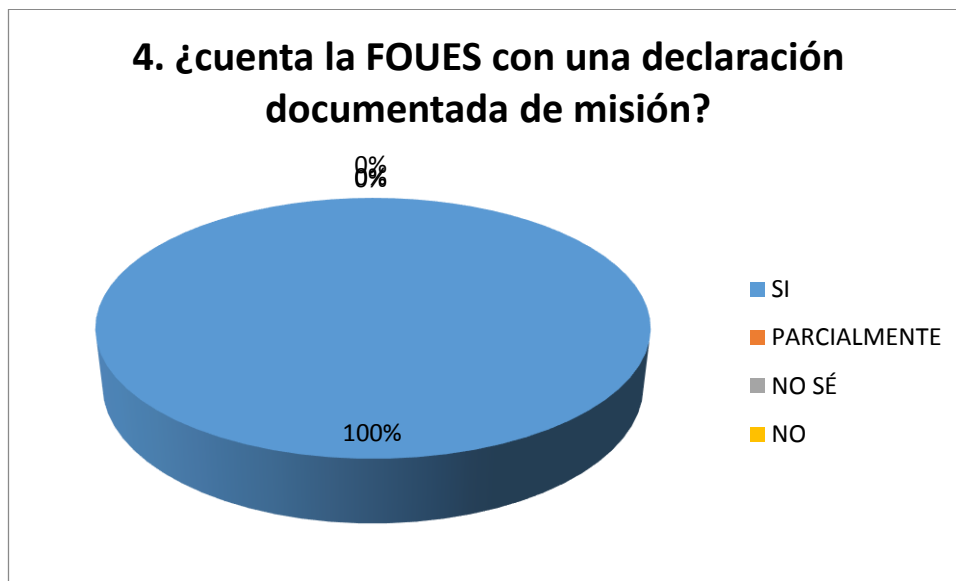
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	11	100.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	0	0.00
TOTAL	11	100



La FOUES cuenta con una declaración debidamente documentada de visión lo que es de gran ayuda tanto para los empleados como para los pacientes de clínicas.

1. ¿cuenta la FOUES con una declaración documentada de misión?

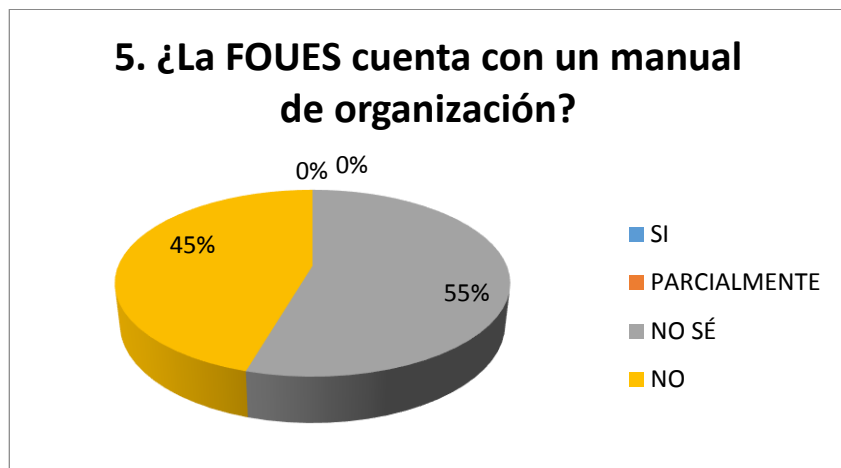
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	11	100.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	0	0.00
TOTAL	11	100



La FOUES cuenta con una declaración debidamente documentada de misión lo que es de gran ayuda tanto para los empleados como para los pacientes de clínicas.

2. ¿La FOUES cuenta con un manual de organización?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	6	54.55
NO	5	45.45
TOTAL	11	100

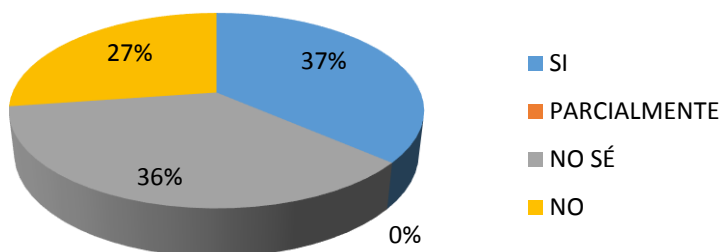


La facultad cuenta con un manual de organización, lo cual no es del conocimiento de la mayoría de empleados de la misma.

3. ¿La FOUES cuenta con un manual de puestos?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	4	36.36
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	4	36.36
NO	3	27.27
TOTAL	11	100

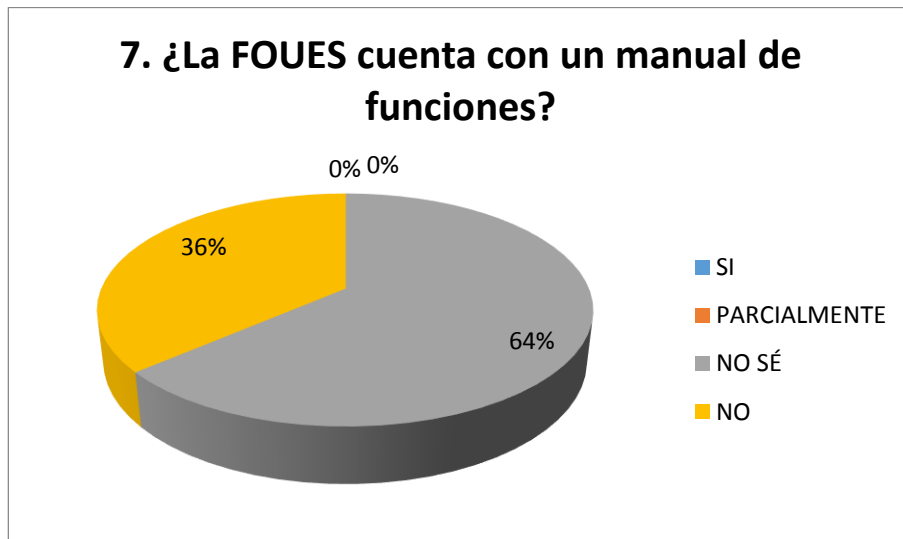
6. ¿La FOUES cuenta con un manual de puestos?



Existe un manual de puestos el cual está desactualizado y sin embargo existe un porcentaje de personas que afirma que no existe. Por el otro lado, una buena parte de los trabajadores de la FOUES sabe la existencia de un manual de puestos, la otra tercera parte duda de su existencia, pero tampoco la niega.

4. ¿La FOUES cuenta con un manual de funciones?

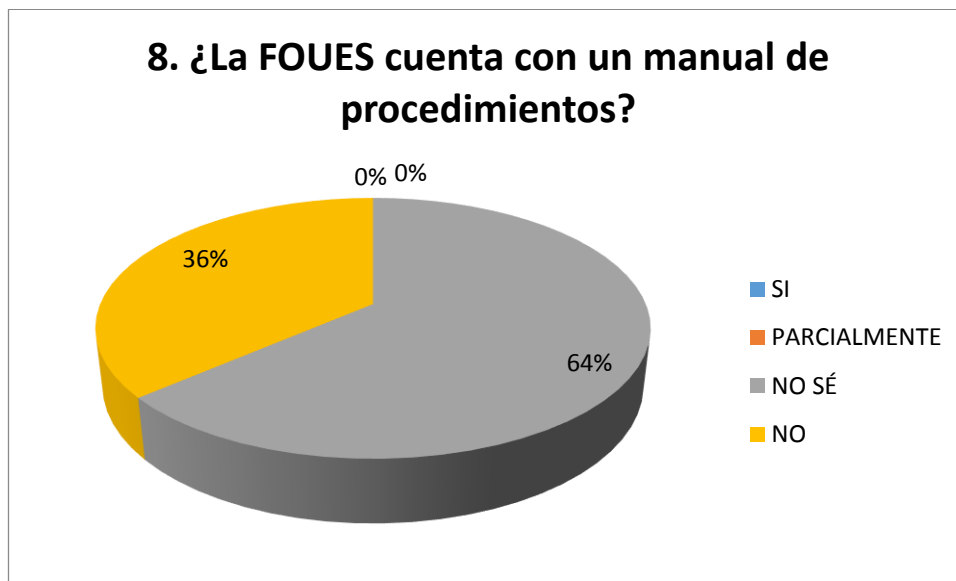
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	7	63.64
NO	4	36.36
TOTAL	11	100



La FOUES no cuenta actualmente con un manual de funciones, a lo cual fueron interrogados los trabajadores y se constató que una tercera parte afirmaba su no existencia, pero dos terceras partes no saben si este existe.

5. ¿La FOUES cuenta con un manual de procedimientos?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	7	63.64
NO	4	36.36
TOTAL	11	100



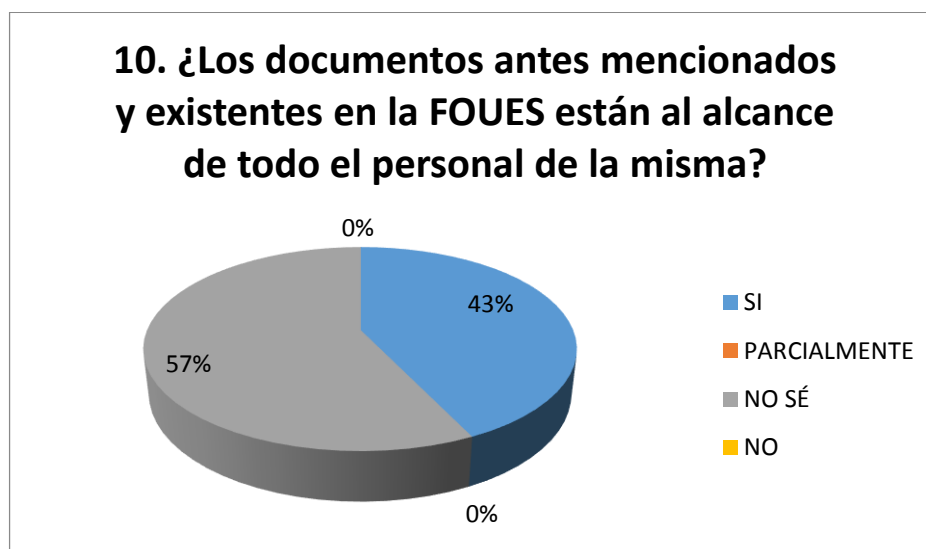
La FOUES no cuenta con un manual de procedimientos, y en la encuesta realizada a los trabajadores se refleja el desconocimiento de estos a una gran cantidad (aproximadamente 3 cuartas partes). Otros saben con certeza que no existe en una cantidad considerable que no excede la mitad, solamente una cuarta parte aproximadamente.

9. ¿En qué año fueron actualizados (si existen) los documentos descritos anteriormente?

Se descubrió en la totalidad que solo 2 personas sabían la fecha exacta de 1997, estas fueron el decano y la jefa de planeación. A lo que asumimos que a excepción de 2 personas, no se sabe la fecha en la cual el manual de puestos fue actualizado (único existente).

10. ¿Los documentos antes mencionados y existentes en la FOUES están al alcance de todo el personal de la misma?

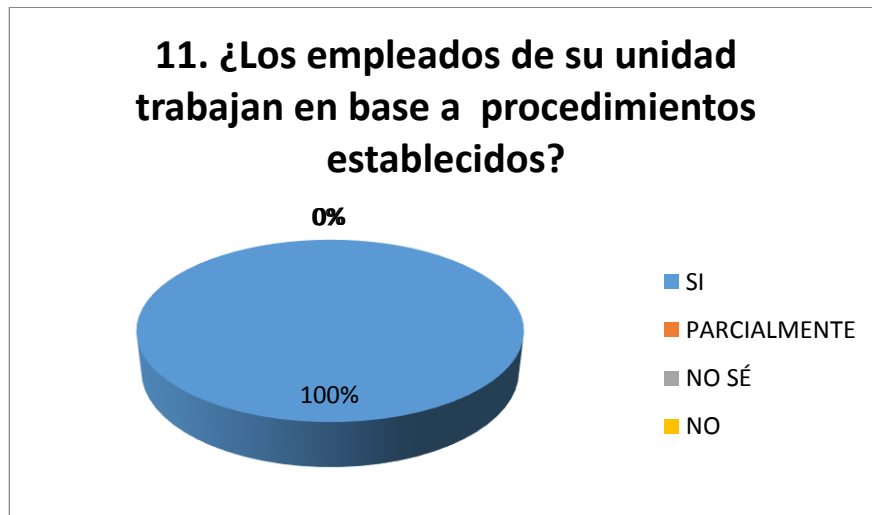
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	6	42.86
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	8	57.14
NO	0	0.00
TOTAL	14	100



Más de la mitad de los trabajadores al no saber de la existencia de un manual, podrían asumir que tampoco están convencidos totalmente si están al alcance. Se asume esta respuesta como consecuencia de no saber la existencia de manuales más que de la confianza en la institución e sus trabajadores al comparar la respuesta que un 43% dice que si estará al alcance.

11. ¿Los empleados de su unidad trabajan en base a procedimientos establecidos?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	4	100.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	0	0.00
TOTAL	4	100

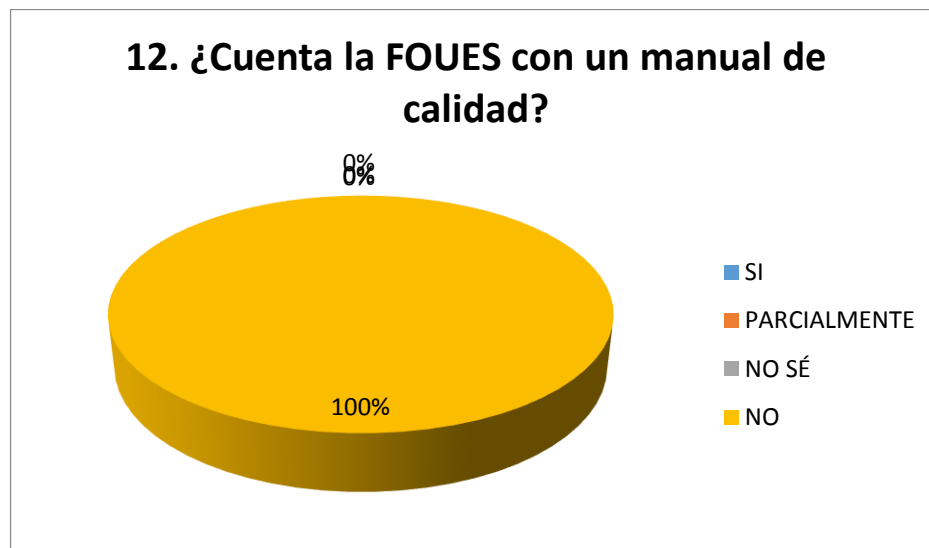


Todos los trabajadores respondieron afirmativamente que su labor se basa en procedimientos establecidos.

4.2.2 Manual de la calidad

12. ¿Cuenta la FOUES con un manual de calidad?

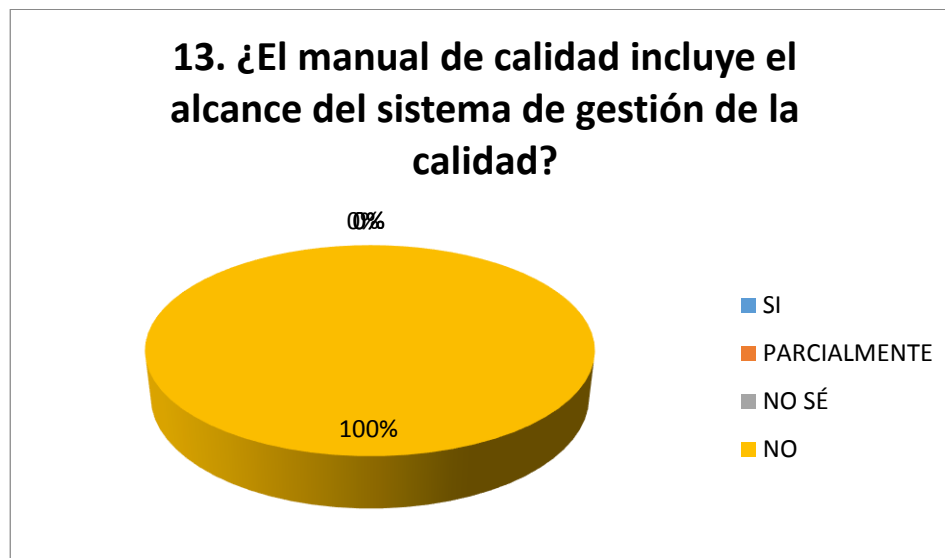
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	4	100.00
TOTAL	4	100



Todos los trabajadores entrevistados dijeron no saber algo relacionado antes en la FOUES, por lo que en su totalidad contestaron directamente un no.

13. ¿El manual de calidad incluye el alcance del sistema de gestión de la calidad?

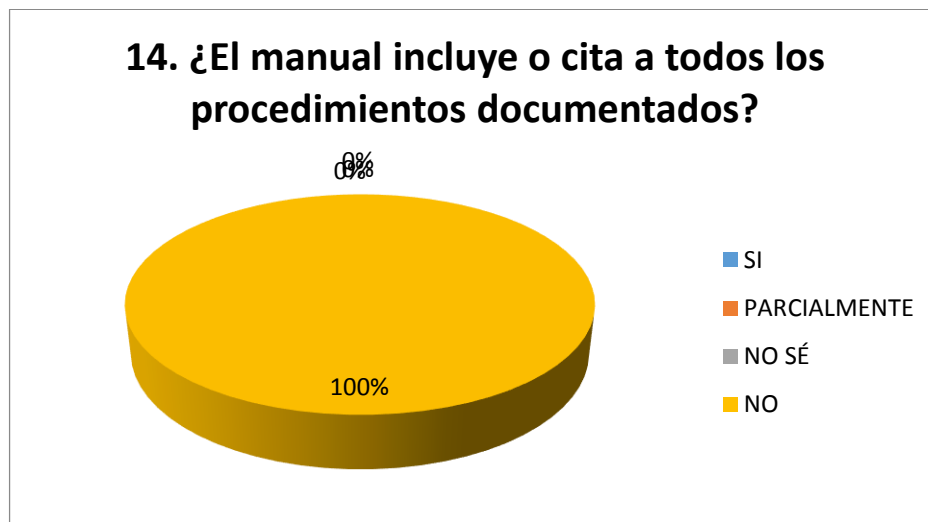
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	4	100.00
TOTAL	4	100



Los trabajadores al relacionar la respuesta anterior asumieron un no a esta pregunta también.

14. ¿El manual incluye o cita a todos los procedimientos documentados?

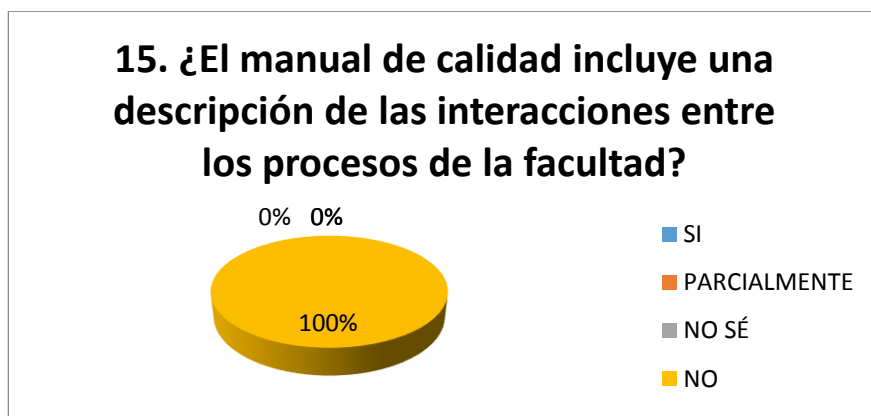
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	4	100.00
TOTAL	4	100



Igualmente, al no existir un manual de calidad en la FOUES, los trabajadores automáticamente asumieron un no a esta pregunta del cuestionario.

15. ¿El manual de calidad incluye una descripción de las interacciones entre los procesos de la facultad?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	4	100.00
TOTAL	4	100

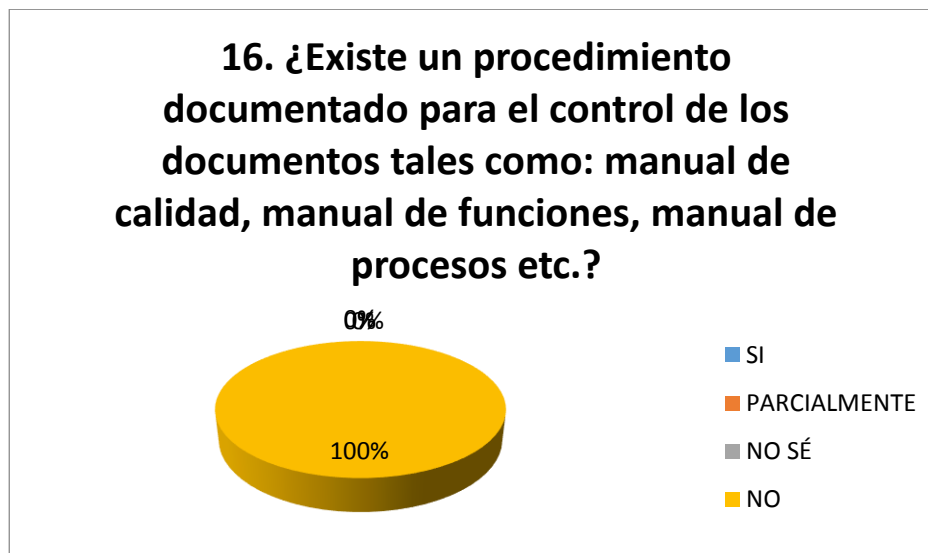


Al no existir manual de calidad en la facultad los trabajadores también respondieron negativamente a esta pregunta. Se reflejó un No en la totalidad de los encuestados.

4.2.3 Control de los documentos

16. ¿Existe un procedimiento documentado para el control de los documentos tales como: manual de calidad, manual de funciones, manual de procesos etc.?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	4	100.00
TOTAL	4	100



La totalidad de los trabajadores respondieron con un no a esta pregunta, ellos tienen muy definido que no existe revisión en los documentos ya que anteriormente también respondieron que no existían algunos documentos mencionados en este cuestionario, sino lo sabrían.

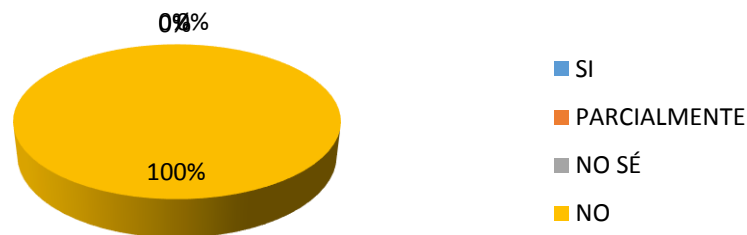
17. Si su respuesta fue “sí” o “parcialmente”, ¿cuál es ese procedimiento?

Ninguno respondió a este apartado ya que requería respuestas afirmativas a la pregunta anterior.

18. ¿Existe una metodología documentada adecuada para la aprobación de los documentos tales como: manual de calidad, manual de funciones, manual de procesos etc.?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	4	100.00
TOTAL	4	100

18. ¿Existe una metodología documentada adecuada para la aprobación de los documentos tales como: manual de calidad, manual de funciones, manual de procesos etc.?



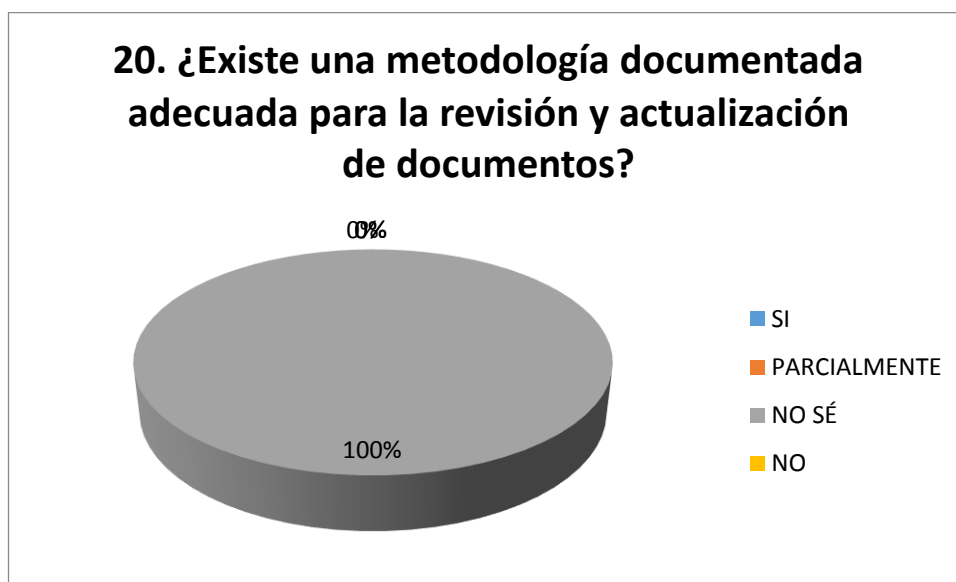
La totalidad de trabajadores dieron su no a esta pregunta. Asumieron que la ausencia de algunos documentos indicaba que no existía una metodología establecida.

19. Si su respuesta fue “sí” o “parcialmente”, ¿cuál es ese procedimiento?

Al no haber preguntas afirmativas, los empleados encuestados no respondieron a esta pregunta.

20. ¿Existe una metodología documentada adecuada para la revisión y actualización de documentos?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	4	100.00
NO	0	0.00
TOTAL	4	100



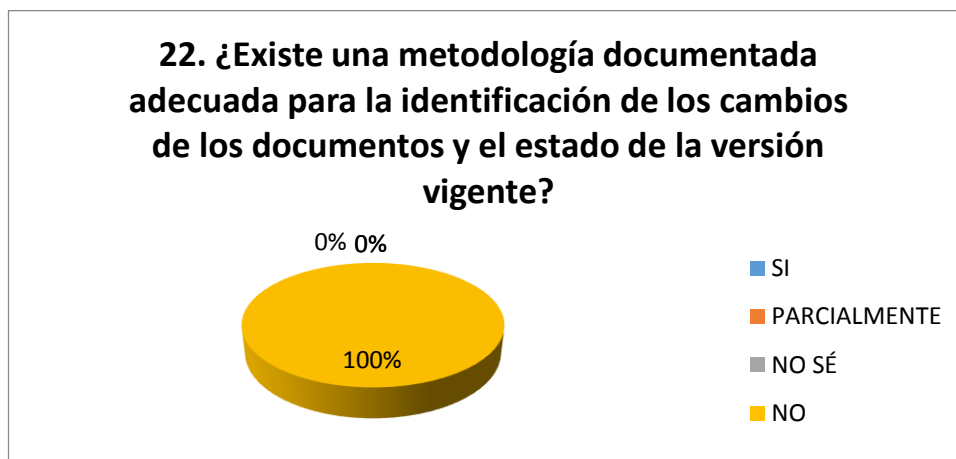
Al desconocer la existencia de documentación como la antes mencionada en este cuestionario y al preguntar sobre la existencia de una metodología, se constató que la totalidad de encuestados no sabían si existía.

21. Si su respuesta fue “sí” o “parcialmente”, ¿cuál es esa metodología?

Ninguno de los encuestados pudo responder a esta pregunta. No se definió entonces ninguna metodología.

22. ¿Existe una metodología documentada adecuada para la identificación de los cambios de los documentos y el estado de la versión vigente?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	4	100.00
TOTAL	4	100



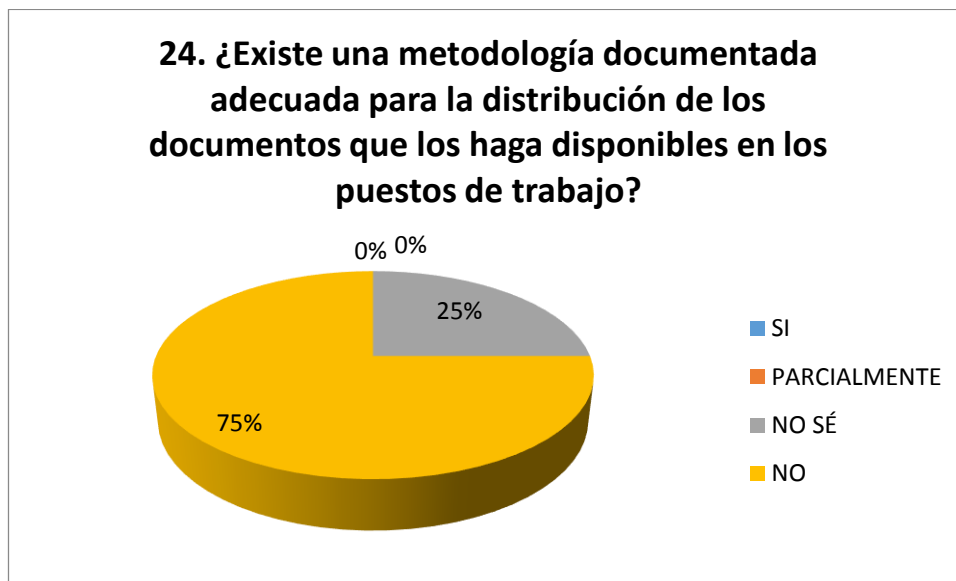
Los trabajadores asumieron su labor en su puesto y se contestó en la totalidad de la población con un no, porque en su puesto no ha existido algo así antes.

23. Si su respuesta fue “sí” o “parcialmente”, ¿cuál es esa metodología?

Ya que no hubieron respuestas afirmativas a la pregunta anterior no se obtuvo datos en esta.

24. ¿Existe una metodología documentada adecuada para la distribución de los documentos que los haga disponibles en los puestos de trabajo?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	1	25.00
NO	3	75.00
TOTAL	4	100



Se asume que al saber que muchos de los documentos antes mencionados no existen o no se sabe de su existencia, tres cuartas partes de los trabajadores respondieron que no existía una metodología documentada para disponer de la documentación.

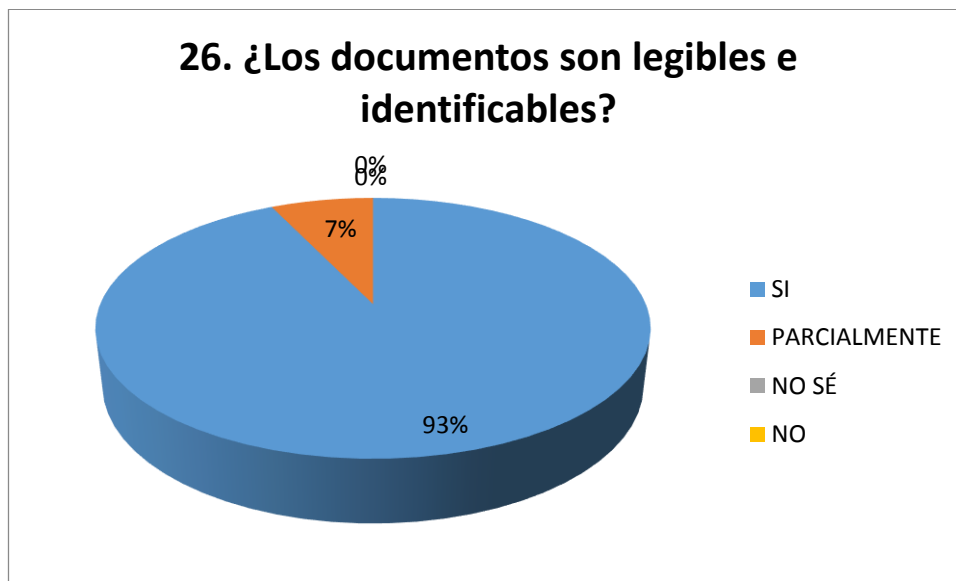
Así mismo, por los documentos ya existentes que se distribuyen dentro de la facultad, se opina que no existe una metodología documentada. Es por eso que existe una duda de una cuarta parte, que no se decide si para estos que si existen poseen una metodología documentada para su distribución.

25. Si su respuesta fue “sí” o “parcialmente”, ¿cuál es esa metodología?

Esta pregunta no generó ningún resultado, ya que no se contestó “sí” o “parcialmente” en la pregunta anterior.

26. ¿Los documentos son legibles e identificables?

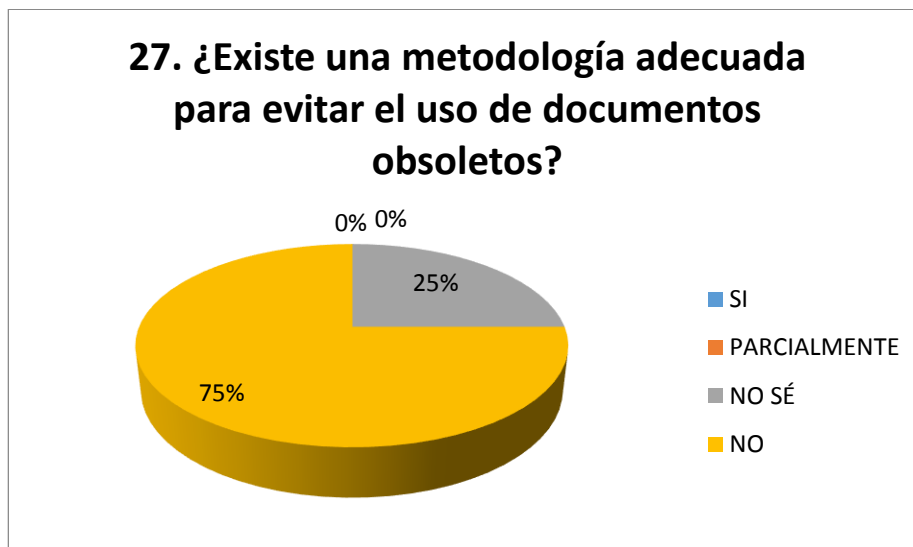
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	13	92.86
PARCIALMENTE	1	7.14
NO SÉ	0	0.00
NO	0	0.00
TOTAL	14	100



Los trabajadores consideran que en su labor, los documentos son fácilmente identificables con nombres específicos y son entendibles en su elaboración. Mientras que una pequeña parte advierte el uso de documentación de respaldo escrita a mano como una especie de control o registro que es dispuesto en cuadernillos. Estos son de difícil manejo si existen muchos registros relacionados.

27. ¿Existe una metodología adecuada para evitar el uso de documentos obsoletos?

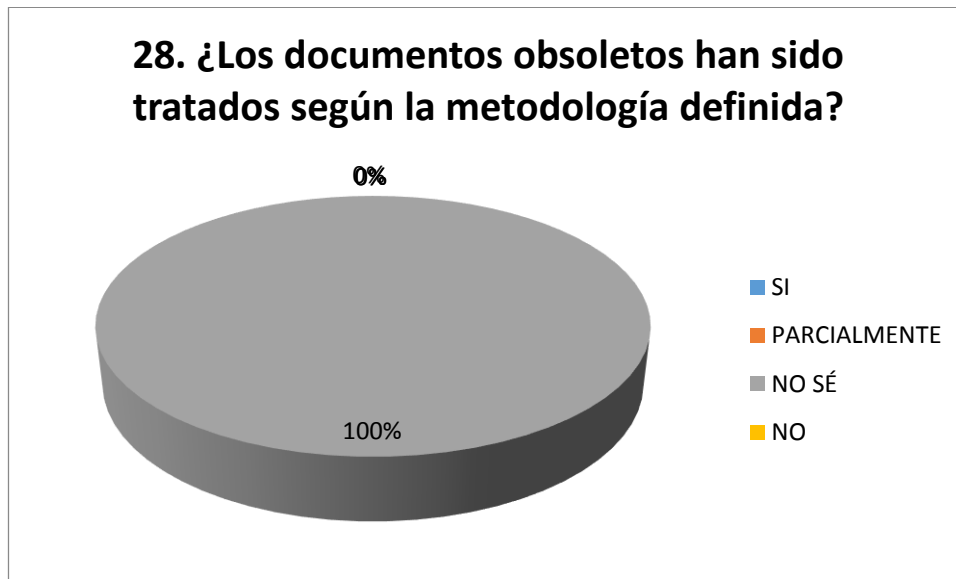
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	1	25.00
NO	3	75.00
TOTAL	4	100



Tres cuartas partes de los encuestados consideran que no existe una metodología adecuada para el manejo de documentación obsoleta y una cuarta parte no sabe si existen dichas metodologías. Esta afirmación se puede constatar con la falta de actualización de manuales y el formato de ciertas fichas, la falta de actualización del arancel de materiales son otro ejemplo.

28. ¿Los documentos obsoletos han sido tratados según la metodología definida?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	4	100.00
NO	0	0.00
TOTAL	4	100



La totalidad de las personas afirman no saber nada respecto a disposición de los documentos obsoletos, ya que no se ha establecido una metodología que ordene esta labor.

29. Si su respuesta fue “sí” o “parcialmente”, ¿Cuál es esa metodología?

Nadie respondió positivamente o parcialmente a la interrogante, por lo que no se dio paso a la pregunta.

4.2.4 Control de los registros

30. ¿Existe un procedimiento documentado para el control de los registros en general?

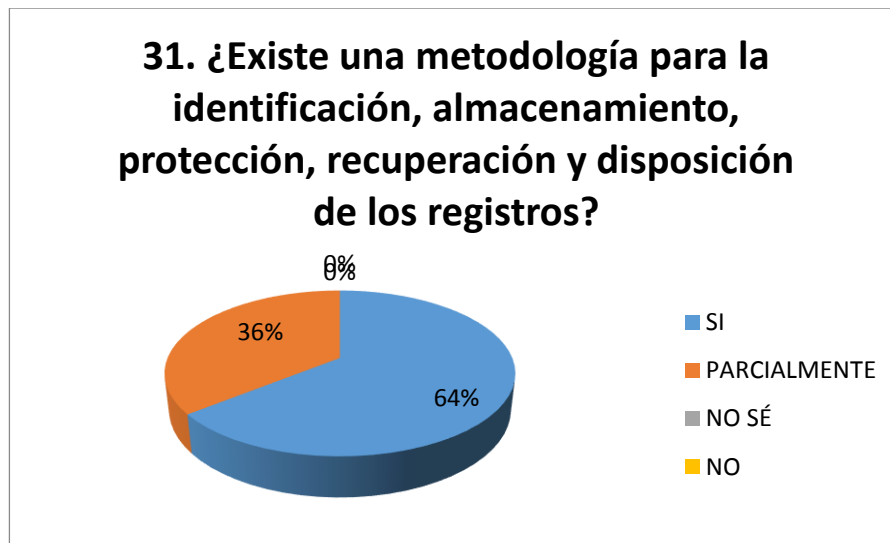
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	14	100.00
TOTAL	14	100



La totalidad de los encuestados respondió con NO a la interrogante, están de acuerdo en que no se realiza ningún procedimiento de documentado para el control de los registros. Pero cada quien sabe que hacer ya que tienen experiencia haciéndolo.

31. ¿Existe una metodología para la identificación, almacenamiento, protección, recuperación y disposición de los registros?

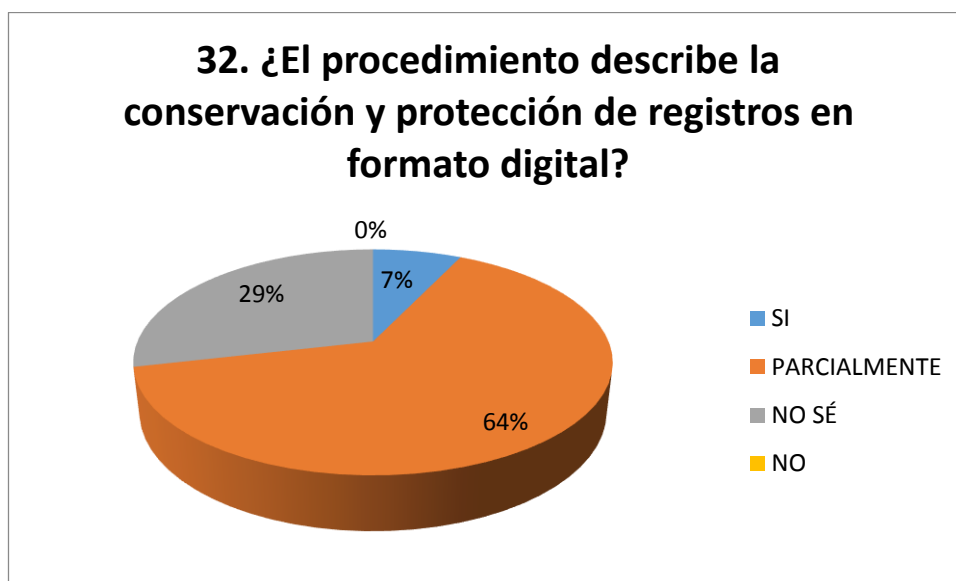
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	9	64.29
PARCIALMENTE	5	35.71
NO SÉ	0	0.00
NO	0	0.00
TOTAL	14	100



Un treinta y seis por ciento afirma que existe una metodología parcial, a lo cual se explica como que algunas de las fases mencionadas en la pregunta no se realizan, por ejemplo la recuperación, disposición y almacenamiento de todos los registros que están digitalizados. Otros permanecen en físico hasta su procesamiento en formato digital. En la actualidad la mayoría de documentación se mantiene en estado físico en archivos.

32. ¿El procedimiento describe la conservación y protección de registros en formato digital?

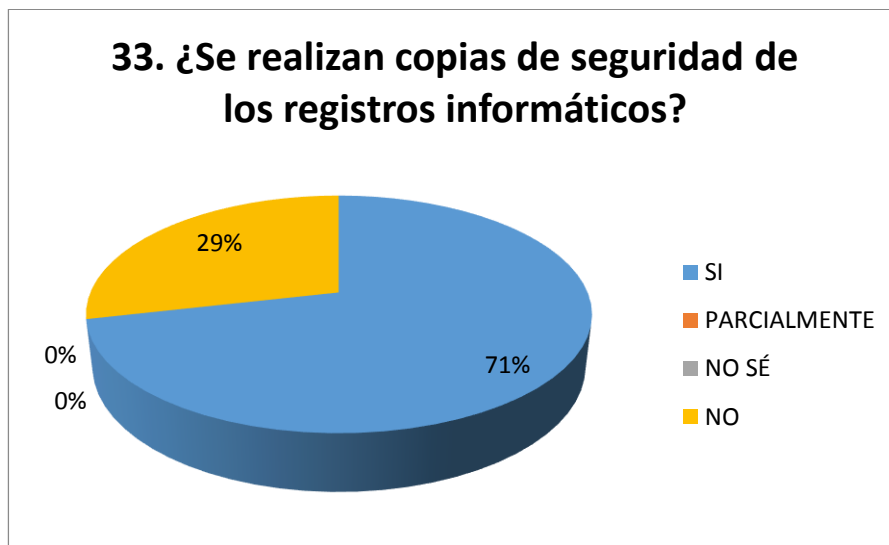
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	1	7.14
PARCIALMENTE	9	64.29
NO SÉ	4	28.57
NO	0	0.00
TOTAL	14	100



Cierta información implica procesar la información para acceder a esta posteriormente en formato digital, a lo que un pequeño porcentaje se maneja de esta forma. Así lo afirma el 7% de los encuestados. Otra opiniones (64% la mayoría) afirman que este se hace parcialmente, esta tendencia se debe a que no existe respaldo alguno en este formato en algunos casos, como por ejemplo los vales en arsenales, la información es procesada directamente de los vales al sistema ADACAD. Otro porcentaje dice no saber ya que en su labor no se utiliza algún medio electrónico para sus registros.

33. ¿Se realizan copias de seguridad de los registros informáticos?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	10	71.43
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	4	28.57
TOTAL	14	100



Muchos trabajadores en sus labores diarias utilizan medios no oficiales de respaldo de archivos, tal es el caso de un respaldo en una memoria Flash o USB de uso personal. Indican de esta forma que se realiza una labor respaldo o copia de seguridad de los registros. Aunque no existen ningún respaldo convencional como del tipo disco duro en paralelo, el 71% afirma que si lo hay mientras que un 29% afirma que no lo hay ya que el respaldo de registros informáticos se debe de hacer automáticamente.

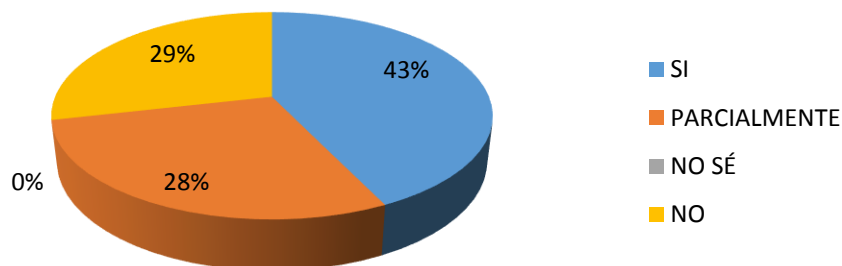
5. Responsabilidad de la dirección

5.1 Compromiso de la dirección

34. ¿La alta dirección comunica a la organización la importancia de satisfacer los requisitos de los clientes y los requisitos legales correspondientes a los servicios ofertados dentro de la FOUES?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	3	42.86
PARCIALMENTE	2	28.57
NO SÉ	0	0.00
NO	2	28.57
TOTAL	7	100

34. ¿La alta dirección comunica a la organización la importancia de satisfacer los requisitos de los clientes y los requisitos legales correspondientes a los servicios ofertados dentro de la FOUES?



Casi la mitad de los encuestados afirman que sí se realiza esta labor ya que es intrínseca a su puesto. Siempre velan por hacer bien su trabajo en el aspecto legal.

Por otro lado un 28% dice que es una labor parcial, ya que las clínicas odontológicas están diseñadas para respetar los requisitos legales y complacer los requisitos de los clientes internos, tal es el caso de los estudiantes, y no de los externos, que serían los pacientes.

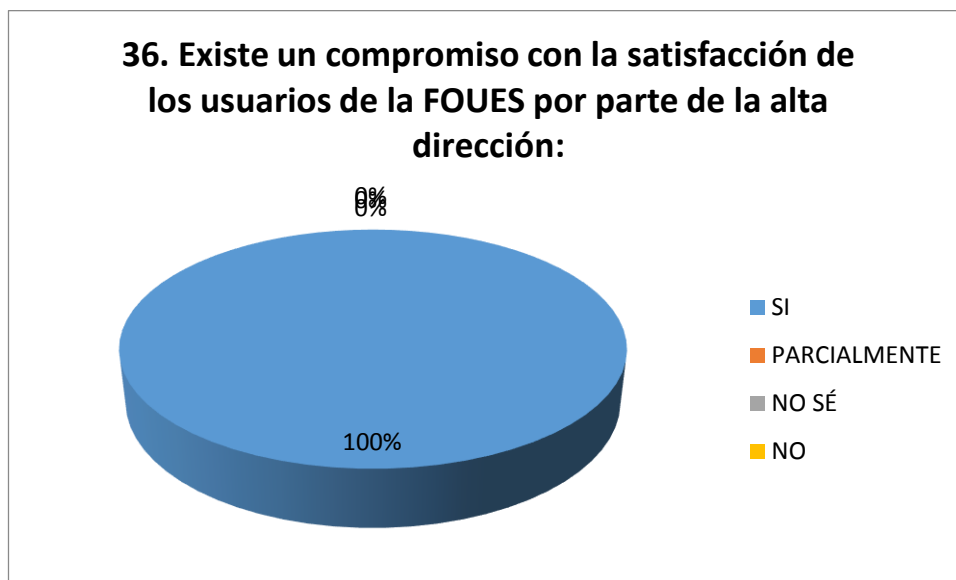
El otro 29% afirma que no se realiza una labor adecuada.

35. Si su respuesta fue “sí” o “parcialmente”, ¿de qué manera lo realiza?

La totalidad de los trabajadores respondieron “reuniones periódicas” pero no se documentaban ni se hace un seguimiento sistemático de los clientes externos (pacientes). Sólo se habla al respecto.

36. Existe un compromiso con la satisfacción de los usuarios de la FOUES por parte de la alta dirección:

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	7	100.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	0	0.00
TOTAL	7	100



Se respondió en la totalidad con un sí, se hace el esfuerzo de atender a los pacientes que llenan los requerimientos académicos de los alumnos de la mejor manera. Pero la satisfacción no es medida, de tal forma que solo se cuenta solamente con una percepción de ella.

37. Si su respuesta fue “sí” o “parcialmente”, ¿de qué manera puede evidenciarse tal compromiso?

Se estableció un patrón común:

- ✓ El docente responsable entrevista al paciente de vez en cuando preguntándole si no hay inconvenientes.
- ✓ Si había una queja del paciente se resolvía.

38. ¿La alta dirección establece los objetivos y políticas que tienen que ver con la calidad de los servicios brindados?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	7	100.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	0	0.00
TOTAL	7	100



La totalidad de los encuestados concuerdan con que la alta dirección establece los objetivos y políticas para este fin.

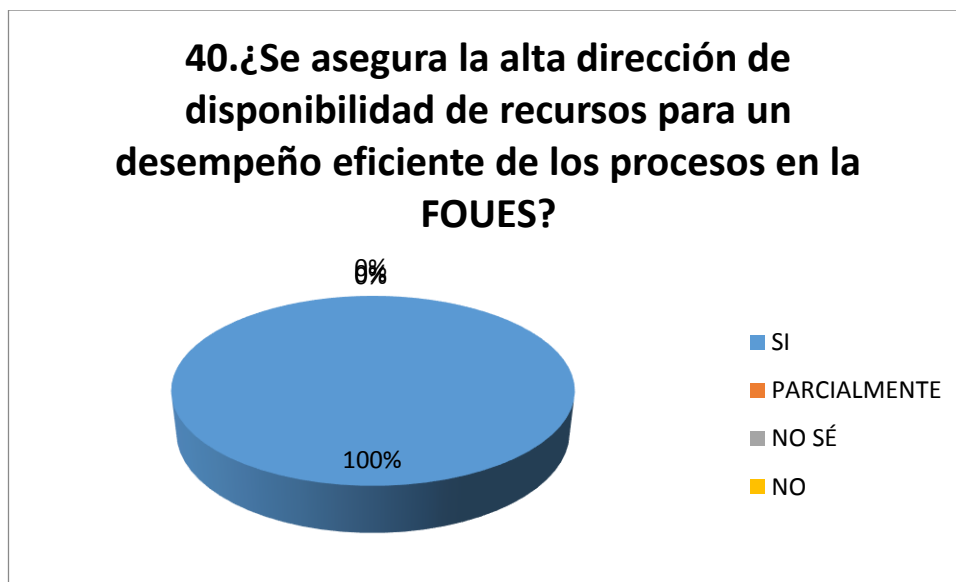
39. Si su respuesta anterior fue “Si”, se encarga la alta dirección de comunicarlos al resto de la FOUES

A la respuesta anterior se halló un patrón común, a lo que corresponde a

- ✓ “Reuniones periódicas” con el fin de enfatizar sobre la calidad del material y equipo dental adquirido.
- ✓ Amabilidad en el trato

40. ¿Se asegura la alta dirección de disponibilidad de recursos para un desempeño eficiente de los procesos en la FOUES?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	14	100.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	0	0.00
TOTAL	14	100

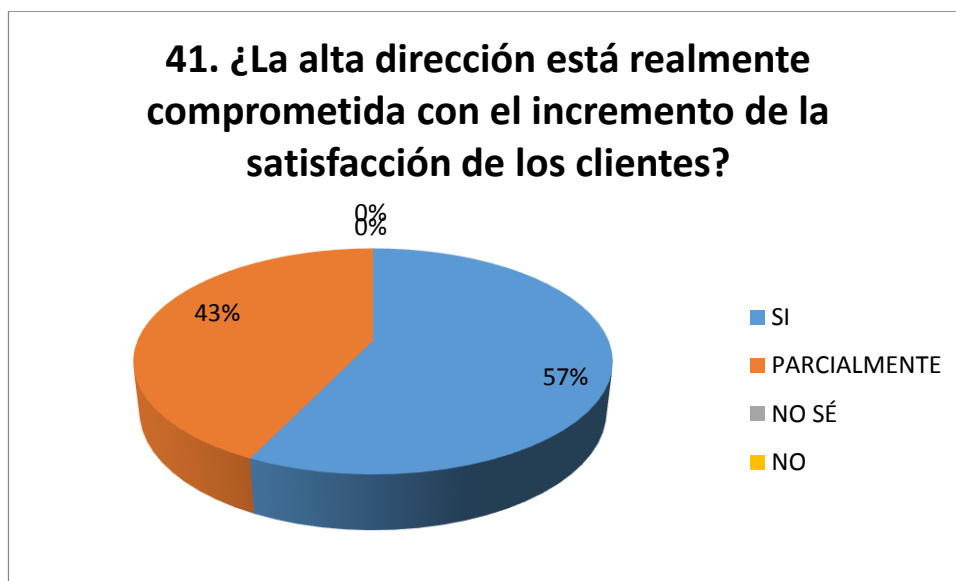


Se respondió en la totalidad con un si, a lo que se debe a que todo gasto se declara en un presupuesto anual, el cual es formulado un año antes para el desarrollo de todas las actividades de la FOUES. Por lo que así se cuenta con una mejor administración de los recursos. La medición de objetivos es un aspecto el cual se está trabajando y se trabaja de forma individual con cada unidad. No se ha establecido un estándar para la medición de objetivos alcanzados. Solo para la facultad en general que rinde un reporte de parte del decanato a junta directiva.

5.2 Enfoque al cliente

41. ¿La alta dirección está realmente comprometida con el incremento de la satisfacción de los clientes?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	4	57.14
PARCIALMENTE	3	42.86
NO SÉ	0	0.00
NO	0	0.00
TOTAL	7	100



Más de la mitad piensa que sí, se presume que el compromiso de la facultad es establecer precios bajos y resultados perdurables con materiales de primera calidad, la otra parte integra el “parcialmente” ya que se asume que el tiempo de atención y las capacidades de atención por la resolución de casos que satisfagan únicamente los requisitos académicos de los estudiantes hacen que el proceso de atención se vuelva en muchos casos tardío, disminuyendo la satisfacción.

42. Si su respuesta anterior fue “Sí” o “parcialmente”, ¿De qué manera lo realiza?

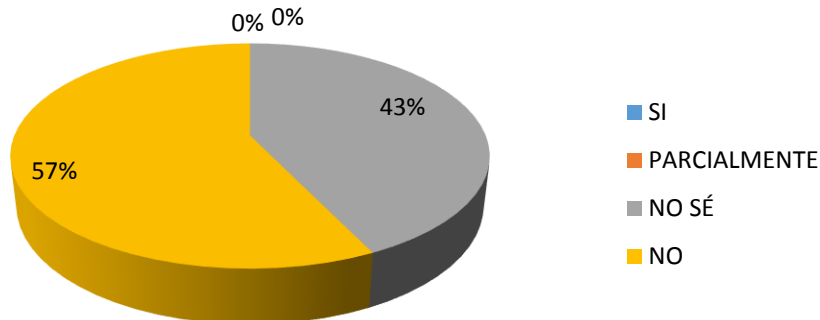
Se encontró el siguiente patrón:

- ✓ Comprando materiales de buena calidad
- ✓ Atendiendo al paciente amablemente
- ✓ Llamándolos personalmente a sus citas
- ✓ Brindarle toda la información necesaria

43. ¿Se cuenta con algún mecanismo de control que permita analizar la satisfacción de los clientes de la FOUES?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	3	42.86
NO	4	57.14
TOTAL	7	100

43. ¿Se cuenta con algún mecanismo de control que permita analizar la satisfacción de los clientes de la FOUES?



El 57% de los encuestados respondió con un no, a lo que la restante población no lo sabe. No se efectúa una medición de la satisfacción del cliente.

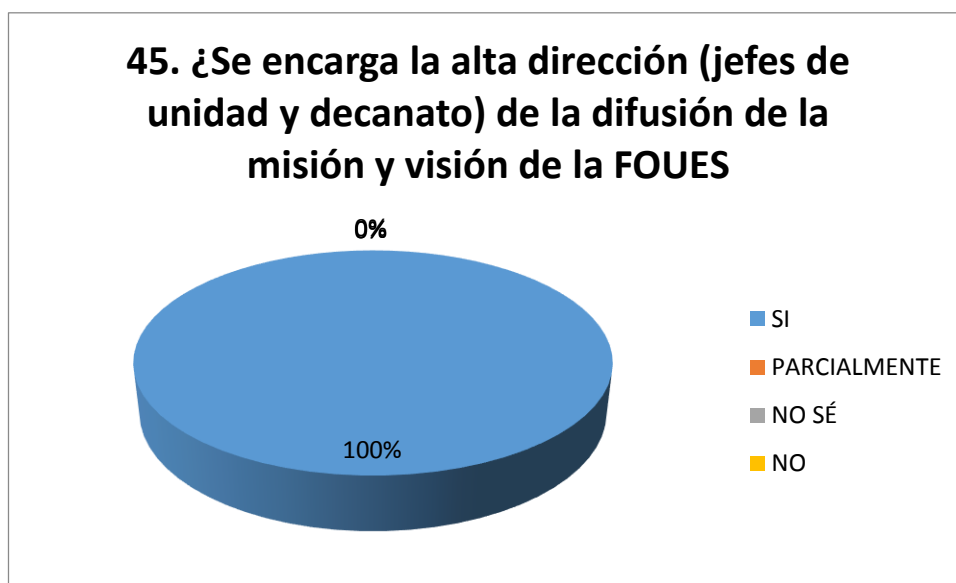
44. Si su respuesta anterior fue “sí” o “parcialmente” ¿Cuál es el mecanismo utilizado?

No se encontró para esta pregunta respuesta, ya que los encuestados no respondieron afirmativamente para la pregunta anterior.

5.3 Política de la calidad

45. ¿Se encarga la alta dirección (jefes de unidad y decanato) de la difusión de la misión y visión de la FOUES

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	25	100.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	0	0.00
TOTAL	25	100



Se respondió afirmativamente en la totalidad a esta pregunta, en la facultad se expone visualmente la visión y misión en las distintas unidades.

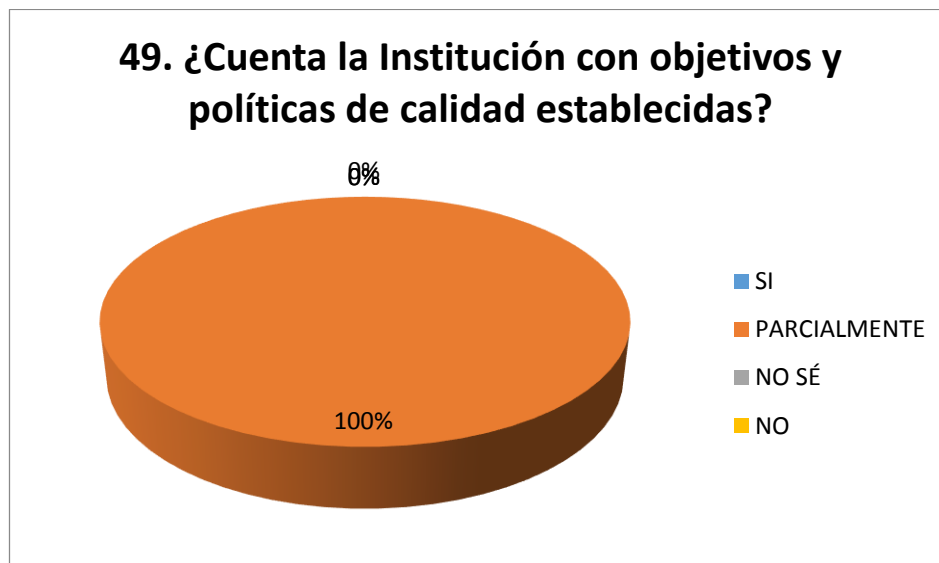
46. Si su respuesta anterior fue “sí” o “parcialmente”, ¿De qué manera se realiza?

Se encontró el patrón:

- ✓ Cuadros o carteles en las paredes que describen la Visión y Misión

49. ¿Cuenta la Institución con objetivos y políticas de calidad establecidas?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	4	100.00
NO SÉ	0	0.00
NO	0	0.00
TOTAL	4	100



Se respondió en la totalidad parcialmente, se asume que el trabajador admite que su labor es de calidad y refleja su orgullo en su trabajo. Pero esto no está documentado como tal o no se ha definido más allá del acuerdo mutuo.

50. ¿Estas políticas y objetivos se encuentran acordes a la misión y visión de la FOUES?

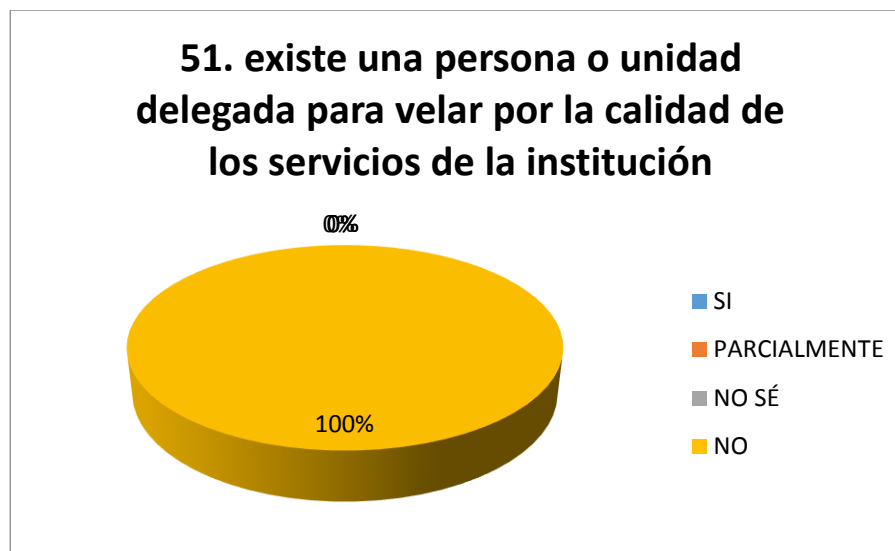
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	4	100.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	0	0.00
TOTAL	4	100



Se respondió con un rotundo si, a lo cual se asume también que el trabajador admite que su labor sigue la misión y visión de la FOUES

51. existe una persona o unidad delegada para velar por la calidad de los servicios de la institución

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	4	100.00
TOTAL	4	100



En esta pregunta se admite que no existe alguien delegado para velar por la calidad de los servicios de la institución.

52. Si su respuesta fue “sí”, mencione quien es o cual unidad es.

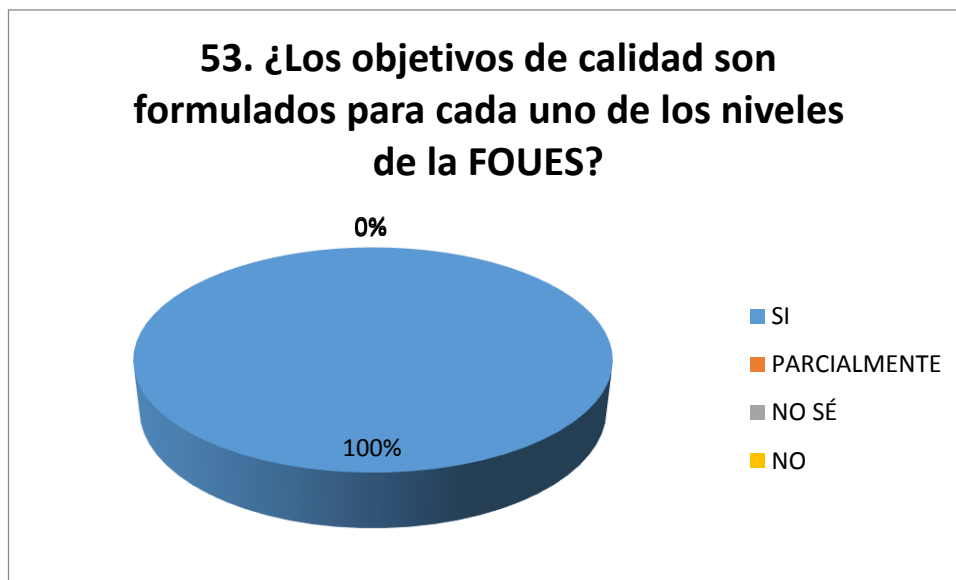
Se omitió en todos los cuestionarios esta pregunta, debido a que al momento de responder la pregunta anterior ninguna fue afirmativa.

5.4 Planificación

5.4.1 Objetivos de la calidad

53. ¿Los objetivos de calidad son formulados para cada uno de los niveles de la FOUES?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	4	100.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	0	0.00
TOTAL	4	100

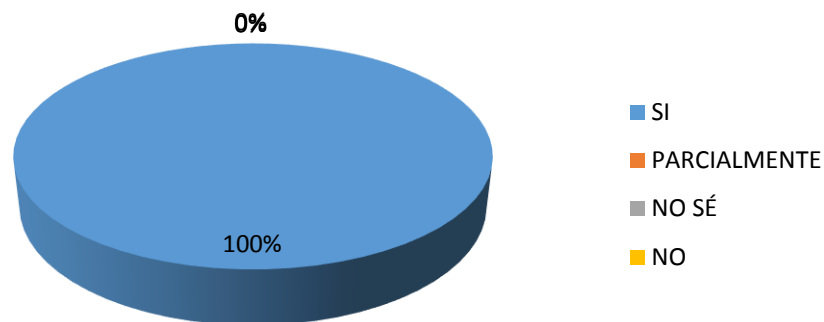


La totalidad de los encuestados afirman que los objetivos de calidad son formulados para cada uno de los niveles de la FOUES. Se afirma que los productos para los clientes internos sean completos, claros y precisos. Sean también servidos con la antelación adecuada y la disposición personal de amabilidad. Aunque no se sigue ningún sistema de mejora continua, los encuestados responden a la calidad como la efectividad en las labores.

54. ¿Los objetivos de la calidad están de acuerdo a las directrices de la política de la FOUES?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	4	100.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	0	0.00
TOTAL	4	100

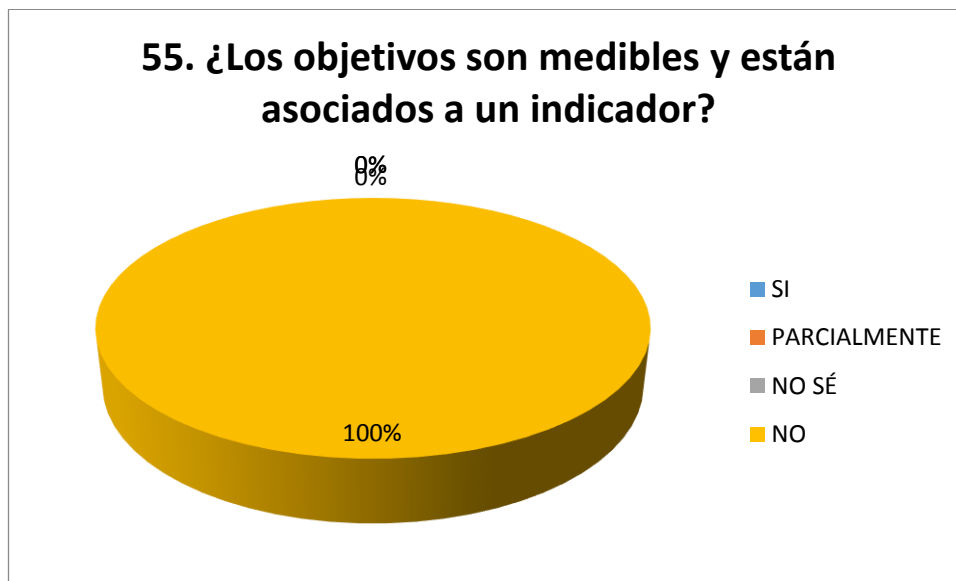
54. ¿Los objetivos de la calidad están de acuerdo a las directrices de la política de la FOUES?



Se observa asentar a un si total en todos los encuestados, se presume que se cumplen con las directrices de junta y de la planeación de la alta dirección de la FOUES. El encuestado asume la efectividad de su labor como la calidad inherente en el trabajo.

55. ¿Los objetivos son medibles y están asociados a un indicador?

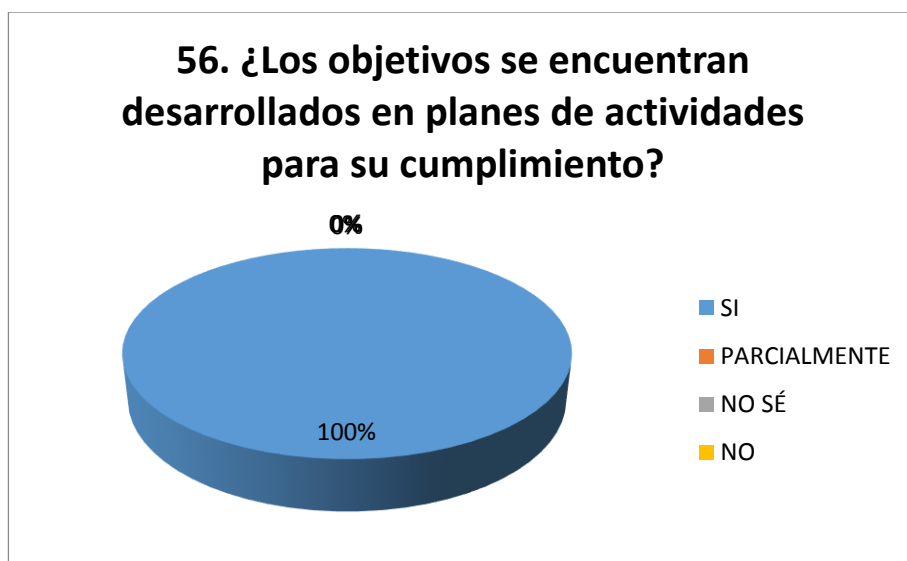
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	4	100.00
TOTAL	4	100



La totalidad de los encuestados no pueden afirmar que se miden los objetivos como tal, tampoco que se rinden informes de indicadores para estos objetivos.

56. ¿Los objetivos se encuentran desarrollados en planes de actividades para su cumplimiento?

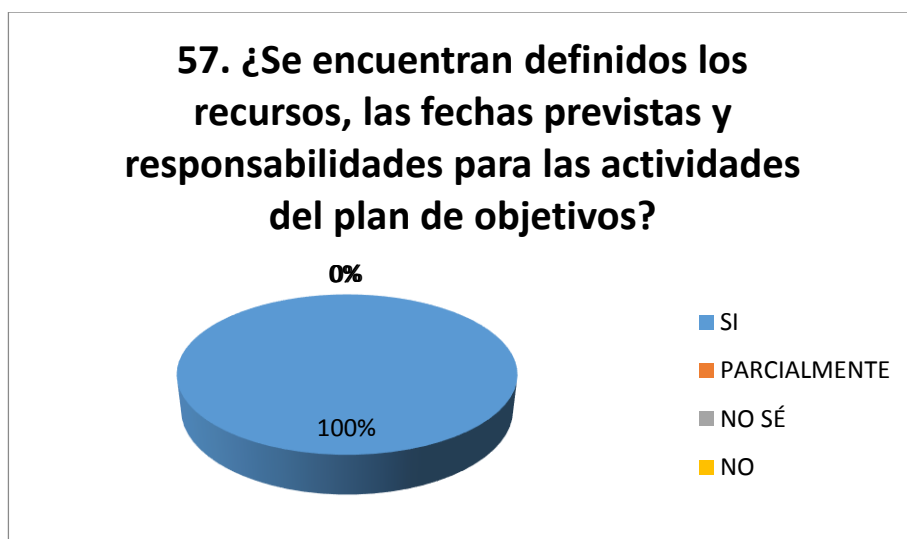
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	4	100.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	0	0.00
TOTAL	4	100



Se respondió afirmativamente en todos los cuestionarios, ya que a principio de año y a principio de la administración del decanato, se trazan los objetivos a cumplir en actas y acuerdos para luego confrontar el desarrollo de todos ellos del plan de trabajo en una memoria de labores.

57. ¿Se encuentran definidos los recursos, las fechas previstas y responsabilidades para las actividades del plan de objetivos?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	4	100.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	0	0.00
TOTAL	4	100

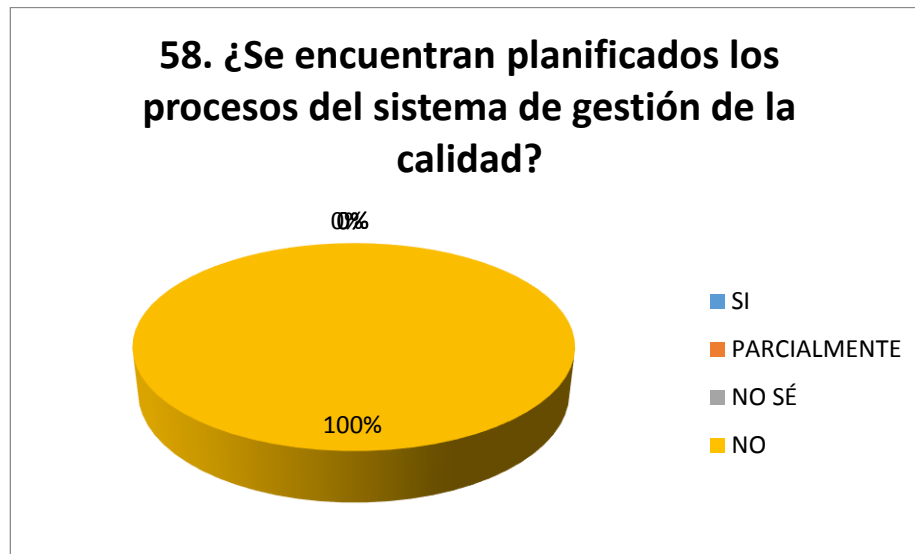


Se respondió afirmativamente en la totalidad, se constata que se cuenta con un plan de trabajo por año y por gestión. El cual se va midiendo de manera continua. Cada unidad tiene su propio estándar a lo cual solo es medible y comparable para su unidad. El avance no se mide en porcentaje de cumplimiento, solo en la compleción de cada objetivo.

5.4.2 Planificación del sistema de gestión de la calidad

58. ¿Se encuentran planificados los procesos del sistema de gestión de la calidad?

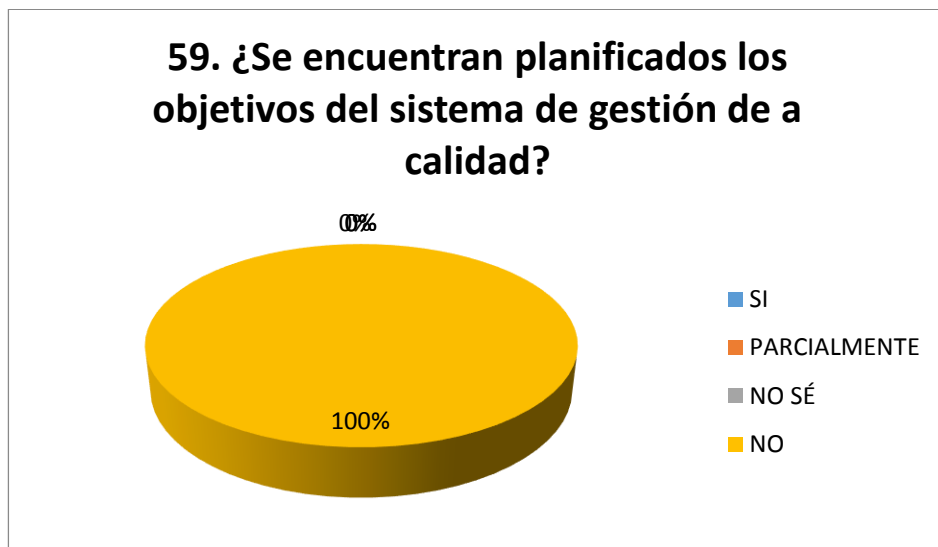
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	4	100.00
TOTAL	4	100



Se encontró un no rotundo en todos los cuestionarios, debido a que no está definido ningún sistema de gestión de la calidad.

59. ¿Se encuentran planificados los objetivos del sistema de gestión de a calidad?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	4	100.00
TOTAL	4	100



Se encontró un no rotundo en todos los cuestionarios, debido a que no están definidos ningún objetivo del sistema de gestión de la calidad.

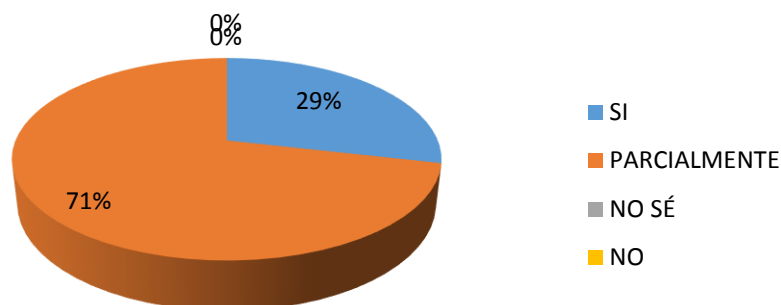
5.5 Responsabilidad, autoridad y comunicación

5.5.1 Responsabilidad y autoridad

60. ¿Están correctamente definidas las responsabilidades y autoridades dentro de las unidades de la FOUES?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	4	28.57
PARCIALMENTE	10	71.43
NO SÉ	0	0.00
NO	0	0.00
TOTAL	14	100

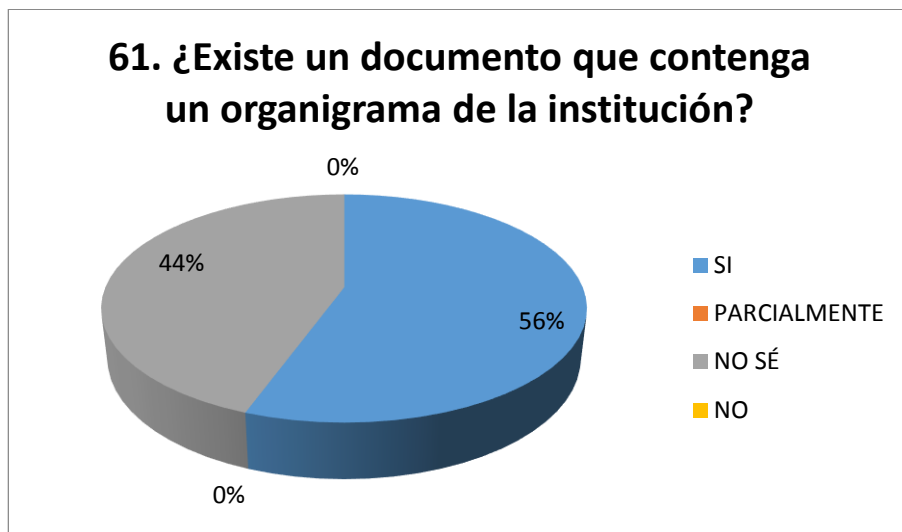
60. ¿Están correctamente definidas las responsabilidades y autoridades dentro de las unidades de la FOUES?



Un 29% opina que sí, mientras que el 71% opina que parcialmente. Se ha observado cambios en las funciones estipuladas en el manual de puestos, por lo que algunos puestos de los cuales se han prescindido ahora son realizados por otras personas, o no son realizados en lo absoluto. Tal es el caso de la plaza de trabajador(a) social que se encuentra discontinuado. Así también muchas funciones han sido cargadas a otros puestos.

61. ¿Existe un documento que contenga un organigrama de la institución?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	10	55.56
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	8	44.44
NO	0	0.00
TOTAL	18	100

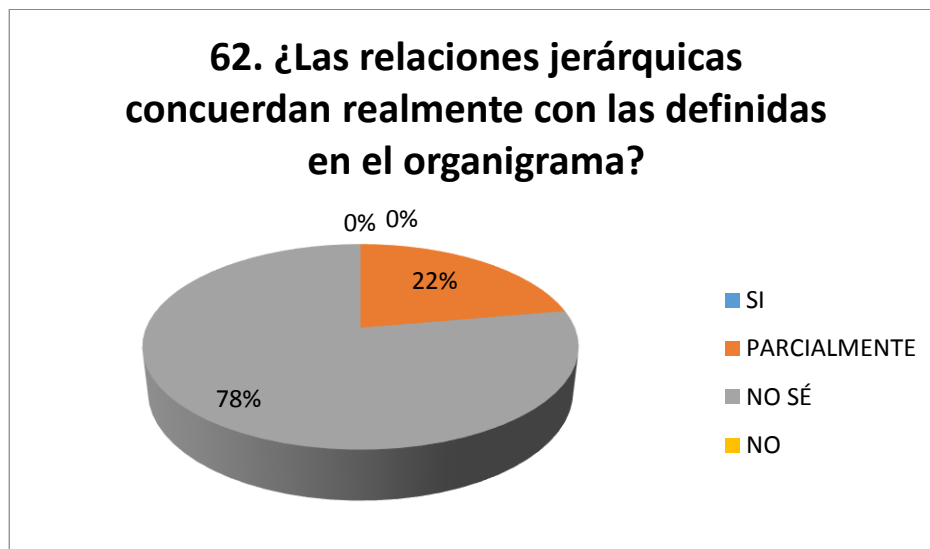


Un 56% conoce la existencia del organigrama, aunque desfasado con la estructura actual, se discute sobre el verdadero papel o la jerarquía de ciertas unidades sobre otras. Tal es el caso de la unidad de planeación junto con recursos físicos.

El porcentaje restante de encuestados no saben si existe un organigrama actualizado de la institución.

62. ¿Las relaciones jerárquicas concuerdan realmente con las definidas en el organigrama?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	4	22.22
NO SÉ	14	77.78
NO	0	0.00
TOTAL	18	100



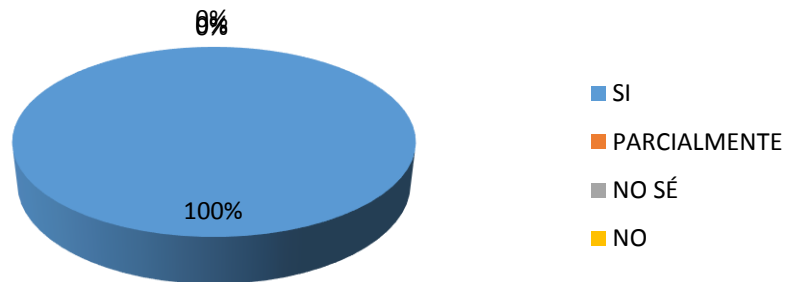
Un 22% opina que la concordancia es parcial y el restante opina que no sabe, se investigó que desde la actualización del manual de puestos ha pasado mucho tiempo, y las actividades de los empleados han cambiado mucho. Algunas personas nunca han leído su función y por la experiencia de los años saben cuál es su papel y su relación jerárquica. Sin embargo no se ha establecido formalmente un organigrama como tal.

5.5.2 Representante de la dirección

63. ¿Se encuentra documentada la asignación de representante de la dirección a algún cargo o puesto de la organización?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	4	100.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	0	0.00
TOTAL	4	100

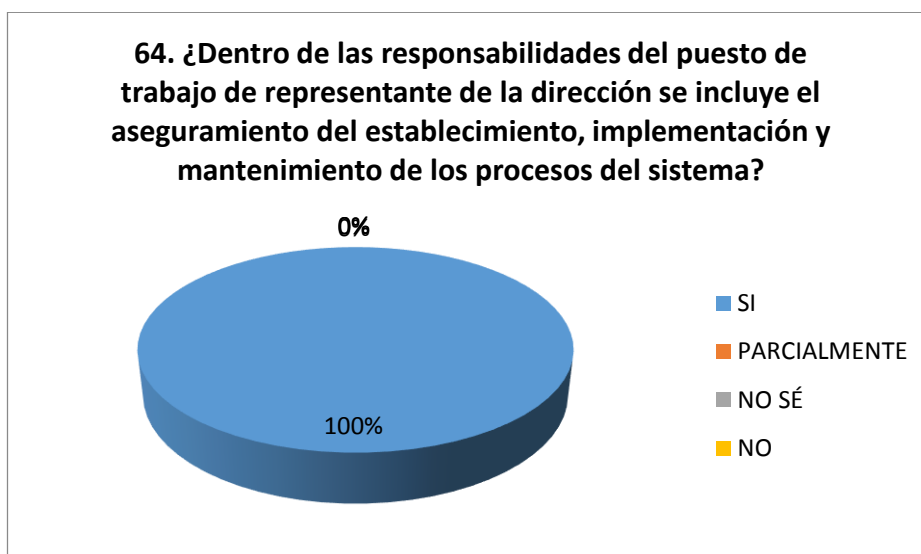
63. ¿Se encuentra documentada la asignación de representante de la dirección a algún cargo o puesto de la organización?



Sí, es de la opinión de los encuestados que toda asignación ha sido documentada en recursos humanos.

64. ¿Dentro de las responsabilidades del puesto de trabajo de representante de la dirección se incluye el aseguramiento del establecimiento, implementación y mantenimiento de los procesos del sistema?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	4	100.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	0	0.00
TOTAL	4	100

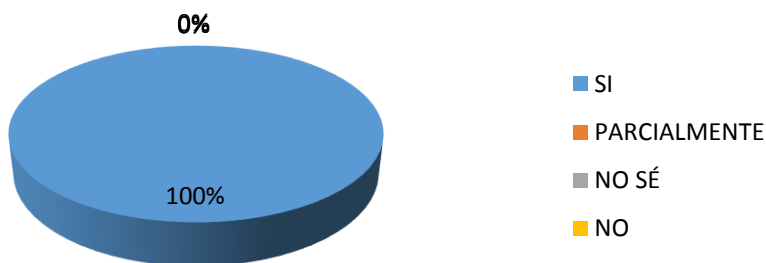


Los encuestados respondieron en su totalidad a esta pregunta con un si, en una tendencia mayoritaria se comunicó que se trataba de responder a los objetivos trazados esperando resultados, con lo cual se monitoreaba el avance de las actividades.

65. ¿Dentro de las responsabilidades del puesto de trabajo de representante de la dirección se incluye la de informar a la alta dirección sobre el desempeño del sistema y de las necesidades de mejora?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	4	100.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	0	0.00
TOTAL	4	100

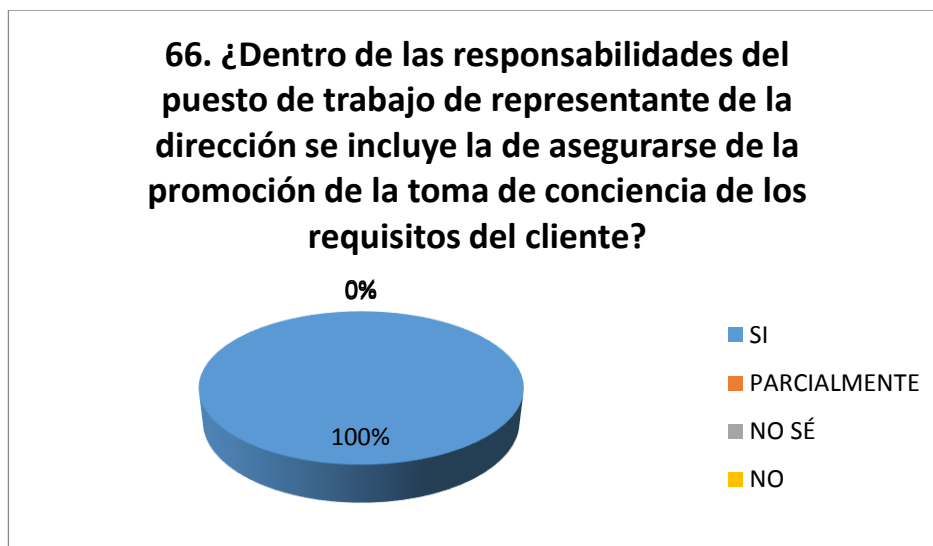
65. ¿Dentro de las responsabilidades del puesto de trabajo de representante de la dirección se incluye la de informar a la alta dirección sobre el desempeño del sistema y de las necesidades de mejora?



Los encuestados opinaron en un 100% que el trabajo de representante exigía la labor de informar a la alta dirección sobre el desempeño del sistema y comunicar las necesidades de mejora.

66. ¿Dentro de las responsabilidades del puesto de trabajo de representante de la dirección se incluye la de asegurarse de la promoción de la toma de conciencia de los requisitos del cliente?

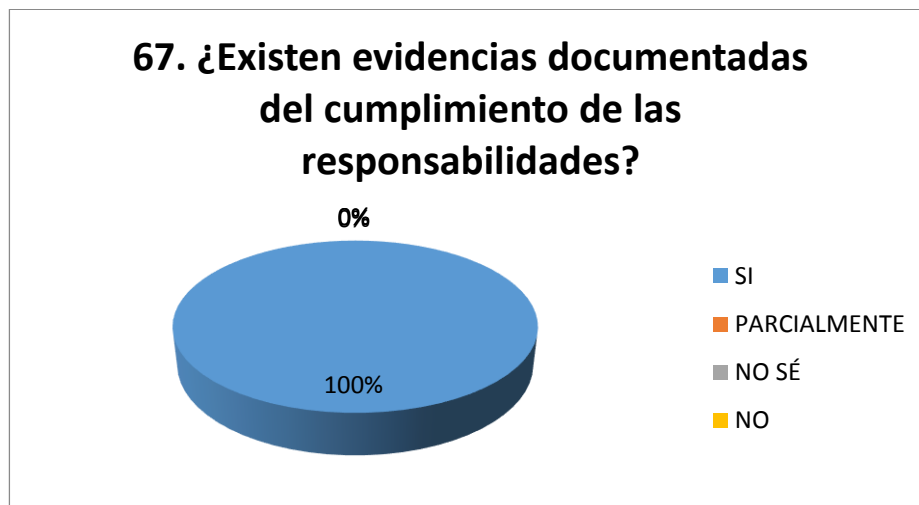
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	4	100.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	0	0.00
TOTAL	4	100



Se opinó en un 100% que dentro de las responsabilidades del puesto de trabajo de representante de la dirección figuraba el concientizar sobre los requisitos del cliente

67. ¿Existen evidencias documentadas del cumplimiento de las responsabilidades?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	4	100.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	0	0.00
TOTAL	4	100



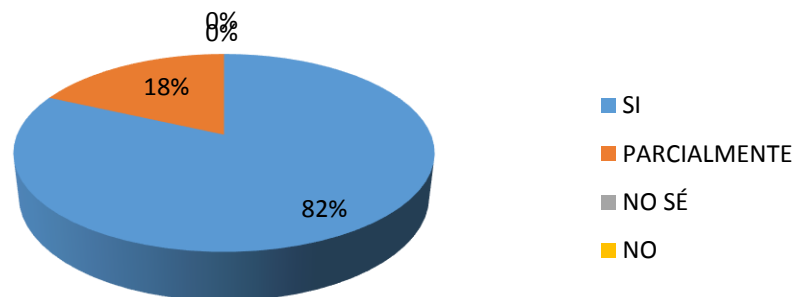
La totalidad de los encuestados opinó que se documentaba el cumplimiento de las responsabilidades, junto con el nombramiento de su cargo de acuerdo a la labor que seguiría su plan de trabajo. La memoria de labores es entonces el documento que respalda el cumplimiento de los objetivos de sus planes, que es al mismo tiempo, su responsabilidad inmediata. Así mismo, la FOUES rinde cuentas de sus objetivos en junta directiva por medio de la medición del avance de sus objetivos planeados. Otro tipo de control no es llevado a cabo.

5.5.3 Comunicación interna

68. ¿Existe una eficaz comunicación interna en la FOUES que permita el buen desempeño de los procesos?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	9	81.82
PARCIALMENTE	2	18.18
NO SÉ	0	0.00
NO	0	0.00
TOTAL	11	100

68. ¿Existe una eficaz comunicación interna en la FOUES que permita el buen desempeño de los procesos?



El 82% de los encuestados opina que si hay una comunicación interna buena dentro de la FOUES, mientras que un 18% opina que la hay parcialmente. Son comunes las quejas de la agilidad de ciertas unidades con respecto a otras o con respecto a las expectativas sobre esa unidad. No hay medición sobre este desempeño.

69. ¿Qué medios de comunicación interna se utilizan en la FOUES?

Se constató una tendencia y se pudo formar la siguiente lista:

- ✓ Memorándums
- ✓ Notificación verbal y acuerdo oral
- ✓ Correo electrónico
- ✓ Fax
- ✓ Notas

5.6 Revisión por la dirección

5.6.1 Generalidades

70. ¿Se encuentran definida la frecuencia de realización de las revisiones del sistema por la dirección?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	4	100.00
TOTAL	4	100



Se opina que no se cuenta con una revisión periódica definida del sistema de parte de la dirección.

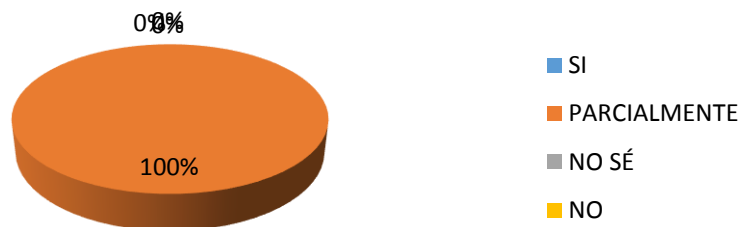
71. Si su respuesta anterior fue “sí” o “parcialmente”, ¿De qué manera se realiza?

No se pudo obtener esta información ya que las respuestas anteriores no contenían si o parcialmente.

72. ¿Se incluye en el registro de informe de revisión el análisis de oportunidades de mejora, la necesidad de cambios en el sistema y el análisis de la política y los objetivos de la calidad?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	4	100.00
NO SÉ	0	0.00
NO	0	0.00
TOTAL	4	100

72. ¿Se incluye en el registro de informe de revisión el análisis de oportunidades de mejora, la necesidad de cambios en el sistema y el análisis de la política y los objetivos de la calidad?

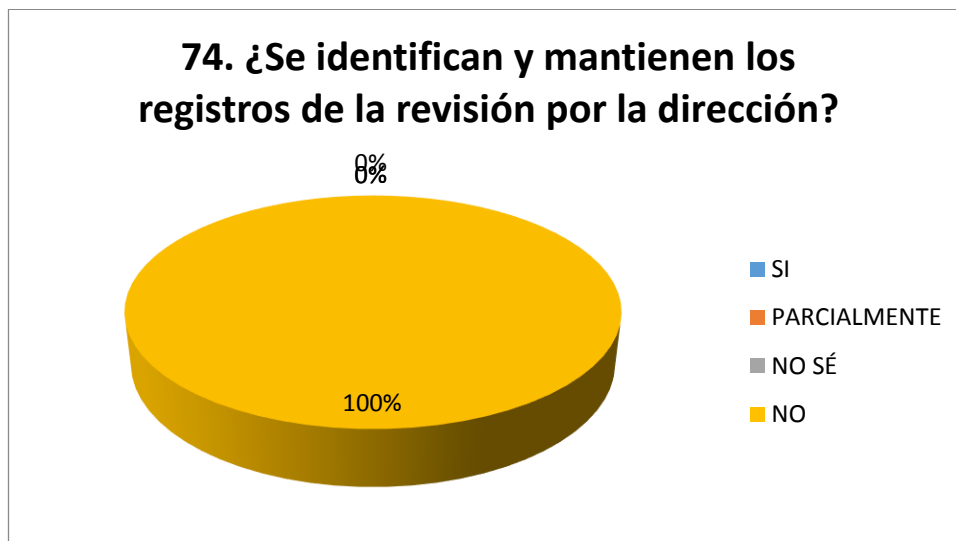


73. Si su respuesta anterior fue “sí” o “parcialmente”, ¿De qué manera se realiza?

- ✗ Con reuniones de directores de clínicas y los cursos.
- ✗ Reuniones de Jefaturas
- ✗ Presentación de resoluciones en comité técnico y revisado por jefaturas y directores, posteriormente aprobado por Junta Directiva.

74. ¿Se identifican y mantienen los registros de la revisión por la dirección?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	4	100.00
TOTAL	4	100



No existen documentos que respalden las revisiones por la alta dirección.

75. Si su respuesta anterior fue “sí” o “parcialmente”, ¿De qué manera se realiza?

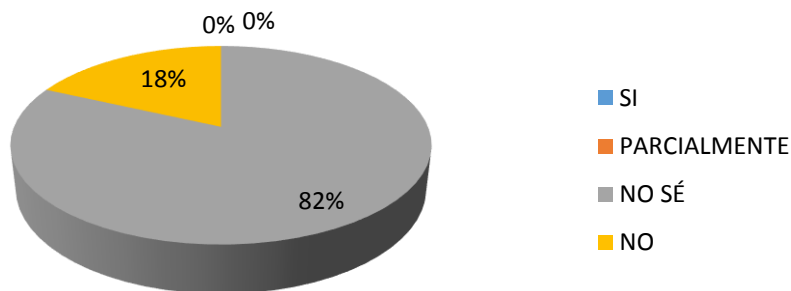
Se opina en la totalidad que no existe un documento como tal, pero estas resoluciones de las reuniones se documentan en actas.

5.6.2 Información de entrada para la revisión

76. ¿El informe de revisión del sistema de gestión de calidad contiene los resultados de las auditorías internas?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	9	81.82
NO	2	18.18
TOTAL	11	100

76. ¿El informe de revisión del sistema de gestión de calidad contiene los resultados de las auditorías internas?



En la encuesta se pudo constatar que el 82% no sabe acerca de este tópico, incluso un 18% asegura que no sucede así, ya que también se asegura que no existe un sistema de gestión de la calidad.

77. ¿El informe de revisión del sistema de gestión de calidad contiene los resultados de satisfacción del cliente y sus reclamos?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	4	100.00
NO	0	0.00
TOTAL	4	100

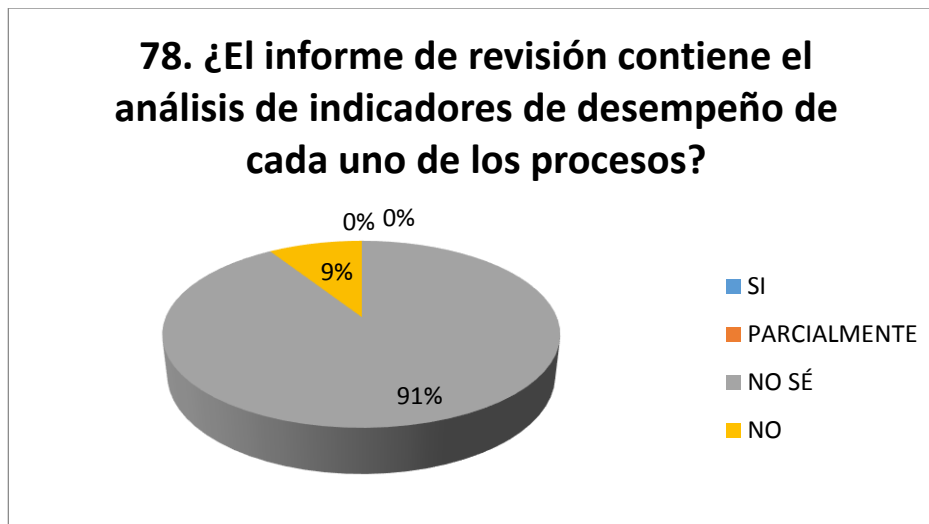
77. ¿El informe de revisión del sistema de gestión de calidad contiene los resultados de satisfacción del cliente y sus reclamos?



Según la encuesta no se sabe sobre resultados de satisfacción del cliente y reclamos, es por eso que a pesar de haber respondido no en la pregunta anterior, se vio una tendencia a responder al segundo ítem implícito.

78. ¿El informe de revisión contiene el análisis de indicadores de desempeño de cada uno de los procesos?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	10	90.91
NO	1	9.09
TOTAL	11	100

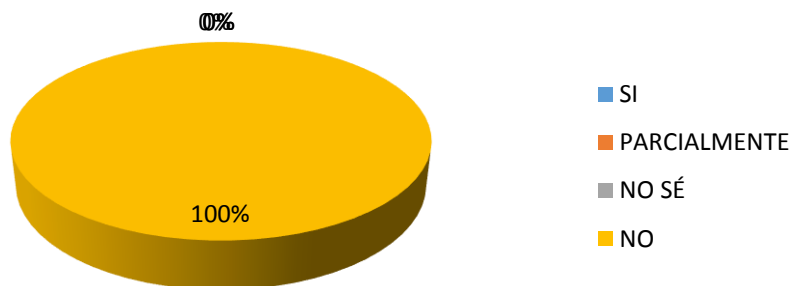


Una marcada tendencia resuelve esta pregunta con un 91% de duda sobre la existencia de indicadores, mientras que el 9% asegura con firmeza que no existe esto.

79. ¿El informe de revisión del sistema de gestión de calidad contiene el estado de las acciones correctivas y preventivas?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	11	100.00
TOTAL	11	100

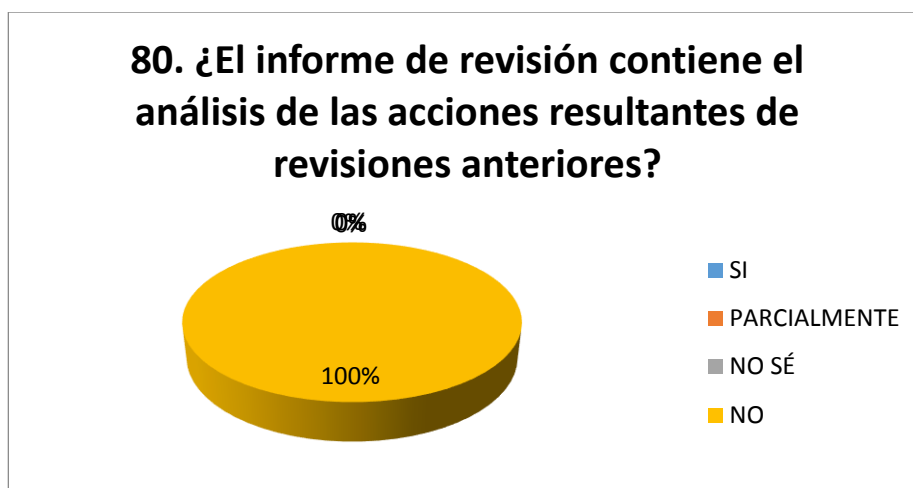
79. ¿El informe de revisión del sistema de gestión de calidad contiene el estado de las acciones correctivas y preventivas?



Un 100% respondió con un no rotundo, al saber que la facultad no cuenta con un sistema de gestión de calidad, por lo que no puede haber un informe de revisión de este.

80. ¿El informe de revisión contiene el análisis de las acciones resultantes de revisiones anteriores?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	4	100.00
TOTAL	4	100

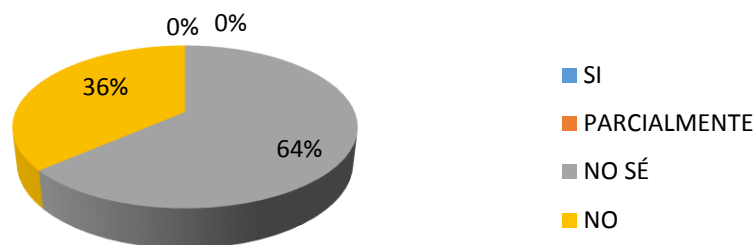


Un 100% respondió con un no rotundo, al saber que la facultad no cuenta con un sistema de gestión de calidad, por lo que no puede haber un informe de revisión de este.

81. ¿El informe de revisión del sistema de gestión de calidad contiene la necesidad de cambios que afecten al sistema de gestión de la calidad?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	7	63.64
NO	4	36.36
TOTAL	11	100

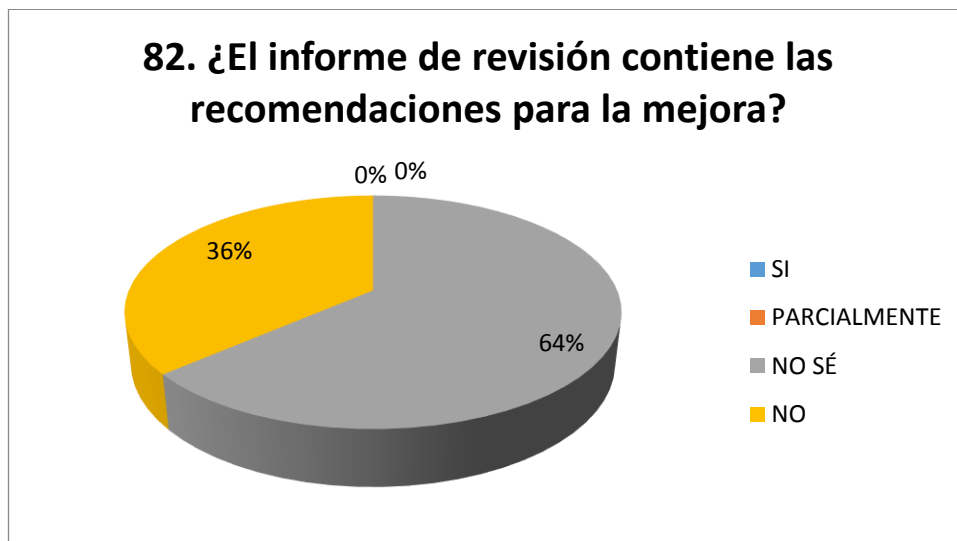
81. ¿El informe de revisión del sistema de gestión de calidad contiene la necesidad de cambios que afecten al sistema de gestión de la calidad?



Casi 3 cuartas partes no saben sobre si existe un informe de revisión y solo un porcentaje de un poco más de 1 cuarta parte asegura su no existencia.

82. ¿El informe de revisión contiene las recomendaciones para la mejora?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	7	63.64
NO	4	36.36
TOTAL	11	100

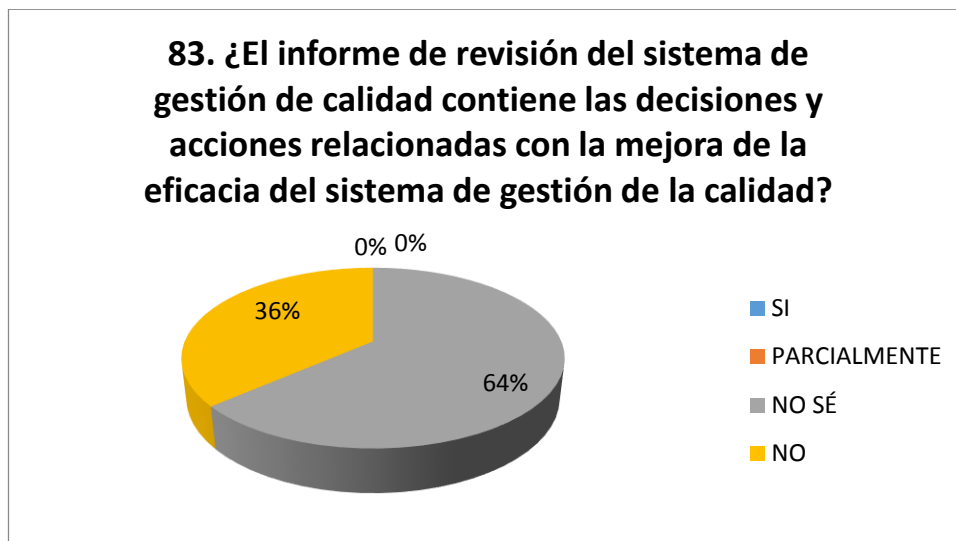


Una cantidad elevada de personas no saben la existencia de un informe de revisión, mientras que un 36% afirma que no existe un informe de revisión.

5.6.3 Resultados de la revisión

83. ¿El informe de revisión del sistema de gestión de calidad contiene las decisiones y acciones relacionadas con la mejora de la eficacia del sistema de gestión de la calidad?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	7	63.64
NO	4	36.36
TOTAL	11	100

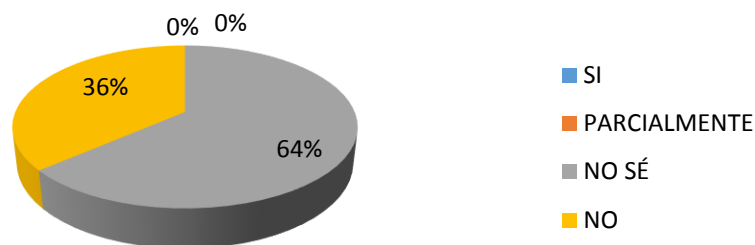


Existen dudas sobre el contenido del informe de revisión del sistema de gestión de calidad, ya que no se sabe incluso si existe un sistema como tal. A lo que se respondió con un no se a un 64% y un no en el 36% de los casos.

84. El informe de revisión del sistema de gestión de calidad contiene las decisiones y acciones relacionadas con la mejora del producto?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	7	63.64
NO	4	36.36
TOTAL	11	100

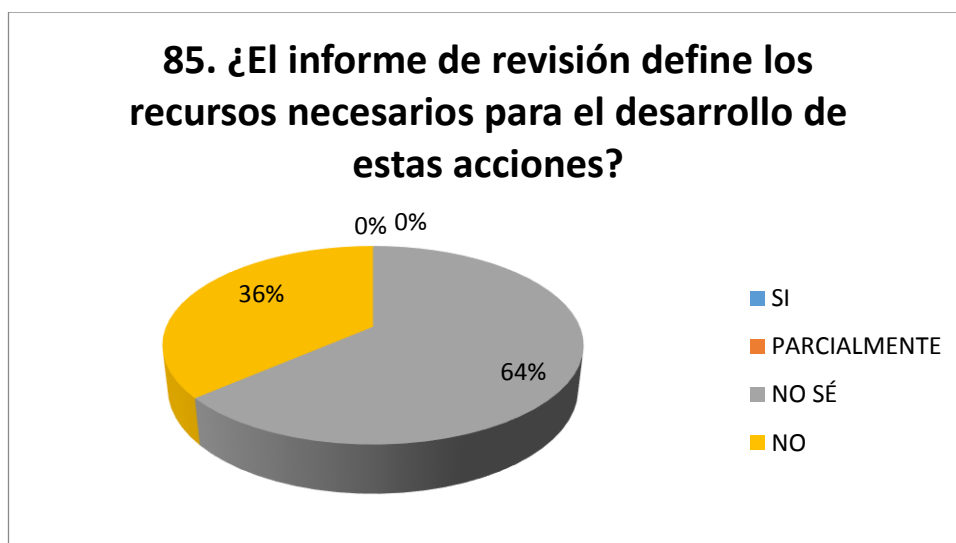
84. El informe de revisión del sistema de gestión de calidad contiene las decisiones y acciones relacionadas con la mejora del producto?



Igualmente que la pregunta anterior se puede asumir que existen dudas sobre el contenido del informe de revisión del sistema de gestión de calidad, ya que no se sabe incluso si existe un sistema como tal. A lo que se respondió con un no sé a un 64% y un no en el 36% de los casos.

85. ¿El informe de revisión define los recursos necesarios para el desarrollo de estas acciones?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	7	63.64
NO	4	36.36
TOTAL	11	100



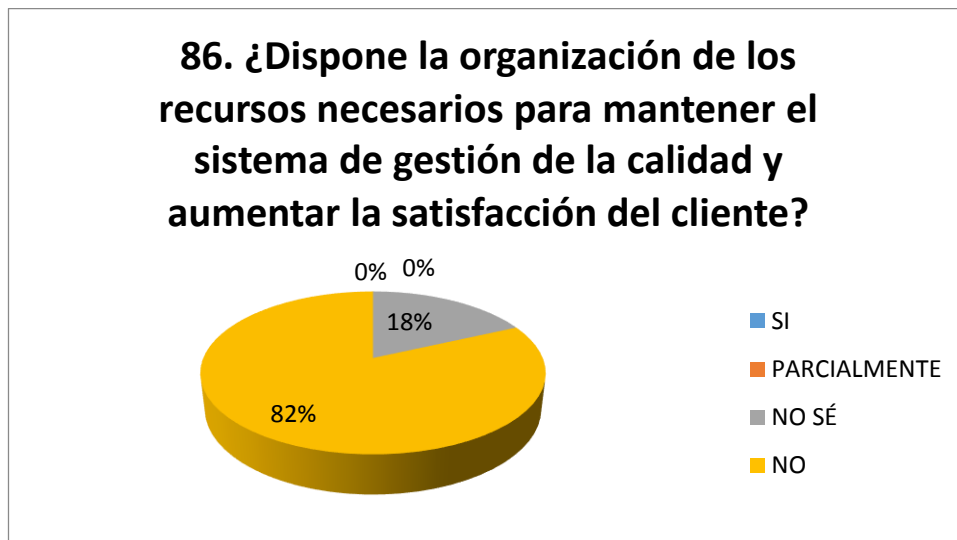
Igualmente que la pregunta anterior se puede asumir que existen dudas sobre el contenido del informe de revisión del sistema de gestión de calidad, ya que no se sabe incluso si existe un sistema como tal. A lo que se respondió con un no sé a un 64% y un no en el 36% de los casos.

6 GESTIÓN DE LOS RECURSOS

6.1 Provisión de recursos

86. ¿Dispone la organización de los recursos necesarios para mantener el sistema de gestión de la calidad y aumentar la satisfacción del cliente?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	2	18.18
NO	9	81.82
TOTAL	11	100



En el 82% de los casos se aseguró que si se cuenta con los recursos necesarios para mantener un sistema de gestión de calidad y aumentar la satisfacción del cliente, mientras que en el 18% restante no se sabía si esto era real.

6.2 Recursos humanos

6.2.1 Generalidades

87. ¿Es el personal competente para la realización de sus trabajos?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	11	100.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	0	0.00
TOTAL	11	100

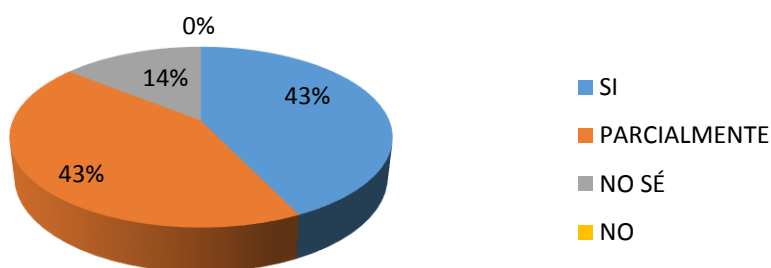


Se ha respondido en una forma afirmativa la competencia del personal en la realización de sus trabajos con un 100%

88. Se encuentra definida la competencia necesaria para cada puesto de trabajo teniendo en cuenta la educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	3	42.86
PARCIALMENTE	3	42.86
NO SÉ	1	14.29
NO	0	0.00
TOTAL	7	100

88. Se encuentra definida la competencia necesaria para cada puesto de trabajo teniendo en cuenta la educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas?

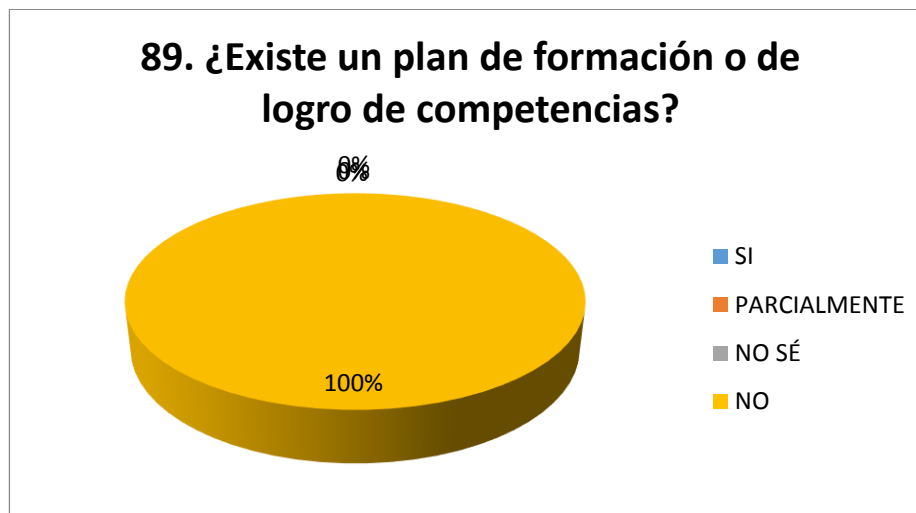


En esta pregunta se refleja un si en un 43% de las respuestas en contraste con otro 43% que respondió parcialmente, mientras que un 14% no sabe si esto es posible.

Se tiene solamente un manual de puestos, mas no uno de funciones o de procesos. A lo cual está incompleta la definición de las competencias para cada puesto de trabajo.

89. ¿Existe un plan de formación o de logro de competencias?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	7	100.00
TOTAL	7	100

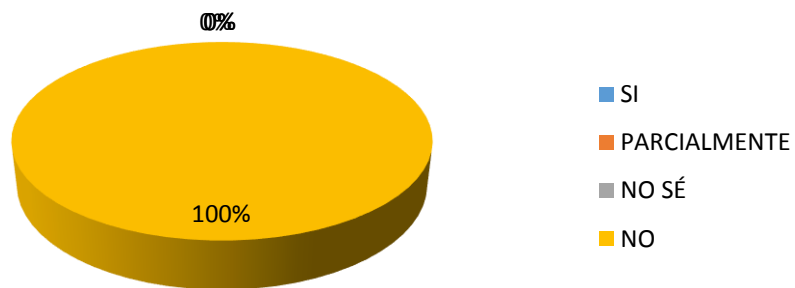


Se respondió unánimemente con un no a la existencia de un plan de formación o de logro de competencias.

90. ¿Existe una metodología definida para la evaluación de la eficacia de las acciones formativas emprendidas?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	7	100.00
TOTAL	7	100

90. ¿Existe una metodología definida para la evaluación de la eficacia de las acciones formativas emprendidas?

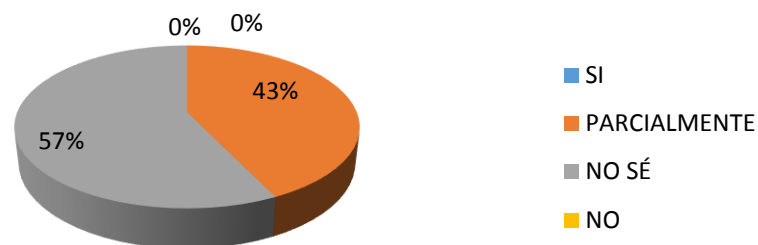


Se ha respondido categóricamente no, negando la existencia actual de una metodología de evaluación para la eficacia de las acciones formativas emprendidas

91. ¿Existen registros de plan de formación, competencia necesaria de cada puesto, ficha de empleado y actos o certificados de formación, o similares?

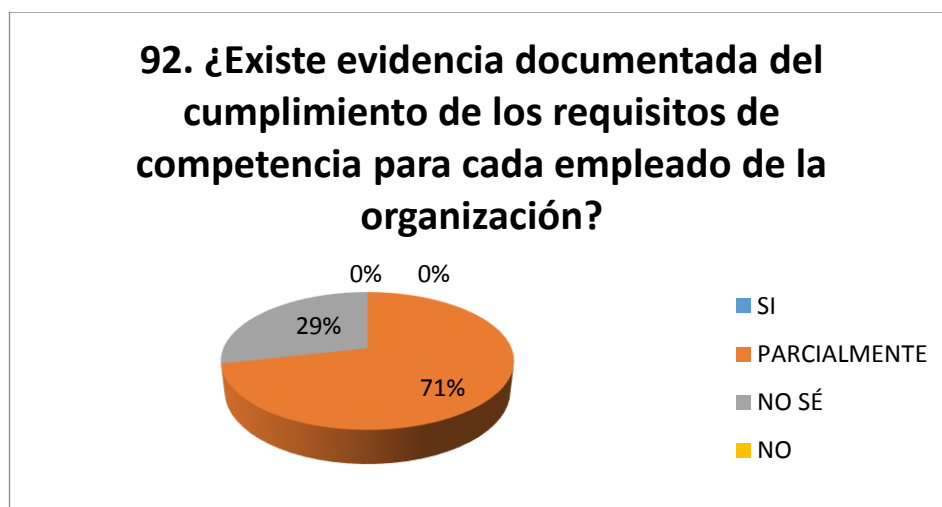
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	3	42.86
NO SÉ	4	57.14
NO	0	0.00
TOTAL	7	100

91. ¿Existen registros de plan de formación, competencia necesaria de cada puesto, ficha de empleado y actos o certificados de formación, o similares?



92. ¿Existe evidencia documentada del cumplimiento de los requisitos de competencia para cada empleado de la organización?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	5	71.43
NO SÉ	2	28.57
NO	0	0.00
TOTAL	7	100

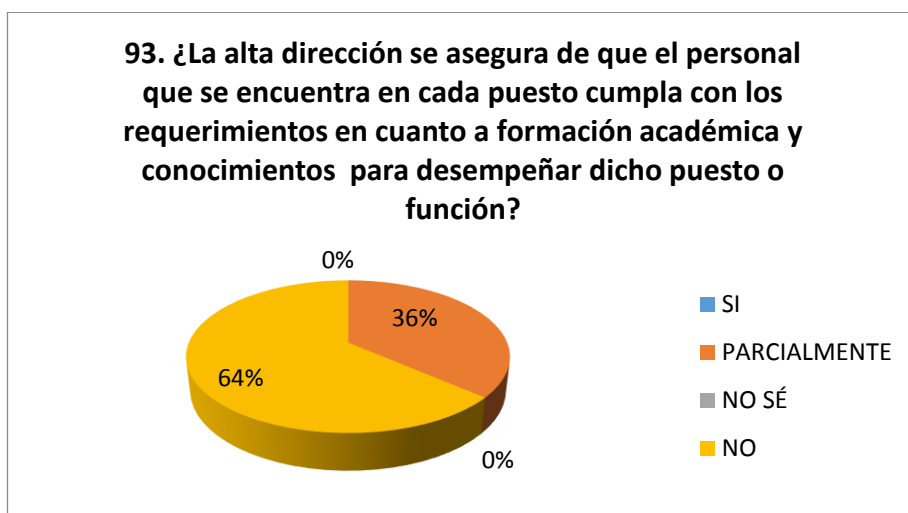


Se ha definido un 71% de respuestas que apuntan a que existe evidencia documentada del cumplimiento de los requisitos mientras que un 29% de los encuestados dicen que no saben algo al respecto.

6.2.2 Competencia, formación y toma de conciencia

93. ¿La alta dirección se asegura de que el personal que se encuentra en cada puesto cumpla con los requerimientos en cuanto a formación académica y conocimientos para desempeñar dicho puesto o función?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	4	36.36
NO SÉ	0	0.00
NO	7	63.64
TOTAL	11	100



Los encuestados respondieron en un 36% con parcialmente y en un 64% con un no. A lo que podemos asumir que aunque se ejecuta una evaluación de los requerimientos del puesto en la contratación en unas áreas esto es más estricto y en otras no lo es tanto. Y evaluaciones periódicas no son ejecutadas.

94. ¿Se tiene un plan de capacitación para el personal recién contratado?

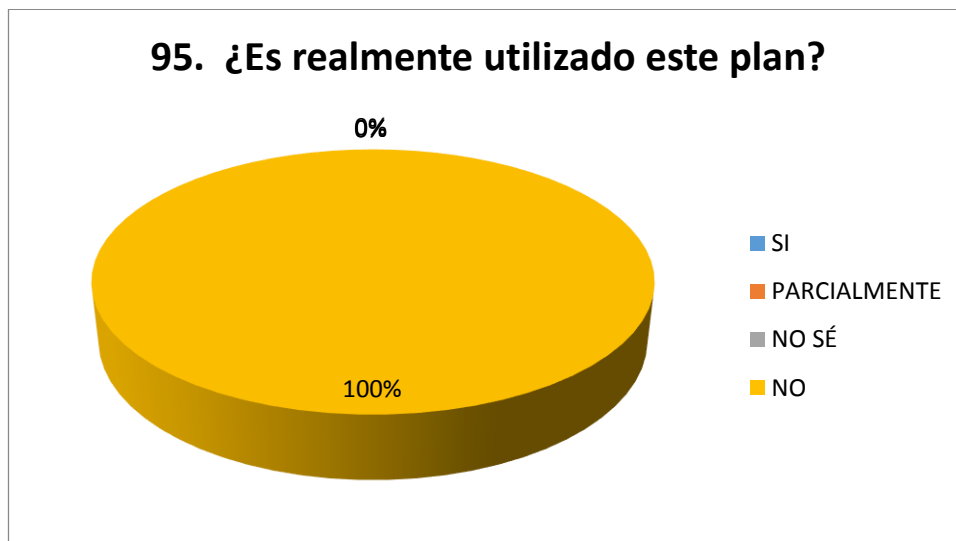
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	7	100.00
TOTAL	7	100



Se respondió categóricamente que no existe un plan de capacitación para el personal recién contratado.

95. ¿Es realmente utilizado este plan?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	7	100.00
TOTAL	7	100



Se respondió que no de una forma categórica debido al no resuelto anteriormente.

96. ¿Se cuenta con un plan de capacitación continua al personal?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	7	100.00
NO SÉ	0	0.00
NO	0	0.00
TOTAL	7	100



Se cuenta con una capacitación continua, de forma que personal se capacita en días especiales. Aunque no el tiempo es muy escaso las capacitaciones vienen fuera de la iniciativa de la FOUES.

97. ¿Es realmente utilizado este plan?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	7	100.00
TOTAL	7	100



Se respondió categóricamente con un no, asegurando que no existe un plan y por lo tanto no se utiliza.

98. ¿Se llevan por escrito registros de estas capacitaciones?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	7	100.00
NO SÉ	0	0.00
NO	0	0.00
TOTAL	7	100



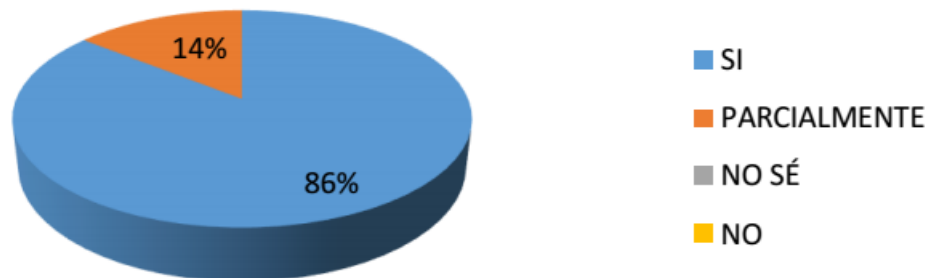
Cuando se han ejecutado capacitaciones queda registrado en el expediente de cada docente en recursos humanos y en los remitos.

6.3 Infraestructura

99. ¿Se encuentra identificada la infraestructura necesaria (edificios, áreas, oficinas) y existente para la realización de los procesos de trabajo de la facultad?

RESPUESTA	PORCENTAJE
SI	86%
PARCIALMENTE	14%
NO SE	
NO	
TOTAL	100%

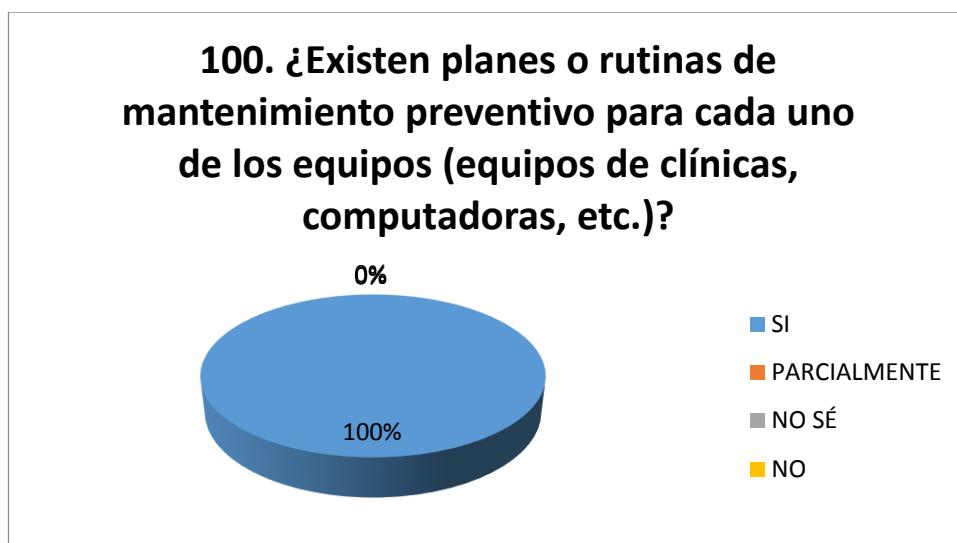
99. ¿Se encuentra identificada la infraestructura necesaria (edificios, áreas, oficinas) y existente para la realización de los procesos de trabajo de la facultad?



Se ha encontrado que un 86% opina que si existe una identificación de la infraestructura para la realización de los procesos en la FOUES y el otro 14% opina que existe pero parcialmente.

100. ¿Existen planes o rutinas de mantenimiento preventivo para cada uno de los equipos (equipos de clínicas, computadoras, etc.)?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	1	100.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	0	0.00
TOTAL	1	100

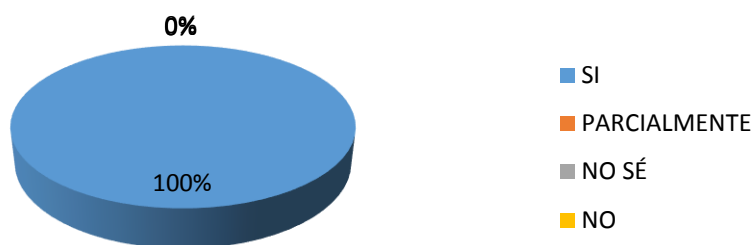


Si existen planes de mantenimiento preventivo para cada uno de los equipos en la FOUES , a lo cual se respondió con un 100%

101. ¿Existen registros de las acciones de mantenimiento correctivo y preventivo para los equipos (equipos de clínicas, computadoras, etc.)?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	1	100.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	0	0.00
TOTAL	1	100

101. ¿Existen registros de las acciones de mantenimiento correctivo y preventivo para los equipos (equipos de clínicas, computadoras, etc.)?

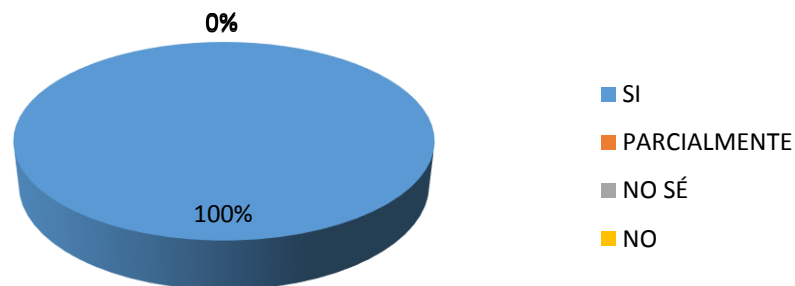


En las encuestas efectuadas se encontró un 100% de respuestas positivas a la existencia de registros de las acciones de mantenimiento preventivo y correctivo para los equipos

102. ¿Existe una metodología definida para la realización de estas tareas de mantenimiento?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	1	100.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	0	0.00
TOTAL	1	100

102. ¿Existe una metodología definida para la realización de estas tareas de mantenimiento?



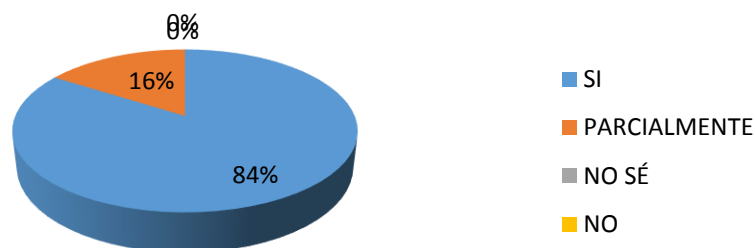
Se respondió totalmente con un sí a la existencia de una metodología definida para la realización de tareas de mantenimiento. Entre ellas se encuentra la planeación del plan anual de mantenimiento, para las cuales empresas en outsourcing se encargan de estas.

6.4 Ambiente de trabajo

103. ¿Existe condiciones ambientales adecuadas para la realización del trabajo (temperatura, limpieza de las áreas, ordenamiento específico)?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	21	84.00
PARCIALMENTE	4	16.00
NO SÉ	0	0.00
NO	0	0.00
TOTAL	25	100

103. ¿Existe condiciones ambientales adecuadas para la realización del trabajo (temperatura, limpieza de las áreas, ordenamiento específico)?



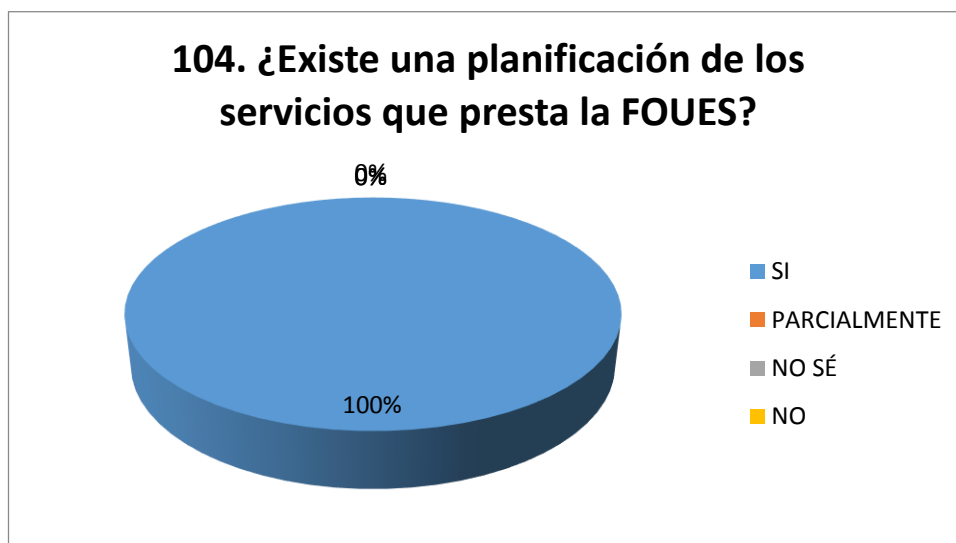
Un 84% opina que existen condiciones ambientales adecuadas para la realización del trabajo, mientras que un 16% de los demás encuestados opinan que parcialmente. Esto es debido que en algunas oficinas o cubículos no cuentan con aire acondicionado o fueron construidas con un ordenamiento fuera de especificaciones.

7. Realización del producto

7.1 Planificación de la realización del producto

104. ¿Existe una planificación de los servicios que presta la FOUES?

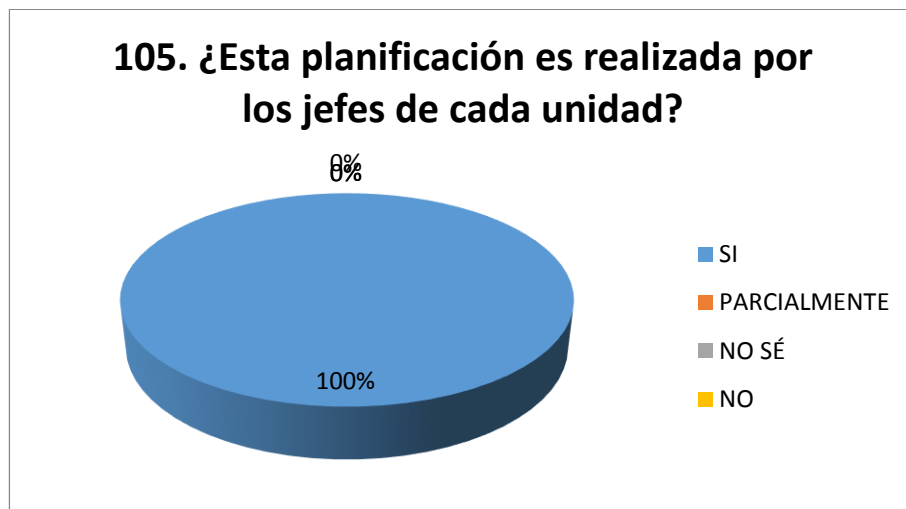
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	4	100.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	0	0.00
TOTAL	4	100



Se opina unánimemente que si existe una planificación de los servicios de la FOUES. Además existe evidencia de planes anuales y programaciones para la consecución de los planes trazados. Incluso e los objetivos a mediano plazo del plan estratégico de la gestión de decanato de FOUES.

105. ¿Esta planificación es realizada por los jefes de cada unidad?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	4	100.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	0	0.00
TOTAL	4	100



Se ha respondido en la totalidad Si, a lo cual se corrobora en el papel de cada jefatura en las distintas unidades, los cuales realizan la planificación de cada unidad de acuerdo a los objetivos trazados para el año.

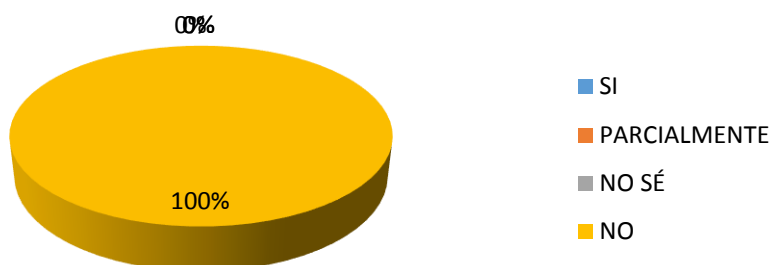
7.2 Procesos relacionados con el cliente

7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el producto

106. ¿Se encuentran documentados los requisitos de servicio del cliente, incluyendo condiciones de inicio y finalización del servicio en clínicas?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	1	100.00
TOTAL	1	100

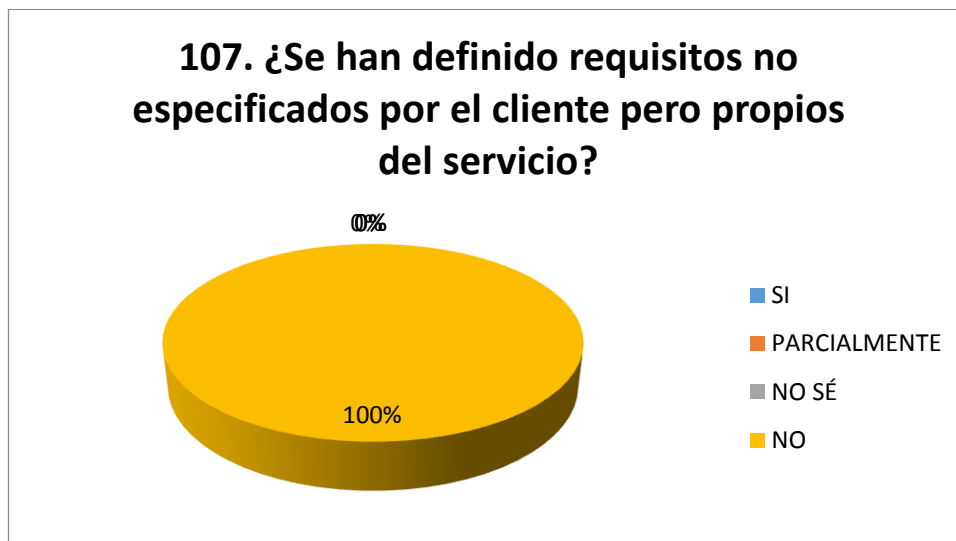
106. ¿Se encuentran documentados los requisitos de servicio del cliente, incluyendo condiciones de inicio y finalización del servicio en clínicas?



No se realiza un seguimiento del servicio que se presta al cliente, a lo cual también se ha respondido con un 100% a la cuarta opción No.

107. ¿Se han definido requisitos no especificados por el cliente pero propios del servicio?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	1	100.00
TOTAL	1	100



No se ha logrado especificar requisitos no especificados por el cliente, más que aquellos ya definidos en los procesos internos. Aquellas especificaciones técnicas para la elaboración de piezas dentales y compra de materiales y equipo está delimitada por una línea base.

108. ¿Existe una metodología definida para la determinación de estos requisitos?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	1	100.00
TOTAL	1	100



Se ha constatado que no existe una metodología definida para determinar estos requisitos.

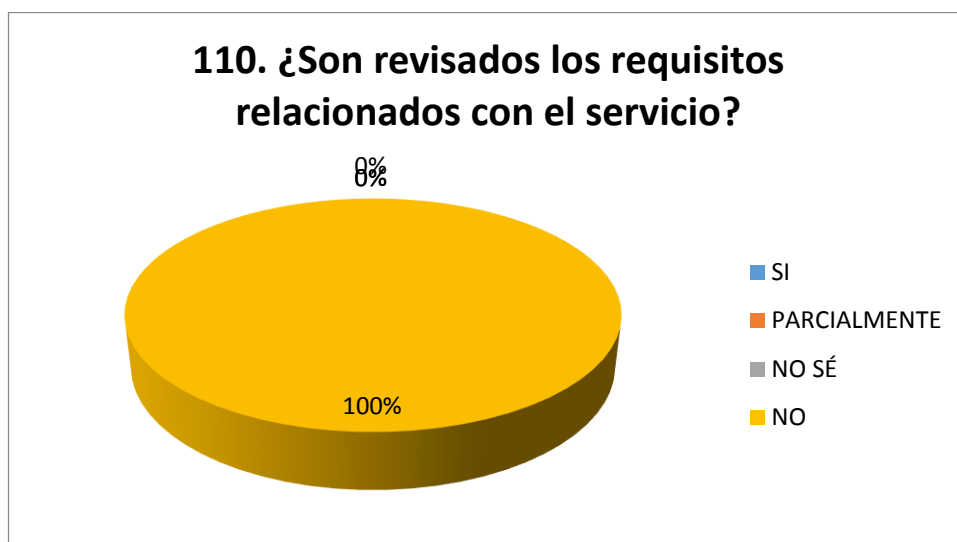
109. Si su respuesta fue “si” o “parcialmente” ¿Se cumple con estos requisitos?

No existe la información necesaria por lo que no se pudo solventar esta pregunta.

7.2.2 Revisión de los requisitos relacionados con el producto

110. ¿Son revisados los requisitos relacionados con el servicio?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	8	100.00
TOTAL	8	100

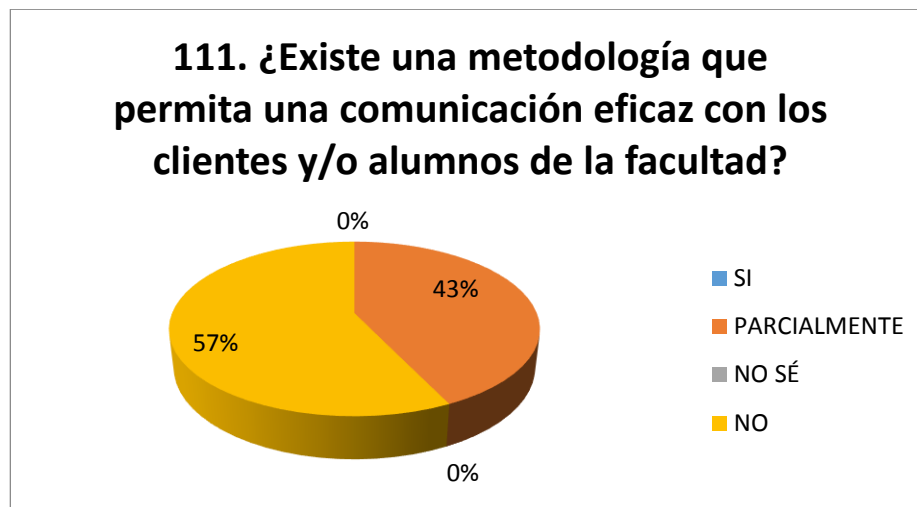


Debido a que no existen requisitos como tales estos no son revisados. Y se respondió unánimemente con un no.

7.2.3 Comunicación con el cliente

111. ¿Existe una metodología que permita una comunicación eficaz con los clientes y/o alumnos de la facultad?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	3	42.86
NO SÉ	0	0.00
NO	4	57.14
TOTAL	7	100

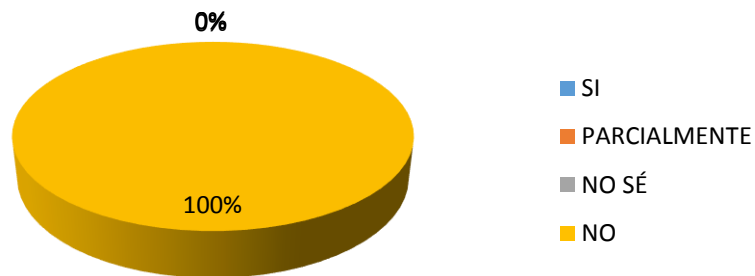


Se considera que existe una comunicación parcialmente por el 47% de los encuestados y que no por un 57%. Existen caminos de comunicación verticales, es decir que los problemas acaecidos son resueltos (atención al paciente) en un tiempo prolongado.

112. ¿Se registran los resultados de satisfacción del cliente y sus quejas?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	7	100.00
TOTAL	7	100

112. ¿Se registran los resultados de satisfacción del cliente y sus quejas?



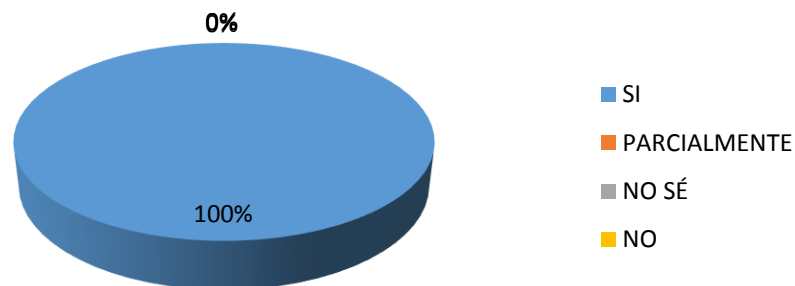
7.3 Diseño y desarrollo

7.3.1 Planificación del diseño y desarrollo

113. ¿La organización planifica y controla el diseño y desarrollo de los servicios que brinda la FOUES?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	6	100.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	0	0.00
TOTAL	6	100

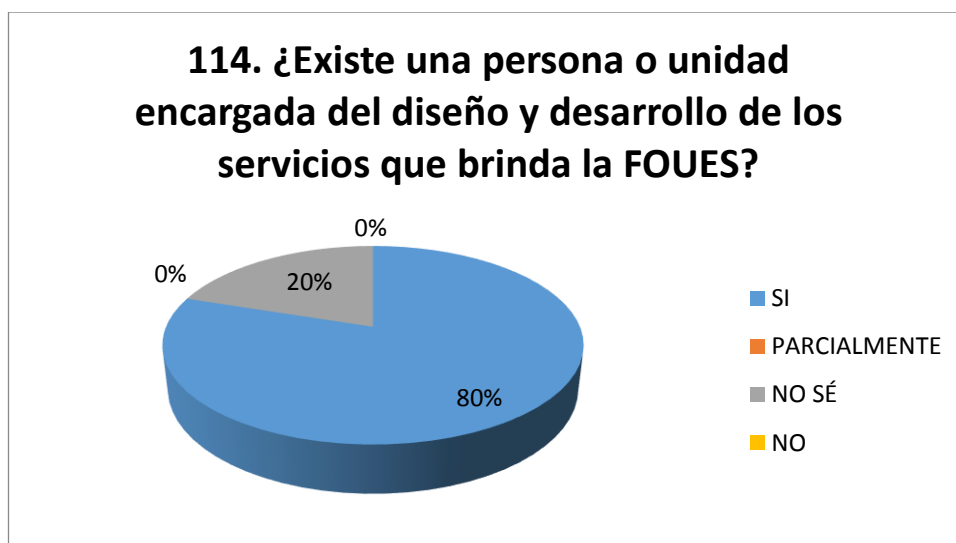
113. ¿La organización planifica y controla el diseño y desarrollo de los servicios que brinda la FOUES?



Se ha concluido que si existe un diseño y desarrollo de los servicios que brinda la FOUES.

114. ¿Existe una persona o unidad encargada del diseño y desarrollo de los servicios que brinda la FOUES?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	4	80.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	1	20.00
NO	0	0.00
TOTAL	5	100



Se concluye en un 80% que se reconoce una unidad encargada del diseño y desarrollo de los servicios que presta la FOUES

115. Si su respuesta anterior fue “sí” o “parcialmente”, ¿Quién es esta persona o unidad?

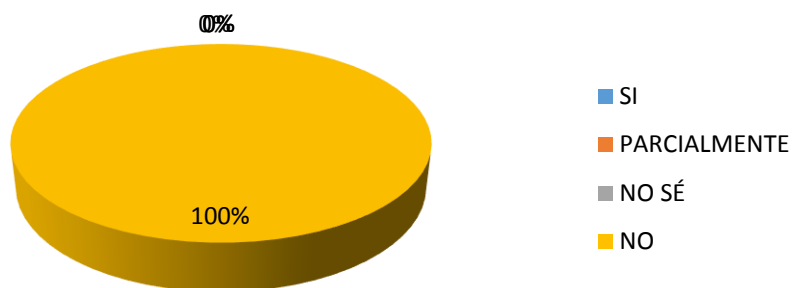
Se listo a la unidad de planificación y jefaturas y decanato como aquellas encargadas de la planificación

7.3.2 Elementos de entrada para el diseño y desarrollo

116. ¿Para el diseño y desarrollo de los servicios de la FOUES se tienen en cuenta los requisitos del cliente?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	5	100.00
TOTAL	5	100

116. ¿Para el diseño y desarrollo de los servicios de la FOUES se tienen en cuenta los requisitos del cliente?

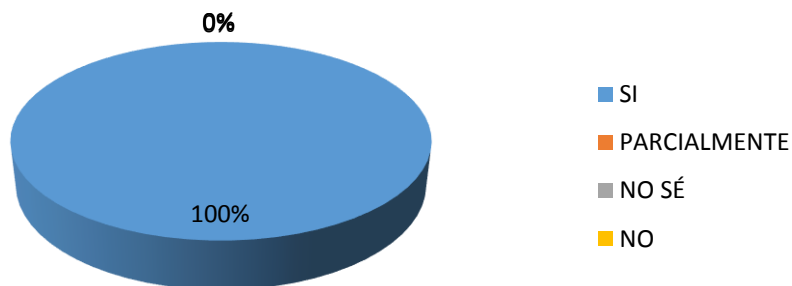


Se ha determinado en un 100% que los requisitos del cliente no son tomados en cuenta, más bien son tomados en cuenta como requisitos aquellos académicos.

117. ¿Para el diseño y desarrollo de los servicios de la FOUES se tienen en cuenta los requisitos legales correspondientes?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	5	100.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	0	0.00
TOTAL	5	100

117. ¿Para el diseño y desarrollo de los servicios de la FOUES se tienen en cuenta los requisitos legales correspondientes?

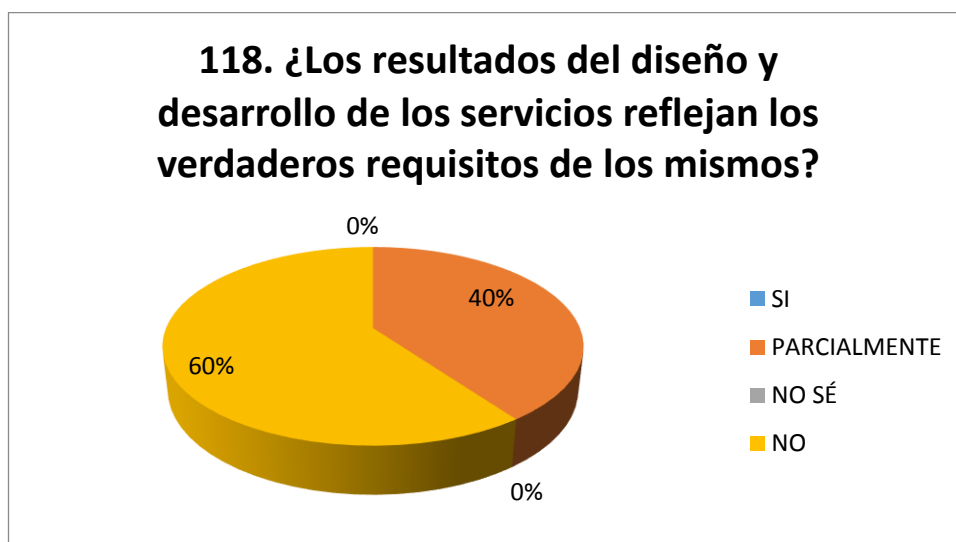


Si, los procedimientos siguen al marco jurídico y al marco legal correspondiente a la FOUES por lo que se ha respondido con un 100% afirmativamente.

7.3.3 Resultados del diseño y desarrollo

118. ¿Los resultados del diseño y desarrollo de los servicios reflejan los verdaderos requisitos de los mismos?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	2	40.00
NO SÉ	0	0.00
NO	3	60.00
TOTAL	5	100

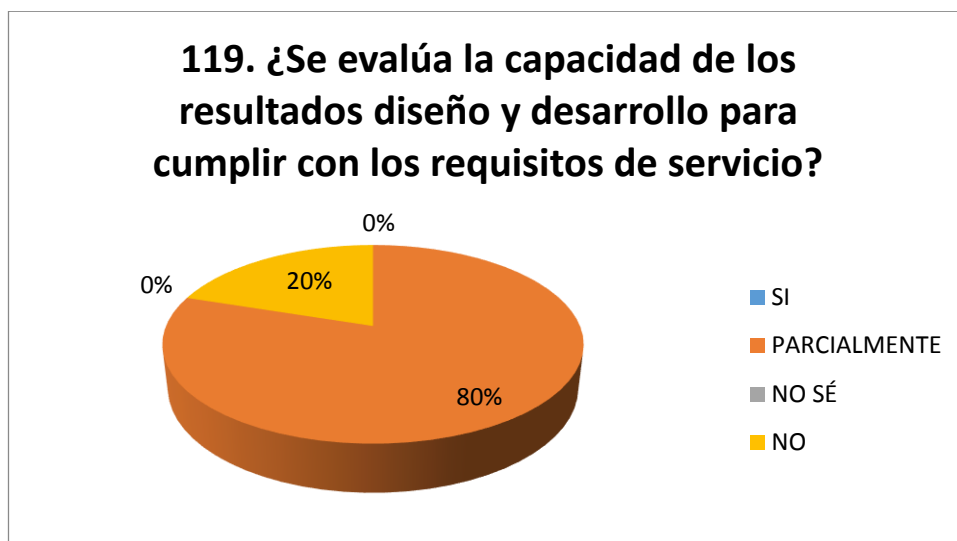


Un 40% de los encuestados encuentran que parcialmente el diseño responde al requisito de los clientes mientras que un 60% opina que no cumplen los requisitos de acuerdo a los clientes.

7.3.4 Revisión del diseño y desarrollo

119. ¿Se evalúa la capacidad de los resultados diseño y desarrollo para cumplir con los requisitos de servicio?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	4	80.00
NO SÉ	0	0.00
NO	1	20.00
TOTAL	5	100

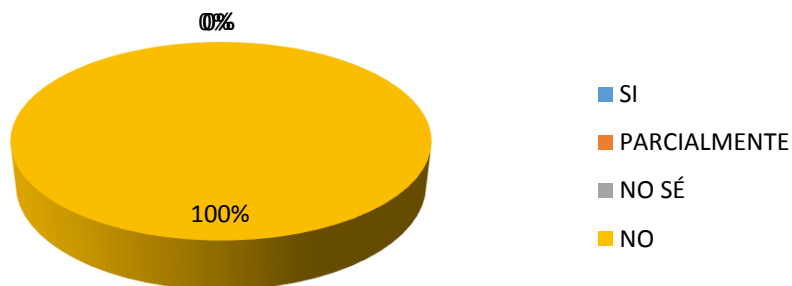


Un 20% de los encuestados opina que no se evalúa la capacidad del diseño de cumplir con los requisitos del servicio mientras que el 80% opina que se cumple con los requisitos parcialmente.

120. ¿Se realizan revisiones sistemáticas para identificar problemas y emprender las acciones necesarias?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	5	100.00
TOTAL	5	100

120. ¿Se realizan revisiones sistemáticas para identificar problemas y emprender las acciones necesarias?



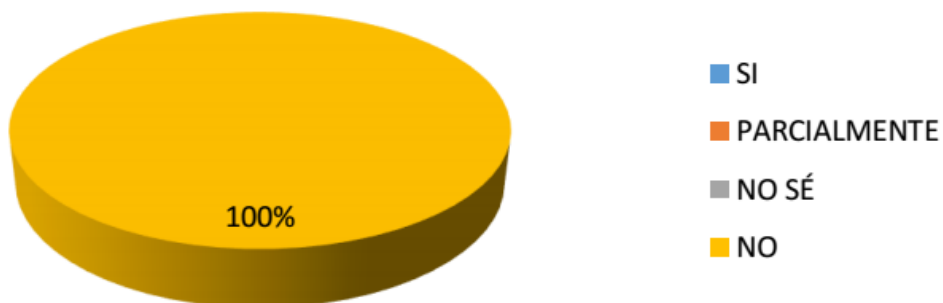
No se realizan revisiones en el sistema para la prevención o emprendimiento de acciones para identificar problemas.

7.3.5 Verificación del diseño y desarrollo

121. ¿Se realiza la verificación del diseño y desarrollo de los servicios bajo el enfoque del cumplimiento de lo planeado?

RESPUESTA	PORCENTAJE
SI	
PARCIALMENTE	
NO SE	
NO	100%
TOTAL	100%

¿Se realiza la verificación del diseño y desarrollo de los servicios bajo el enfoque del cumplimiento de lo planeado?

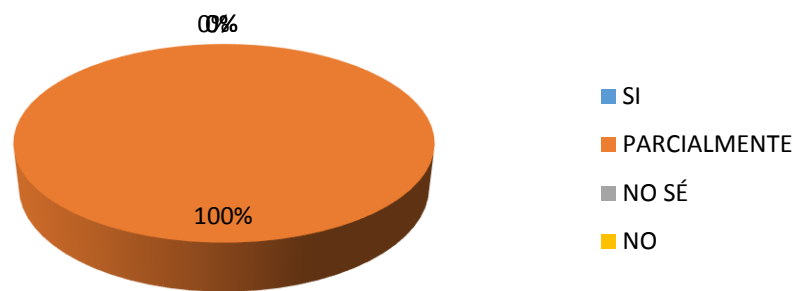


7.3.6 Validación del diseño y desarrollo

122. ¿Se confirma que el diseño y desarrollo de los servicios cumplen con los requerimientos de los clientes?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	5	100.00
NO SÉ	0	0.00
NO	0	0.00
TOTAL	5	100

122. ¿Se confirma que el diseño y desarrollo de los servicios cumplen con los requerimientos de los clientes?



Se realiza una confirmación parcial ya que no existe un encargado para tal fin, lo que genera que los servicios no concuerden completamente con los requisitos del cliente.

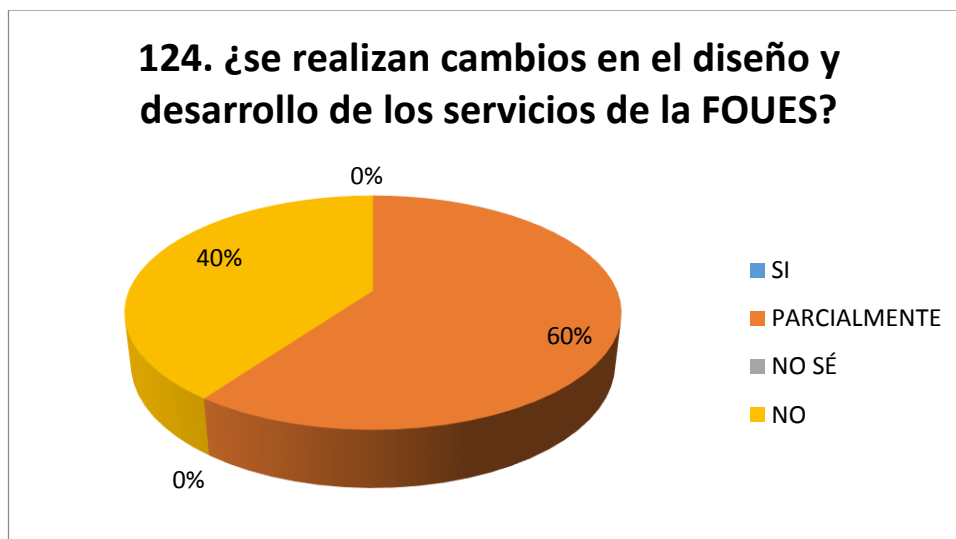
123. Si su respuesta anterior fue “si” o “parcialmente”, ¿De qué manera se confirma esto?

Se desconoce de que manera se realiza

7.3.7 Control de los cambios del diseño y desarrollo

124. ¿se realizan cambios en el diseño y desarrollo de los servicios de la FOUES?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	3	60.00
NO SÉ	0	0.00
NO	2	40.00
TOTAL	5	100



Se realizan cambios parciales en los servicios de la FOUES es lo que manifiesta el 60% de los entrevistados, mientras el restante 40% manifiesta que estos cambios no son realizados.

125. Si su respuesta anterior fue “si” ¿existen registros debidamente documentados de estos?

El 100% desconoce de la existencia de estos registros.

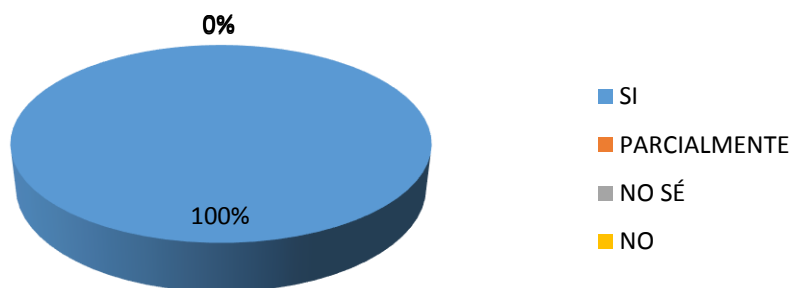
7.4 Compras

7.4.1 Proceso de compras

126. ¿Son establecidos previamente los requisitos que deben cumplir los productos que planean comprarse?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	25	100.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	0	0.00
TOTAL	25	100

126. ¿Son establecidos previamente los requisitos que deben cumplir los productos que planean comprarse?

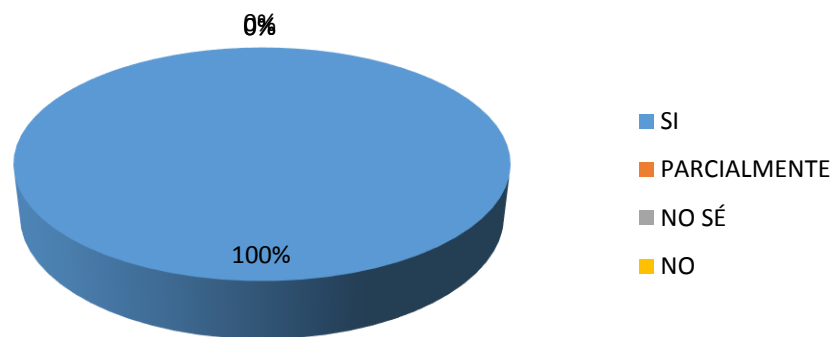


Si, son establecidos previamente los requisitos de los productos que deben comprarse para las diferentes áreas y usuarios.

127. ¿Existen criterios de selección para proveedores?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	7	100.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	0	0.00
TOTAL	7	100

127. ¿Existen criterios de selección para proveedores?

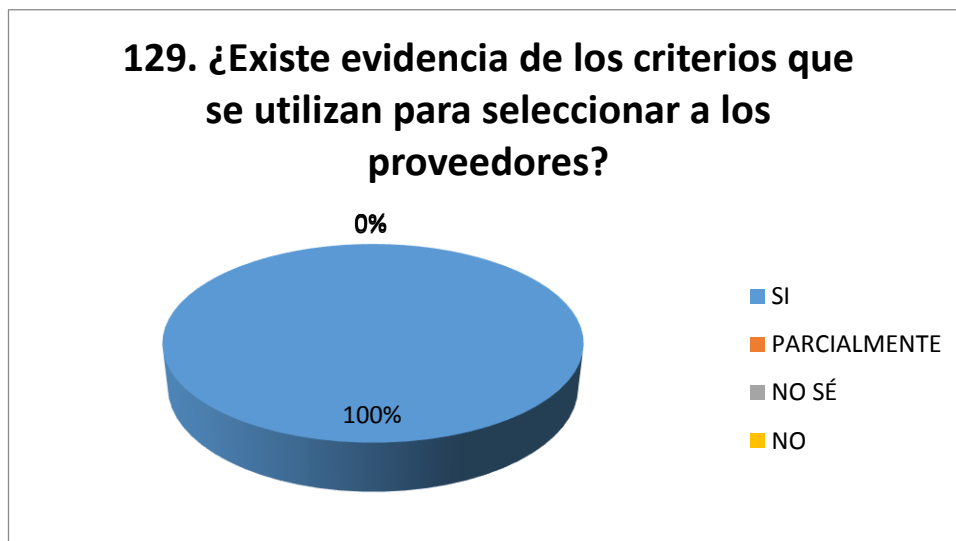


128. Si su respuesta fue “Sí” o “parcialmente”, ¿De qué forma son seleccionados los proveedores?

A través de procesos de licitaciones anuales.

129. ¿Existe evidencia de los criterios que se utilizan para seleccionar a los proveedores?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	7	100.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	0	0.00
TOTAL	7	100



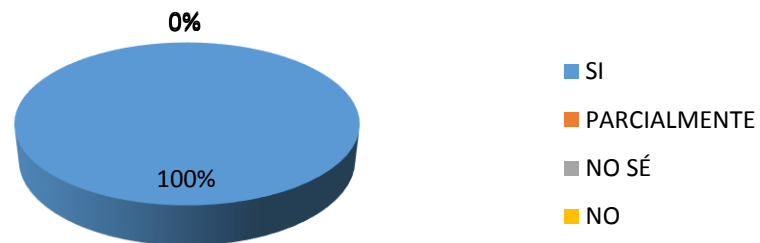
Si existe evidencia de la evaluación de los proveedores, además esto se realiza a través de licitaciones por escrito.

7.4.2 Información de las compras

131. ¿Los pedidos de compras (artículos, insumos, maquinaria, equipo, papelería) contienen información de los requisitos y especificaciones?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	15	100.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	0	0.00
TOTAL	15	100

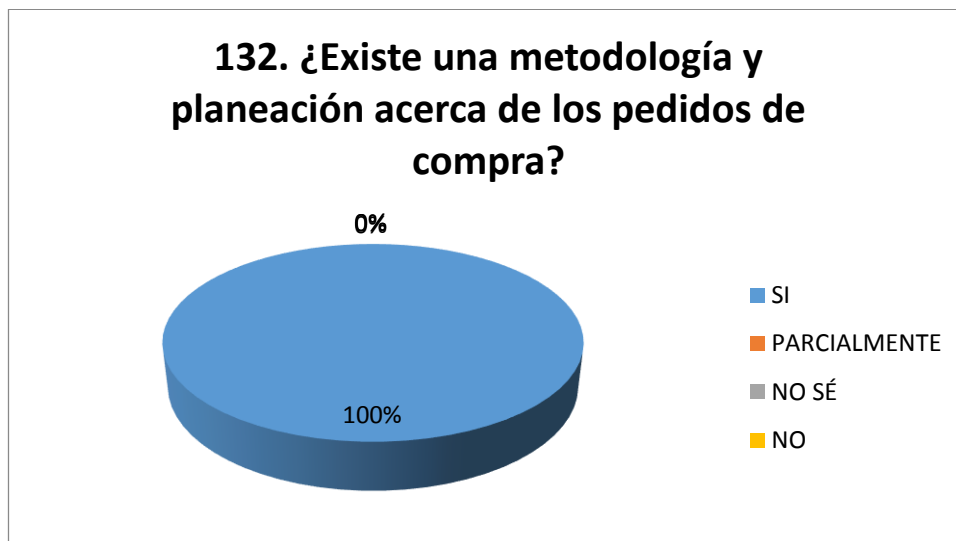
131. ¿Los pedidos de compras (artículos, insumos, maquinaria, equipo, papelería) contienen información de los requisitos y especificaciones?



Todos los pedidos contienen información sobre sus especificaciones.

132. ¿Existe una metodología y planeación acerca de los pedidos de compra?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	15	100.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	0	0.00
TOTAL	15	100



Sí existe una metodología y planeación para los pedidos de compras ya que estos se elaboran con un año de anticipación y contienen todos los requisitos del usuario.

133. Si su respuesta fue “sí” o “parcialmente” ¿cuál es esa metodología?

Los pedidos de compra son solicitados con un año de anticipación (ver PEPSU)

7.4.3 Verificación de los productos comprados

134. ¿Existe una metodología definida para la inspección de los productos comprados?

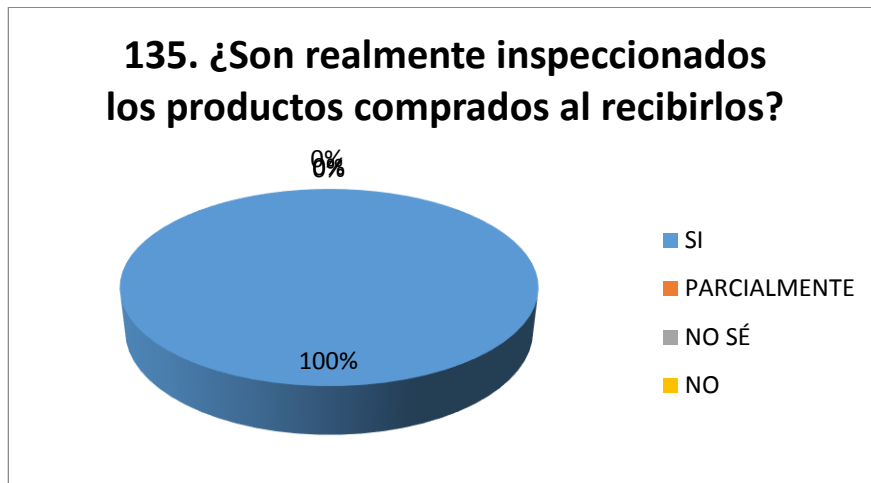
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	6	100.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	0	0.00
TOTAL	6	100



Sí existe una metodología definida para la inspección de los productos comprados.

135. ¿Son realmente inspeccionados los productos comprados al recibirlos?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	6	100.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	0	0.00
TOTAL	6	100



En el 100% de casos los productos comprados son inspeccionados por los encargados de bodega y/o arsenalistas antes de su almacenaje.

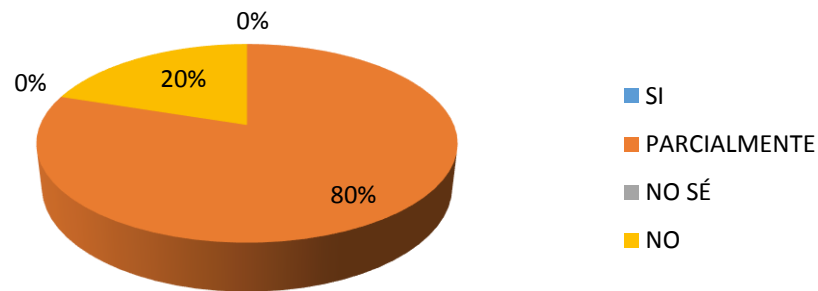
7.5 producción y prestación del servicio

7.5.1 Control de la producción y de la prestación del servicio

136. Para la prestación de los servicios de la FOUES ¿existen instrucciones definidas o protocolos de trabajo?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	4	80.00
NO SÉ	0	0.00
NO	1	20.00
TOTAL	5	100

136. Para la prestación de los servicios de la FOUES ¿existen instrucciones definidas o protocolos de trabajo?



En algunos departamentos como dirección de clínicas existen protocolos de trabajo definidos y establecidos parcialmente (80% de los entrevistado) y un 20% de ellos no están establecidos.

7.5.2 Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio

138. ¿Existen registros de la validación de los procesos?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	5	100.00
TOTAL	5	100



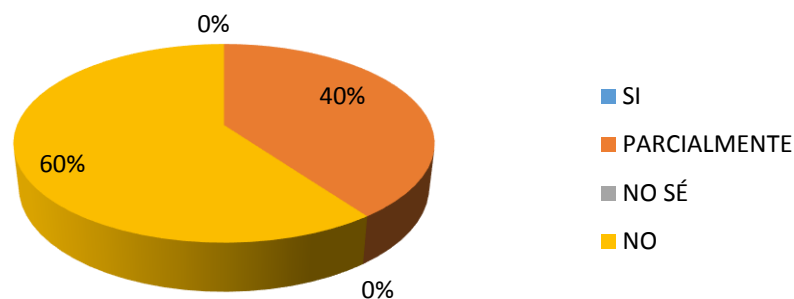
No existen registros de la validación de los procesos debido a que esta no se realiza.

7.5.3 Identificación y trazabilidad

139. En el caso que se necesita, ¿es identificable el estado de un proceso (iniciado, en revisión, retroceso, etc.)?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	2	40.00
NO SÉ	0	0.00
NO	3	60.00
TOTAL	5	100

139. En el caso que se necesita, ¿es identificable el estado de un proceso (iniciado, en revisión, retroceso, etc.)?



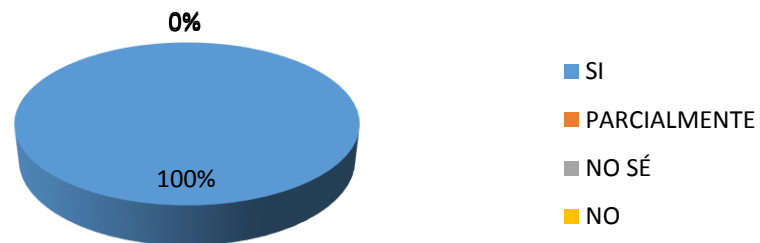
En un 40% los empleados de la FOUES manifiestan que existen ocasiones en las cuales es posible la verificación del estado de un proceso, pero un 60% de ellos manifiesta que esto no es posible, generando así un tiempo de espera desconocido e indefinido para los usuarios.

7.5.4 Propiedad del cliente

140. ¿Se encarga la FOUES de identificar, archivar y proteger los datos de expediente tanto de alumnos como de los pacientes de la misma?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	12	100.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	0	0.00
TOTAL	12	100

140. ¿Se encarga la FOUES de identificar, archivar y proteger los datos de expediente tanto de alumnos como de los pacientes de la misma?

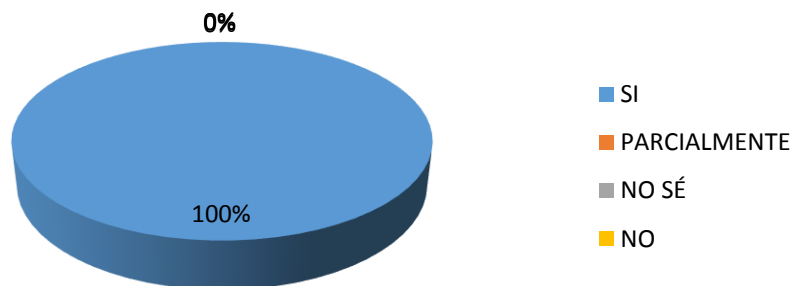


Los datos y expedientes tanto de los pacientes como los alumnos son archivados y protegidos dentro de la FOUES.

141. ¿Se encarga la FOUES de verificar los datos de expediente tanto de alumnos como de los pacientes de la misma?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	12	100.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	0	0.00
TOTAL	12	100

141. ¿Se encarga la FOUES de verificar los datos de expediente tanto de alumnos como de los pacientes de la misma?



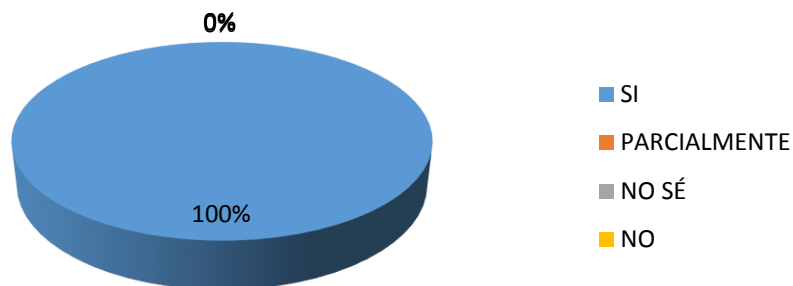
Los datos tanto de los pacientes como de los alumnos son revisados y validados para que no exista confusión.

7.5.5 Preservación del producto

142. durante los servicios odontológicos, ¿es preservada y protegida la integridad física de los pacientes?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	12	100.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	0	0.00
TOTAL	12	100

**142. durante los servicios odontológicos,
¿es preservada y protegida la integridad
física de los pacientes?**

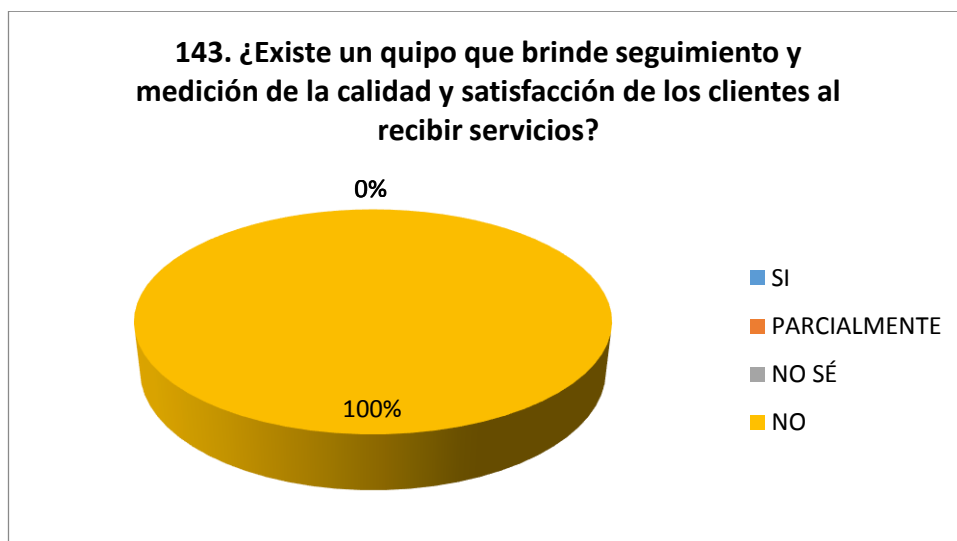


La integridad física de los pacientes es preservada ya que los estudiantes que brindan el servicio están capacitados para tal fin y el interés primordial es no dañar al paciente con diagnósticos erróneos.

7.6 control de los equipos de seguimiento y de medición

143. ¿Existe un quipo que brinde seguimiento y medición de la calidad y satisfacción de los clientes al recibir servicios?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	12	100.00
TOTAL	12	100



No existe un equipo o encargado por velar por los requisitos y la satisfacción de los clientes.

8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA

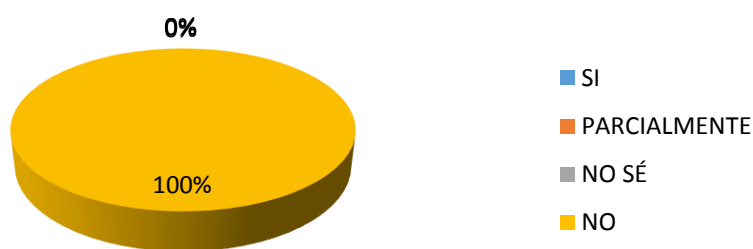
8.2 Seguimiento y Medición

8.2.1 Satisfacción del cliente

144. ¿Se realiza un seguimiento en cuanto al desempeño de sistema de gestión relativo a la percepción del cliente respecto de sus requisitos en el servicio?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	5	100.00
TOTAL	5	100

144. ¿Se realiza un seguimiento en cuanto al desempeño de sistema de gestión relativo a la percepción del cliente respecto de sus requisitos en el servicio?

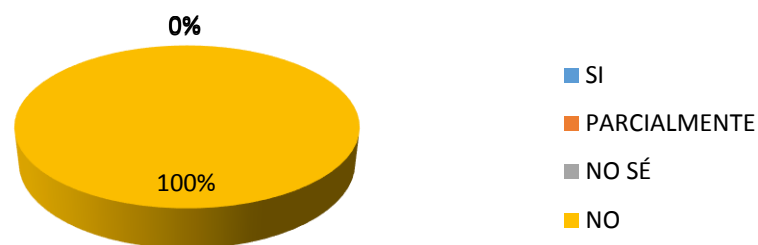


No se realiza un seguimiento de la percepción del cliente en cuanto a los requisitos de los servicios lo cual genera insatisfacción en los mismos debido a desconocer cuáles son sus expectativas.

145. ¿Determinan los métodos para establecer el seguimiento y medición de los requisitos y satisfacción de los clientes?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	5	100.00
TOTAL	5	100

145. ¿Determinan los métodos para establecer el seguimiento y medición de los requisitos y satisfacción de los clientes?



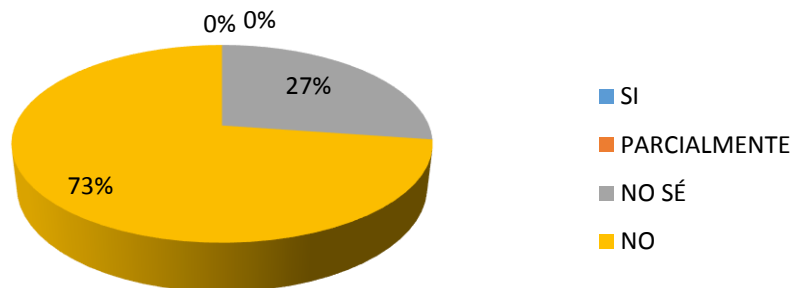
No hay mecanismos de seguimiento medición de los requisitos de los clientes lo cual ocasiona que se desconozca las expectativas de estos durante los servicios.

8.2.2 Auditoría interna

149. ¿Son las auditorías internas programadas de acuerdo a una calendarización?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	3	27.27
NO	8	72.73
TOTAL	11	100

149. ¿Son las auditorías internas programadas de acuerdo a una calendarización?

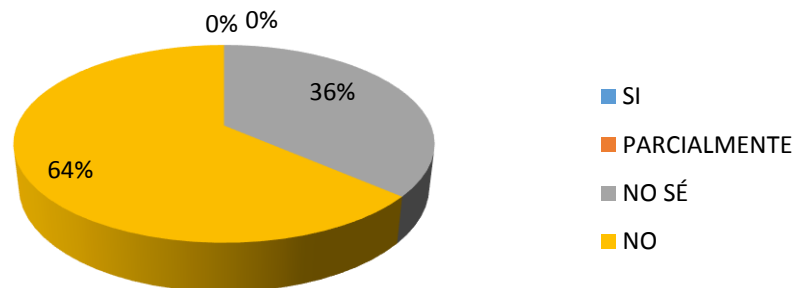


8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos

150. ¿Existen indicadores adecuados para cada uno de los procesos dentro de la FOUES?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	4	36.36
NO	7	63.64
TOTAL	11	100

150. ¿Existen indicadores adecuados para cada uno de los procesos dentro de la FOUES?

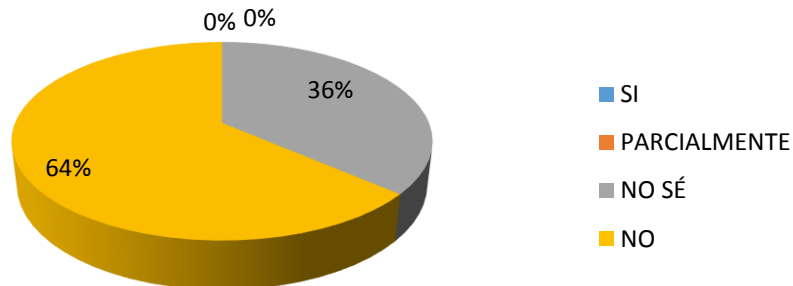


Se constató que no existen indicadores que permitan medir de manera concreta actividades o proceso dentro de la FOUES.

151. ¿Está definida la responsabilidad y la frecuencia para la realización del seguimiento de los indicadores?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	4	36.36
NO	7	63.64
TOTAL	11	100

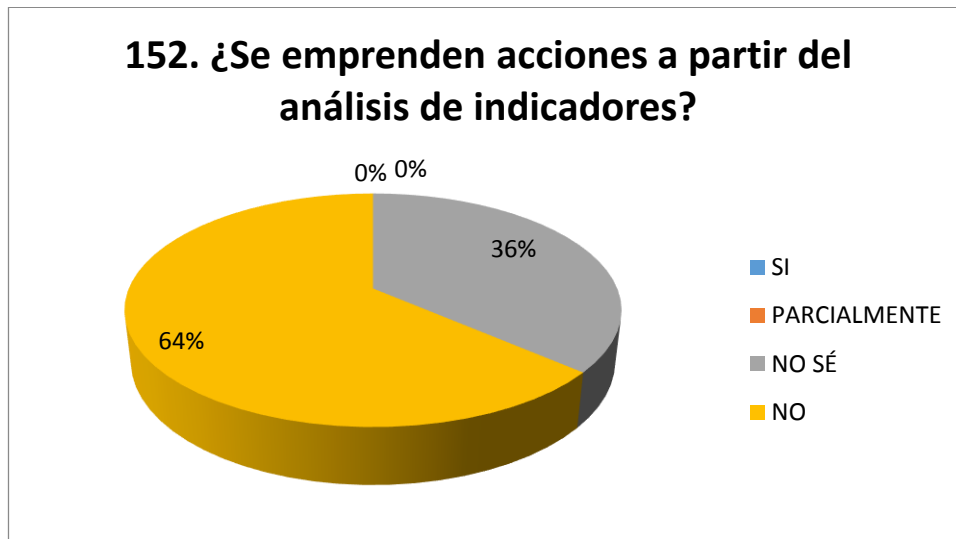
151. ¿Está definida la responsabilidad y la frecuencia para la realización del seguimiento de los indicadores?



No están definidas las frecuencias y las responsabilidades para la medición de los indicadores, ya que la facultad no cuenta con la definición de los mismos.

152. ¿Se emprenden acciones a partir del análisis de indicadores?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	4	36.36
NO	7	63.64
TOTAL	11	100

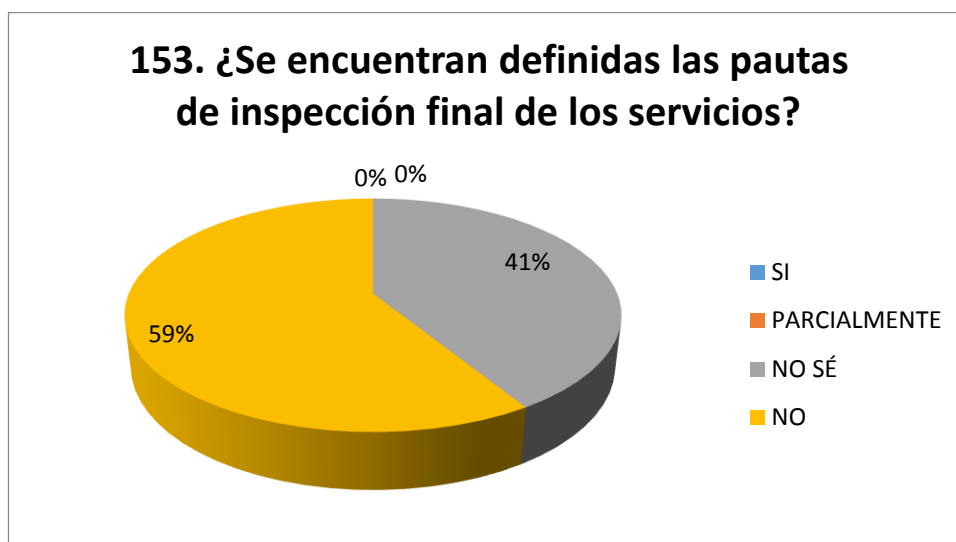


No se emprenden acciones a partir de los indicadores ya que no se cuenta con un establecimiento de los mismos.

8.2.4 Seguimiento y medición del producto (servicio)

153. ¿Se encuentran definidas las pautas de inspección final de los servicios?

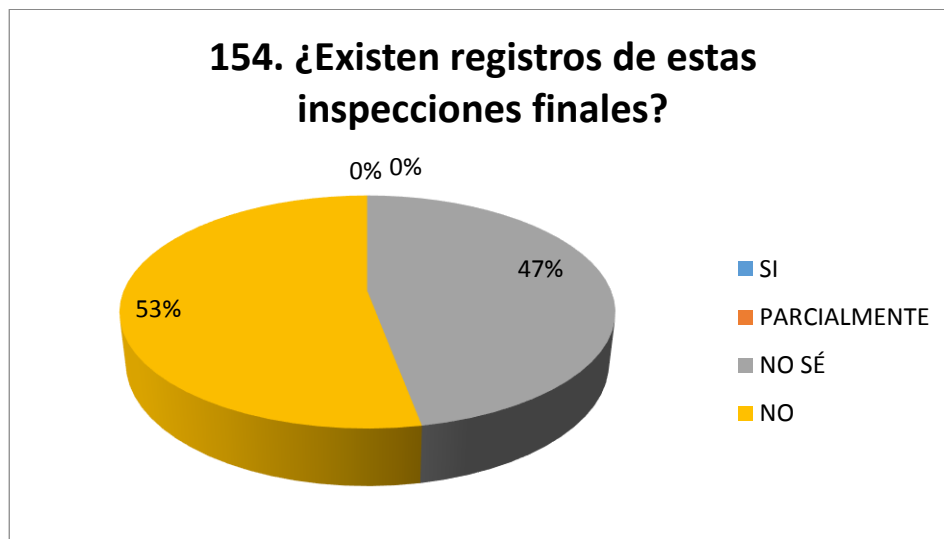
RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	7	41.18
NO	10	58.82
TOTAL	17	100



No están definidas las pautas de inspección final de los servicios, ya que dicha inspección no se realiza.

154. ¿Existen registros de estas inspecciones finales?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	8	47.06
NO	9	52.94
TOTAL	17	100



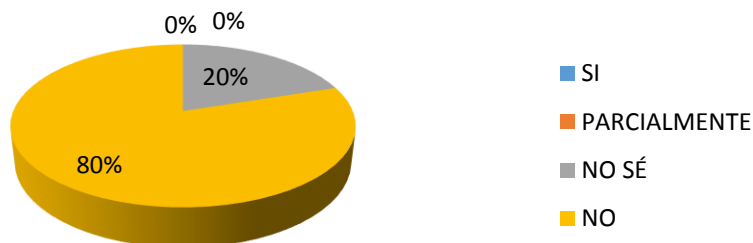
No existen registros de las inspecciones finales de los servicios, el paciente es dado de alta por el estudiante y no existe una verificación de su estado.

8.3 Control del producto no conforme

155. ¿Existe un procedimiento documentado para el control de los servicios no conformes y el tratamiento de las no conformidades?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	1	20.00
NO	4	80.00
TOTAL	5	100

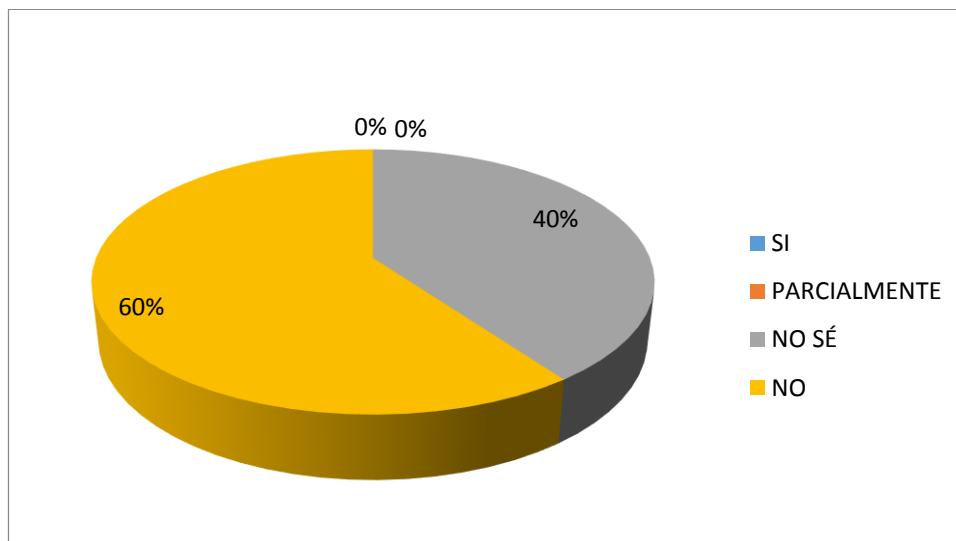
155. ¿Existe un procedimiento documentado para el control de los servicios no conformes y el tratamiento de las no conformidades?



No se cuenta con un control documentado para las no conformidades lo que imposibilita conocer a ciencia cierta los requisitos y expectativas de los clientes.

156. ¿Se toman acciones para la solución de las no conformidades?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	2	40.00
NO	3	60.00
TOTAL	5	100



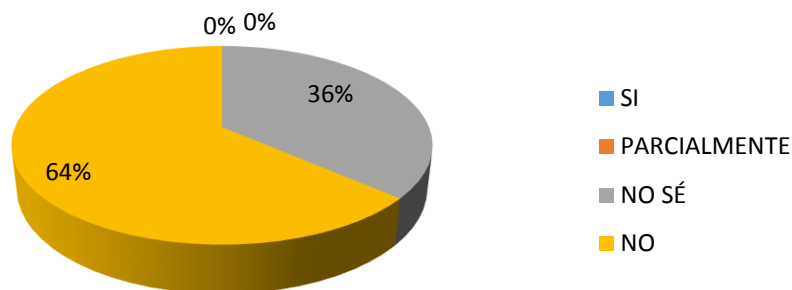
No se cuenta con acciones para la solución de las no conformidades.

8.4 Análisis de datos

157. ¿Existe evidencia del análisis de datos del sistema (resultados de auditorías, satisfacción del cliente etc.)?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	4	36.36
NO	7	63.64
TOTAL	11	100

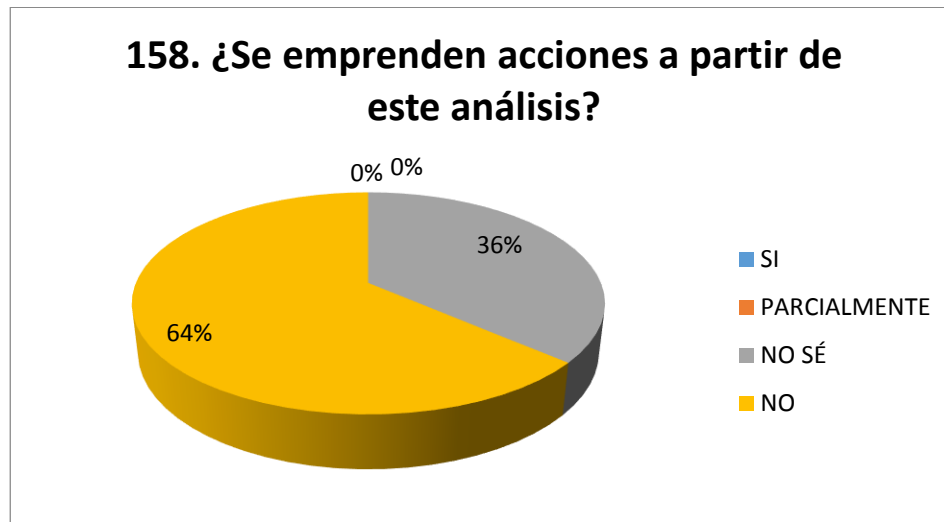
157. ¿Existe evidencia del análisis de datos del sistema (resultados de auditorías, satisfacción del cliente etc.)?



En su mayoría con un 64% de respuestas negativas no se cuenta con un análisis de los resultados de auditorías el restante 36% de las personas afirma que desconoce si esto se realiza o no, lo cual genera que las auditorías no tengan los frutos deseados.

158. ¿Se emprenden acciones a partir de este análisis?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	4	36.36
NO	7	63.64
TOTAL	11	100



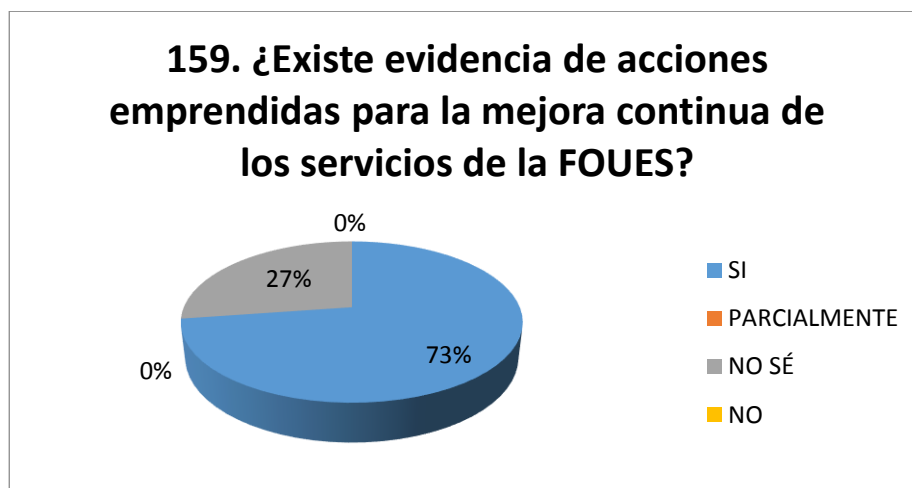
En general no se emprenden acciones a través de los análisis de auditoría, en la mayoría de casos, en un 36% los empleados no están seguros de que eso se realice o no.

8.5 Mejora

8.5.1 Mejora continua

159. ¿Existe evidencia de acciones emprendidas para la mejora continua de los servicios de la FOUES?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	8	72.73
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	3	27.27
NO	0	0.00
TOTAL	11	100



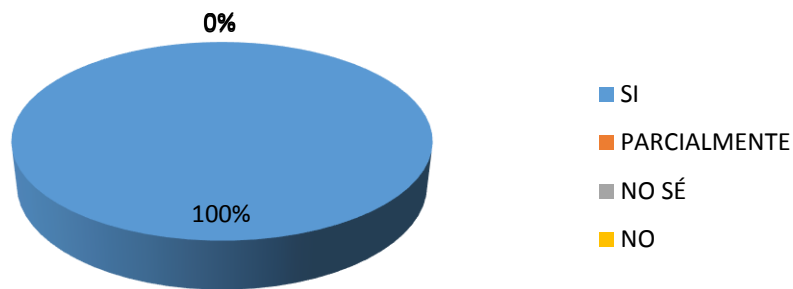
En su mayoría existe evidencia de la mejora continua a través de ls informes de auditoria y la comparación de los resultados.

8.5.2 Acción correctiva

160. ¿Existe procedimiento documentado para las acciones correctivas dentro de la FOUES?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	5	100.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	0	0.00
NO	0	0.00
TOTAL	5	100

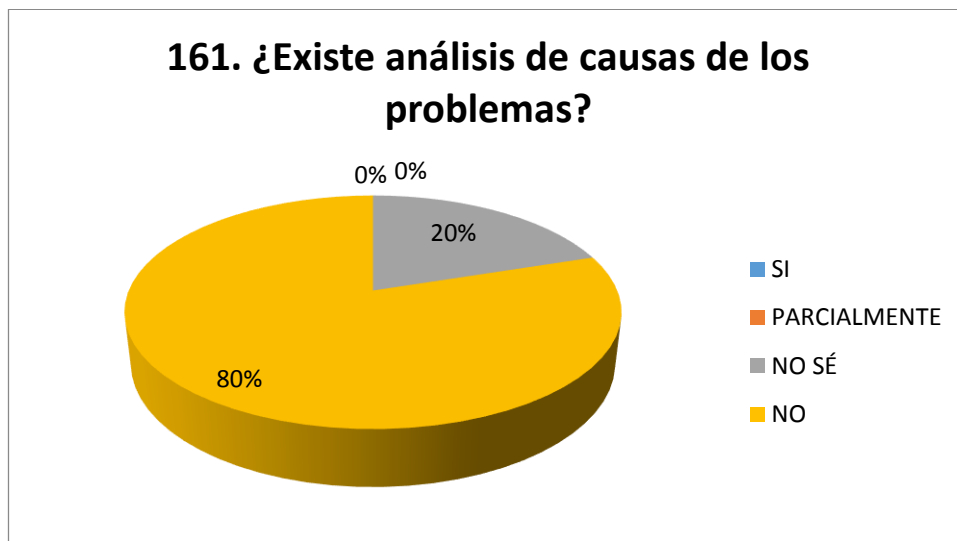
160. ¿Existe procedimiento documentado para las acciones correctivas dentro de la FOUES?



Si existe un procedimiento documentado para las acciones correctivas dentro de la FOUES, tanto para mantenimiento, recursos humanos, dirección de planificación, educación odontológica y administración financiera.

161. ¿Existe análisis de causas de los problemas?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	1	20.00
NO	4	80.00
TOTAL	5	100



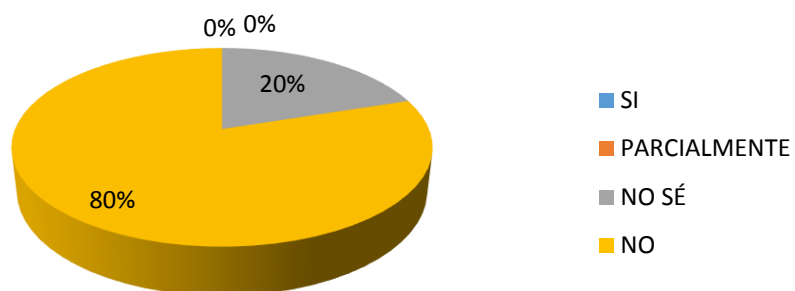
La facultad no cuenta con un análisis de causas, siendo esta la razón por la cual en muchas ocasiones no pueden identificarse el ¿por qué? De los problemas.

8.5.3 Acción preventiva

162. ¿Existe procedimiento documentado para las acciones preventivas dentro de la FOUES?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	1	20.00
NO	4	80.00
TOTAL	5	100

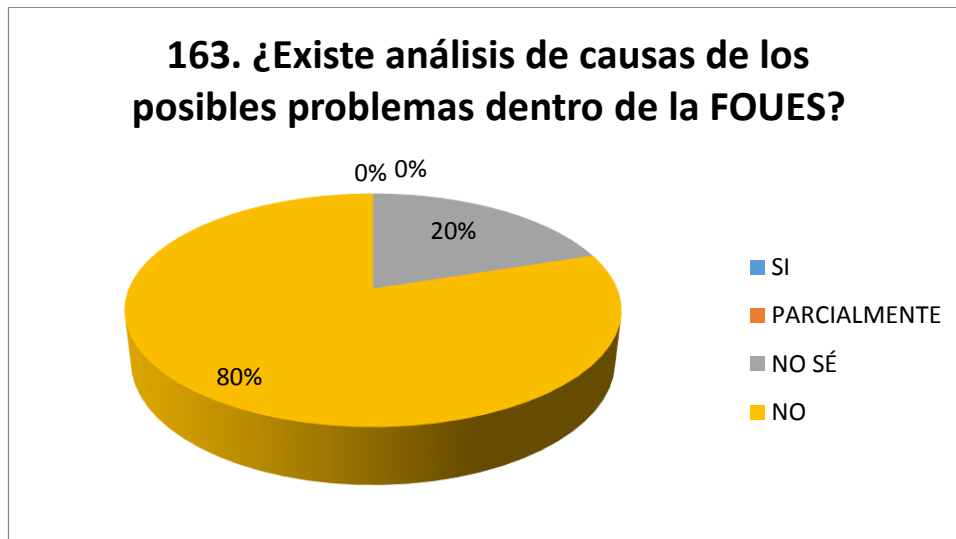
162. ¿Existe procedimiento documentado para las acciones preventivas dentro de la FOUES?



La FOUES no cuenta con la realización de actividades preventivas que faciliten tomar acciones antes de que sucedan los problemas.

163. ¿Existe análisis de causas de los posibles problemas dentro de la FOUES?

RESPUESTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0.00
PARCIALMENTE	0	0.00
NO SÉ	1	20.00
NO	4	80.00
TOTAL	5	100



La FOUES no realiza un análisis de las causas de los problemas, generando que estos no puedan llegar a prevenirse.

6. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

6.1. Análisis de la satisfacción de usuarios externos

Los pacientes de las clínicas odontológicas de la FOUES están satisfechos con los servicios en aspectos tales como la higiene, los conocimientos del estudiante y las instalaciones, pero no con aspectos tales como la rapidez del servicio y la amabilidad del personal ya que expresan que para recibir un servicio luego de ser diagnosticados pueden pasar meses indefinidamente debido a que no se programan las citas.

Además pudo observarse que los materiales no se encuentran disponibles en los puestos de uso debido a que el personal encargado no está incorporado a la jornada laboral a la hora en que debería, es por ello que se pretende en la siguiente etapa diseñar un medio de comunicación eficaz entre los pacientes y la dirección de clínicas con el fin de solventar estas inconformidades y brindar un servicio de calidad que sea sostenible y mejorado constantemente.

6.2. Diagnóstico De La Misión Y La Visión De La Facultad

El diagnóstico de las declaraciones de misión y visión de la facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador se realizara para conocer si efectivamente todas las operaciones y procesos de la misma están encaminadas hacia su cumplimiento y mantenimiento.

La **misión empresarial** es el conjunto de objetivos generales y principios de operación de una organización, que se expresa por medio de una **declaración de la misión**, que resume la misión empresarial en una sola frase, con el objetivo de comunicar la misión a todos los miembros de la organización.

La misión de una empresa es la razón de ser de la misma, el motivo por el cual existe. Así mismo es la determinación de la/las funciones básicas que la empresa va a desempeñar en un entorno determinado para conseguir tal misión, en la misión se define la necesidad a satisfacer, los clientes a alcanzar, productos y servicios a ofertar.

Características que debe contener la misión:

Una declaración de misión debe ser:

- Amplia
- Concreta
- Motivadora

- Posible

6.2.1. Diagnóstico de la misión

A continuación se muestra la declaración de visión de la facultad:

- Institución que forma profesionales de la Odontología con práctica humana y preventiva, enfatizando en la integración de la docencia, la investigación científica y la proyección social como instrumento de transformación en beneficio de la sociedad salvadoreña.

Criterios de evaluación:

A continuación se muestran los criterios para la evaluación de la visión de la FOUES:

Tabla 26: Criterios para evaluación de la misión

Criterio	Descripción
Concordancia con la operación actual	Este criterio define si la operación de la organización concuerda con la declaración de misión.
Abarca toda la operación de la FOUES	Determina si abarca todos los servicios y fines actuales de la FOUES.
Es amplia	Determina si la declaración de visión es lo suficientemente amplia para describir su razón de ser.

Evaluando el cumplimiento de estos criterios, se puede observar que existe una total concordancia con la operación actual de la FOUES, a pesar de que el número de pacientes atendidos es menos del cincuenta por ciento, es decir que los esfuerzos e la organización están encaminados a la realización de esta razón de ser a pesar de no ser cumplidos con efectividad.

6.2.2. Diagnóstico de la visión

A continuación se detalla la visión de la facultad de Odontología:

Visión: Formadora de profesionales altamente competitivos, con valores humanos. Líder e incidente respecto de las diferentes estructuras sociales que actúan en el ámbito de la salud bucal, generando nuevos conocimientos y propiciando su transformación.

Criterios para su evaluación:

A continuación se detallan los criterios utilizados para el diagnóstico de la misión de la FOUES:

Tabla 27: Criterios para la evaluación de la visión

Criterio	Descripción
Concordancia con la operación actual	Este criterio define si la operación de la organización está encaminada para llegar a aspirar a tal fin de visión
Abarca toda la operación de la FOUES	Define si engloba todos los objetivos a futuro
Es medible	Define si existe una meta medible e identificable.
Es posible	Define si la FOUES está en capacidad de alcanzar la visión establecida.

En vista de estos criterios y a través de la observación directa de la operación de la facultad, la actual visión concuerda con un objetivo trazado por la alta dirección ya que sus esfuerzos principales son en el ámbito educacional y de innovación, a pesar de que esta misión no cuenta con un parámetro de medición en el tiempo, en la siguiente etapa deberá actualizarse dicha declaración de visión con el fin de integrar un elemento de medición que pueda ser utilizado para identificar si las acciones emprendidas contribuyeron a su logro.

6.3. Determinación de la problemática de la situación actual de la FOUES

6.3.1. Establecimiento de la brecha entre los requisitos de la Norma ISO 9001:2008 y la situación actual

A continuación se explica la forma en que se determinó la brecha para cada requisito definido en la norma ISO 9001:2008 en las áreas seleccionadas.

Para lo cual solo se tomaron los requisitos que se marcaron en encuestas como positivos ya que la norma no contempla resultados parciales.

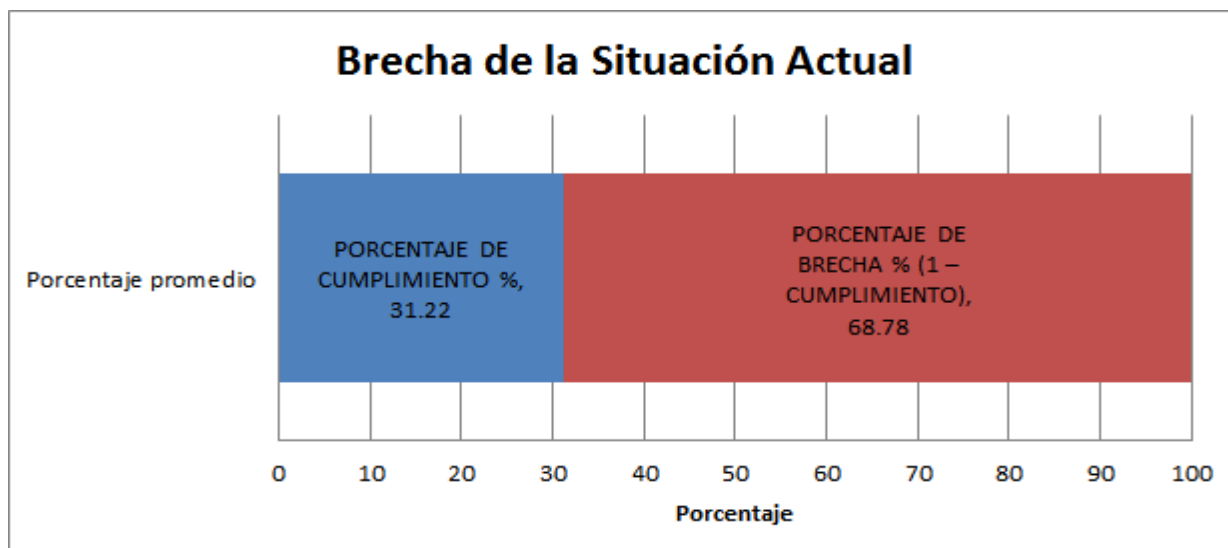
Para cada pregunta se calculó el porcentaje de positivos según el número de encuestas que contenían esa pregunta, y luego para cada capítulo se calculó la media en total de positivos. Esto significó el porcentaje de cumplimiento.

$$\bar{X} = \frac{\sum \text{Porcentaje de positivos por requisito}}{\text{Nº de Requisitos}} ; \text{ siendo } \bar{X}: \text{ El porcentaje total de la media de cumplimiento.}$$

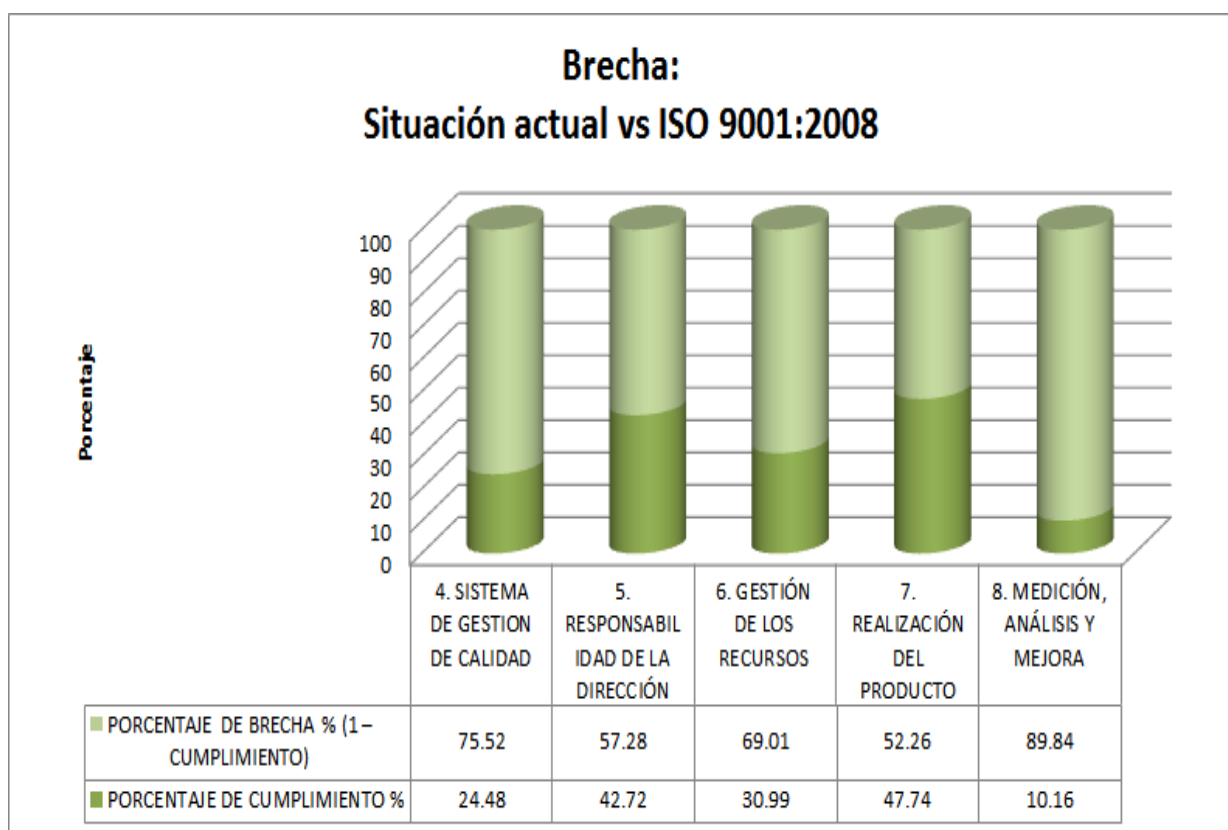
Al calcular las medias de cada capítulo se obtuvo la tabla siguiente:

CAPITULO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO %	PORCENTAJE DE BRECHA % (1 - CUMPLIMIENTO)
4. SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	24.48	75.52
5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN	42.72	57.28
6. GESTIÓN DE LOS RECURSOS	30.99	69.01
7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO	47.74	52.26
8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA	10.16	89.84
Porcentaje promedio	31.22	68.78

Según la tabla anterior el porcentaje de la brecha en total es del 68.78%



El grafico siguiente indica como contribuye cada capítulo al porcentaje total de cumplimiento de los requisitos de la norma, es decir el aporte de cada apartado al cumplimiento de la norma ISO 9001:2008.



6.3.2. Planteamiento del problema

Como parte concluyente del Diagnóstico, cuyo objetivo principal es la determinación de la situación actual de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador, se formula el planteamiento del problema producto de toda la metodología aplicada y como resultado de las encuestas y observación directa de las áreas bajo análisis, obteniéndose la siguiente situación actual, primero aplicando un árbol de problemas y luego el método de la caja negra.

Se realiza a continuación un planteamiento del problema con el fin de tener mayor amplitud en las causas del problema, para ello se utiliza un árbol de problemas que se transforma luego en un árbol de objetivos y presentará las bases para la conceptualización del diseño.

En el esquema de árbol de problemas anterior se resaltan los principales hallazgos como producto del Diagnóstico, el cual se resume como problema central “no se satisfacen a cabalidad los requerimientos de los pacientes”, ya que en esto se centra las causas y efectos negativos de la situación actual, estos aspectos negativos son los que nos generan no conformidades con los pacientes, y se evidencian en demoras, reprocesos, perdida de documentación; estos aspecto negativos producen obviamente inconformidad con los clientes, las labores se realizan de forma desordenada en algunas ocasiones, debido a que no existe una estandarización en los procesos, bajo nivel de rendimiento por parte del personal que labora dentro de cada área.

6.3.3. Caja Negra

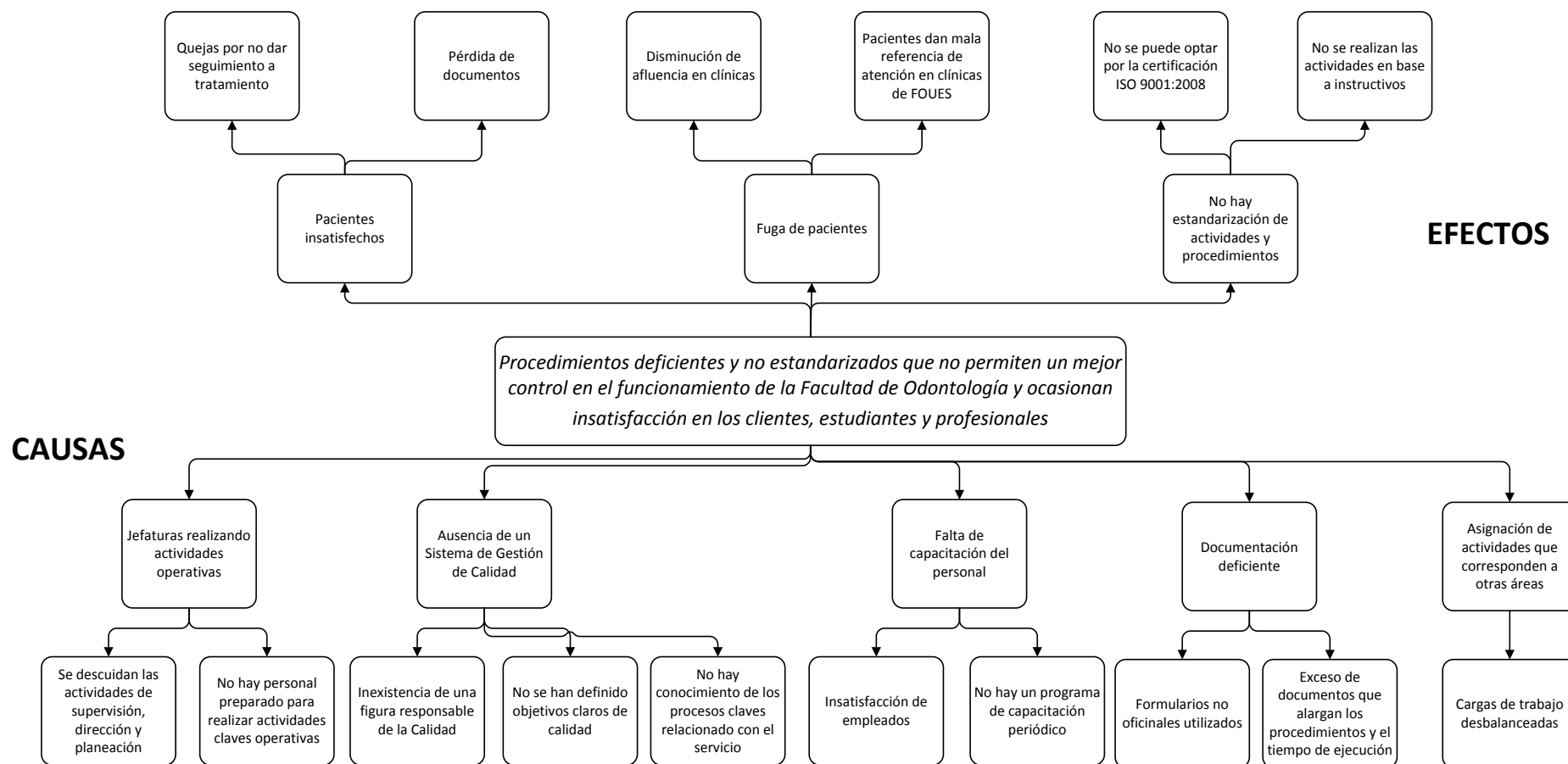
A continuación se resume la problemática por el método de la caja negra:



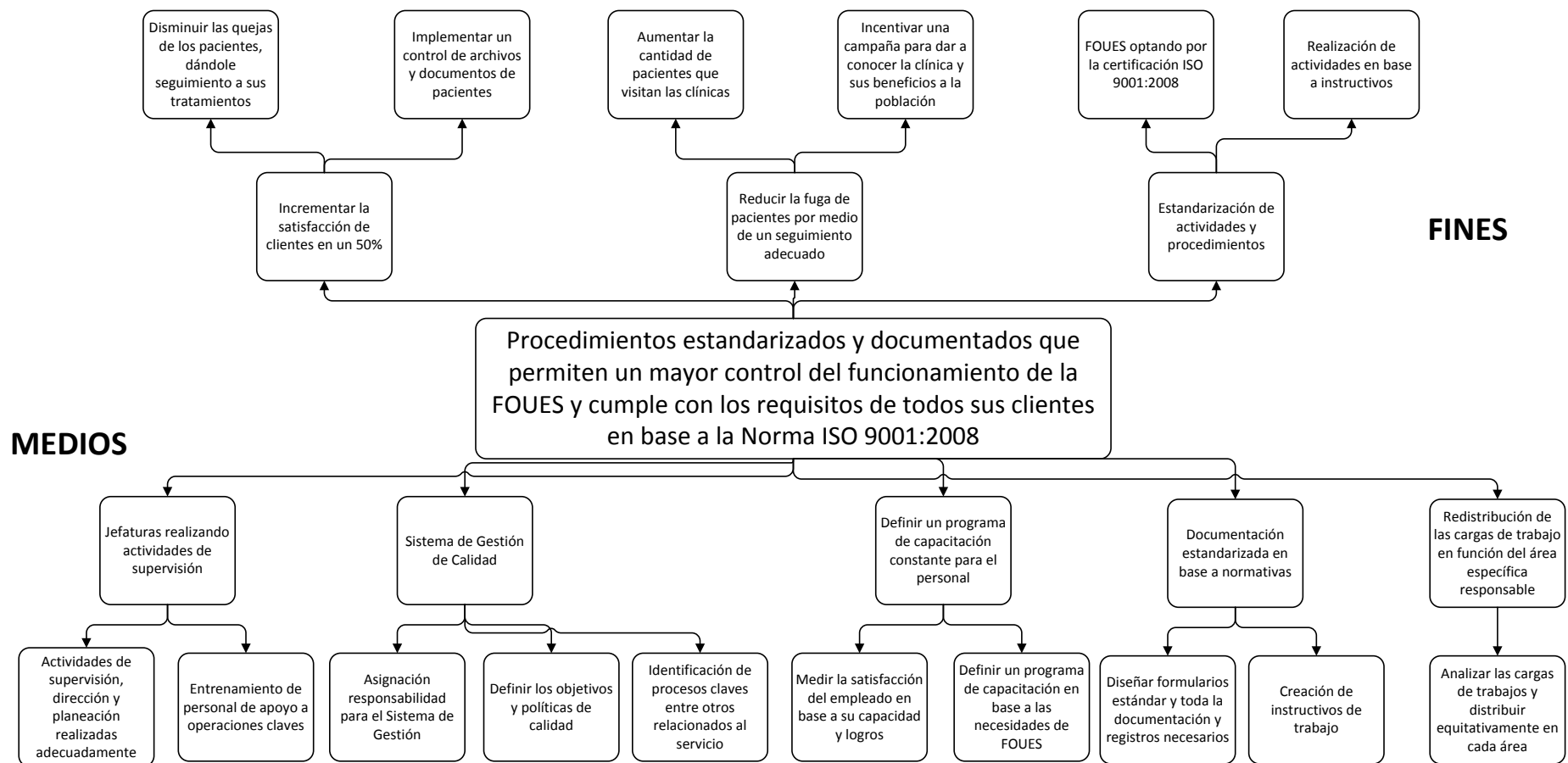
El Diagnostico arroja como resultado concluyente un nivel de cumplimiento de las Direcciones analizadas de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador de un **31.22%** con respecto a los requisitos que plantea la norma ISO 9001:2008, es decir existe un área de oportunidad del **68.78%**, para lograr obtener un cumplimiento al 100%.

6.3.4. Árbol de problemas

“Procedimientos deficientes y no estandarizados que no permiten un mejor control en el funcionamiento de la Facultad de Odontología y ocasionan insatisfacción en los clientes, estudiantes y profesionales”.



6.3.5. Árbol de objetivos



6.3.6. Tabla Resumen de cumplimiento de los requisitos de la Norma ISO 9001:2008 de la FOUES

A continuación se explica la forma en que se determinó la brecha para cada requisito definido en la norma ISO 9001:2008.

Para lo cual solo se tomaran los requisitos que se marcaron en encuestas como positivos ya que la norma no contempla resultados parciales.

Para cada pregunta se calculó el porcentaje de positivos según el número de encuestas que contenían esa pregunta, y luego para cada capítulo se calculó la media en total de positivos. Esto significó el porcentaje de cumplimiento.

$$\bar{X} = \frac{\sum \text{Porcentaje de positivos por requisito}}{\text{Nº de Requisitos}}; \text{ siendo } \bar{X}: \text{ El porcentaje total de la media de cumplimiento.}$$

REQUERIMIENTO	SÍ	NO	PARCIALMENTE	NO SABE	TOTAL CUMPLIMIENTO	% TOTAL POR APARTADO	% TOTAL
4. SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD							
1. ¿Se encuentran identificados los procesos internos de la facultad?	1	4	7	2	7.14%	24.48%	31.22%
2. ¿Son identificados y controlan los procesos subcontratados externamente por la FOUES?	2		9	3	14.29%		
4.2 Requisitos de la documentación							
4.2.1 Generalidades							
3. ¿cuenta la FOUES con una declaración documentada de visión?	11				100.00%		

REQUERIMIENTO	SÍ	NO	PARCIALMENTE	NO SABE	TOTAL CUMPLIMIENTO	% TOTAL POR APARTADO	% TOTAL
4. ¿cuenta la FOUES con una declaración documentada de misión?	11				100.00%		
5. ¿La FOUES cuenta con un manual de organización?			6	5	0.00%		
6. ¿La FOUES cuenta con un manual de puestos?	4		4	3	36.36%		
7. ¿La FOUES cuenta con un manual de funciones?			7	4	0.00%		
8. ¿La FOUES cuenta con un manual de procedimientos?			7	4	0.00%		
9. ¿En qué año fueron actualizados (si existen) los documentos descritos anteriormente?							
10. ¿Los documentos antes mencionados y existentes en la FOUES están al alcance de todo el personal de la misma?	6		8		42.86%		
11. ¿Los empleados de su unidad trabajan en base a procedimientos establecidos?	4				100.00%		
4.2.2 Manual de la calidad							
12. ¿Cuenta la FOUES con un manual de calidad?				4	0.00%		

REQUERIMIENTO	SÍ	NO	PARCIALMENTE	NO SABE	TOTAL CUMPLIMIENTO	% TOTAL POR APARTADO	% TOTAL
13. ¿El manual de calidad incluye el alcance del sistema de gestión de la calidad?				4	0.00%		
14. ¿El manual incluye o cita a todos los procedimientos documentados?				4	0.00%		
15. ¿El manual de calidad incluye una descripción de las interacciones entre los procesos de la facultad?				4	0.00%		
4.2.3 Control de los documentos							
16. ¿Existe un procedimiento documentado para el control de los documentos tales como: manual de calidad, manual de funciones, manual de procesos etc.?				4	0.00%		
17. Si su respuesta fue “sí” o “parcialmente”, ¿cuál es ese procedimiento?				0			
18. ¿Existe una metodología documentada adecuada para la aprobación de los documentos tales como: manual de calidad, manual de funciones, manual de procesos etc.?				4	0.00%		
19. Si su respuesta fue “sí” o “parcialmente”, ¿cuál es ese procedimiento?							

REQUERIMIENTO	SÍ	NO	PARCIALMENTE	NO SABE	TOTAL CUMPLIMIENTO	% TOTAL POR APARTADO	% TOTAL
20. ¿Existe una metodología documentada adecuada para la revisión y actualización de documentos?			4		0.00%		
21. Si su respuesta fue “sí” o “parcialmente”, ¿cuál es esa metodología?							
22. ¿Existe una metodología documentada adecuada para la identificación de los cambios de los documentos y el estado de la versión vigente?				4	0.00%		
23. Si su respuesta fue “sí” o “parcialmente”, ¿cuál es esa metodología?							
24. ¿Existe una metodología documentada adecuada para la distribución de los documentos que los haga disponibles en los puestos de trabajo?			1	3	0.00%		
25. Si su respuesta fue “sí” o “parcialmente”, ¿cuál es esa metodología?							
26. ¿Los documentos son legibles e identificables?	13	1			92.86%		

REQUERIMIENTO	SÍ	NO	PARCIALMENTE	NO SABE	TOTAL CUMPLIMIENTO	% TOTAL POR APARTADO	% TOTAL
27. ¿Existe una metodología adecuada para evitar el uso de documentos obsoletos?			1	3	0.00%		
28. ¿Los documentos obsoletos han sido tratados según la metodología definida?			4		0.00%		
29. Si su respuesta fue “sí” o “parcialmente”, ¿Cuál es esa metodología?							
4.2.4 Control de los registros							
30. ¿Existe un procedimiento documentado para el control de los registros en general?				14	0.00%		
31. ¿Existe una metodología para la identificación, almacenamiento, protección, recuperación y disposición de los registros?	9	5			64.29%		
32. ¿El procedimiento describe la conservación y protección de registros en formato digital?	1	9	4		7.14%		
33. ¿Se realizan copias de seguridad de los registros informáticos?	10			4	71.43%		

REQUERIMIENTO	SÍ	NO	PARCIALMENTE	NO SABE	TOTAL CUMPLIMIENTO	% TOTAL POR APARTADO	% TOTAL
5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN							
5.1 Compromiso de la dirección						42.72%	
34. ¿La alta dirección comunica a la organización la importancia de satisfacer los requisitos de los clientes y los requisitos legales correspondientes a los servicios ofertados dentro de la FOUES?	3	2		2	42.86%		
35. Si su respuesta fue “sí” o “parcialmente”, ¿de qué manera lo realiza?							
36. Existe un compromiso con la satisfacción de los usuarios de la FOUES por parte de la alta dirección:	7				100.00%		
37. Si su respuesta fue “sí” o “parcialmente”, ¿de qué manera puede evidenciarse tal compromiso?							
38. ¿La alta dirección establece los objetivos y políticas que tienen que ver con la calidad de los servicios brindados?	7				100.00%		
39. Si su respuesta anterior fue “Sí”, se encarga la alta dirección de comunicarlos al resto de la FOUES							

REQUERIMIENTO	SÍ	NO	PARCIALMENTE	NO SABE	TOTAL CUMPLIMIENTO	% TOTAL POR APARTADO	% TOTAL
40.¿Se asegura la alta dirección de disponibilidad de recursos para un desempeño eficiente de los procesos en la FOUES?	14				100.00%		
5.2 Enfoque al cliente							
41. ¿La alta dirección está realmente comprometida con el incremento de la satisfacción de los clientes?	4	3			57.14%		
42. Si su respuesta anterior fue “Sí” o “parcialmente”, ¿De qué manera lo realiza?							
43. ¿Se cuenta con algún mecanismo de control que permita analizar la satisfacción de los clientes de la FOUES?			3	4	0.00%		
44. Si su respuesta anterior fue “si” o “parcialmente” ¿Cuál es el mecanismo utilizado?							
5.3 Política de la calidad							
45. ¿Se encarga la alta dirección (jefes de unidad y decanato) de la difusión de la misión y visión de la FOUES	25				100.00%		
46. Si su respuesta anterior fue “si” o “parcialmente”, ¿De qué manera se realiza?							

REQUERIMIENTO	SÍ	NO	PARCIALMENTE	NO SABE	TOTAL CUMPLIMIENTO	% TOTAL POR APARTADO	% TOTAL
47. ¿Cuál de estas declaraciones de misión considera usted que es la de la FOUES?							
48. ¿Cuál de estas declaraciones de visión considera usted que es la de la FOUES?							
49. ¿Cuenta la Institución con objetivos y políticas de calidad establecidas?		4		0	0.00%		
50. ¿Estas políticas y objetivos se encuentran acordes a la misión y visión de la FOUES?	4				100.00%		
51. existe una persona o unidad delegada para velar por la calidad de los servicios de la institución				4	0.00%		
52. Si su respuesta fue “sí”, mencione quien es o cual unidad es							
5.4 Planificación							
5.4.1 Objetivos de la calidad							
53. ¿Los objetivos de calidad son formulados para cada uno de los niveles de la FOUES?	4				100.00%		
54. ¿Los objetivos de la calidad están de acuerdo a las directrices de la política de la FOUES?	4				100.00%		

REQUERIMIENTO	SÍ	NO	PARCIALMENTE	NO SABE	TOTAL CUMPLIMIENTO	% TOTAL POR APARTADO	% TOTAL
55. ¿Los objetivos son medibles y están asociados a un indicador?				4	0.00%		
56. ¿Los objetivos se encuentran desarrollados en planes de actividades para su cumplimiento?	4			0	100.00%		
57. ¿Se encuentran definidos los recursos, las fechas previstas y responsabilidades para las actividades del plan de objetivos?	4				100.00%		
5.4.2 Planificación del sistema de gestión de la calidad							
58. ¿Se encuentran planificados los procesos del sistema de gestión de la calidad?				4	0.00%		
59. ¿Se encuentran planificados los objetivos del sistema de gestión de a calidad?				4	0.00%		
5.5 Responsabilidad, autoridad y comunicación							
5.5.1 Responsabilidad y autoridad							
60. ¿Están correctamente definidas las responsabilidades y autoridades dentro de las unidades de la FOUES?	4	10			28.57%		
61. ¿Existe un documento que contenga un organigrama de la institución?	10		8		55.56%		

REQUERIMIENTO	SÍ	NO	PARCIALMENTE	NO SABE	TOTAL CUMPLIMIENTO	% TOTAL POR APARTADO	% TOTAL
62. ¿Las relaciones jerárquicas concuerdan realmente con las definidas en el organigrama?		4	14		0.00%		
5.5.2 Representante de la dirección							
63. ¿Se encuentra documentada la asignación de representante de la dirección a algún cargo o puesto de la organización?	4				100.00%		
64. ¿Dentro de las responsabilidades del puesto de trabajo de representante de la dirección se incluye el aseguramiento del establecimiento, implementación y mantenimiento de los procesos del sistema?	4				100.00%		
65. ¿Dentro de las responsabilidades del puesto de trabajo de representante de la dirección se incluye la de informar a la alta dirección sobre el desempeño del sistema y de las necesidades de mejora?	4				100.00%		
66. ¿Dentro de las responsabilidades del puesto de trabajo de representante de la dirección se incluye la de asegurarse de la promoción de la toma de conciencia de los requisitos del cliente?	4				100.00%		
REQUERIMIENTO	SÍ	NO	PARCIALMENTE	NO SABE	TOTAL	% TOTAL POR	% TOTAL

					CUMPLIMIENTO	APARTADO	
67. ¿Existen evidencias documentadas del cumplimiento de las responsabilidades?	4				100.00%		
5.5.3 Comunicación interna							
68. ¿Existe una eficaz comunicación interna en la FOUES que permita el buen desempeño de los procesos?	9	2			81.82%		
69. ¿Qué medios de comunicación interna se utilizan en la FOUES?							
5.6 Revisión por la dirección							
5.6.1 Generalidades							
70. ¿Se encuentran definida la frecuencia de realización de las revisiones del sistema por la dirección?				4	0.00%		
71. Si su respuesta anterior fue “sí” o “parcialmente”, ¿De qué manera se realiza?							
72. ¿Se incluye en el registro de informe de revisión el análisis de oportunidades de mejora, la necesidad de cambios en el sistema y el análisis de la política y los objetivos de la calidad?		4			0.00%		
73. Si su respuesta anterior fue “sí” o “parcialmente”, ¿De qué manera se realiza?							

REQUERIMIENTO	SÍ	NO	PARCIALMENTE	NO SABE	TOTAL CUMPLIMIENTO	% TOTAL POR APARTADO	% TOTAL
74. ¿Se identifican y mantienen los registros de la revisión por la dirección?				4	0.00%		
75. Si su respuesta anterior fue “sí” o “parcialmente”, ¿De qué manera se realiza?							
5.6.2 Información de entrada para la revisión							
76. ¿El informe de revisión del sistema de gestión de calidad contiene los resultados de las auditorías internas?			9	2	0.00%		
77. ¿El informe de revisión del sistema de gestión de calidad contiene los resultados de satisfacción del cliente y sus reclamos?			4		0.00%		
78. ¿El informe de revisión contiene el análisis de indicadores de desempeño de cada uno de los procesos?			10	1	0.00%		
79. ¿El informe de revisión del sistema de gestión de calidad contiene el estado de las acciones correctivas y preventivas?				11	0.00%		
80. ¿El informe de revisión contiene el análisis de las acciones resultantes de revisiones anteriores?				4	0.00%		

REQUERIMIENTO	SÍ	NO	PARCIALMENTE	NO SABE	TOTAL CUMPLIMIENTO	% TOTAL POR APARTADO	% TOTAL
81. ¿El informe de revisión del sistema de gestión de calidad contiene la necesidad de cambios que afecten al sistema de gestión de la calidad?			7	4	0.00%		
82. ¿El informe de revisión contiene las recomendaciones para la mejora?			7	4	0.00%		
5.6.3 Resultados de la revisión							
83. ¿El informe de revisión del sistema de gestión de calidad contiene las decisiones y acciones relacionadas con la mejora de la eficacia del sistema de gestión de la calidad?			7	4	0.00%		
84. El informe de revisión del sistema de gestión de calidad contiene las decisiones y acciones relacionadas con la mejora del producto?			7	4	0.00%		
85. ¿El informe de revisión define los recursos necesarios para el desarrollo de estas acciones?			7	4	0.00%		

REQUERIMIENTO	SÍ	NO	PARCIALMENTE	NO SABE	TOTAL CUMPLIMIENTO	% TOTAL POR APARTADO	% TOTAL
6 GESTIÓN DE LOS RECURSOS							
6.1 Provisión de recursos						30.99%	
86. ¿Dispone la organización de los recursos necesarios para mantener el sistema de gestión de la calidad y aumentar la satisfacción del cliente?			2	9	0.00%		
6.2 Recursos humanos							
6.2.1 Generalidades							
87. ¿Es el personal competente para la realización de sus trabajos?	11				100.00%		
88. Se encuentra definida la competencia necesaria para cada puesto de trabajo teniendo en cuenta la educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas?	3	3	1		42.86%		
89. ¿Existe un plan de formación o de logro de competencias?				7	0.00%	30.99%	
90. ¿Existe una metodología definida para la evaluación de la eficacia de las acciones formativas emprendidas?				7	0.00%		

REQUERIMIENTO	SÍ	NO	PARCIALMENTE	NO SABE	TOTAL CUMPLIMIENTO	% TOTAL POR APARTADO	% TOTAL
91. ¿Existen registros de plan de formación, competencia necesaria de cada puesto, ficha de empleado y actos o certificados de formación, o similares?		3	4		0.00%		
92. ¿Existe evidencia documentada del cumplimiento de los requisitos de competencia para cada empleado de la organización?		5	2		0.00%		
6.2.2 Competencia, formación y toma de conciencia							
93. ¿La alta dirección se asegura de que el personal que se encuentra en cada puesto cumpla con los requerimientos en cuanto a formación académica y conocimientos para desempeñar dicho puesto o función?		4		7	0.00%		
94. ¿Se tiene un plan de capacitación para el personal recién contratado?				7	0.00%		
95. ¿Es realmente utilizado este plan?				7	0.00%		
96. ¿Se cuenta con un plan de capacitación continua al personal?		7			0.00%		
97. ¿Es realmente utilizado este plan?				7	0.00%		
98. ¿Se llevan por escrito registros de estas capacitaciones?		7			0.00%		

REQUERIMIENTO	SÍ	NO	PARCIALMENTE	NO SABE	TOTAL CUMPLIMIENTO	% TOTAL POR APARTADO	% TOTAL
6.3 Infraestructura							
99. ¿Se encuentra identificada la infraestructura necesaria (edificios, áreas, oficinas) y existente para la realización de los procesos de trabajo de la facultad?							
100. ¿Existen planes o rutinas de mantenimiento preventivo para cada uno de los equipos (equipos de clínicas, computadoras, etc.)?	1				100.00%		
101. ¿Existen registros de las acciones de mantenimiento correctivo y preventivo para los equipos (equipos de clínicas, computadoras, etc.)?	1				100.00%		
102. ¿Existe una metodología definida para la realización de estas tareas de mantenimiento?	1				100.00%		
6.4 Ambiente de trabajo							
103. ¿Existe condiciones ambientales adecuadas para la realización del trabajo (temperatura, limpieza de las áreas, ordenamiento específico)?	21	4			84.00%		

REQUERIMIENTO	SÍ	NO	PARCIALMENTE	NO SABE	TOTAL CUMPLIMIENTO	% TOTAL POR APARTADO	% TOTAL
7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO							
7.1 Planificación de la realización del producto						47.74%	
104. ¿Existe una planificación de los servicios que presta la FOUES?	4				100.00%		
105. ¿Esta planificación es realizada por los jefes de cada unidad?	4				100.00%		
7.2 Procesos relacionados con el cliente							
7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el producto							
106. ¿Se encuentran documentados los requisitos de servicio del cliente, incluyendo condiciones de inicio y finalización del servicio en clínicas?				1	0.00%		
107. ¿Se han definido requisitos no especificados por el cliente pero propios del servicio?				1	0.00%		
108. ¿Existe una metodología definida para la determinación de estos requisitos?				1	0.00%		
109. Si su respuesta fue “sí” o “parcialmente” ¿Se cumple con estos requisitos?							

REQUERIMIENTO	SÍ	NO	PARCIALMENTE	NO SABE	TOTAL CUMPLIMIENTO	% TOTAL POR APARTADO	% TOTAL
7.2.2 Revisión de los requisitos relacionados con el producto							
110. ¿Son revisados los requisitos relacionados con el servicio?				8	0.00%		
7.2.3 Comunicación con el cliente							
111. ¿Existe una metodología que permita una comunicación eficaz con los clientes y/o alumnos de la facultad?		3		4	0.00%		
112. ¿Se registran los resultados de satisfacción del cliente y sus quejas?				7	0.00%		
7.3 Diseño y desarrollo							
7.3.1 Planificación del diseño y desarrollo							
113. ¿La organización planifica y controla el diseño y desarrollo de los servicios que brinda la FOUES?	6				100.00%		
114. ¿Existe una persona o unidad encargada del diseño y desarrollo de los servicios que brinda la FOUES?	4		1		80.00%		
115. Si su respuesta anterior fue “sí” o “parcialmente”, ¿Quién es esta persona o unidad?							
7.3.2 Elementos de entrada para el diseño y desarrollo							

REQUERIMIENTO	SÍ	NO	PARCIALMENTE	NO SABE	TOTAL CUMPLIMIENTO	% TOTAL POR APARTADO	% TOTAL
116. ¿Para el diseño y desarrollo de los servicios de la FOUES se tienen en cuenta los requisitos del cliente?				5	0.00%		
117. ¿Para el diseño y desarrollo de los servicios de la FOUES se tienen en cuenta los requisitos legales correspondientes?	5				100.00%		
7.3.3 Resultados del diseño y desarrollo							
118. ¿Los resultados del diseño y desarrollo de los servicios reflejan los verdaderos requisitos de los mismos?		2		3	0.00%		
7.3.4 Revisión del diseño y desarrollo							
119. ¿Se evalúa la capacidad de los resultados diseño y desarrollo para cumplir con los requisitos de servicio?		4		1	0.00%		
120. ¿Se realizan revisiones sistemáticas para identificar problemas y emprender las acciones necesarias?				5	0.00%		
7.3.5 Verificación del diseño y desarrollo							
121. ¿Se realiza la verificación del diseño y desarrollo de los servicios bajo el enfoque del cumplimiento de lo planeado?							

REQUERIMIENTO	SÍ	NO	PARCIALMENTE	NO SABE	TOTAL CUMPLIMIENTO	% TOTAL POR APARTADO	% TOTAL
7.3.6 Validación del diseño y desarrollo							
122. ¿Se confirma que el diseño y desarrollo de los servicios cumplen con los requerimientos de los clientes?		5			0.00%		
123. Si su respuesta anterior fue “sí” o “parcialmente”, ¿De qué manera se confirma esto?							
7.3.7 Control de los cambios del diseño y desarrollo							
124. ¿se realizan cambios en el diseño y desarrollo de los servicios de la FOUES?		3		2	0.00%		
125. Si su respuesta anterior fue “sí” ¿existen registros debidamente documentados de estos?							
7.4 Compras							
7.4.1 Proceso de compras							
126. ¿Son establecidos previamente los requisitos que deben cumplir los productos que planean comprarse?	25				100.00%		
127. ¿Existen criterios de selección para proveedores?	7				100.00%		

REQUERIMIENTO	SÍ	NO	PARCIALMENTE	NO SABE	TOTAL CUMPLIMIENTO	% TOTAL POR APARTADO	% TOTAL
128. Si su respuesta fue “Sí” o “parcialmente”, ¿De qué forma son seleccionados los proveedores?							
129. ¿Existe evidencia de los criterios que se utilizan para seleccionar a los proveedores?	7				100.00%		
130. De los criterios utilizados en la selección de proveedores, califique del 1 al 7 en orden de importancia 1 si es el más importante y 7 el menos importante							
7.4.2 Información de las compras							
131. ¿Los pedidos de compras (artículos, insumos, maquinaria, equipo, papelería) contienen información de los requisitos y especificaciones?	15				100.00%		
132. ¿Existe una metodología y planeación acerca de los pedidos de compra?	15				100.00%		
133. Si su respuesta fue “sí” o “parcialmente”, ¿cuál es esa metodología?							

REQUERIMIENTO	SÍ	NO	PARCIALMENTE	NO SABE	TOTAL CUMPLIMIENTO	% TOTAL POR APARTADO	% TOTAL
7.4.3 Verificación de los productos comprados							
134. ¿Existe una metodología definida para la inspección de los productos comprados?	6				100.00%		
135. ¿Son realmente inspeccionados los productos comprados al recibirlos?	6				100.00%		
7.5 producción y prestación del servicio							
7.5.1 Control de la producción y de la prestación del servicio							
136. Para la prestación de los servicios de la FOUES ¿existen instrucciones definidas o protocolos de trabajo?		4		1	0.00%		
137. Si su respuesta fue “sí” o “parcialmente”, ¿Existe evidencia escrita de esta información?							
7.5.2 Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio							
138. ¿Existen registros de la validación de los procesos?				5	0.00%		
7.5.3 Identificación y trazabilidad							
139. En el caso que se necesita, ¿es identificable el estado de un proceso (iniciado, en revisión, retroceso, etc.)?		2		3	0.00%		

REQUERIMIENTO	SÍ	NO	PARCIALMENTE	NO SABE	TOTAL CUMPLIMIENTO	% TOTAL POR APARTADO	% TOTAL
7.5.4 Propiedad del cliente							
140. ¿Se encarga la FOUES de identificar, archivar y proteger los datos de expediente tanto de alumnos como de los pacientes de la misma?	12				100.00%		
141. ¿Se encarga la FOUES de verificar los datos de expediente tanto de alumnos como de los pacientes de la misma?	12				100.00%		
7.5.5 Preservación del producto							
142. durante los servicios odontológicos, ¿es preservada y protegida la integridad física de los pacientes?	12				100.00%		
7.6 Control de los equipos de seguimiento y de medición							
143. ¿Existe un equipo que brinde seguimiento y medición de la calidad y satisfacción de los clientes al recibir servicios?				12	0.00%		

REQUERIMIENTO	SÍ	NO	PARCIALMENTE	NO SABE	TOTAL CUMPLIMIENTO	% TOTAL POR APARTADO	% TOTAL
8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA							
8.2 Seguimiento y Medición						10.16%	
8.2.1 Satisfacción del cliente							
144. ¿Se realiza un seguimiento en cuanto al desempeño de sistema de gestión relativo a la percepción del cliente respecto de sus requisitos en el servicio?				5	0.00%		
145. ¿Determinan los métodos para establecer el seguimiento y medición de los requisitos y satisfacción de los clientes?				5	0.00%		
146. ¿Está satisfecho con los servicios recibidos dentro de las clínicas FOUES? (pregunta para pacientes)							
147. ¿Recomendaría los servicios de las clínicas FOUES a amigos y familiares?							
148. ¿Por qué?							
8.2.2 Auditoría interna							
149. ¿Son las auditorías internas programadas de acuerdo a una calendarización?			3	8	0.00%		

REQUERIMIENTO	SÍ	NO	PARCIALMENTE	NO SABE	TOTAL CUMPLIMIENTO	% TOTAL POR APARTADO	% TOTAL
8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos							
150. ¿Existen indicadores adecuados para cada uno de los procesos dentro de la FOUES?			4	7	0.00%		
151. ¿Está definida la responsabilidad y la frecuencia para la realización del seguimiento de los indicadores?			4	7	0.00%		
152. ¿Se emprenden acciones a partir del análisis de indicadores?			4	7	0.00%		
8.2.4 Seguimiento y medición del producto (servicio)							
153. ¿Se encuentran definidas las pautas de inspección final de los servicios?			7	10	0.00%		
154. ¿Existen registros de estas inspecciones finales?			8	9	0.00%		
8.3 Control del producto no conforme							
155. ¿Existe un procedimiento documentado para el control de los servicios no conformes y el tratamiento de las no conformidades?			1	4	0.00%		
156. ¿Se toman acciones para la solución de las no conformidades?			2	3	0.00%		

REQUERIMIENTO	SÍ	NO	PARCIALMENTE	NO SABE	TOTAL CUMPLIMIENTO	% TOTAL POR APARTADO	% TOTAL
8.4 Análisis de datos							
157. ¿Existe evidencia del análisis de datos del sistema (resultados de auditorías, satisfacción del cliente etc.)?			4	7	0.00%		
158. ¿Se emprenden acciones a partir de este análisis?			4	7	0.00%		
8.5 Mejora							
8.5.1 Mejora continua							
159. ¿Existe evidencia de acciones emprendidas para la mejora continua de los servicios de la FOUES?	8		3		72.73%		
8.5.2 Acción correctiva							
160. ¿Existe procedimiento documentado para las acciones correctivas dentro de la FOUES?	5				100.00%		
161. ¿Existe análisis de causas de los problemas?			1	4	0.00%		
8.5.3 Acción preventiva							
162. ¿Existe procedimiento documentado para las acciones preventivas dentro de la FOUES?			1	4	0.00%		
163. ¿Existe análisis de causas de los posibles problemas dentro de la FOUES?			1	4	0.00%		

7. CONCEPTUALIZACIÓN DEL DISEÑO

7.1. Alcance del sistema de gestión de calidad

El alcance del sistema abarca, específicamente, el área Administrativa, Dirección de Clínicas y Educación Odontológica. La primera consta de las siguientes áreas:

- Administración Financiera
- Recursos y Desarrollo Físico
- Dirección de Planificación
- Recursos humanos

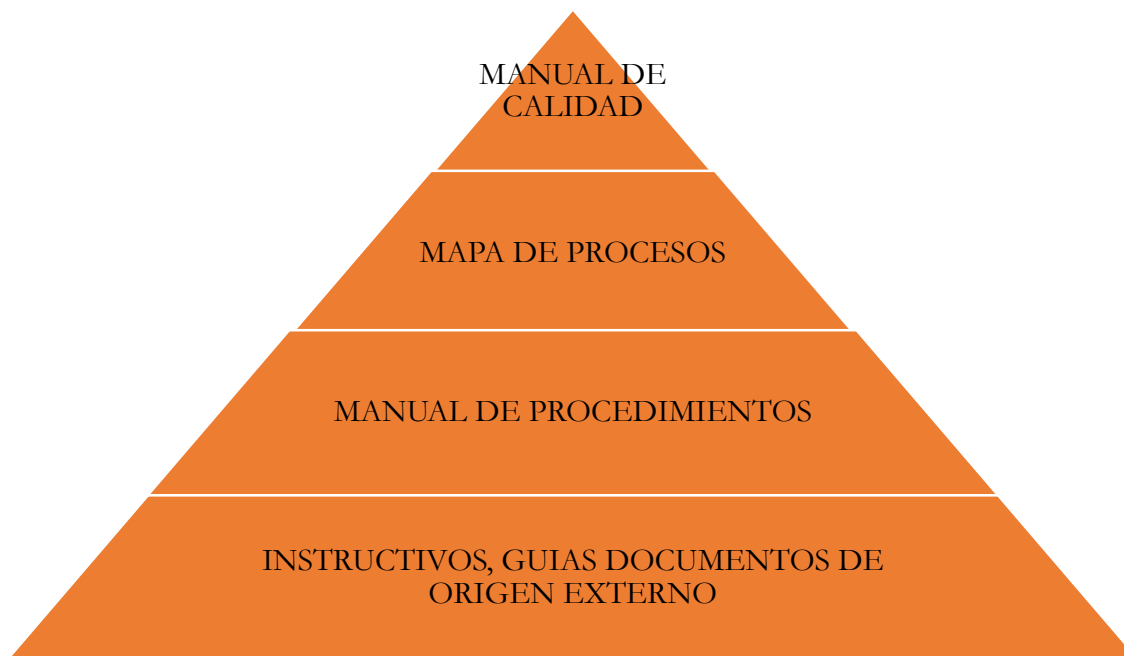
Los procedimientos que se van a tocar son los relacionados a estas áreas y que afectan directamente a la eficiencia de la Facultad de Odontología, a excepción de los procedimientos odontológicos, ya que éstos deben ser revisados por los profesionales en esta área.

7.2. Esquema de la conceptualización del sistema de gestión de calidad basado en la norma ISO 9001:2008

La norma ISO 9001:2008 posee requisitos que deben ser cumplidos y alcanzados para la certificación del sistema de gestión de la calidad como tal, entre estos requisitos se encuentran:

- Elaboración de documentos
- Documentación de los procesos
- Registros del funcionamiento del SGC
- Procedimientos obligatorios.

Además la norma se resume en cuatro elementos fundamentales:



La conceptualización del diseño para el sistema de gestión de calidad de la norma ISO 9001:2008 para la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador se resume en la siguiente tabla:

Requisito	Diseño/documento
Documentación de los procesos	• Mapas de procesos • Flujos de procesos • Diagramas PEPSU • Documentación de los procesos (Manual de Procedimientos) • Estandarización y denominación adecuada de los procesos • Manual de Organización
Generalidades de la norma	Misión y visión Objetivos y políticas de calidad
Procedimientos obligatorios de	• Procedimientos de auditorias

norma	• Control de registros y documentos • Procedimiento para las acciones correctivas • Procedimiento para las acciones correctivas • Control de producto no conforme • Procedimientos de Comunicación Interna • Guía para la Elaboración de documentos • Guía de conformación del Comité de Calidad • Procedimiento de Seguimiento de Resultados de Auditoría • Procedimiento de Distribución de Documentos
Registros obligatorios de norma	• Información de entrada para la revisión del sistema de gestión de calidad (resultados de auditorías, procesos, procedimientos) (5.6.1). • Registros de educación y formación del personal (registros, planes, calendarización) (6.2.2 e). • Registro del cumplimiento de los procesos con respecto a los requisitos (indicadores) (7.1). • Registros de los resultados de las revisiones y las acciones

	de las revisiones.(7.2.2). • Registros de los elementos de entrada para el diseño y desarrollo de los servicios (7.3.2 a. d.). • Registro de las revisiones del diseño y desarrollo (7.3.4). • Registros de la verificación (7.3.5). • Registros sobre la validación del diseño y desarrollo (7.3.6). • Control de cambios del diseño y desarrollo (7.3.7). • Registro de evaluación de los proveedores (7.4.1). • Validación de los procesos de producción y prestación del servicio (7.5.2 d). • Identificación y trazabilidad de los productos, materiales y equipos (7.5.3). • Registros de la propiedad del cliente (7.5.4). • Registros de calibración de equipos y planes de mantenimiento anuales.

	(7.6 a.). • Registro de auditorías (8.2.2). • Seguimiento y medición de los servicios (8.2.4). • Registros del control de producto no conforme(8.3). • Registros de las acciones correctivas (8.5.2 e.). • Registros de las acciones preventivas. (8.5.3 d). • Listado Maestro de Documentos
Comunicación con el cliente	• Buzón de sugerencias
Responsabilidad y autoridad	• Asignación de funciones • Elección del representante de la alta dirección • Formación del comité de calidad

7.3. Reducción de la brecha existente

7.3.1. Nivel de Cumplimiento esperado de los requisitos de la Norma ISO 9001:2008 con el Diseño del Sistema de Gestión de Calidad para la FOUES: Requisitos más representativos de la brecha.

Debido a que el diseño del sistema de gestión se realizara a este nivel (diseño) y no implementación algunos requisitos no podrán ser cumplidos, es por ello que no es posible cumplir al cien por ciento con los requisitos de la norma ISO 9001: 2008, a continuación se muestra una tabla con puntuaciones de “1” si el requisito puede ser cumplido y de “0” si este no puede ser cumplido:

REQUERIMIENTO	POSIBILIDAD DE SU CUMPLIMIENTO	PUNTAJE	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
4. SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD			
¿Se encuentran identificados los procesos internos de la facultad?	SI	1	100%
¿Son identificados y controlan los procesos subcontratados externamente por la FOUES?	SI	1	
4.2 Requisitos de la documentación			
4.2.1 Generalidades			
¿Cuenta la FOUES con una declaración documentada de visión?	SI	1	100%
¿Cuenta la FOUES con una declaración documentada de misión?	SI	1	
¿La FOUES cuenta con un manual de organización?	SI	1	
¿La FOUES cuenta con un manual de puestos?	SI	1	
¿La FOUES cuenta con un manual de funciones?	SI	1	
¿La FOUES cuenta con un manual de procedimientos?	SI	1	
¿Los documentos antes mencionados y existentes en la FOUES están al alcance de todo el personal de la misma?	SI	1	
¿Los empleados de su unidad trabajan en base a procedimientos establecidos?	SI	1	

4.2.2 Manual de la calidad			
¿Cuenta la FOUES con un manual de calidad?	SI	1	100%
¿El manual de calidad incluye el alcance del sistema de gestión de la calidad?	SI	1	
¿El manual incluye o cita a todos los procedimientos documentados?	SI	1	
¿El manual de calidad incluye una descripción de las interacciones entre los procesos de la facultad?	SI	1	
4.2.2 Manual de la calidad			
¿Cuenta la FOUES con un manual de calidad?	SI	1	50%
¿El manual de calidad incluye el alcance del sistema de gestión de la calidad?	NO	0	
¿El manual incluye o cita a todos los procedimientos documentados?	SI	1	
¿El manual de calidad incluye una descripción de las interacciones entre los procesos de la facultad?	NO	0	
4.2.3 Control de los documentos			
¿Existe un procedimiento documentado para el control de los documentos tales como: manual de calidad, manual de funciones, manual de procesos etc.?	SI	1	100%
¿Existe una metodología documentada adecuada para la aprobación de los documentos tales como: manual de calidad, manual de funciones, manual de procesos etc.?	SI	1	
¿Existe una metodología documentada adecuada para la revisión y actualización de documentos?	SI	1	
¿Existe una metodología documentada adecuada para la identificación de los cambios de los documentos y el estado de la versión vigente?	SI	1	
¿Existe una metodología documentada adecuada para la distribución de los documentos que los haga disponibles en los puestos de trabajo?	SI	1	
¿Los documentos son legibles e identificables?	SI	1	

¿Existe una metodología adecuada para evitar el uso de documentos obsoletos?	SI	1	
¿Los documentos obsoletos han sido tratados según la metodología definida?	SI	1	
4.2.4 Control de los registros			
¿Existe un procedimiento documentado para el control de los registros en general?	SI	1	100%
¿Existe una metodología para la identificación, almacenamiento, protección, recuperación y disposición de los registros?	SI	1	
¿El procedimiento describe la conservación y protección de registros en formato digital?	SI	1	
¿Se realizan copias de seguridad de los registros informáticos?	SI	1	
5. Responsabilidad de la dirección			
5.1 Compromiso de la dirección			
¿La alta dirección comunica a la organización la importancia de satisfacer los requisitos de los clientes y los requisitos legales correspondientes a los servicios ofertados dentro de la FOUES?	SI	1	100%
Existe un compromiso con la satisfacción de los usuarios de la FOUES por parte de la alta dirección:	SI	1	
¿La alta dirección establece los objetivos y políticas que tienen que ver con la calidad de los servicios brindados?	SI	1	
Si su respuesta anterior fue “Si”, se encarga la alta dirección de comunicarlos al resto de la FOUES	SI	1	
¿Se asegura la alta dirección de disponibilidad de recursos para un desempeño eficiente de los procesos en la FOUES?	SI	1	
5.2 Enfoque al cliente			
¿La alta dirección está realmente comprometida con el incremento de la satisfacción de los clientes?	SI	1	100%
¿Se cuenta con algún mecanismo de control que permita analizar la satisfacción de los clientes de la FOUES?	SI	1	

5.3 Política de la calidad			
¿Se encarga la alta dirección (jefes de unidad y decanato) de la difusión de la misión y visión de la FOUES	SI	1	100%
¿Cuenta la Institución con objetivos y políticas de calidad establecidas?	SI	1	
¿Estas políticas y objetivos se encuentran acordes a la misión y visión de la FOUES?	SI	1	
existe una persona o unidad delegada para velar por la calidad de los servicios de la institución	SI	1	
5.4 Planificación			
5.4.1 Objetivos de la calidad			
¿Los objetivos de calidad son formulados para cada uno de los niveles de la FOUES?	SI	1	100%
¿Los objetivos de la calidad están de acuerdo a las directrices de la política de la FOUES?	SI	1	
¿Los objetivos son medibles y están asociados a un indicador?	SI	1	
¿Los objetivos se encuentran desarrollados en planes de actividades para su cumplimiento?	SI	1	
¿Se encuentran definidos los recursos, las fechas previstas y responsabilidades para las actividades del plan de objetivos?	SI	1	
5.4.2 Planificación del sistema de gestión de la calidad			
¿Se encuentran planificados los procesos del sistema de gestión de la calidad?	NO	0	0%
¿Se encuentran planificados los objetivos del sistema de gestión de a calidad?	NO	0	
5.5 Responsabilidad, autoridad y comunicación			
5.5.1 Responsabilidad y autoridad			
¿Están correctamente definidas las responsabilidades y autoridades dentro de las unidades de la FOUES?	SI	1	100%
¿Existe un documento que contenga un organigrama de la institución?	SI	1	
¿Las relaciones jerárquicas concuerdan realmente con las definidas en el organigrama?	SI	1	

5.5.2 Representante de la dirección			
¿Se encuentra documentada la asignación de representante de la dirección a algún cargo o puesto de la organización?	NO	0	0%
¿Dentro de las responsabilidades del puesto de trabajo de representante de la dirección se incluye el aseguramiento del establecimiento, implementación y mantenimiento de los procesos del sistema?	NO	0	
¿Dentro de las responsabilidades del puesto de trabajo de representante de la dirección se incluye la de informar a la alta dirección sobre el desempeño del sistema y de las necesidades de mejora?	NO	0	
¿Dentro de las responsabilidades del puesto de trabajo de representante de la dirección se incluye la de asegurarse de la promoción de la toma de conciencia de los requisitos del cliente?	NO	0	
¿Existen evidencias documentadas del cumplimiento de las responsabilidades?	NO	0	
5.5.3 Comunicación interna			
¿Existe una eficaz comunicación interna en la FOUES que permita el buen desempeño de los procesos?	SI	1	100%
5.6 Revisión por la dirección			
5.6.1 Generalidades			
¿Se encuentran definida la frecuencia de realización de las revisiones del sistema por la dirección?	NO	1	100%
¿Se incluye en el registro de informe de revisión el análisis de oportunidades de mejora, la necesidad de cambios en el sistema y el análisis de la política y los objetivos de la calidad?	NO	1	
¿Se identifican y mantienen los registros de la revisión por la dirección?	SI	1	
5.6.2 Información de entrada para la revisión			
¿El informe de revisión del sistema de gestión de calidad contiene los resultados de las auditorías internas?	NO	0	0%

¿El informe de revisión del sistema de gestión de calidad contiene los resultados de satisfacción del cliente y sus reclamos?	NO	0	
¿El informe de revisión contiene el análisis de indicadores de desempeño de cada uno de los procesos?	NO	0	
¿El informe de revisión del sistema de gestión de calidad contiene el estado de las acciones correctivas y preventivas?	NO	0	
¿El informe de revisión contiene el análisis de las acciones resultantes de revisiones anteriores?	NO	0	
¿El informe de revisión del sistema de gestión de calidad contiene la necesidad de cambios que afecten al sistema de gestión de la calidad?	NO	0	
¿El informe de revisión contiene las recomendaciones para la mejora?	NO	0	
5.6.3 Resultados de la revisión			
¿El informe de revisión del sistema de gestión de calidad contiene las decisiones y acciones relacionadas con la mejora de la eficacia del sistema de gestión de la calidad?	NO	0	0%
El informe de revisión del sistema de gestión de calidad contiene las decisiones y acciones relacionadas con la mejora del producto?	NO	0	
¿El informe de revisión define los recursos necesarios para el desarrollo de estas acciones?	NO	0	
6 GESTIÓN DE LOS RECURSOS			
6.1 Provisión de recursos			
¿Dispone la organización de los recursos necesarios para mantener el sistema de gestión de la calidad y aumentar la satisfacción del cliente?	NO	1	100%
6.2 Recursos humanos			
6.2.1 Generalidades			
¿Es el personal competente para la realización de sus trabajos?	SI	1	100%
Se encuentra definida la competencia necesaria para cada puesto de trabajo teniendo en cuenta la educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas?	SI	1	

¿Existe un plan de formación o de logro de competencias?	SI	1	
¿Existe una metodología definida para la evaluación de la eficacia de las acciones formativas emprendidas?	SI	1	
¿Existen registros de plan de formación, competencia necesaria de cada puesto, ficha de empleado y actos o certificados de formación, o similares?	SI	1	
¿Existe evidencia documentada del cumplimiento de los requisitos de competencia para cada empleado de la organización?	SI	1	
6.2.2 Competencia, formación y toma de conciencia			
¿La alta dirección se asegura de que el personal que se encuentra en cada puesto cumpla con los requerimientos en cuanto a formación académica y conocimientos para desempeñar dicho puesto o función?	SI	1	100%
¿Se tiene un plan de capacitación para el personal recién contratado?	SI	1	
¿Es realmente utilizado este plan?	SI	1	
¿Se cuenta con un plan de capacitación continua al personal?	SI	1	
¿Es realmente utilizado este plan?	SI	1	
¿Se llevan por escrito registros de estas capacitaciones?	SI	1	
6.3 Infraestructura			
¿Se encuentra identificada la infraestructura necesaria (edificios, áreas, oficinas) y existente para la realización de los procesos de trabajo de la facultad?	SI	1	100%
¿Existen planes o rutinas de mantenimiento preventivo para cada uno de los equipos (equipos de clínicas, computadoras, etc.)?	SI	1	
¿Existen registros de las acciones de mantenimiento correctivo y preventivo para los equipos (equipos de clínicas, computadoras, etc.)?	SI	1	
¿Existe una metodología definida para la realización de estas tareas de mantenimiento?	SI	1	

6.4 Ambiente de trabajo			
¿Existe condiciones ambientales adecuadas para la realización del trabajo (temperatura, limpieza de las áreas, ordenamiento específico)?	SI	1	100%
7. Realización del producto			
7.1 Planificación de la realización del producto			
¿Existe una planificación de los servicios que presta la FOUES?	SI	1	100%
¿Esta planificación es realizada por los jefes de cada unidad?	SI	1	
7.2 Procesos relacionados con el cliente			
7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el producto			
¿Se encuentran documentados los requisitos de servicio del cliente, incluyendo condiciones de inicio y finalización del servicio en clínicas?	SI	1	100%
¿Se han definido requisitos no especificados por el cliente pero propios del servicio?	SI	1	
¿Existe una metodología definida para la determinación de estos requisitos?	SI	1	
7.2.2 Revisión de los requisitos relacionados con el producto			
¿Son revisados los requisitos relacionados con el servicio?	SI	1	100%
7.2.3 Comunicación con el cliente			
¿Existe una metodología que permita una comunicación eficaz con los clientes y/o alumnos de la facultad?	SI	1	100%
¿Se registran los resultados de satisfacción del cliente y sus quejas?	SI	1	
7.3 Diseño y desarrollo			
7.3.1 Planificación del diseño y desarrollo			
¿La organización planifica y controla el diseño y desarrollo de los servicios que brinda la FOUES?	SI	1	100%
¿Existe una persona o unidad encargada del diseño y desarrollo de los servicios que brinda la FOUES?	SI	1	

7.3.2 Elementos de entrada para el diseño y desarrollo			
¿Para el diseño y desarrollo de los servicios de la FOUES se tienen en cuenta los requisitos del cliente?	SI	1	100%
¿Para el diseño y desarrollo de los servicios de la FOUES se tienen en cuenta los requisitos legales correspondientes?	SI	1	
7.3.3 Resultados del diseño y desarrollo			
¿Los resultados del diseño y desarrollo de los servicios reflejan los verdaderos requisitos de los mismos?	SI	1	100%
7.3.4 Revisión del diseño y desarrollo			
¿Se evalúa la capacidad de los resultados diseño y desarrollo para cumplir con los requisitos de servicio?	SI	1	100%
¿Se realizan revisiones sistemáticas para identificar problemas y emprender las acciones necesarias?	SI	1	
7.3.5 Verificación del diseño y desarrollo			
¿Se realiza la verificación del diseño y desarrollo de los servicios bajo el enfoque del cumplimiento de lo planeado?	SI	1	100%
7.3.6 Validación del diseño y desarrollo			
¿Se confirma que el diseño y desarrollo de los servicios cumplen con los requerimientos de los clientes?	SI	1	100%
7.3.7 Control de los cambios del diseño y desarrollo			
¿se realizan cambios en el diseño y desarrollo de los servicios de la FOUES?	SI	1	100%
7.4 Compras			
7.4.1 Proceso de compras			
¿Son establecidos previamente los requisitos que deben cumplir los productos que planean comprarse?	SI	1	100%
¿Existen criterios de selección para proveedores?	SI	1	
¿Existe evidencia de los criterios que se utilizan para seleccionar a los proveedores?	SI	1	

7.4.2 Información de las compras			
¿Los pedidos de compras (artículos, insumos, maquinaria, equipo, papelería) contienen información de los requisitos y especificaciones?	SI	1	100%
¿Existe una metodología y planeación acerca de los pedidos de compra?	SI	1	
7.4.3 Verificación de los productos comprados			
¿Existe una metodología definida para la inspección de los productos comprados?	SI	1	100%
¿Son realmente inspeccionados los productos comprados al recibirlos?	SI	1	
7.5 producción y prestación del servicio			
7.5.1 Control de la producción y de la prestación del servicio			
Para la prestación de los servicios de la FOUES ¿existen instrucciones definidas o protocolos de trabajo?	SI	1	100%
7.5.2 Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio			
¿Existen registros de la validación de los procesos?	SI	1	100%
7.5.3 Identificación y trazabilidad			
En el caso que se necesita, ¿es identificable el estado de un proceso (iniciado, en revisión, retroceso, etc.)?	SI	1	100%
7.5.4 Propiedad del cliente			
¿Se encarga la FOUES de identificar, archivar y proteger los datos de expediente tanto de alumnos como de los pacientes de la misma?	SI	1	100%
¿Se encarga la FOUES de verificar los datos de expediente tanto de alumnos como de los pacientes de la misma?	SI	1	
7.5.5 Preservación del producto			
¿Durante los servicios odontológicos, ¿es preservada y protegida la integridad física de los pacientes?	SI	1	100%
7.6 control de los equipos de seguimiento y de medición			
¿Existe un equipo que brinde seguimiento y medición de la calidad y satisfacción de los clientes al recibir servicios?	SI	1	100%

8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA			
8.2 Seguimiento y Medición			
8.2.1 Satisfacción del cliente			
¿Se realiza un seguimiento en cuanto al desempeño de sistema de gestión relativo a la percepción del cliente respecto de sus requisitos en el servicio?	NO	0	75%
¿Determinan los métodos para establecer el seguimiento y medición de los requisitos y satisfacción de los clientes?	SI	1	
¿Está satisfecho con los servicios recibidos dentro de las clínicas FOUES? (pregunta para pacientes)	SI	1	
¿Recomendaría los servicios de las clínicas FOUES a amigos y familiares?	SI	1	
8.2.2 Auditoría interna			
¿Son las auditorías internas programadas de acuerdo a una calendarización?	SI	1	100%
8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos			
¿Existen indicadores adecuados para cada uno de los procesos dentro de la FOUES?	SI	1	100%
Está definida la responsabilidad y la frecuencia para la realización del seguimiento de los indicadores?	SI	1	
¿Se emprenden acciones a partir del análisis de indicadores?	SI	1	
8.2.4 Seguimiento y medición del producto (servicio)			
¿Se encuentran definidas las pautas de inspección final de los servicios?	SI	1	100%
¿Existen registros de estas inspecciones finales?	SI	1	
8.3 Control del producto no conforme			
¿Existe un procedimiento documentado para el control de los servicios no conformes y el tratamiento de las no conformidades?	si	1	100%
¿Se toman acciones para la solución de las no conformidades?	SI	1	
8.4 Análisis de datos			
¿Existe evidencia del análisis de datos del sistema (resultados de auditorías, satisfacción del cliente etc.)?	si	1	100%

¿Se emprenden acciones a partir de este análisis?	si	1	
8.5 Mejora			
8.5.1 Mejora continua			
¿Existe evidencia de acciones emprendidas para la mejora continua de los servicios de la FOUES?	SI	1	100%
8.5.2 Acción correctiva			
¿Existe procedimiento documentado para las acciones correctivas dentro de la FOUES?	SI	1	100%
¿Existe análisis de causas de los problemas?	SI	1	
8.5.3 Acción preventiva			
¿Existe procedimiento documentado para las acciones preventivas dentro de la FOUES?	SI	1	
¿Existe análisis de causas de los posibles problemas dentro de la FOUES?	SI	1	
Total de cumplimiento			87.13%

Conclusión: el nivel de cumplimiento espera para la etapa de diseño del sistema de gestión de calidad de la Norma ISO 9001:2008 será de hasta 87.13%. Debido a que su cumplimiento seria de un 100% se si tratara de la implementación y no del diseño del sistema.

7.3.2. Resumen del cumplimiento de los requisitos más representativos de la brecha con la Norma ISO 9001:2008 de la Situación Actual y con el Diseño del Sistema de Gestión de Calidad para la FOUES

En la siguiente tala se muestra un resumen por apartado del nivel de cumplimiento espera de la norma ISO 9001:2008 para la faculta de odontología de la universidad de El Salvador:

Tabla 28: Resumen de cumplimiento esperado de la Norma

APARTADO	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
4. SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	93.3%
5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN	57.5%
6 GESTIÓN DE LOS RECURSOS	94.7%
7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO	100%
8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA	94.7%
PROMEDIO	87.13%

CAPÍTULO III
DISEÑO DEL SGC

CAPÍTULO III: DISEÑO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

1. DISEÑO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

1.1. Metodología Para El diseño

Para el diseño de un sistema de gestión de calidad para la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador se elaboró un diagnóstico con el cual se obtuvo la conceptualización del diseño según los requisitos de cada uno de los apartados de la norma ISO 9001:2008.

El diseño del SCG para la Facultad de odontología se basó en las siguientes fuentes de información:

Tabla 29: fuentes de información

Fuentes de información	Detalle	Descripción
Fuentes primarias	- NORMA ISO 9001:2008 - CURSO PARA AUDITORES INTERNOS DE CALIDAD V&M QUALITY	El diseño del Sistema de Gestión de Calidad para la FOUES se realizó en base a los requisitos de la norma ISO 9001:2008 y la familia de normas ISO 9004:2008, además de la consulta del manual para auditores internos de calidad V &M quality.
Fuentes secundarias	- Entrevistas - Focus group - Lluvia de ideas - Observación.	Entrevistas: las entrevistas fueron realizadas a todo el personal que compone las áreas priorizadas anteriormente y programadas según conveniencia. Focus group: con el objetivo de aunar las opiniones y observaciones del personal que integra las áreas priorizadas se realizó estos

		grupos de trabajo. Lluvia de ideas: con el fin de no omitir los diferentes puntos de vista o ideas se realizó una lluvia de ideas. Observación: a través de la observación y conocimientos del grupo investigador se pudo verificar e identificar la conformidad en el diseño del SCG con las necesidades de la FOUES y los requisitos de norma.

A continuación se detalla la metodología empleada en el diseño de los documentos, manuales y elementos que requiere la FOUES, para cerrar la brecha entre los requisitos de norma y la situación actual:

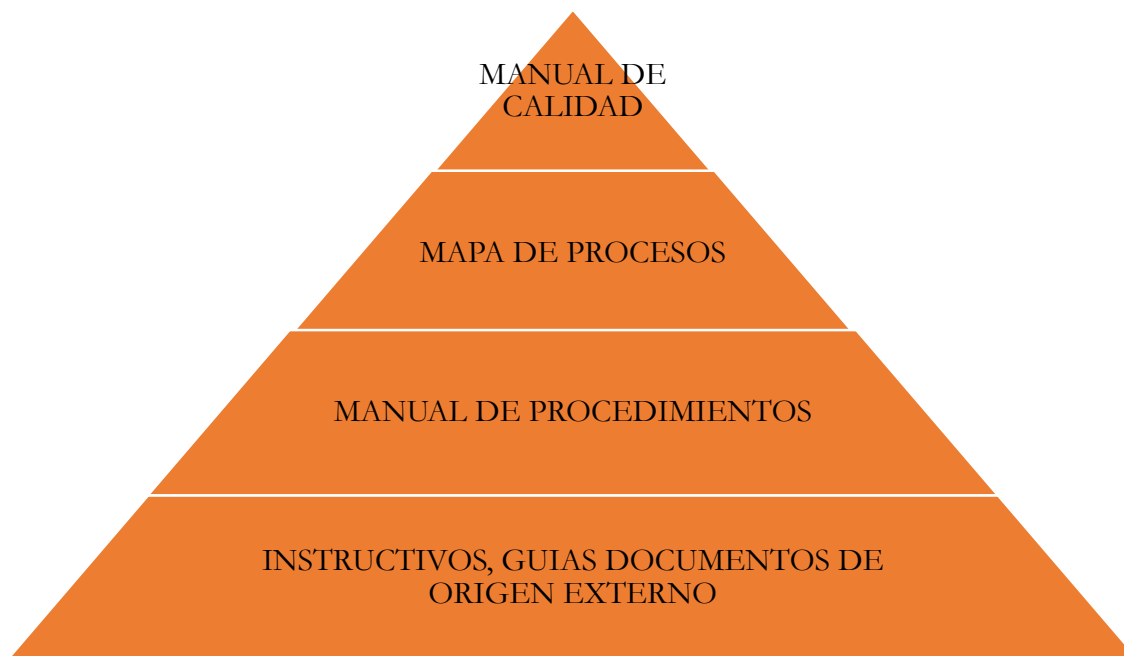
Revisión de la misión y visión	la revisión de la misión y visión de la FOUES, se realizó en base al contenido de la misma en función de la operación actual de la FOUES
Establecimiento de la política y objetivos de calidad	El establecimiento de la política y objetivos de calidad se elaboró en base al aseguramiento de la satisfacción de los requisitos de los clientes FOUES.
Documentación de los procesos	Los procesos de las unidades que componen la FOUES se documentaron en los manuales y flujos de procesos y procedimientos, así como también los concernientes al SCG
Elaboración de manuales	la elaboración de los documentos que solicita la norma se realizó en base a guías pre establecidas.
Estandarización de los formatos	La estandarización de los formatos de las diferentes áreas se realizó a través de la comparación y recolección de los mismos
Establecimiento de indicadores	El establecimiento de los indicadores del SCG se realizó en base al cuadro de mando integral y los que la norma pide como requisitos.
Formación del comité de calidad	para la formación del comité de calidad se estudió las funciones y responsabilidades de los empleados que componen cada área de la FOUES
plan de implementación	El plan de implementación del SCG pretende inculcar una cultura de calidad y se basó en la satisfacción de los requisitos del cliente y requerimientos de norma

1.2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL DISEÑO DEL SISTEMA DE GESTIÓN

La norma ISO 9001:2008 posee requisitos que deben ser cumplidos y alcanzados para la certificación del sistema de gestión de la calidad como tal, entre estos requisitos se encuentran:

- Elaboración de documentos
- Documentación de los procesos
- Registros del funcionamiento del SGC
- Procedimientos obligatorios.

Además la norma se resume en cuatro elementos fundamentales:



La conceptualización del diseño para el sistema de gestión de calidad de la norma ISO 9001:2008 para la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador se resume en la siguiente tabla:

Requisito	Diseño/documento
Documentación de los procesos	• Mapas de procesos • Flujos de procesos • Diagramas PEPSU • Documentación de los procesos (Manual de Procedimientos) • Estandarización y denominación adecuada de los procesos • Manual de Organización
Generalidades de la norma	Misión y visión Objetivos y políticas de calidad
Procedimientos obligatorios de norma	• Procedimientos de auditorias • Control de registros y documentos • Procedimiento para las acciones correctivas • Procedimiento para las acciones correctivas • Control de producto no conforme • Procedimientos de Comunicación Interna • Guía para la Elaboración de documentos • Guía de conformación del Comité de Calidad • Procedimiento de Seguimiento de Resultados de Auditoría • Procedimiento de Distribución de Documentos

Registros obligatorios de norma	• Información de entrada para la revisión del sistema de gestión de calidad (resultados de auditorías, procesos, procedimientos) (5.6.1). • Registros de educación y formación del personal (registros, planes, calendarización) (6.2.2 e). • Registro del cumplimiento de los procesos con respecto a los requisitos (indicadores) (7.1). • Registros de los resultados de las revisiones y las acciones de las revisiones.(7.2.2). • Registros de los elementos de entrada para el diseño y desarrollo de los servicios (7.3.2 a. d.). • Registro de las revisiones del diseño y desarrollo (7.3.4). • Registros de la verificación (7.3.5). • Registros sobre la validación del diseño y desarrollo (7.3.6). • Control de cambios del

	diseño y desarrollo (7.3.7). • Registro de evaluación de los proveedores (7.4.1). • Validación de los procesos de producción y prestación del servicio (7.5.2 d). • Identificación y trazabilidad de los productos, materiales y equipos (7.5.3). • Registros de la propiedad del cliente (7.5.4). • Registros de calibración de equipos y planes de mantenimiento anuales. (7.6 a.). • Registro de auditorías (8.2.2). • Seguimiento y medición de los servicios (8.2.4). • Registros del control de producto no conforme(8.3). • Registros de las acciones correctivas (8.5.2 e.). • Registros de las acciones preventivas. (8.5.3 d). • Listado Maestro de

	Documentos
Comunicación con el cliente	• Buzón de sugerencias
Responsabilidad y autoridad	• Asignación de funciones • Elección del representante de la alta dirección • Formación del comité de calidad

NUMERAL DE LA NORMA	REQUISITO/SUB REQUISITO	DOCUMENTO O REGISTRO MINIMO
7.3.4 Revisión del diseño y desarrollo	Deben realizarse mediciones sistemáticas del diseño y desarrollo de acuerdo con lo planificado.	☐ Evaluación cada 6 meses del desempeño de las clínicas con respecto a sus características y condiciones mínimas
7.3.5 Verificación del diseño y desarrollo	Se debe verificar que los resultados del diseño cumplen con los requisitos de los elementos de entrada del diseño y desarrollo.	☐ Procedimiento de verificación de requisitos y acciones a tomar.
7.3.6 Validación del diseño y desarrollo	Se debe realizar la validación del diseño de acuerdo con lo planificado.	☐ Validación de las jefaturas del diseño y desarrollo del servicio en clínicas en función a los requisitos.
7.3.7 Control de los cambios del diseño y desarrollo	Los cambios del diseño y desarrollo deben identificarse y deben mantenerse registros.	☐ Se deberán guardar las diferentes versiones de las modificaciones en las características estándar del servicio en clínicas. Cada cambio será una nueva versión.
7.4 Compras		

7.4.1 Proceso de compras	La organización debe asegurarse de que el producto adquirido cumple los requisitos de compra especificados.	Procedimientos: ❑ Criterios para la selección de proveedores ❑ Evaluación de proveedores ❑ Requisitos de aceptación de materiales dentales, equipos y otros artículos.
7.4.2 Información de las compras	La información de compras debe describir el producto a comprar.	❑ Descripción de requisitos de calidad para materiales dentales
7.4.3 Verificación de los productos comprados	La organización debe establecer e implementar la inspección u otras actividades necesarias para asegurarse de que el producto comprado cumple los requisitos de compra especificados.	❑ Procedimiento de recepción de materiales dentales (incluyendo de certificados de calidad)
7.5 producción y prestación del servicio		
7.5.1 Control de la producción y de la prestación del servicio	La organización debe planifica y llevar a cabo la prestación del servicio bajo condiciones controladas.	❑ Estandarización con las condiciones mínimas para ejecución del servicio. ❑ Información clara y precisa del servicio con sus características ❑ Instructivo de aceptación del servicio ❑ Procedimiento de limpieza y esterilización de equipo e instrumentos dentales ❑ Seguimiento de pacientes
7.5.2 Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio	La organización debe validar todo proceso de prestación del servicio.	❑ Hoja de aceptación de servicio al paciente luego de ser tratado (catedrático). ❑ Requisitos mínimos de aprobación de procedimientos dentales.

		❑ Instructivos para los diferentes tratamientos dentales ❑ Requisitos mínimos para aplicar a las prácticas en clínicas de FOUES (calificación de alumnos)
7.5.3 Identificación y trazabilidad	La organización debe identificar el servicio por medios adecuados a través de toda la prestación del servicio.	❑ Registros de pacientes atendidos junto con el estudiante que los atendió, docente a cargo, turno.
7.5.4 Propiedad del cliente	La organización debe cuidar los bienes que son propiedad del cliente mientras estén bajo el control de la misma.	❑ Información de pacientes confidencial y sólo con acceso para el personal de Archivo de clínicas, Director de Clínicas.
7.5.5 Preservación del producto	La organización debe preservar la conformidad del producto durante el proceso interno y mantener la conformidad con los requisitos.	NO APLICA
7.6 CONTROL DE LOS EQUIPOS DE SEGUIMIENTO Y DE MEDICIÓN	La organización debe determinar el seguimiento y la medición a realizar a los equipos de medición y seguimiento necesarios para proporcionar la evidencia de la conformidad del producto con los requisitos determinados.	❑ Procedimiento de calibración de equipos ❑ Programa de calibración de equipos dentales ❑ Determinación de patrones de medición utilizados para calibración ❑ Programa de protección de equipos dentales (protección de ajustes a equipos). ❑ Formulario de ejecución de calibración periódico
8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA		
8.1 Generalidades	La organización debe planificar e implementar los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora.	❑ Registros de conformidad del servicio prestado (bitácora de prácticas)

8.2 SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN		
8.2.1 Satisfacción del cliente	La organización debe realizar el seguimiento de la información relativa a la percepción del cliente con respecto al cumplimiento de sus requisitos.	❑ Encuestas de satisfacción de pacientes periódica (mensual). ❑ Estadísticas de seguimiento de pacientes (para detectar fuga de pacientes y cumplimiento de tratamiento).
8.2.2 Auditoría interna	La organización debe llevar a cabo auditorías internas a intervalos planificados para determinar si el sistema de gestión de calidad es conforme.	❑ Programación anual de auditorías internas ❑ Documentación de no conformidades encontradas en Auditorías. ❑ Norma de requisitos aceptables para servicio de clínicas (criterios, alcance, frecuencia y metodología de auditoría ❑ Procedimiento de auditorías (responsabilidades, requisitos)
8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos	La organización debe aplicar métodos apropiados para el seguimiento y medición de procesos del sistema de gestión de calidad.	❑ Definición y documentación de indicadores, frecuencia y rangos permisibles (threshold, target, outstanding), método de medición. ❑ Control de indicadores
8.2.4 Seguimiento y medición del producto (servicio)	La organización debe hacer el seguimiento y medir las características del producto para verificar que se cumplen los requisitos del mismo.	❑ Registros de conformidad del servicio prestado (bitácora de prácticas aprobada por turno y fecha)
8.3 Control del producto no conforme	La organización debe asegurarse de que el producto que no sea conforme con los requisitos se identifica y controla para prevenir	❑ Bitácora de aceptación de tratamiento realizado ❑ Concesión por Director de Clínicas en caso de

	su uso o entrega no intencionados.	desacuerdo con docente.
8.4 Análisis de datos	La organización debe determinar, recopilar y analizar los datos apropiados para demostrar la idoneidad y la eficacia del sistema de gestión de calidad.	❑ Procedimiento de análisis de encuestas a pacientes y seguimiento para encontrar oportunidades de mejora. ❑ Procedimiento para análisis de observaciones de proveedores.
8.5 Mejora		
8.5.1 Mejora continua	La organización debe mejorar continuamente la eficacia del sistema de gestión de la calidad mediante el uso de política de calidad, objetivos, resultados de auditorías, etc.	❑ Programa de revisión de auditorías ❑ Procedimiento para corrección de no conformidades ❑ Revisión de datos recopilados ❑ Definición de política y objetivos de calidad.
8.5.2 Acción correctiva	La organización debe tomar acciones para eliminar las causas de las no conformidades con objeto de prevenir que vuelvan a ocurrir.	❑ Procedimiento para revisión de no conformidades encontrados en las áreas de FOUES (incluye causas, acciones a seguir) ❑ Registro de resultados de acciones correctivas
8.5.3 Acción preventiva	La organización debe determinar acciones para eliminar las causas de no conformidades potenciales para prevenir su ocurrencia.	❑ Análisis de no conformidades potenciales en clínicas ❑ Registro de acciones emprendidas

1.3. REVISIÓN DE LA MISIÓN Y VISIÓN DE LA FOUES.

1.3.1. Concepto y características de la declaración de Misión

La misión es la razón de ser de la empresa, el motivo por el cual existe, describe ampliamente su operación. Así mismo es la determinación de la/las funciones básicas que la empresa va a desempeñar en un entorno determinado para conseguir tal misión.

Dentro de una declaración de misión se define:

- La necesidad a satisfacer
- Los clientes a alcanzar
- Productos
- Los servicios a ofertar

Además dentro de las características que debe contener una misión están:

- Amplia.
- Concreta.
- Motivadora.
- Posible.

Elementos que complementan la misión

Con la misión conoceremos el negocio al que se dedica la empresa en la actualidad, y hacia qué negocios o actividades puede encaminar su futuro, por lo tanto también debe ir de la mano con la visión y los valores.

Existen diversos tipos de declaración de visión, esto depende de lo explícito o amplio de la operación de la empresa, entre ellos están:

Misiones amplias: este tipo permite dejar unos márgenes de actuación muy flexibles a la empresa, lo que puede ocasionar confusión, porque los miembros de la empresa no tiene muy claro la visión de la organización.

Misiones muy estrechas: el limitar la capacidad de desarrollo a futuro de la organización, permite que ésta se centre en una sola dirección, evitando confusiones.

Es esencial que la misión de la empresa se plantee adecuadamente porque permite:

- Definir una identidad de empresa clara y definida.
- Establecer el carácter de la organización, de tal manera que todos los miembros de la empresa la identifiquen y respeten en cada una de sus acciones.
- Da la oportunidad de que la empresa conozca cuáles son sus clientes.

- Aporta estabilidad y coherencia en las operaciones realizadas.
- La misión también nos indica el ámbito en el que la empresa desarrolla su actuación, permitiendo tanto a clientes como a proveedores así como a agentes externos y a socios, conocer el área que abarca la empresa.
- Define las oportunidades que se presentan ante una posible diversificación de la empresa.

1.3.2. Evaluación de declaración de misión

En la Universidad de El Salvador es Junta Directiva de cada Facultad que al inicio del cada periodo de gobierno y con dirección del Decano se definen misión visión y objetivos de la facultad por lo que tanto la misión como la visión fueron aprobadas desde el año 2009.

La misión declaración actual de la FOUES es:

- Institución que forma profesionales de la Odontología con práctica humana y preventiva, enfatizando en la integración de la docencia, la investigación científica y la proyección social como instrumento de transformación en beneficio de la sociedad Salvadoreña.

	Criterio	Características
MISIÓN: Institución que forma profesionales de la Odontología con práctica humana y preventiva, enfatizando en la integración de la docencia, la investigación científica y la proyección social como instrumento de transformación en beneficio de la sociedad Salvadoreña.	La necesidad de satisfacer: Institución que forma profesionales con practica humana	Amplia: Abarca el campo profesional de la odontología, y la responsabilidad a la sociedad salvadoreña
	Lo clientes a alcanzar: Profesionales y la Sociedad salvadoreña	Concreta: Se centra en la formación de profesionales de calidad
	Productos/ servicios a ofertar: forma profesionales de la Odontología	Motivadora/ Posible: Recalca el grado de profesionalismo de los graduados y el beneficio a la sociedad salvadoreña/ con expectativas perfectamente alcanzables

Evaluando el cumplimiento de estos criterios, se puede observar que existe una total concordancia con la operación actual de la FOUES, a pesar de que el número de pacientes atendidos es menos del cincuenta por ciento, es decir que los esfuerzos de la organización están encaminados a la realización de esta razón de ser a pesar de no ser cumplidos con efectividad.

1.3.3. Concepto y características de la declaración de Visión

La visión de una empresa se refiere a lo que la empresa quiere crear, la imagen futura de la organización.

La visión es creada por la alta dirección quienes están encargados de dirigir todas las operaciones de la empresa, y quienes tienen que valorar e incluir en su análisis muchas de las aspiraciones de los agentes que componen la organización, tanto internos como externos.

La visión se realiza formulando una imagen ideal de la organización y poniéndola por escrito, a fin de crear el sueño (compartido por todos los que tomen parte en la iniciativa) de lo que debe ser en el futuro la empresa.

Una vez que se tiene definida la visión de la empresa, todas las acciones se fijan en este punto y las decisiones y dudas se aclaran con mayor facilidad. Todo miembro que conozca bien la visión de la empresa, puede tomar decisiones acorde con ésta.

Importancia de la visión

La importancia de la visión radica en que es una fuente de inspiración para la empresa, representa la esencia que guía la iniciativa, de él se extraen fuerzas en los momentos difíciles y ayuda a trabajar por un motivo y en la misma dirección a todos los que se comprometen en el negocio.

Ventajas que tiene el establecer correctamente la declaración de visión

- Fomenta el entusiasmo y el compromiso de todas las partes que integran la organización.
- Incentiva a que desde la alta dirección hasta el último trabajador que se ha incorporado a la empresa, realicen acciones conforme a lo que indica la visión. Recordando que los mandos superiores tienen que predicar con el ejemplo.
- Una adecuada visión, evita que se le hagan modificaciones, de lo contrario cualquier cambio esencial dejaría a los componentes de la empresa sin una guía fiable, fomentando la inseguridad general.

1.3.4. Evaluación de declaración de Visión

La declaración actual de visión es:

- Formadora de profesionales altamente competitivos, con valores humanos. Líder e incidente respecto de las diferentes estructuras sociales que actúan en el ámbito de la salud bucal, generando nuevos conocimientos y propiciando su transformación

	Características	Ventajas
VISION: Formadora de profesionales altamente competitivos, con valores humanos. Líder e incidente respecto de las diferentes estructuras sociales que actúan en el ámbito de la salud bucal, generando nuevos conocimientos y propiciando su transformación	Imagen futura de la organización.: Líder e incidente en el ámbito de la salud bucal	Fomenta el entusiasmo: A través de la búsqueda de la formación de profesionales, dentro de lo cual están involucrados todos los trabajadores de la facultad y cuyo fin consiste también en un cambio para el ámbito social y profesional.
	Inclusión de agentes externos e internos: Profesionales y estructuras sociales en el ámbito de la salud bucal	
	Imagen ideal de la organización: Generadora de nuevos conocimientos y propiciando su transformación	

Evaluando el cumplimiento de estos criterios, se puede observar que existe una total concordancia con la operación actual de la FOUES, ya que se busca generar y asegurar el conocimiento adquirido por los profesionales en odontología.

1.4. Definición de los valores institucionales de la FOUES

Los valores son aquellos juicios éticos sobre situaciones imaginarias o reales a los cuales nos sentimos más inclinados por su grado de utilidad personal y social.

Los valores de la empresa son los pilares más importantes de cualquier organización. Con ellos en realidad se define a sí misma, porque los valores de una organización son los valores de sus miembros, y especialmente los de sus dirigentes.

Los empresarios deben desarrollar virtudes como la templanza, la prudencia, la justicia y la fortaleza para ser transmisores de un verdadero liderazgo.

Importancia de los valores en una empresa

Los valores son muy importantes para una empresa porque son grandes fuerzas impulsoras del cómo hacemos nuestro trabajo.

- Permiten posicionar una cultura empresarial.
- Marcan patrones para la toma de decisiones.
- Sugieren topes máximos de cumplimiento en las metas establecidas.
- Promueven un cambio de pensamiento.
- Evitan los fracasos en la implantación de estrategias dentro de la empresa.
- Se evitan conflictos entre el personal.
- Con ellos los integrantes de la empresa se adaptan más fácilmente.
- Se logra el éxito en los procesos de mejora continua.
-

Los valores deben estar relacionados con la identidad de la empresa, es decir con su misión y visión, que son documentos que recogen las variables principales de comportamiento de una organización, así como acontecimientos relevantes de la historia y la trayectoria de ésta.

Los valores para la FOUES, se eligieron bajo estos criterios y enfoque:

Tabla 30: criterios para la elaboración de valores

Criterio	Descripción
Cientes	Enfoque del servicio al cliente
Servicios	Calidad y satisfacción de los servicios
Visión	Enfoque hacia la visión
Misión	Enfoque hacia la misión

1.4.1. Propuesta de valores institucionales de la FOUES

Valor	Definición
Honestidad	Es el valor de ser decente, recatado, razonable justo u honrado., consiste en comportarse y expresarse con coherencia y sinceridad (decir la verdad), de acuerdo con los valores de verdad y justicia.
Respeto	El respeto o reconocimiento es la consideración de que alguien o incluso algo tiene un valor por sí mismo y se establece como reciprocidad: respeto mutuo, reconocimiento mutuo. El término se refiere a cuestiones morales y éticas, es utilizado en filosofía política y otras ciencias sociales como la antropología, la sociología y la psicología
Confiabilidad	Cierto grado de seguridad de que un dispositivo o sistema opera exitosamente en un ambiente específico
Actitud de servicio	es la disposición que mostramos hacia ciertas situaciones, influye para realizar nuestras actividades y nos permite facilitar u obstaculizar nuestro camino.
Amabilidad	La amabilidad es la cualidad de amable. Este adjetivo se refiere a aquel o aquello que es afable, afectuoso o digno de ser amado.

1.5. Definición de la política y objetivos de calidad

1.5.1. Propuesta de la Política de Calidad

La política de calidad de la FOUES, fue elaborada con ayuda de guías pre establecidas y la opinión de la alta dirección:

- La política de calidad de la FOUES contempla el aseguramiento de la satisfacción de los requisitos de los pacientes tanto en clínicas como de los estudiantes de la facultad.

La misma tiene como política la proyección social desde el punto de vista de ofrecer servicios de calidad a la población, asegurarse de que los servicios brindados cumplan con los requerimientos de los pacientes y satisfagan de manera integral sus necesidades.

Los empleados de la FOUES se encuentran consientes y sabedores de la política de calidad y tanto los docentes como los estudiantes están comprometidos con la satisfacción y la conformidad de los requisitos de los clientes.

1.5.1.1. Cuadro comparativo de relación de la política de calidad con la misión y la visión.

	POLÍTICA
MISION: Institución que forma profesionales de la Odontología con práctica humana y preventiva, enfatizando en la integración de la docencia, la investigación científica y la proyección social como instrumento de transformación en beneficio de la sociedad Salvadoreña.	<i>La Política involucra a estudiantes y pacientes atendidos por los mismos lo que produce una relación de mutuo beneficio, generando con ello práctica profesional a estudiantes y un beneficiosa a la sociedad, al proveer de un servicio de calidad y bajo costo.</i>
VISION: Formadora de profesionales altamente competitivos, con valores humanos. Líder e incidente respecto de las diferentes estructuras sociales que actúan en el ámbito de la salud bucal, generando nuevos conocimientos y propiciando su transformación	<i>A través de la política de formar a los profesionales en la práctica dentro de las clínicas intramurales y extramurales los estudiantes se vuelven competitivos y con carácter humanitario según lo expresa la vision</i>

1.5.2. Propuestas de los Objetivos de Calidad

Los objetivos de calidad de la FOUES, fueron elaborados en base a su capacidad, operación actual, su misión y visión.

A continuación se detallan los objetivos de calidad:

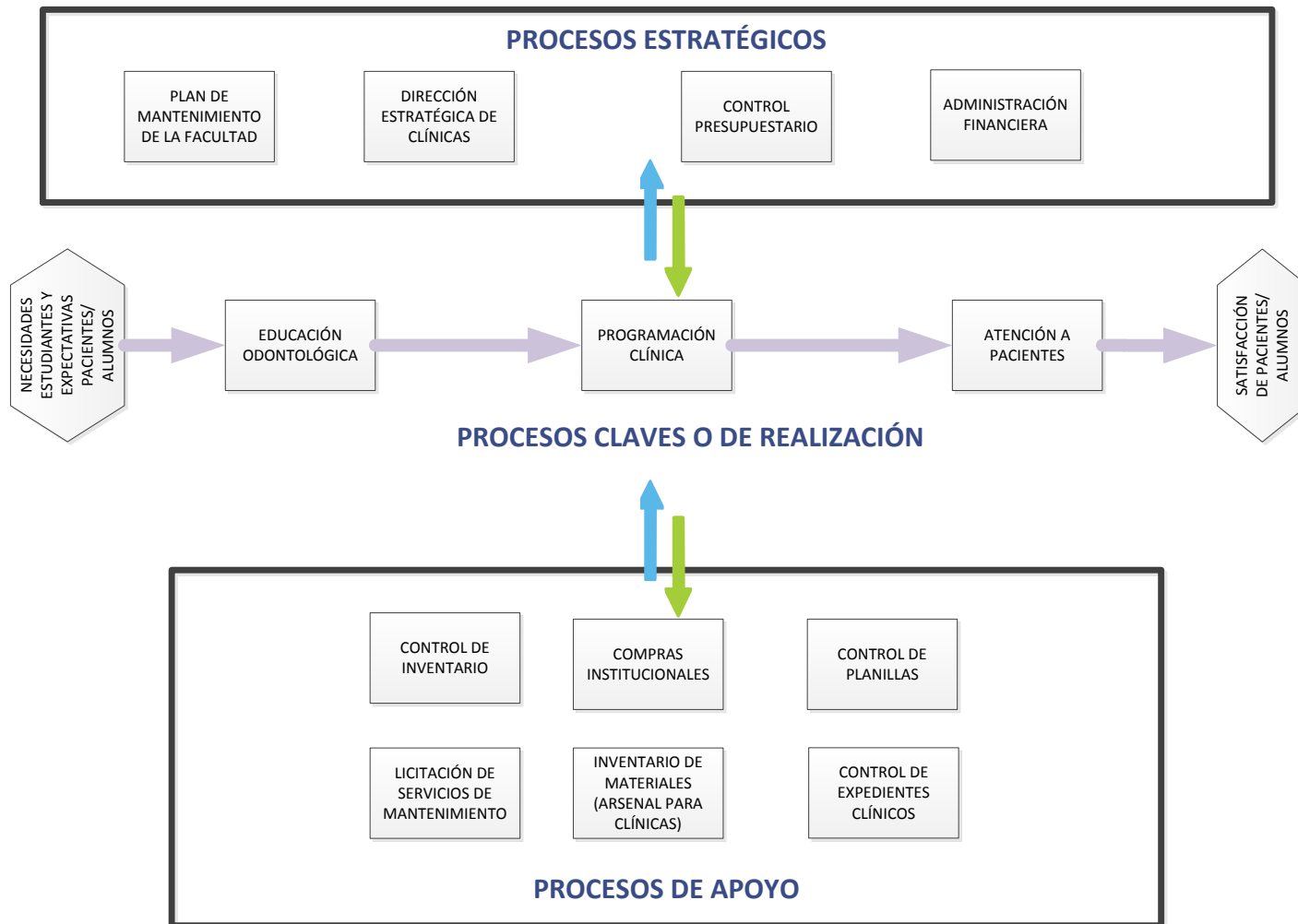
- Elevar las consultas de las clínicas FOUES, al nivel máximo de atención que es de un 69.38% como promedio en el año académico.
- Garantizar la satisfacción del 90% de las personas efectivamente atendidas dentro de las clínicas FOUES.
- Orientar la operación de la FOUES hacia la mejora de la eficacia del sistema de gestión de calidad.

1.5.2.1. Cuadro comparativo de relación de los objetivos de calidad con la misión y la visión.

	OBJETIVOS
MISSION: Institución que forma profesionales de la Odontología con práctica humana y preventiva, enfatizando en la integración de la docencia, la investigación científica y la proyección social como instrumento de transformación en beneficio de la sociedad Salvadoreña.	<i>Los objetivos velan por el funcionamiento eficiente de este servicio social proveyendo a los estudiantes de un ejemplo de profesionalismo para su formación además de contribuir a la proyección social al proveer mejores servicios a los pacientes que los solicitan.</i>
VISION: Formadora de profesionales altamente competitivos, con valores humanos. Líder e incidente respecto de las diferentes estructuras sociales que actúan en el ámbito de la salud bucal, generando nuevos conocimientos y propiciando su transformación	<i>Con el cumplimiento de los objetivos de calidad se busca el liderazgo dentro de este tipo de servicios benéficos en la salud bucal generados para la sociedad.</i>

1.6. Documentación de los procesos

1.6.1. Mapa de procesos



1.6.2. Análisis general del mapa de procesos

Los procesos pueden ser clasificados en función de varios criterios. Pero quizá la clasificación de los procesos más habitual en la práctica es distinguir entre: estratégicos, claves o de apoyo.

1. **Los procesos clave** son también denominados operativos y son propios de la actividad de la empresa, por ejemplo, el proceso de aprovisionamiento, el proceso de producción, el proceso de prestación del servicio, el proceso de comercialización, etc.

Para la Facultad de Odontología existen 3 procesos claves:

- Educación Odontológica
- Programaciones Clínicas
- Atención a Pacientes

Estos procesos se dan justo en el orden de aparición en el diagrama. Estos procesos se seleccionaron como claves ya que representan la actividad propia de la Facultad. Para el caso de FOUES sus fines principales son los de la enseñanza hacia los alumnos y el servicio social a través de sus clínicas. En primer lugar se tiene la Educación Odontológica, ya que ésta brinda al estudiante las herramientas y conocimientos necesarios para fungir como odontólogo. Como todo buen proceso de enseñanza es necesario llevar a la práctica los conocimientos aprendidos, por lo cual es necesario programarle al estudiante las prácticas en clínicas, estas son las Programaciones Clínicas que se realizan cada ciclo, a partir del quinto ciclo de la carrera. Por último se encuentra la ejecución de la práctica, donde el estudiante interactúa directamente con los pacientes, les realiza los tratamientos necesarios y cumple con su función comunitaria y social.

2. **Los procesos estratégicos** son aquellos procesos mediante los cuales la empresa desarrolla sus estrategias y define los objetivos. Por ejemplo, el proceso de planificación presupuestaria, proceso de diseño de producto y/o servicio, etc.

Para la Facultad de Odontología existen 4 procesos estratégicos:

- Plan de Mantenimiento de la Facultad
- Dirección Estratégica de Clínicas
- Control Presupuestario
- Administración Financiera

Mediante estos procesos la FOUES define el camino a seguir para cumplir con sus objetivos. Con el Plan de mantenimiento de la Facultad se logran mantener todos los equipos e instalaciones en buen estado. Dirección estratégica de Clínicas se encarga de definir las estrategias necesarias para el funcionamiento de clínicas y del cumplimiento de prácticas en ésta, asegurando un servicio de calidad. Control presupuestario se encarga de darle seguimiento al Presupuesto anual de la Facultad, con el fin de redefinir necesidades futuras y proveer de los recursos necesarios para el cumplimiento de actividades en la Facultad. Administración Financiera se encarga de administrar, controlar los recursos utilizados en la Facultad, con el fin de hacer buen uso de éstos y planear adecuadamente las necesidades para cada Unidad.

3. **Los procesos de apoyo**, o de soporte son los que proporcionan los medios (recursos) y el apoyo necesario para que los procesos clave se puedan llevar a cabo, tales como proceso de formación, proceso informático, proceso de logística, etc.

También, podemos distinguir entre procesos clave y procesos críticos. En general, los procesos clave atienden a la definición expuesta anteriormente. Están principalmente orientados hacia la satisfacción del cliente y en ellos se emplean una gran cantidad de los recursos disponibles por la empresa. Por otro lado, un proceso es crítico cuando en gran medida la consecución de los objetivos y los niveles de calidad de la empresa dependen de su desarrollo.

Para la Facultad de Odontología existen 6 procesos de apoyo:

- Control de inventario
- Compras institucionales
- Control de planillas
- Licitación de servicios de mantenimiento
- Inventario de materiales (arsenales para clínicas)
- Control de expedientes clínicos

Todos estos procesos dan el apoyo y recursos necesarios para el buen funcionamiento de la Facultad. En el Control de inventario se da el seguimiento a los inventarios de materiales que se enviarán a los arsenales de clínicas, además de los equipos necesarios en las demás unidades. Compras institucionales se encarga directamente de todas las compras relacionadas con equipos, materiales, papelería, servicios y pago a proveedores. Control de Planillas se encarga del pago a los empleados de FOUES. El proceso de Licitación de servicios de mantenimiento se realiza en conjunto con la UACI, en la cual se licitan todos los servicios de mantenimiento eligiendo los que vayan acorde a las necesidades de FOUES y buscando los mejores precios. En el inventario de materiales en Clínicas se lleva el control de los materiales utilizados en las prácticas de los alumnos, proporcionándoles los recursos necesarios para éstas. Y finalmente, en el área de clínicas se lleva un Control de expedientes clínicos, el cual consiste en registrar la información básica del paciente, el control de sus citas y tratamientos y el préstamo de los expedientes por parte de los alumnos para dar seguimiento al paciente.

1.6.3. Descripción de los procesos

MACROPROCESO (NIVEL 1)	PROCESO (NIVEL 2)	DESCRIPCIÓN
1. ESTRATÉGICOS	1.1. Plan de Mantenimiento de la Facultad	Planificar, dirigir, coordinar y supervisar las actividades relacionadas con la construcción y mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura y equipo de la facultad, así como garantizar el apoyo en servicios a las diferentes áreas administrativas y académicas.
	1.2. Dirección Estratégica de Clínicas	Planificar, coordinar y supervisar todas las actividades clínicas, tanto académicas como administrativas de acuerdo a las necesidades y demandas de la Facultad.
	1.3. Control Presupuestario (PEP)	Planificar, controlar y dar seguimiento al Presupuesto Anual y a todos los gastos que se incurren en todas las áreas de la Facultad de Odontología.
	1.4. Administración Financiera	Colaborar en la ejecución de actividades financieras y el manejo del fondo circulante. Coordinar, ejecutar y controlar la ejecución presupuestaria mediante la verificación de documentos contables. Planificar y ejecutar las actividades encaminadas a prever oportunamente y con la calidad requerida de los materiales y suministros para la unidad.
2. OPERATIVOS O CLAVES	2.2. Programaciones Clínicas	Planificar, coordinar y supervisar todas las actividades clínicas, tanto académicas como administrativas de acuerdo a las necesidades y demandas de la Facultad.
	2.2. Atención a pacientes	Proporcionar información sobre tratamientos odontológicos que presta la facultad, al público que lo solicite en forma personal o por teléfono.

	2.1. Educación Odontológica	Planificar, coordinar y supervisar el planeamiento educativo, ejecución metodológica y evaluación curricular.
MACROPROCESO (NIVEL 1)	PROCESO (NIVEL 2)	DESCRIPCIÓN
3. APOYO	3.1. Control de Inventario	Planificar y ejecutar las actividades encaminadas a prever oportunamente y con la calidad requerida de los materiales y suministros para la unidad.
	3.2. Compras Institucionales	Planificar y ejecutar las actividades encaminadas a prever oportunamente las compras de toda la FOUES.
	3.3. Control de Planillas	Revisión de mandamientos de pago de salarios, planillas de la remuneración del personal de la Facultad. Supervisar el proceso de planillas de la FOUES.
	3.4. Licitación de Servicios de Mantenimiento	Planificar, dirigir, coordinar y supervisar las actividades relacionadas con la construcción y mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura y equipo de la facultad, así como garantizar el apoyo en servicios a las diferentes áreas administrativas y académicas.
	3.5. Inventario de Materiales (Arsenal para clínicas)	Proporcionar equipo instrumental y material odontológico a los estudiantes para su practica clínica o preclínica y transmitir las indicaciones correctas para su uso y manipulación.
	3.6. Control de Expedientes Clínicos	Clasificar, ordenar y codificar los expedientes de los pacientes que se atienden en clínicas de la Facultad.

1.6.4. Flujos de procedimientos

Los flujogramas son diagramas que emplean símbolos gráficos para representar etapas de un proceso se usan, de esta manera para poder entender los diferentes movimientos entradas por ejemplo la entrada de mercancía y la salidas de a sus clientes.

- **Utilidad:**

Herramienta de utilidad porque a través de las diferentes fases de análisis y organización que se construye el flujograma, en el ordenamiento de cada proceso y su finalidad dada a distinguir y a entender fácilmente.

- **Objetivos:**

Dar a conocer la organización, elementos, y procedimientos en la elaboración de flujogramas según el manejo en sus diferentes normas.

VENTAJAS QUE OFRECEN LA ELABORACIÓN DE FLUJOGRAMAS:

- De uso: facilita su empleo
- De destino: permite la correcta identificación de actividades
- De interacción: permite acercamiento y coordinación
- De simbología: disminuye la complejidad y accesibilidad
- De comprensión e interpretación: simplifica su comprensión

DESVENTAJAS:

- La salida tras el símbolo de decisión pueden ser difíciles de seguir si hay diferentes caminos
- Los diagramas complejos o complicados al elaborarlos.
- No existen normas específicas que permita incluir todos los detalles que el usuario desee

RECOMENDACIÓN PARA EL USO DE SÍMBOLOS

- no utilizar en un mismo lado símbolo varias líneas de entrada y salida
- no haber más de una línea de unión entre dos símbolos por claridad
- las líneas de unión se deben representar con línea recta
- los símbolos deben tener un tamaño uniforme

RECOMENDACIONES PARA EL USO Y APLICACIÓN DE SÍMBOLOS

- La redacción del contenido del símbolo debe ser realizada con frases breves y sencillas
- Evitar usar siglas anotando el nombre completo de las unidades administrativas
- El símbolo de documentos debe contener el nombre original de la forma que se utilice
- El símbolo de conector puede ser alfabético o numérico, pero debe coincidir en los conectores de entrada y salida
- Cuando existen una gran cantidad de conectores, es conveniente adicionar un color al símbolo

DISEÑO Y ELABORACIÓN DE FLUJOGRAMAS

- La información para identificar cada diagrama debe ser la siguiente:
 - Nombre del proceso, indicando los puntos iniciales y finales.
 - Nombre del departamento o los departamentos involucrados.
 - Nombre de la persona que preparó el diagrama.
 - Número de personas o puestos involucrados.
 - Número de pasos.
- Identificar cada columna con el nombre de la persona o puestos que realiza cada uno de los pasos.
- Representar las formas o documentos, mediante rectángulos proporcionales a las formas o documentos representados. Sin embargo como lo principal es la claridad, esta convención puede eliminarse empleando solamente el buen juicio.
- Cada forma debe representarse siempre por un rectángulo de las mismas dimensiones.
- Cada vez que se crea una forma, se le pone en el original y copias un triángulo negro en la esquina inferior derecha.
- Cuando las dimensiones del rectángulo lo permitan, es conveniente poner el nombre de la forma en cada paso que aparezca.
- El original y las copias siempre deben ponerse en el mismo orden. Se coloca un número en la esquina superior derecha. Para el original siempre se colocará el número uno; y las siguientes copias tendrán numeraciones ascendentes.
- En cada paso deben presentarse todos los documentos que intervienen.
- Cuando se transportan dos o más papeles, que van unidos, ya sea con grapa o broche o en sobre, se reúnen los rectángulos identificando cada uno de ellos. El movimiento se presenta por una sola línea.
- Cuando se muevan juntos, pero no unidos, el transporte se representa por medio de líneas para cada forma o grupo de formas.
- La secuencia demuestra haciendo que las líneas de transportes tengan una ligera tendencia hacia abajo.
- El orden cronológico de los pasos se representa por el orden en que aparecen los rectángulos, de arriba hacia abajo.
- Debe identificarse cada paso con un número y hacer una pequeña descripción del mismo, mediante la escritura del verbo que identifica la acción.
- Si es posible hacer que lo firme el jefe del departamento o el empleado que ha proporcionado la información.

PRESENTACIÓN DE LAS FORMAS EN EL DIAGRAMA:

- Las figuras deben hacerse en forma de cuadros o rectángulos, imitando hasta donde sea posible la forma y tamaño de las originales reducidas a escala, indicando en la parte superior y al centro el nombre con una sola palabra.
- Las formas con copias deben representarse como sigue.
- Cuando se tenga que hacer una distribución de formas, se recomienda empezar con la más alejada para evitar que se crucen.
- Toda forma debe demostrar cual fue su origen.
- La nueva forma se marca con un triángulo en la orilla inferior izquierda y con ello se identifica el hecho de que la forma aparece por primera vez en el proceso.
- Cuando se termine el espacio disponible en el papel y sea necesario pasar otra hoja o a otra parte de la misma hoja, la liga de procesos se muestra mediante "conectores" que consisten en dos círculos con la letra W, uno en el punto en que se cortó el proceso y otro igual en el lugar en que se reinicia.

DIAGRAMA DE FLUJO DE BLOQUES

Este representa la rutina a través de una secuencia de bloques encadenados entre sí, cada cual con su significado.

Utiliza una simbología mucho más rica y variada y no se restringe a líneas y columnas preestablecidas en el gráfico.

Es una forma sencilla de representar un proceso mediante la utilización de bloques que muestran paso a paso el desarrollo del mismo.

Simbología ANSI

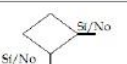
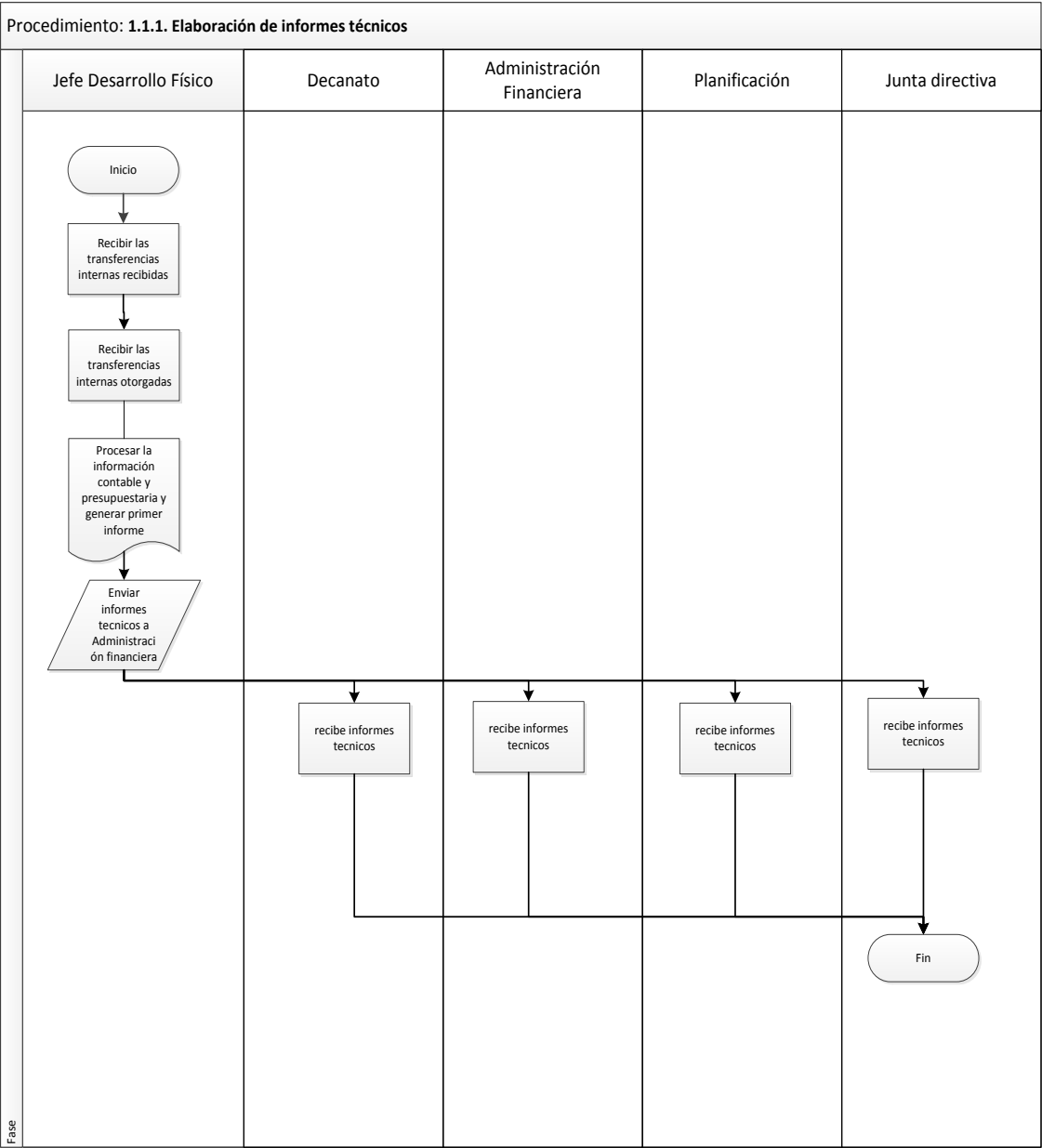
Símbolo	Significado	¿Para que se utiliza?
	Inicio / Fin	Indica el inicio y el final del diagrama de flujo.
	Operación / Actividad	Símbolo de proceso, representa la realización de una operación o actividad relativas a un procedimiento.
	Documento	Representa cualquier tipo de documento que entra, se utilice, se genere o salga del procedimiento.
	Datos	Indica la salida y entrada de datos.
	Almacenamiento / Archivo	Indica el depósito permanente de un documento o información dentro de un archivo.
	Decisión	Indica un punto dentro del flujo en que son posibles varios caminos alternativos.
Símbolo	Significado	¿Para que se utiliza?
	Líneas de flujo	Conecta los símbolos señalando el orden en que se deben realizar las distintas operaciones.
	Conector	Conector dentro de página. Representa la continuidad del diagrama dentro de la misma página. Enlaza dos pasos no consecutivos en una misma página.
	Conector de página	Representa la continuidad del diagrama en otra página. Representa una conexión o enlace con otra hoja diferente en la que continua el diagrama de flujo.

Ilustración 15: Simbología ANSI

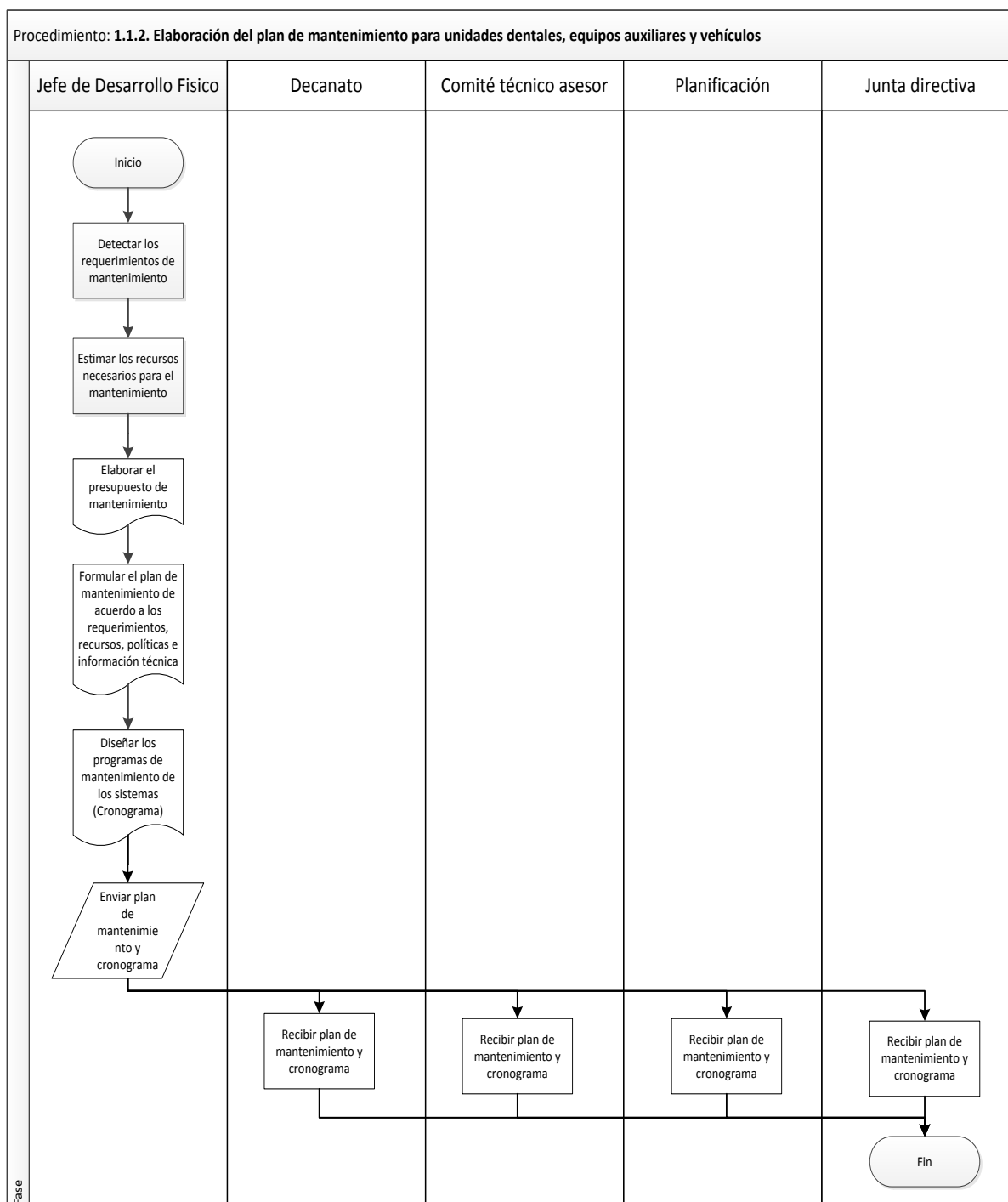
A continuación los diagramas de flujo correspondientes a los procedimientos en la Facultad de Odontología para cada uno de los procesos.

PROCESOS

- 1. ESTRATÉGICOS**
 - 1.1. Plan de Mantenimiento de la Facultad**
 - 1.1.1. Elaboración de informes técnicos**

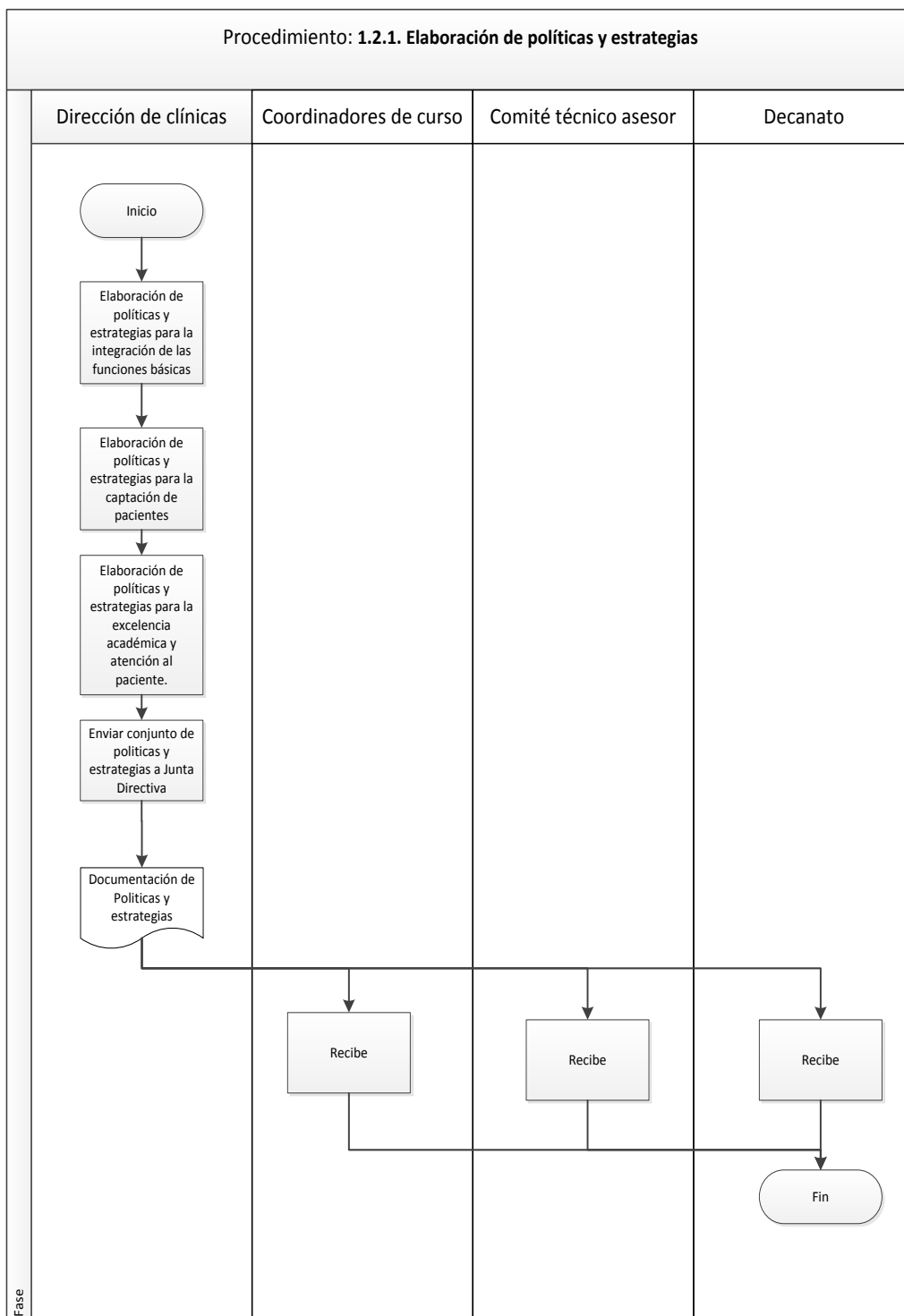


1.1.2.Elaboración del plan de mantenimiento para unidades dentales, equipos auxiliares y vehículos

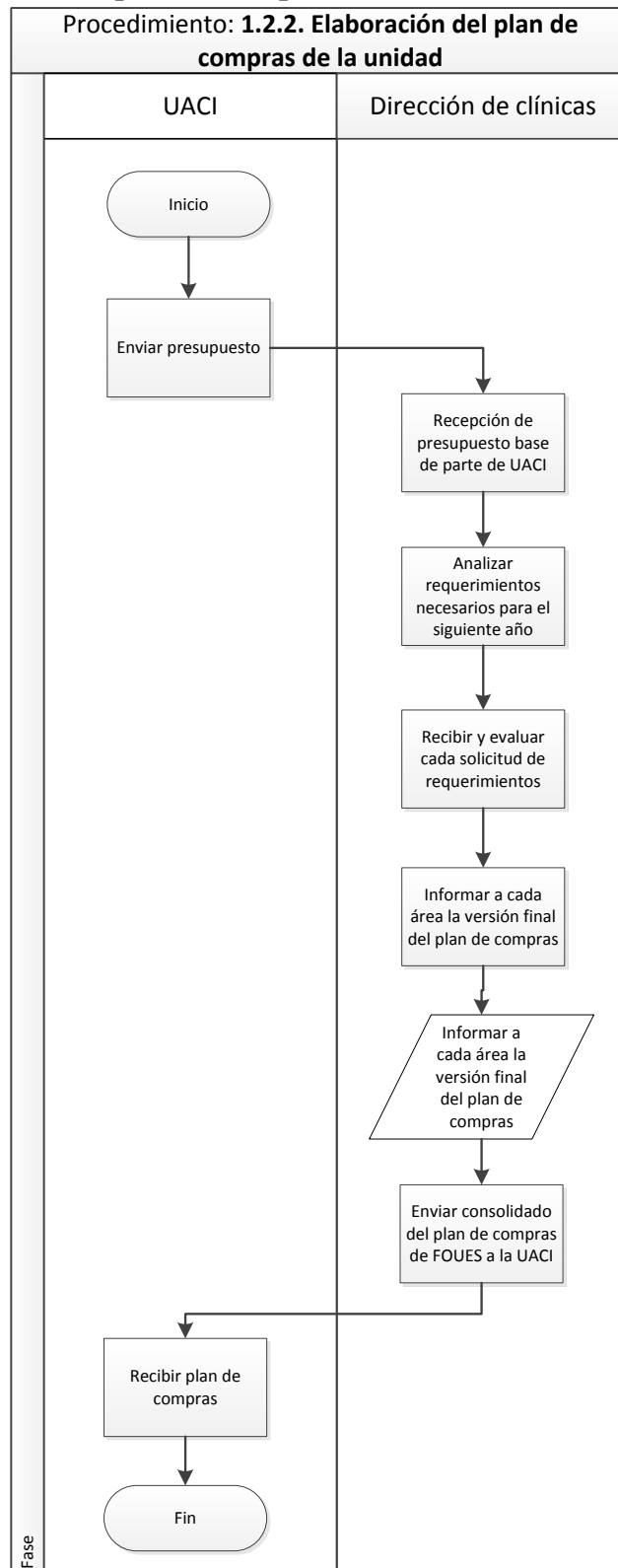


1.2. Dirección Estratégica de Clínicas

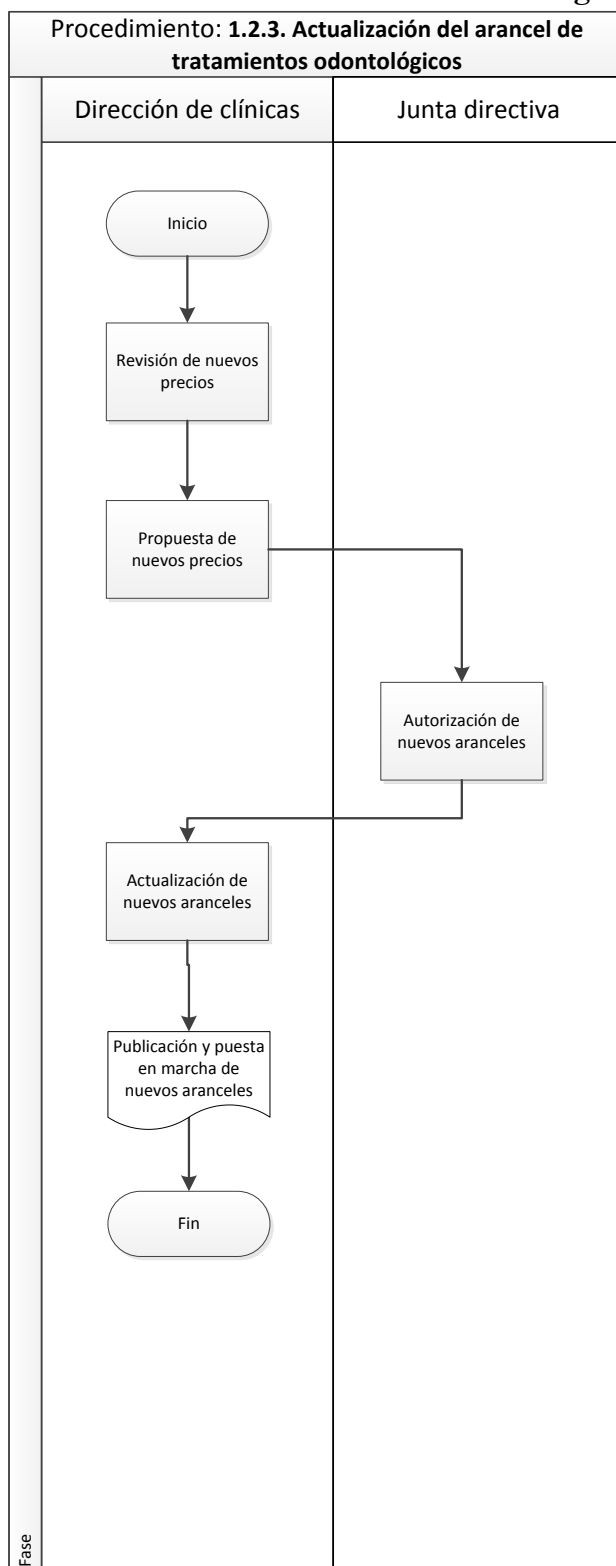
1.2.1. Elaboración de políticas y estrategias



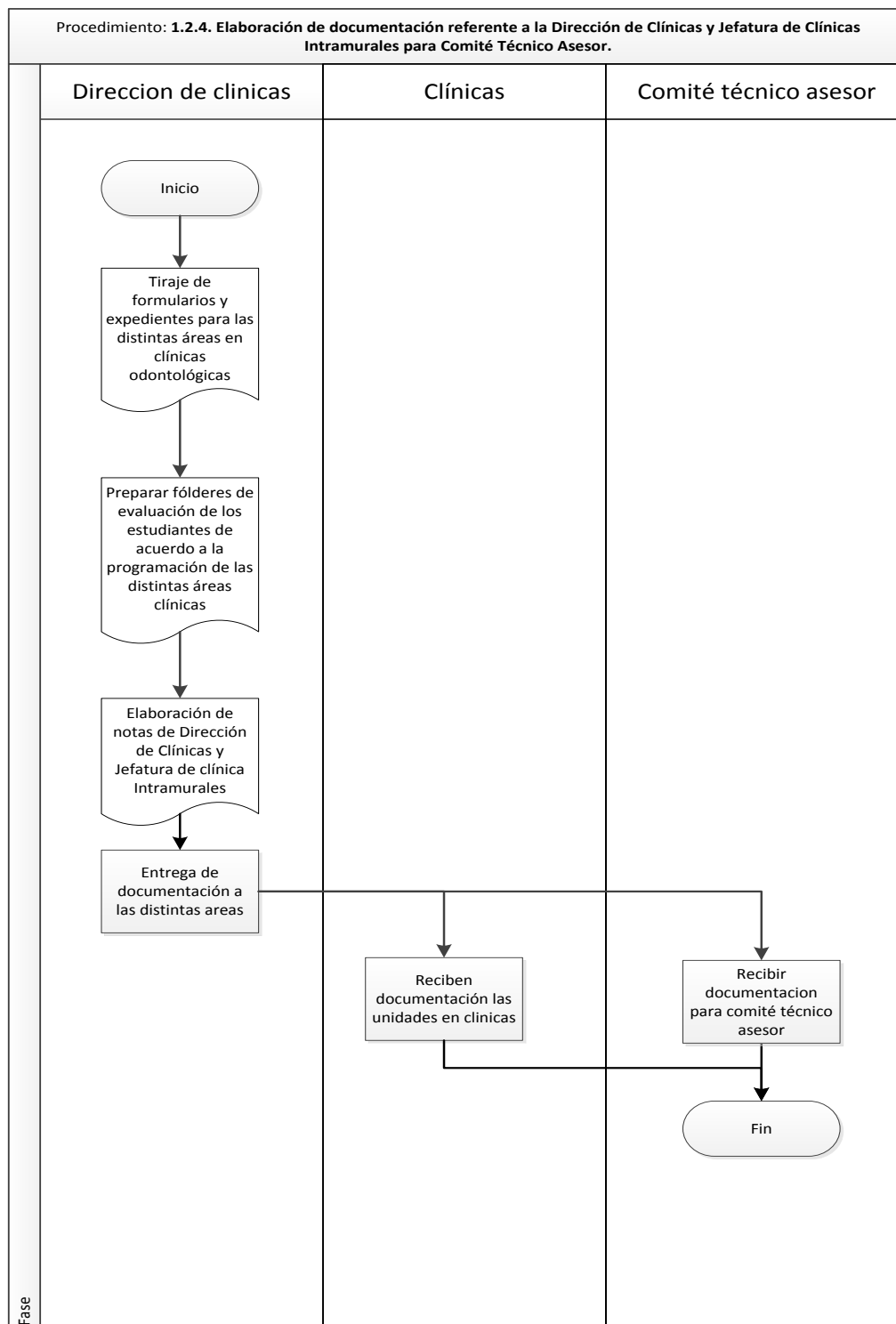
1.2.2. Elaboración del plan de compras de la unidad



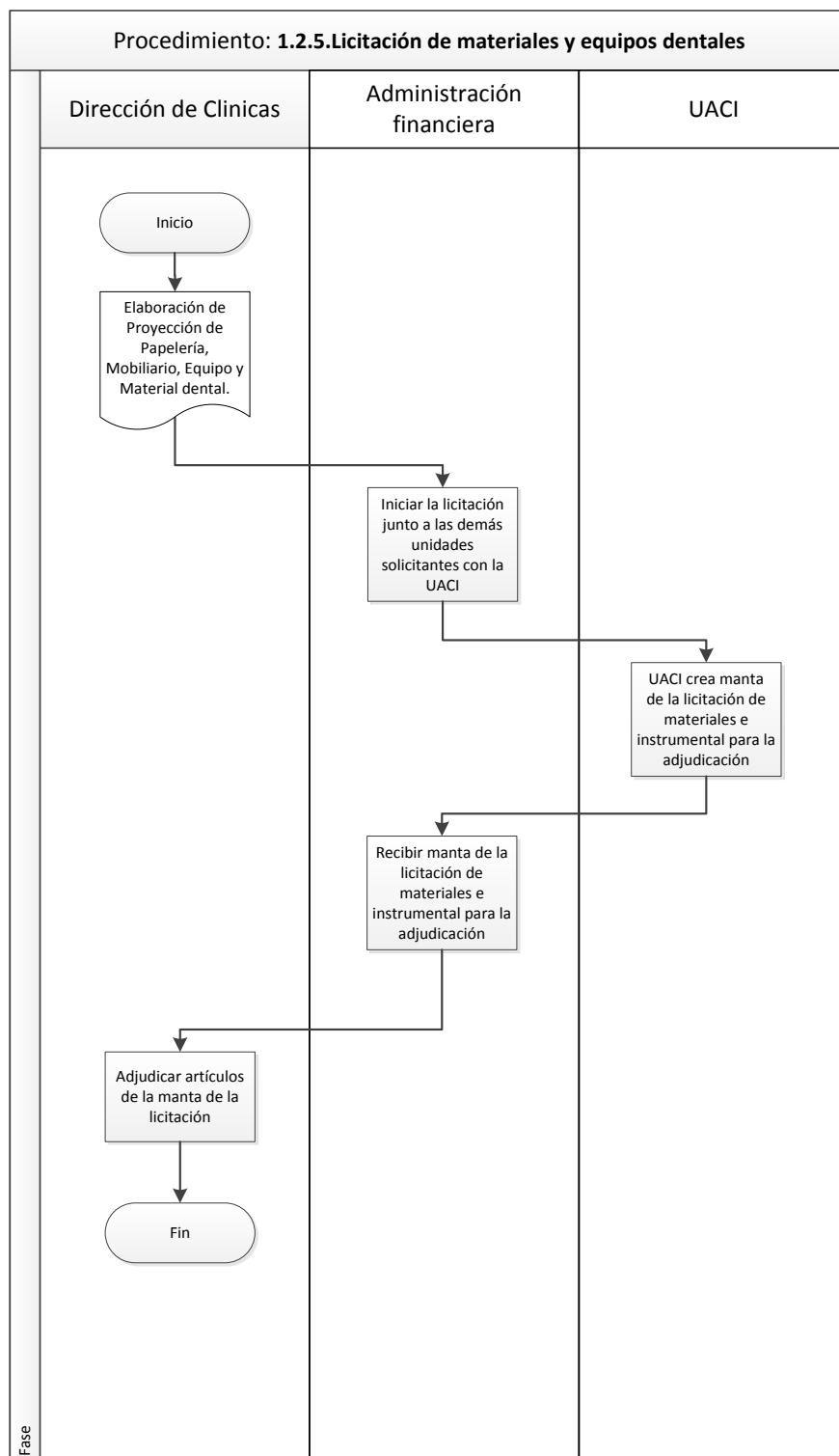
1.2.3. Actualización del arancel de tratamientos odontológicos



1.2.4. Elaboración de documentación referente a la Dirección de Clínicas y Jefatura de Clínicas Intramurales para Comité Técnico Asesor.

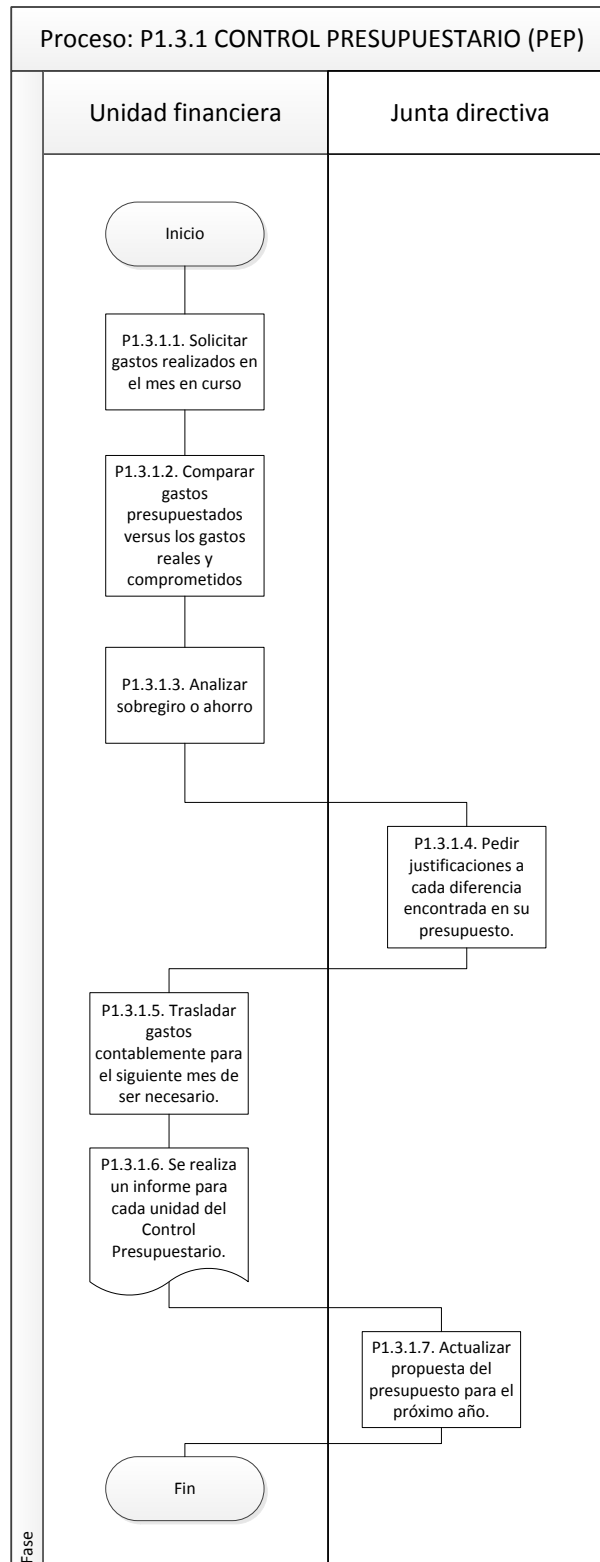


1.2.5. Licitación de materiales y equipos dentales

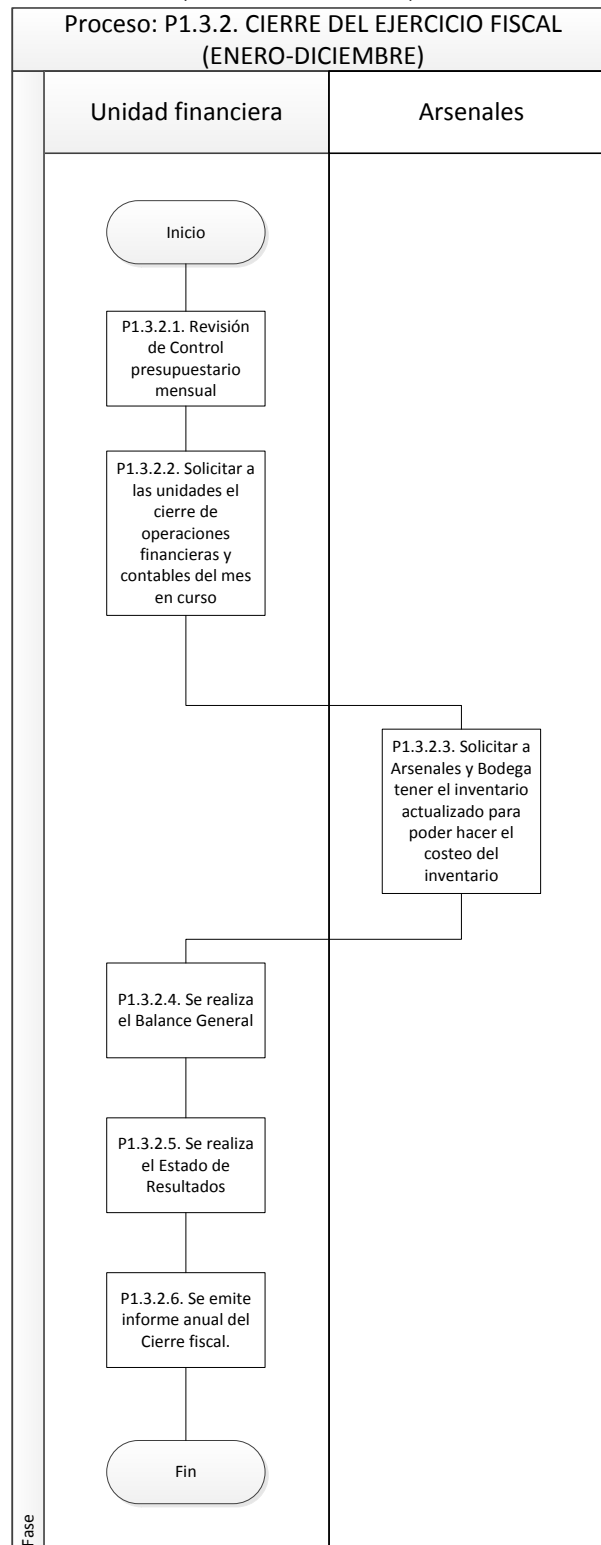


1.3. Control Presupuestario

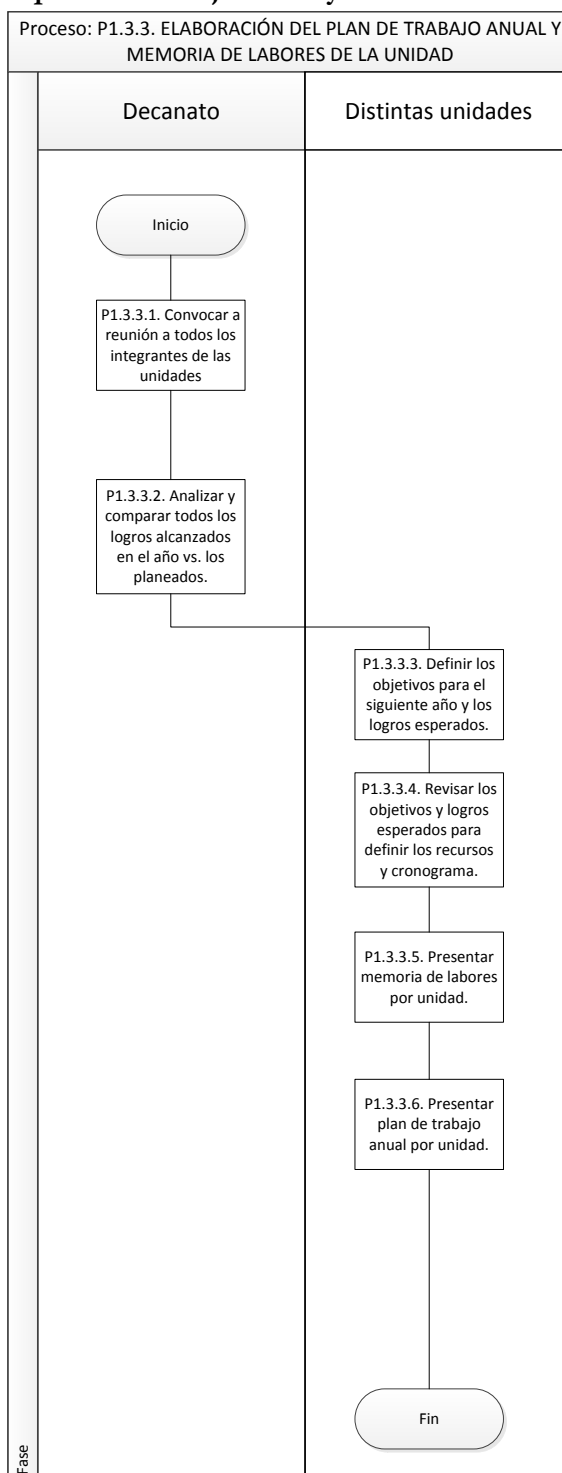
1.3.1. Control presupuestario (PEP)



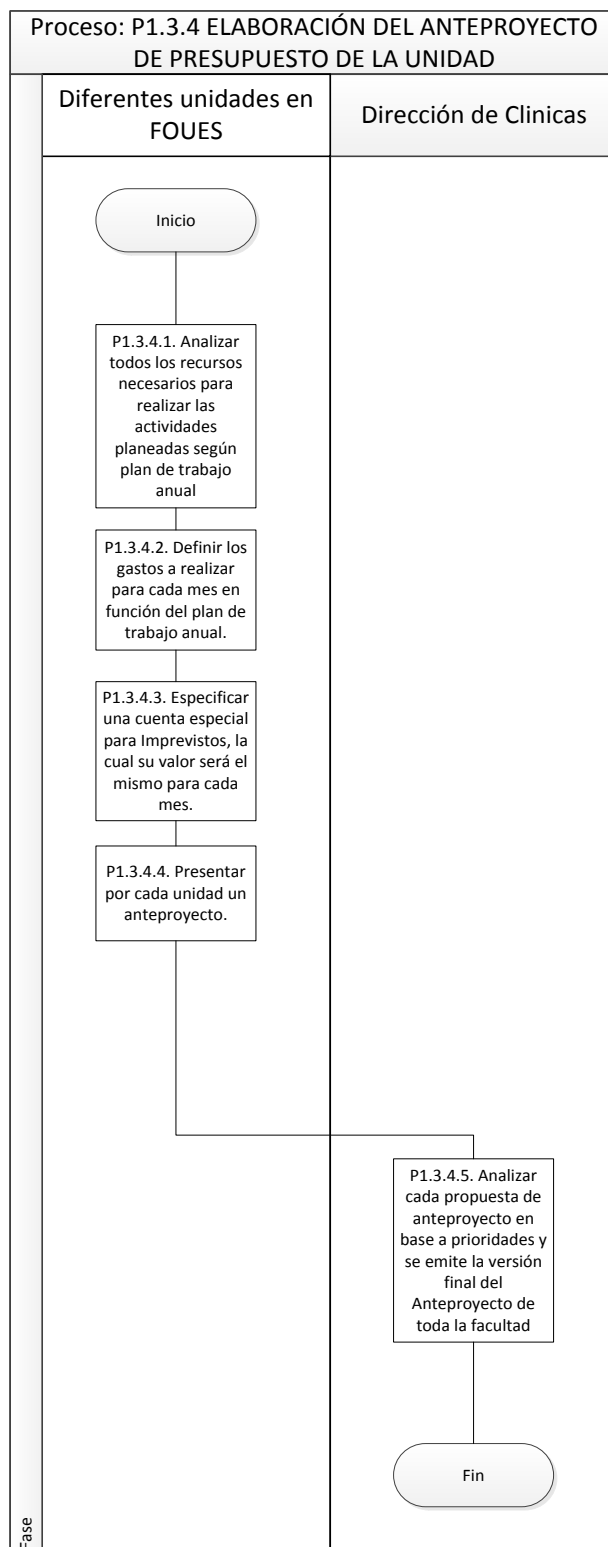
1.3.2. Cierre del ejercicio fiscal (enero-diciembre)



1.3.3. Elaboración del plan de trabajo anual y memoria de labores de la unidad.

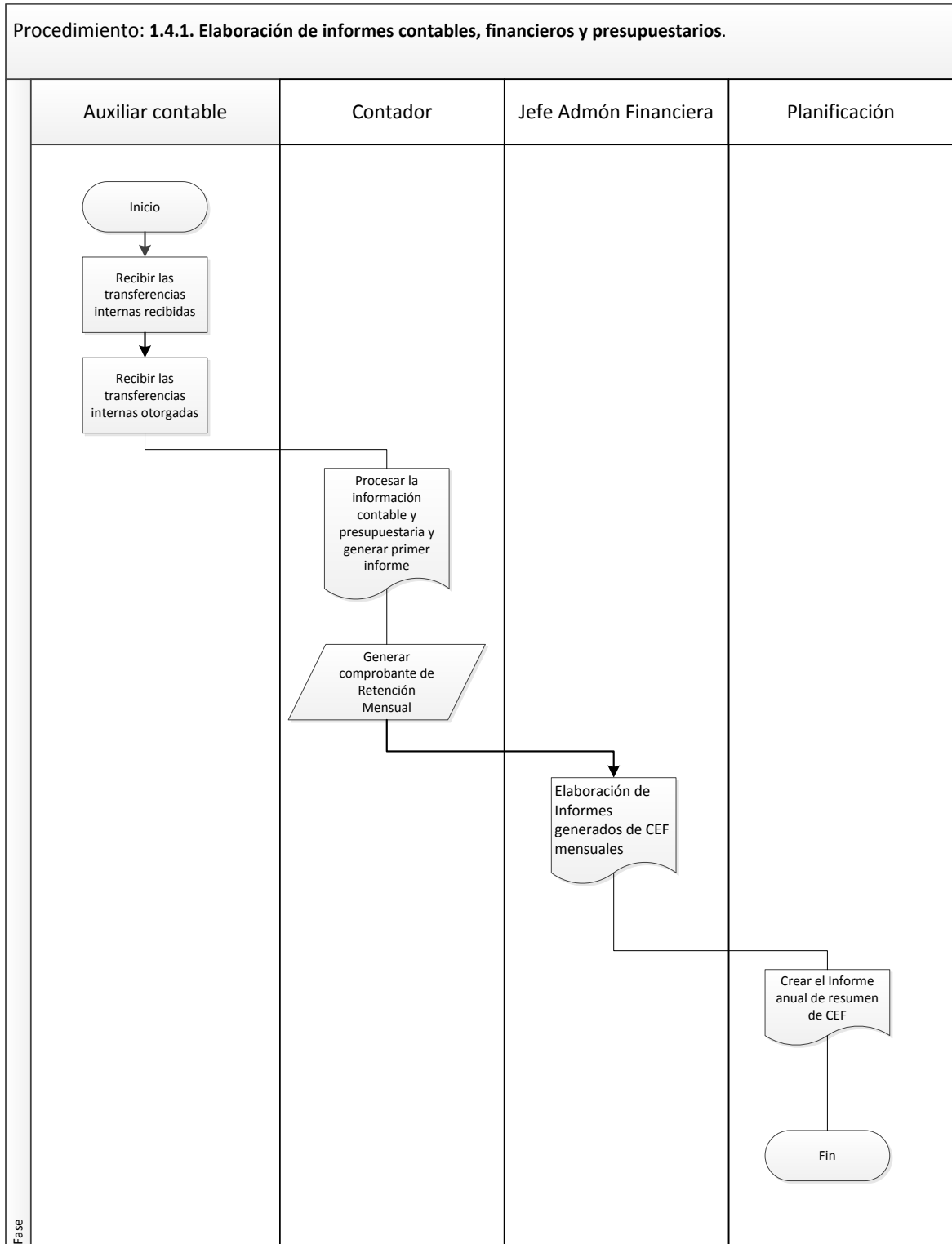


1.3.4. Elaboración del anteproyecto de presupuesto de la unidad.



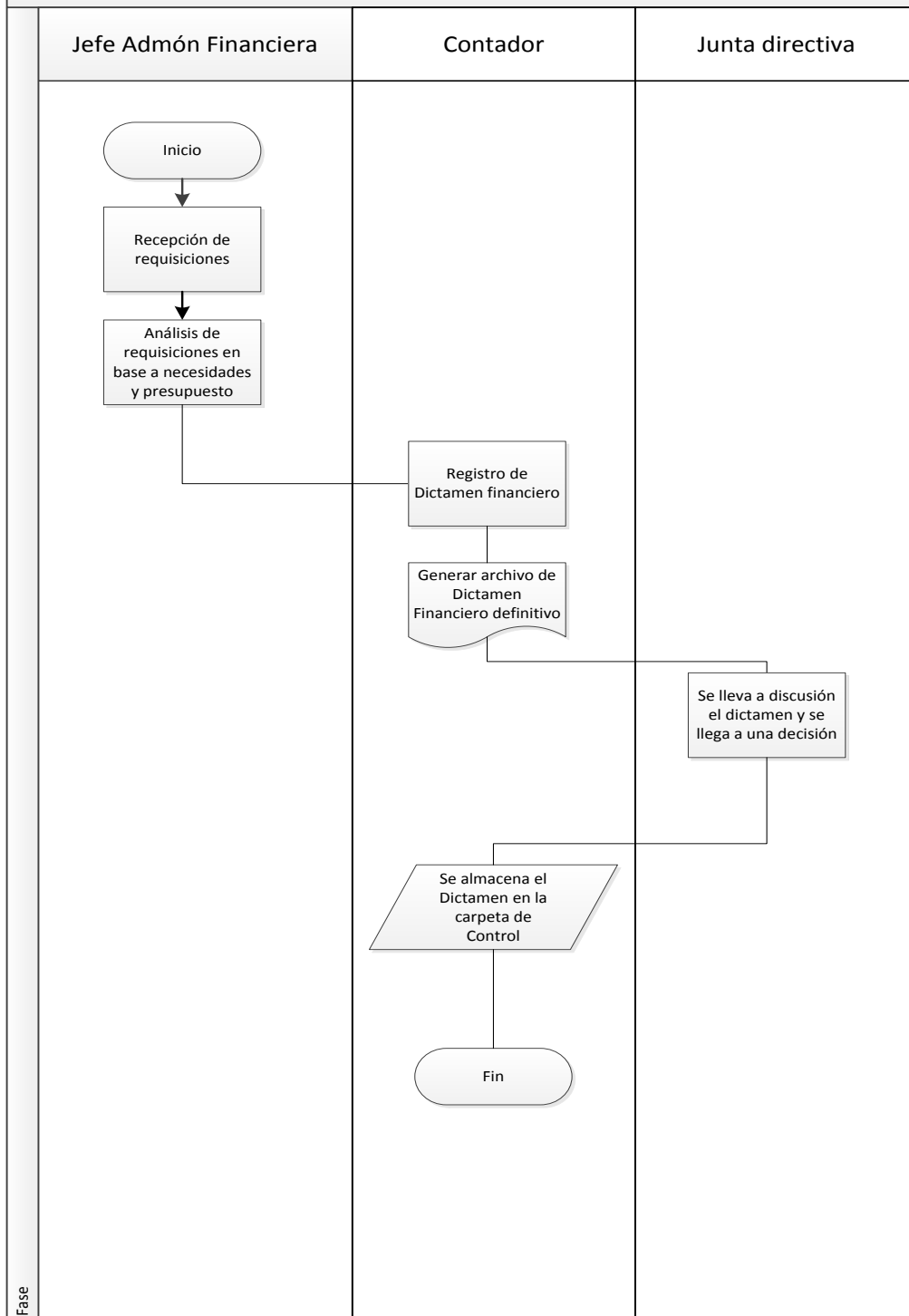
1.4. Administración Financiera

1.4.1. Elaboración de informes contables, financieros y presupuestarios.

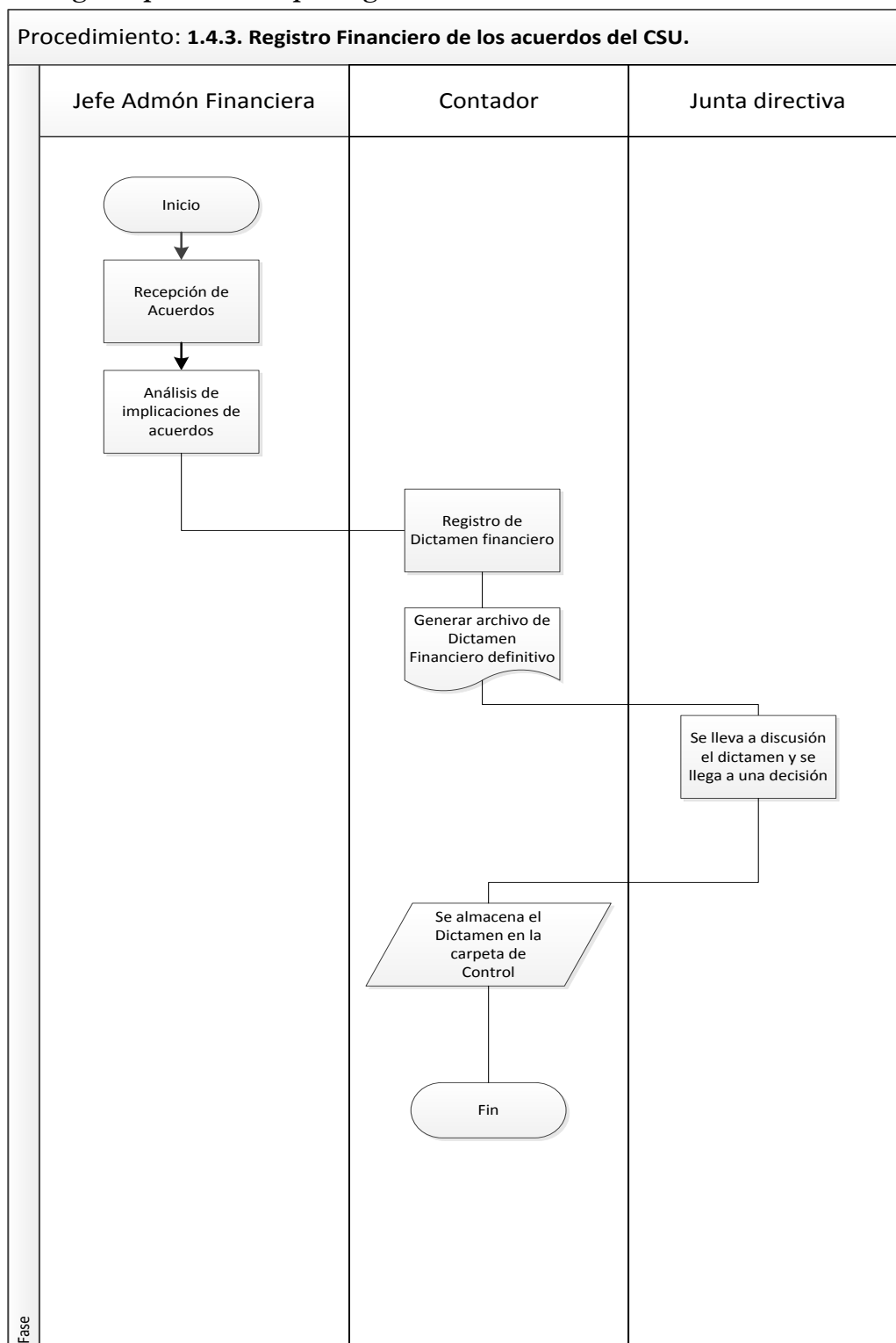


1.4.2. Registro y control de los dictámenes técnicos financieros

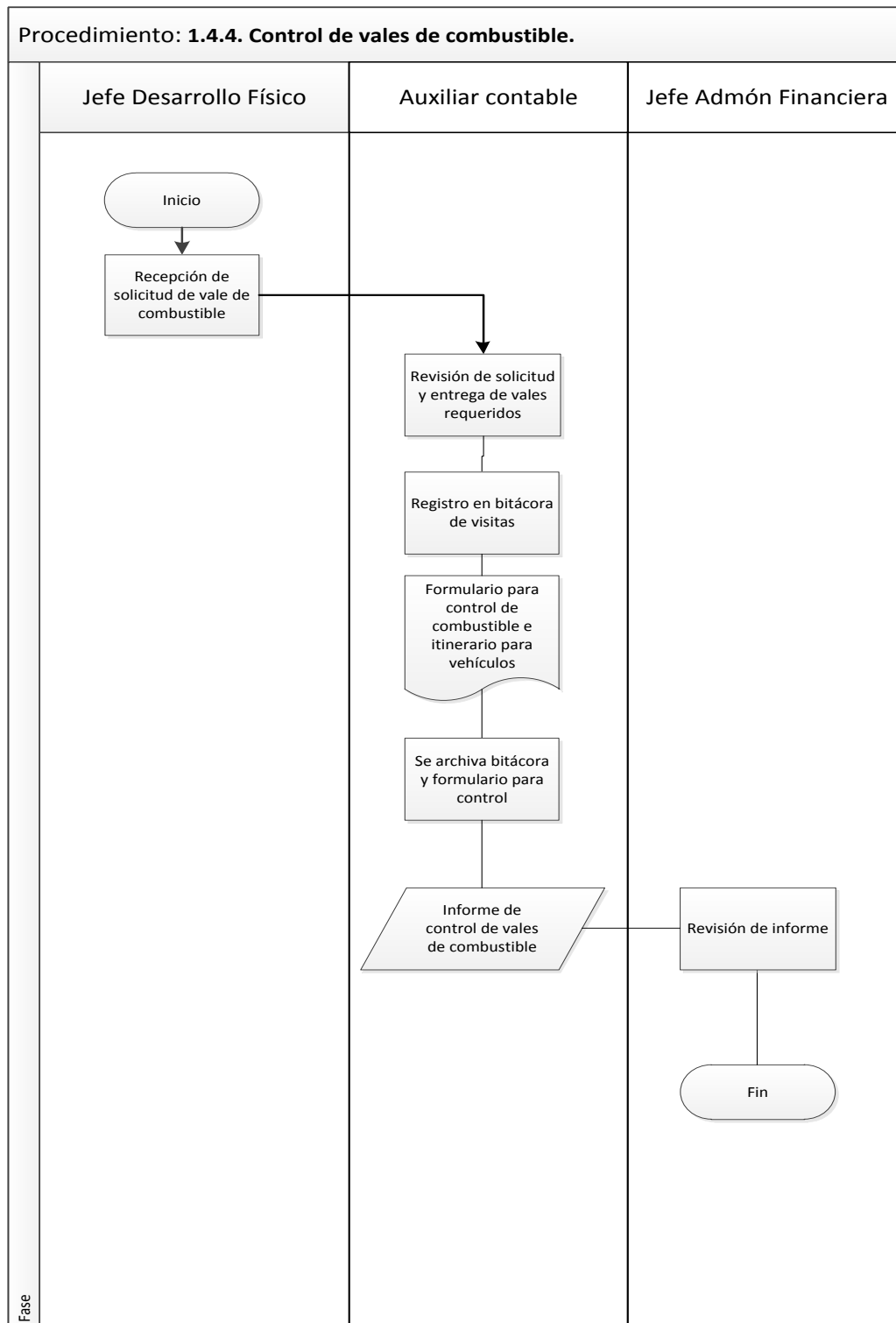
Procedimiento: 1.4.2. Registro y control de los dictámenes técnicos financieros de las diferentes fuentes de financiamiento.



1.4.3. Registro financiero de los acuerdos del CSU. De acuerdo a las distribuciones de ingreso por facultad por ingreso de clínicas.



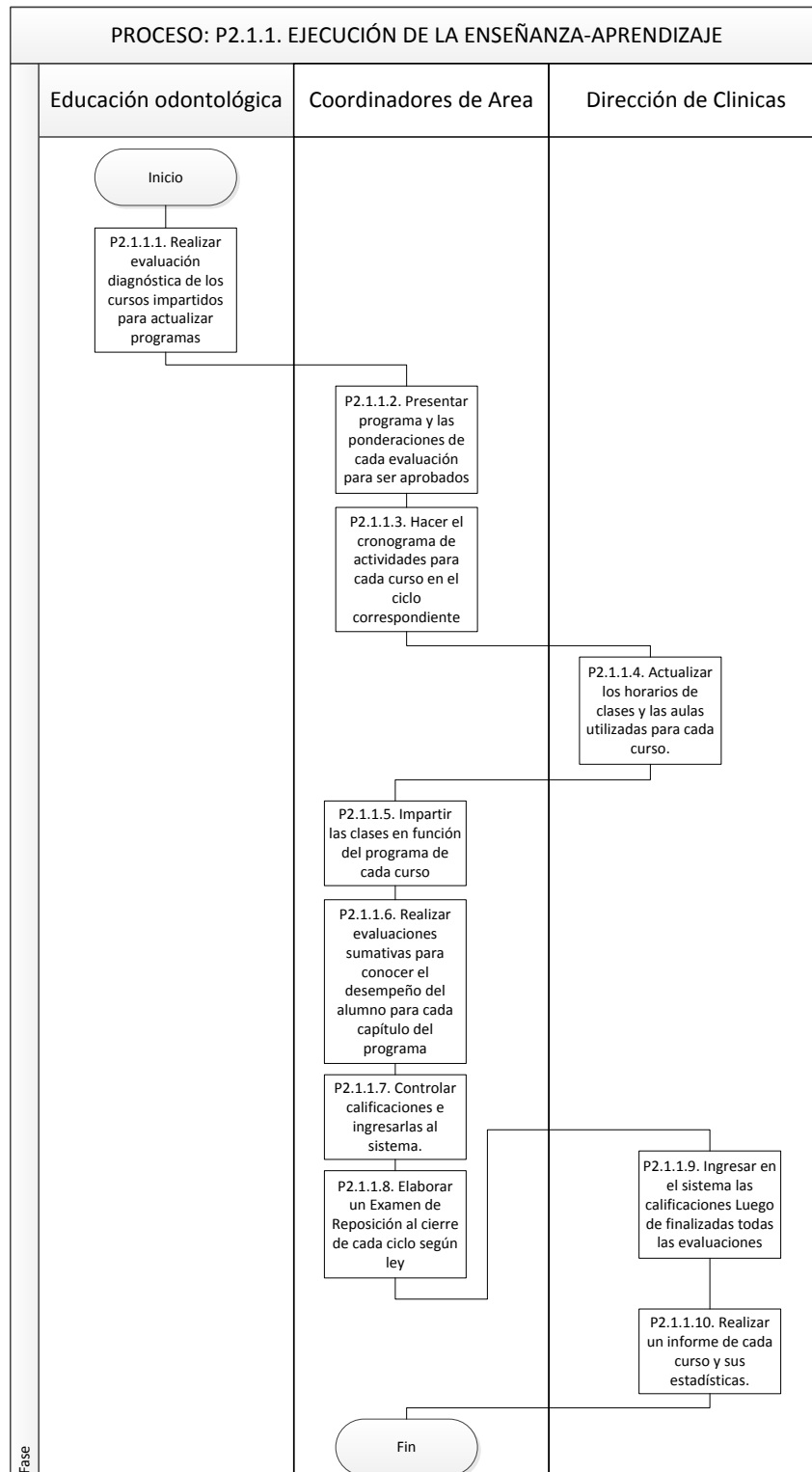
1.4.4. Control de vales de combustible



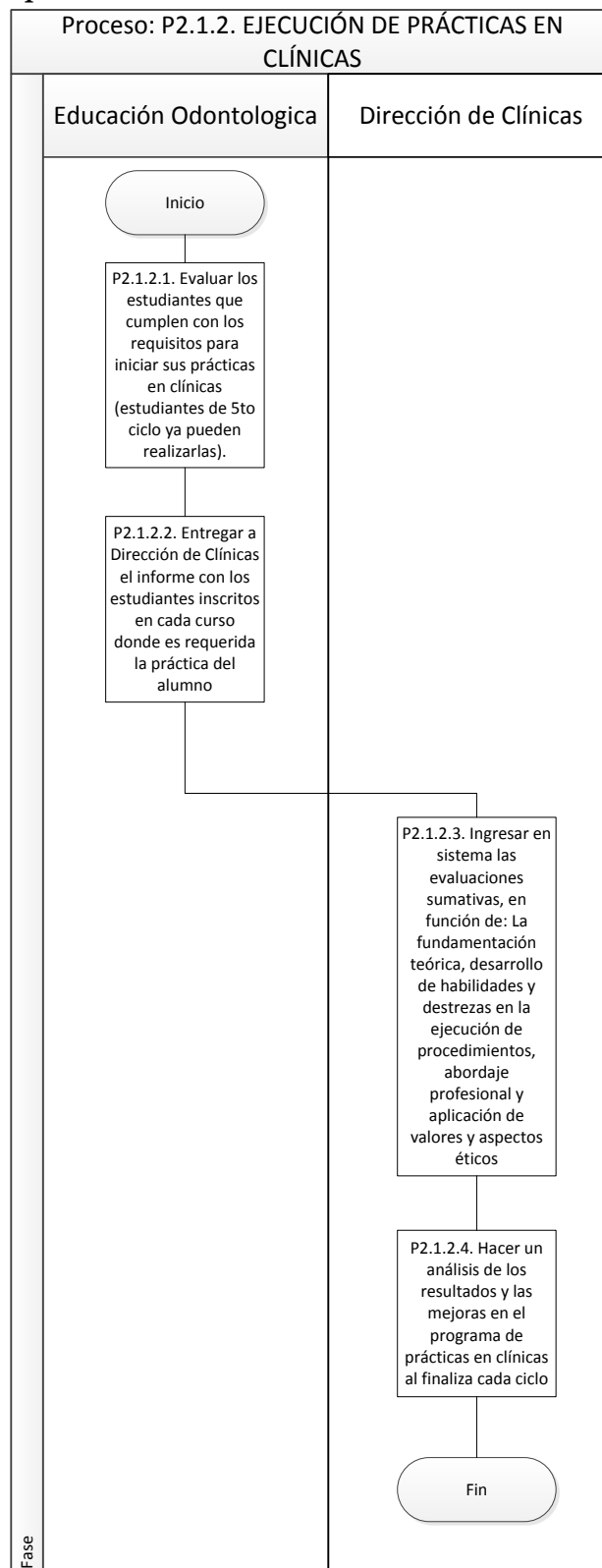
2. OPERATIVOS O CLAVES

2.1. Educación Odontológica

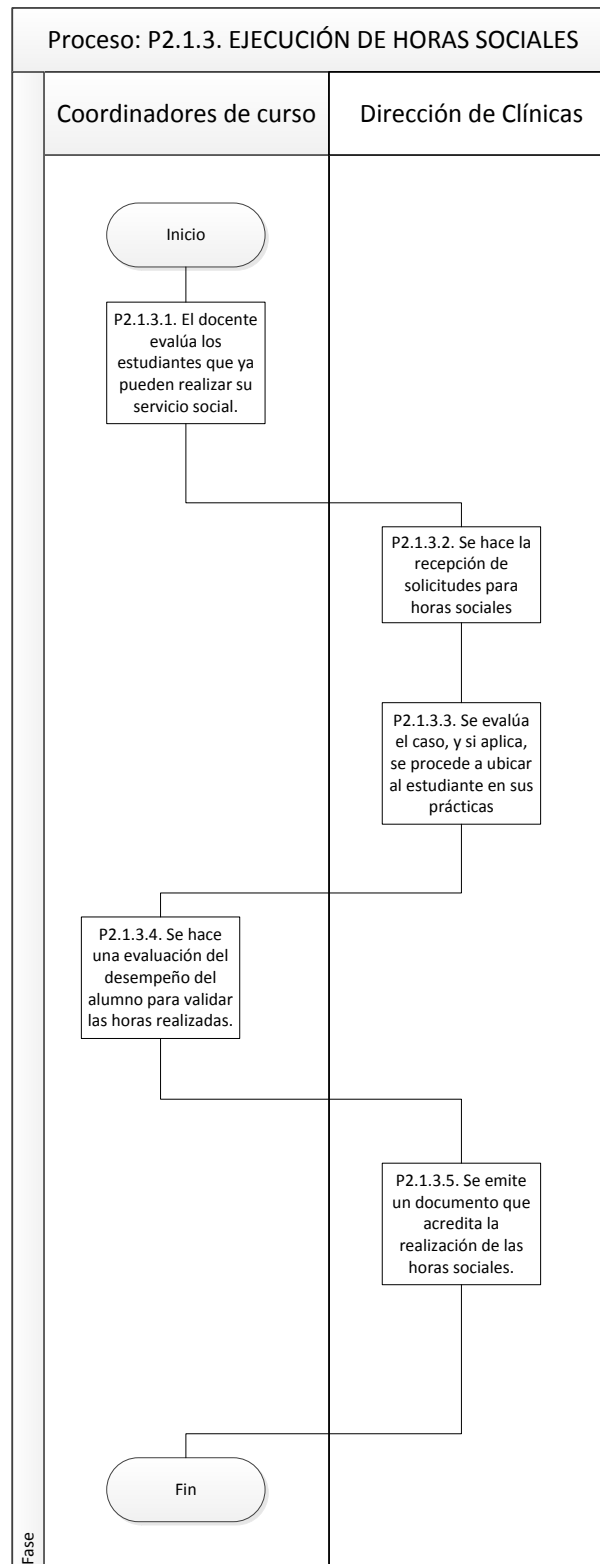
2.1.1. Ejecución de la enseñanza-aprendizaje



2.1.2. Ejecución de prácticas en clínicas

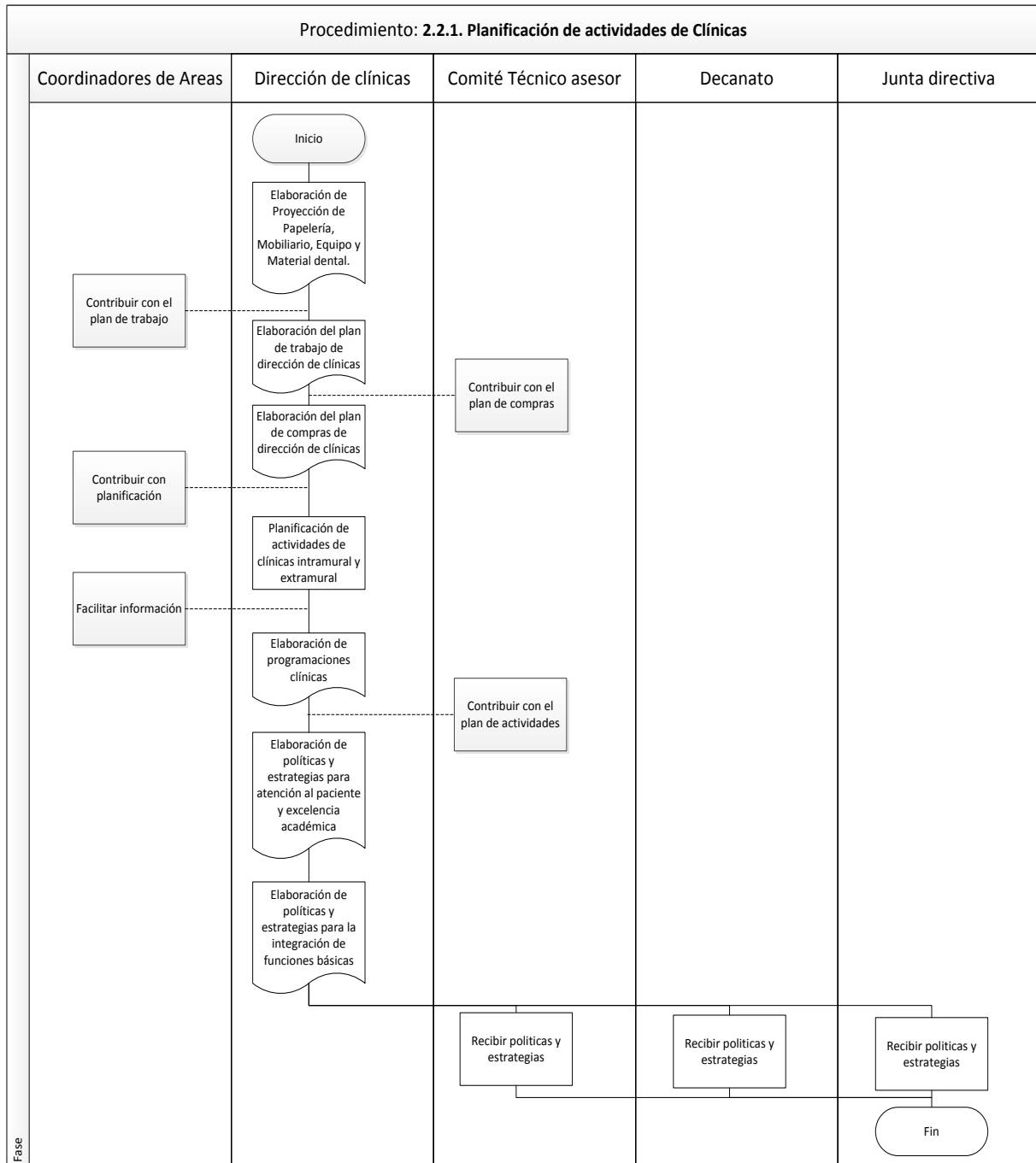


2.1.3. Ejecución de horas sociales

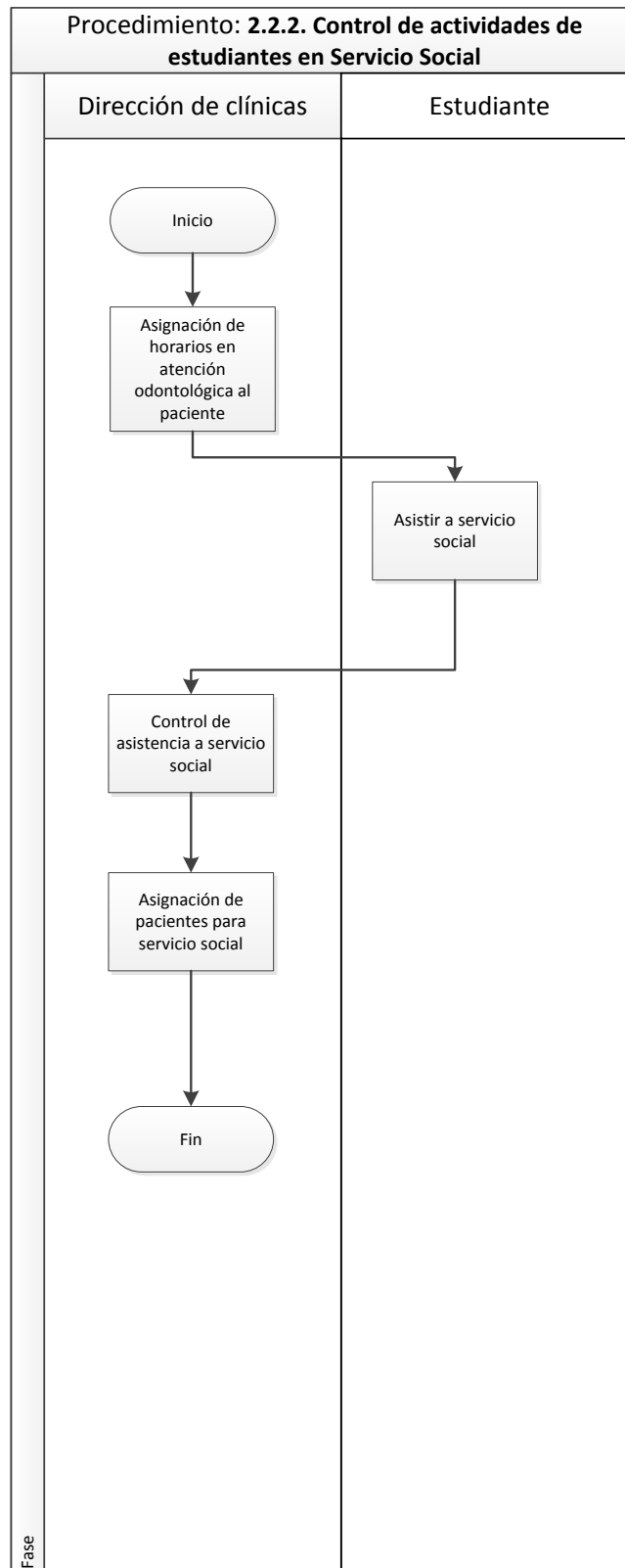


2.2.Programaciones Clínicas

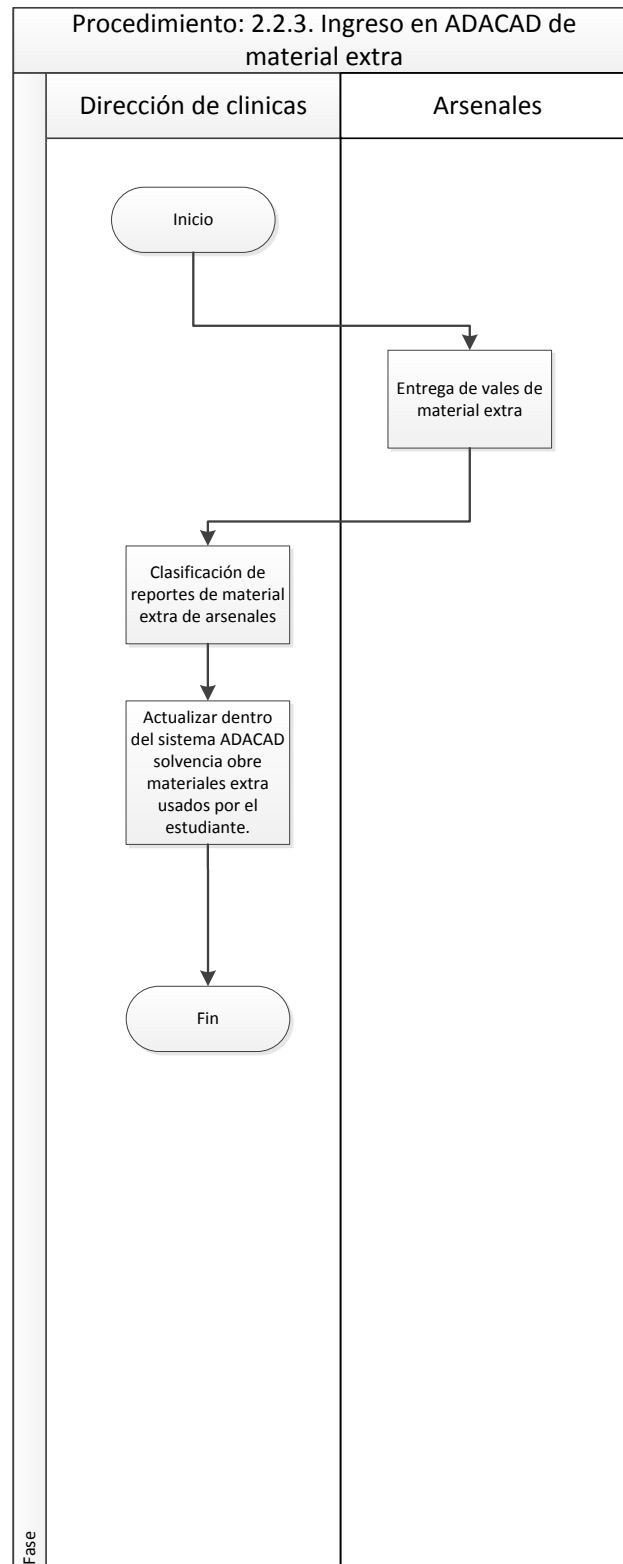
2.2.1. Planificación de actividades de Clínicas



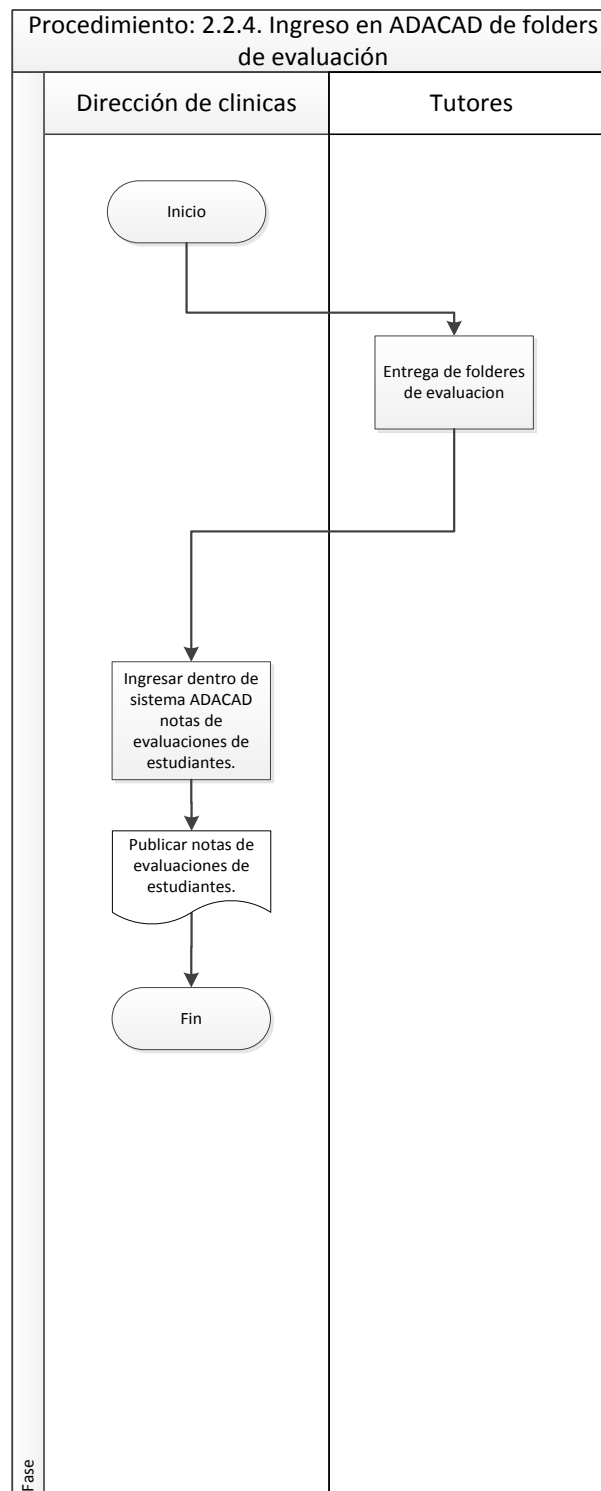
2.2.2. Control de actividades de estudiantes en Servicio Social



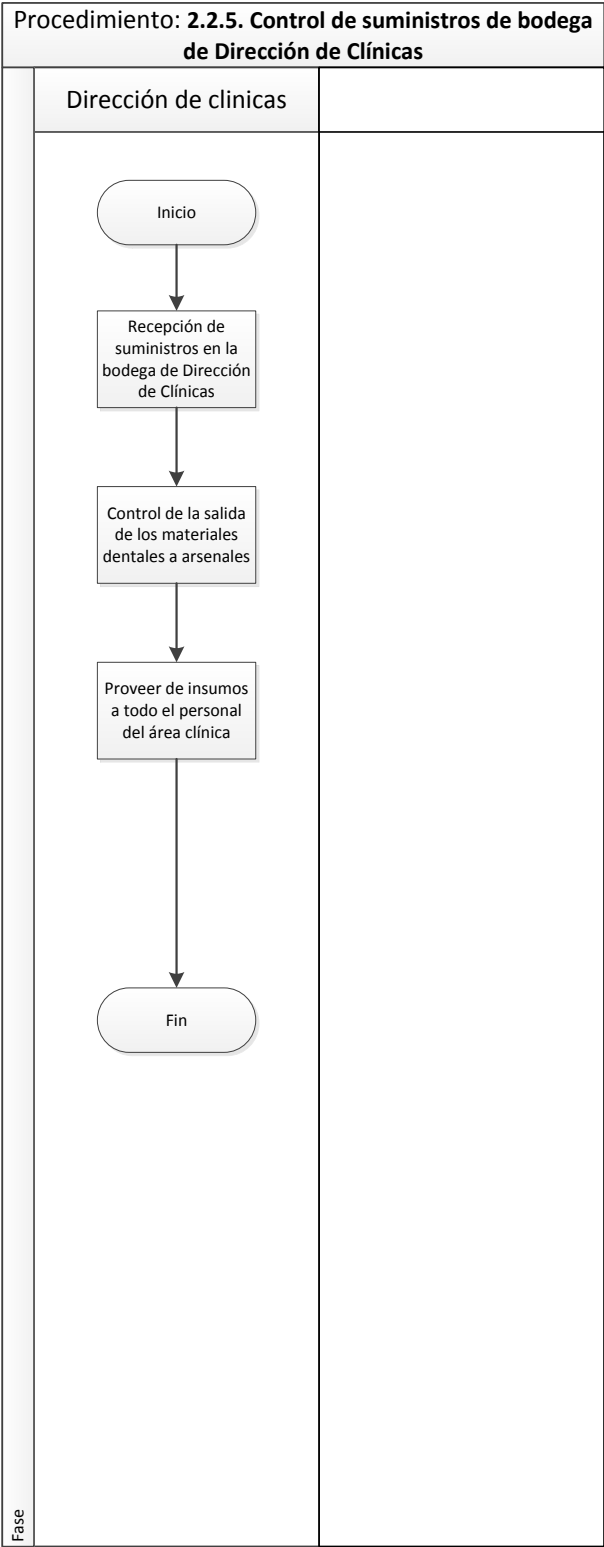
2.2.3. Ingreso en ADACAD de material extra



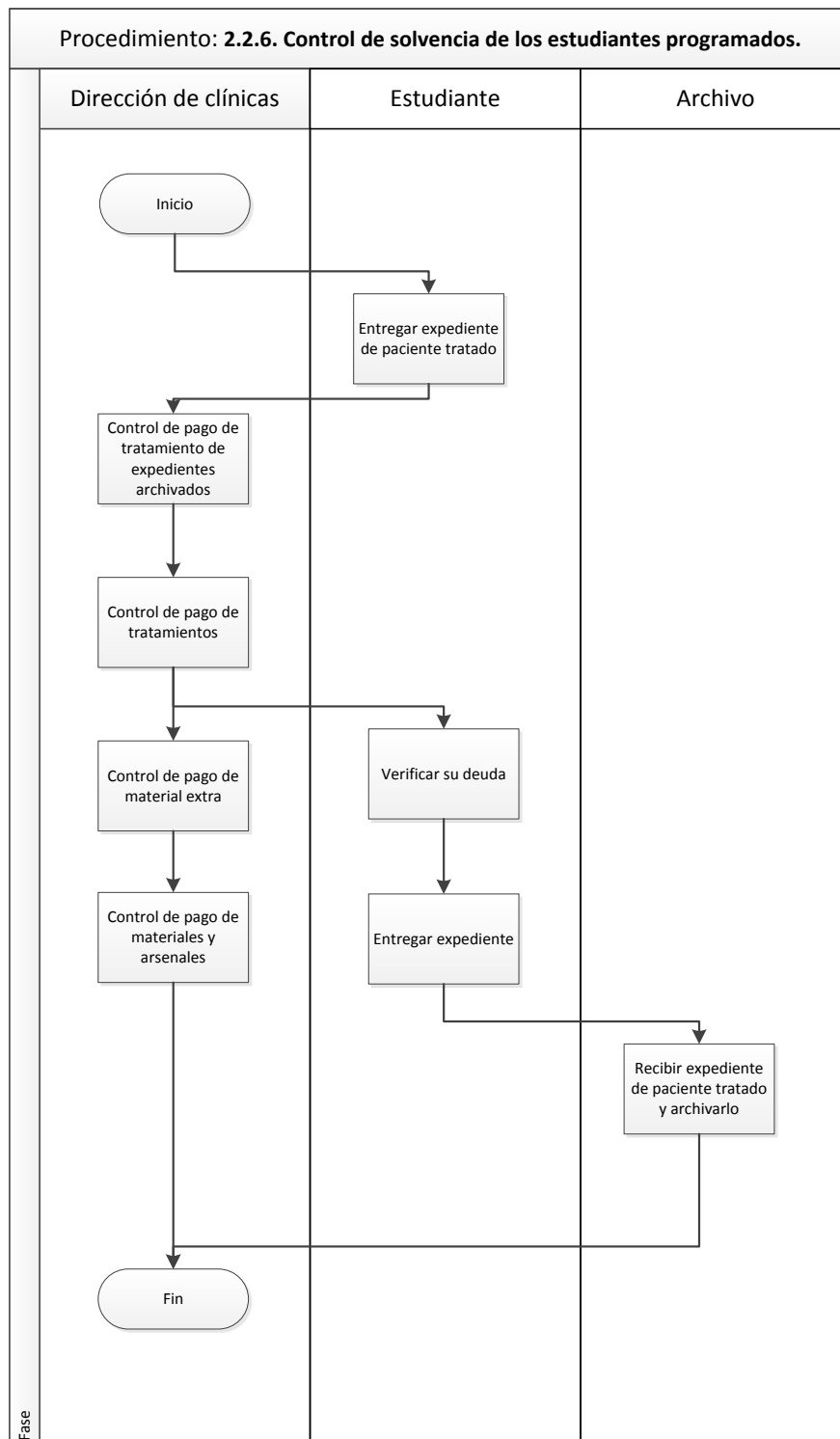
2.2.4. Ingreso en ADACAD de las observaciones y evaluación de los estudiantes contenidos en los Folders de Evaluación ya llenos entregados por los tutores.



2.2.5. Control de suministros de bodega de Dirección de Clínicas

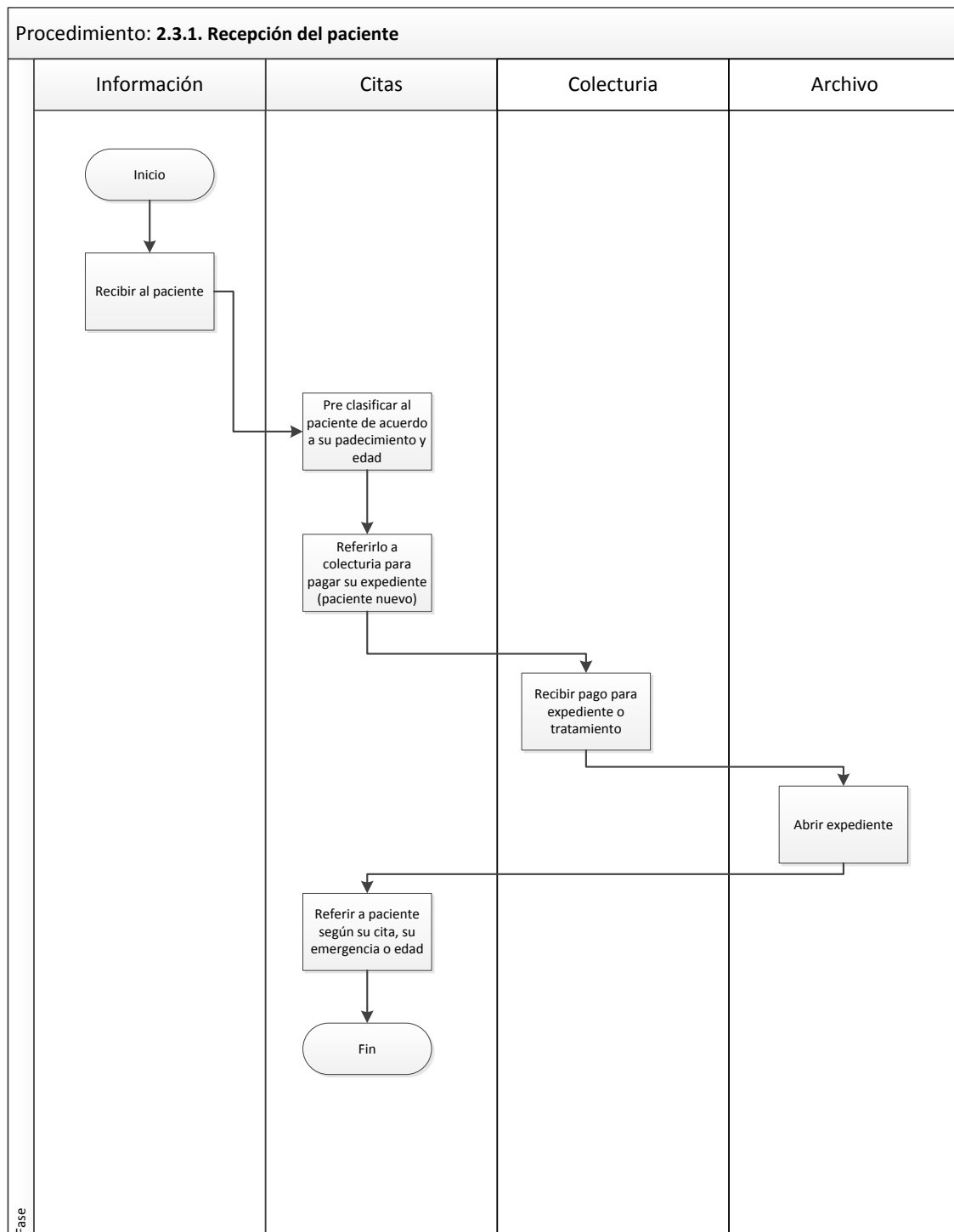


2.2.6. Control de solvencia de los estudiantes programados.

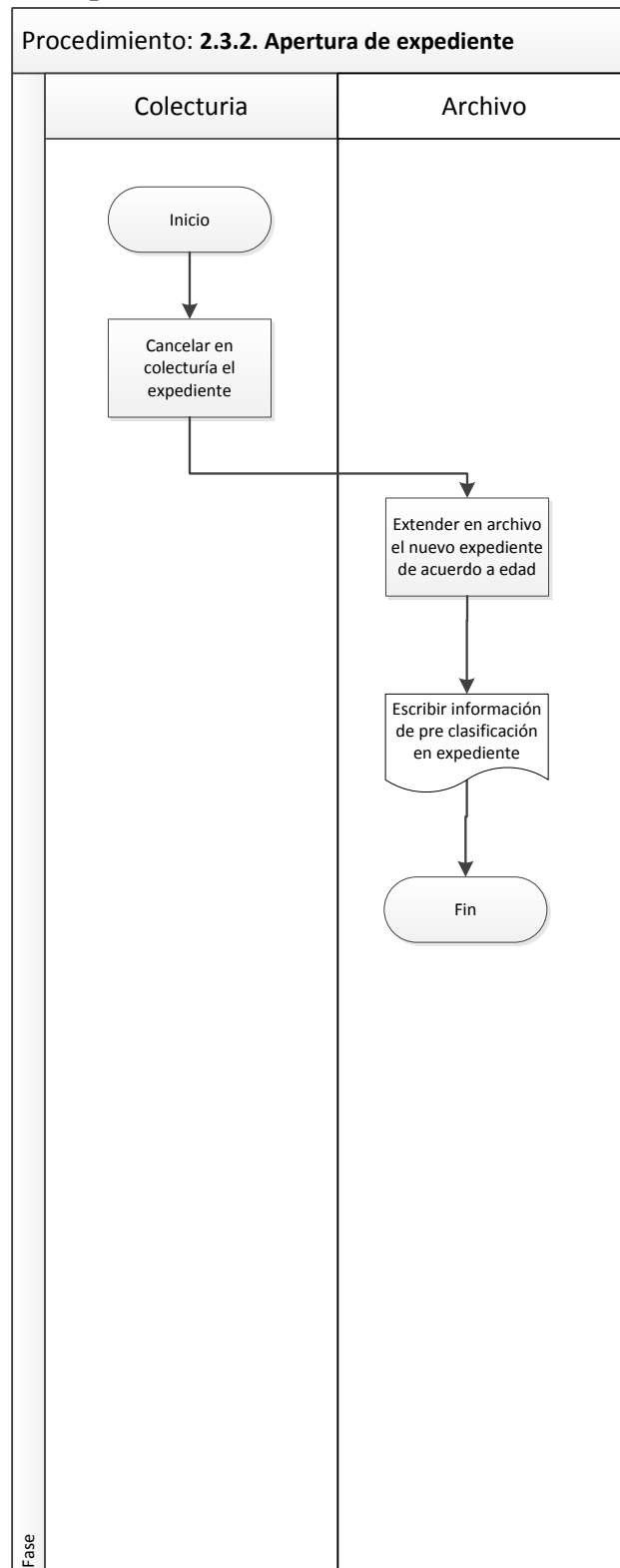


2.3. Atención a pacientes

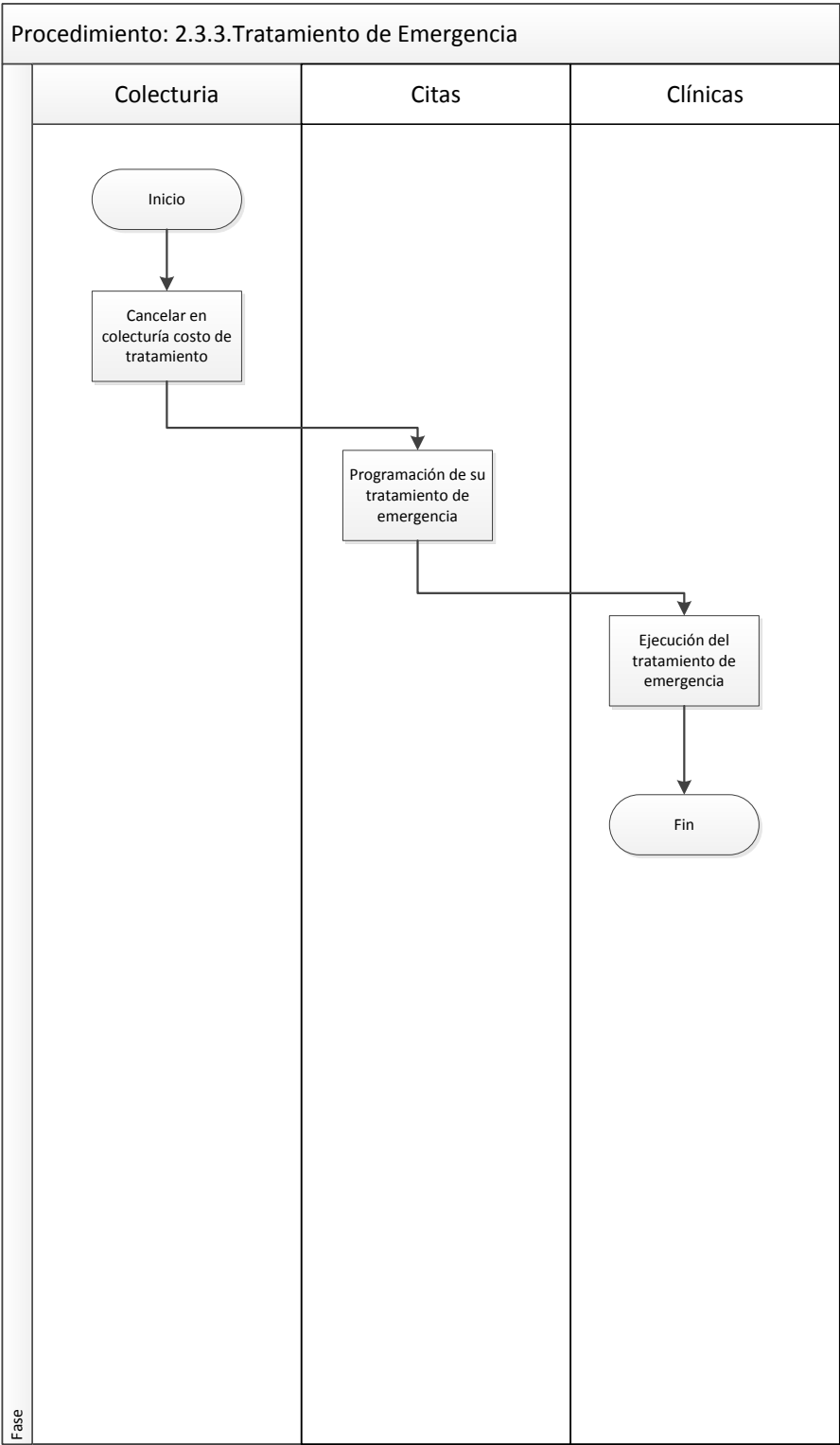
2.3.1. Recepción de pacientes



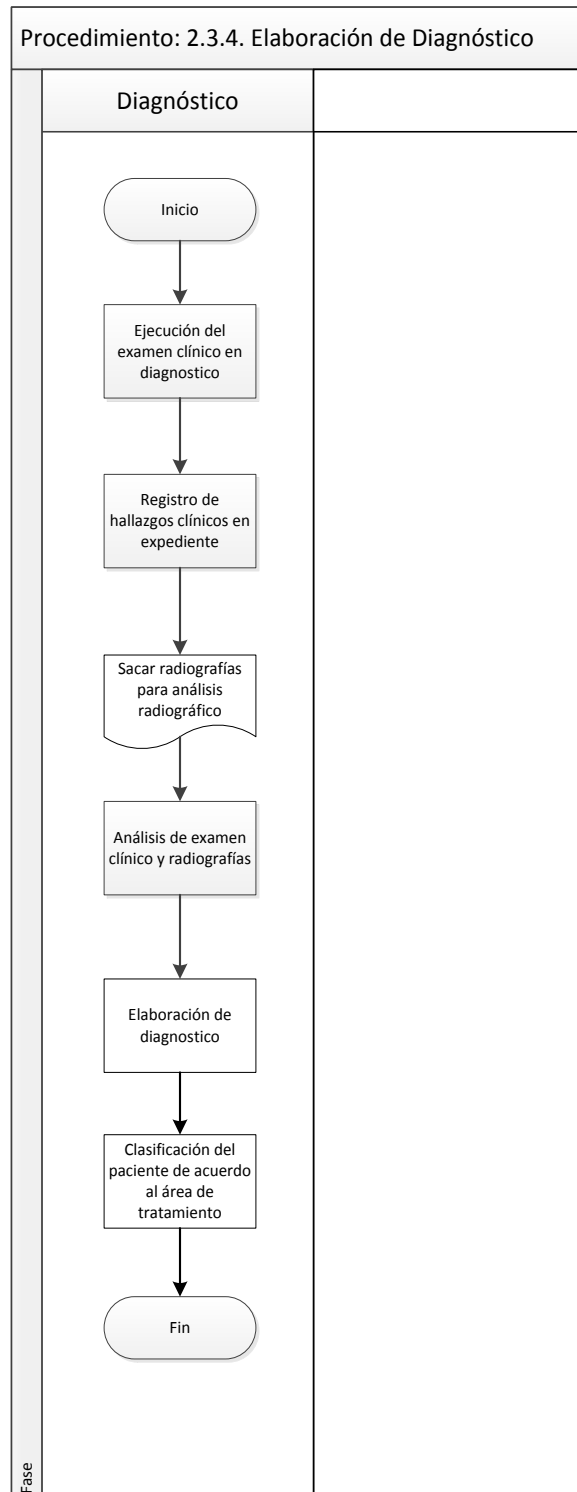
2.3.2. Apertura de expediente



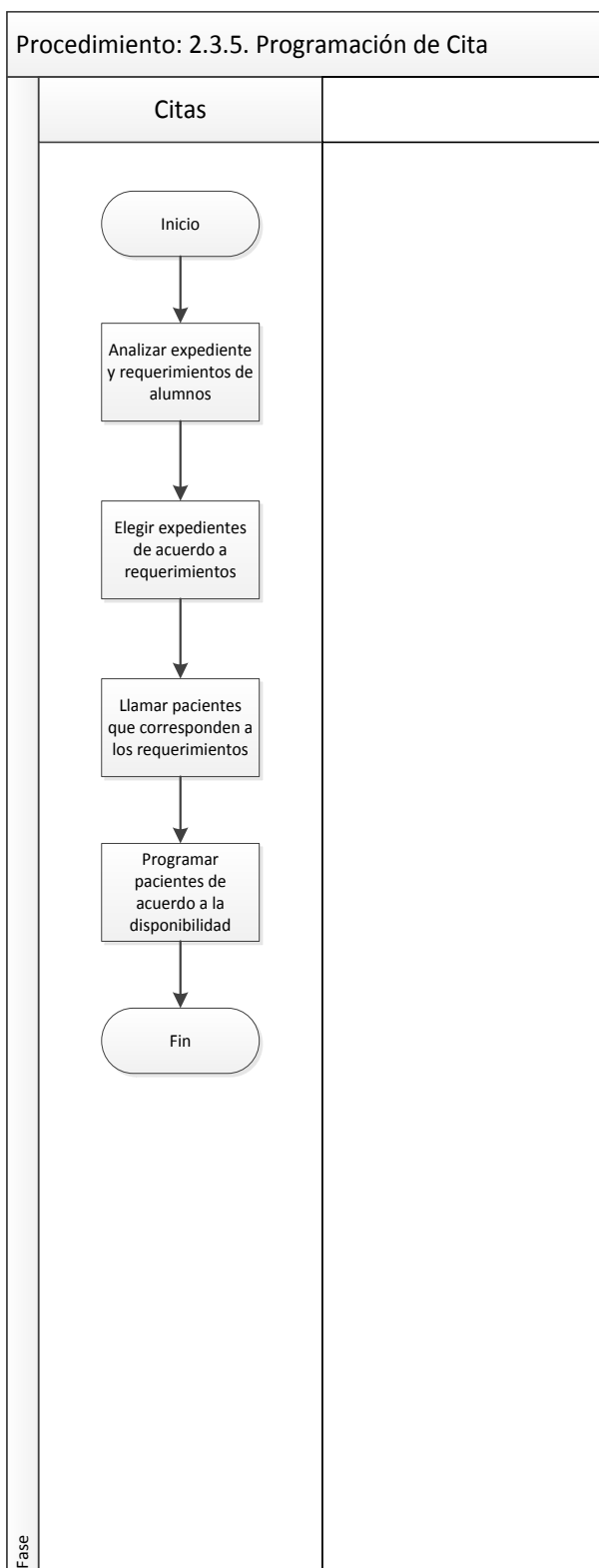
2.3.3. Tratamiento de Emergencia



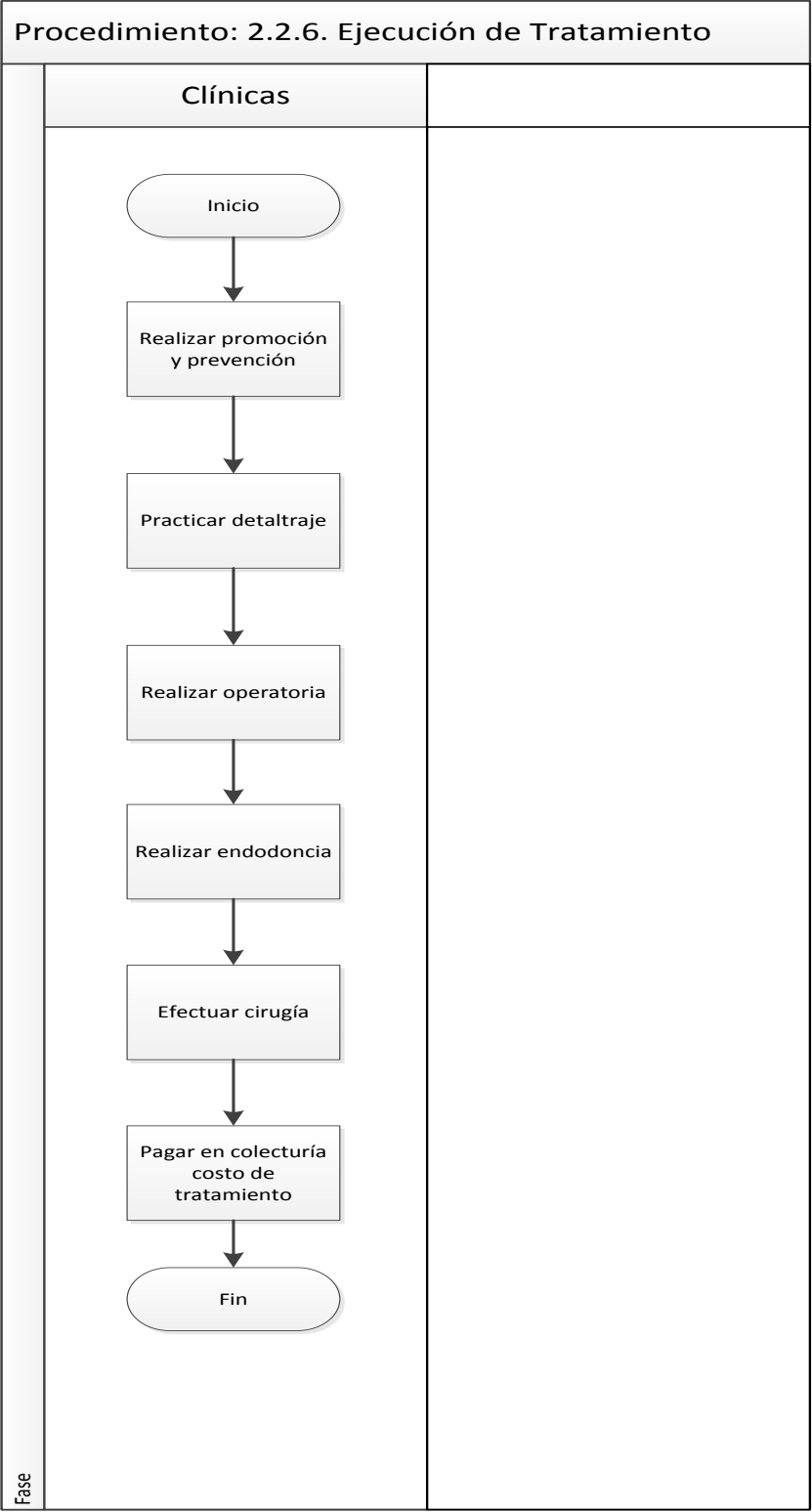
2.3.4. Elaboración de Diagnóstico



2.3.5. Programación de Cita

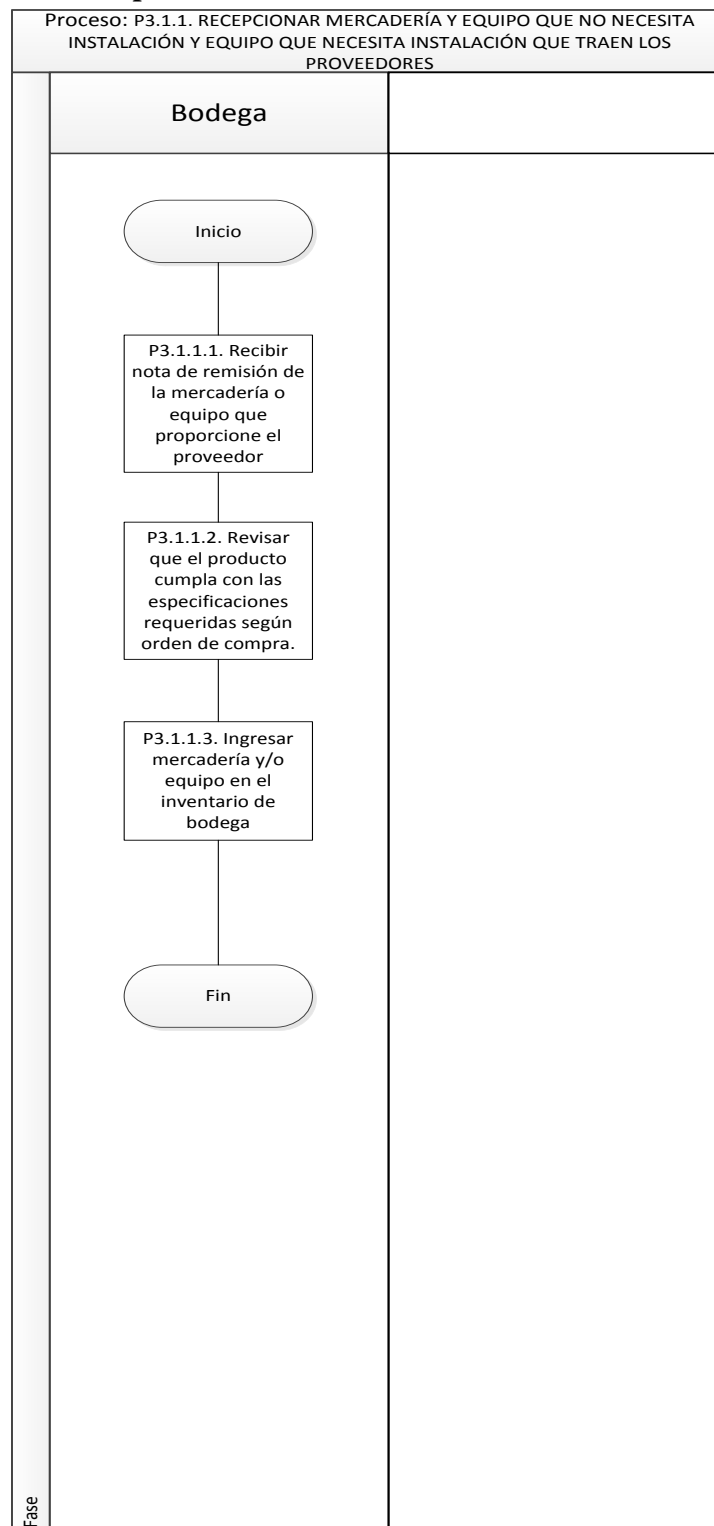


2.3.6. Ejecución de Tratamiento

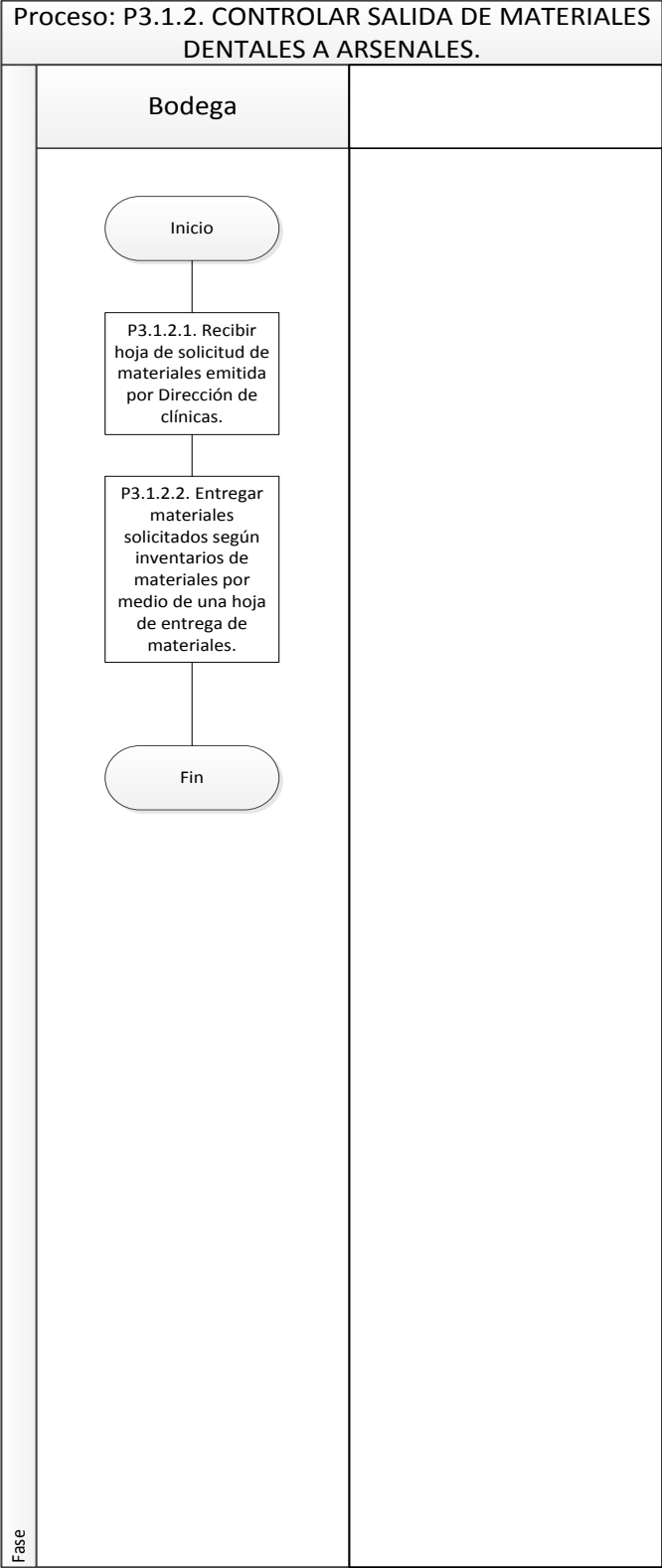


3.1. Control de Inventario

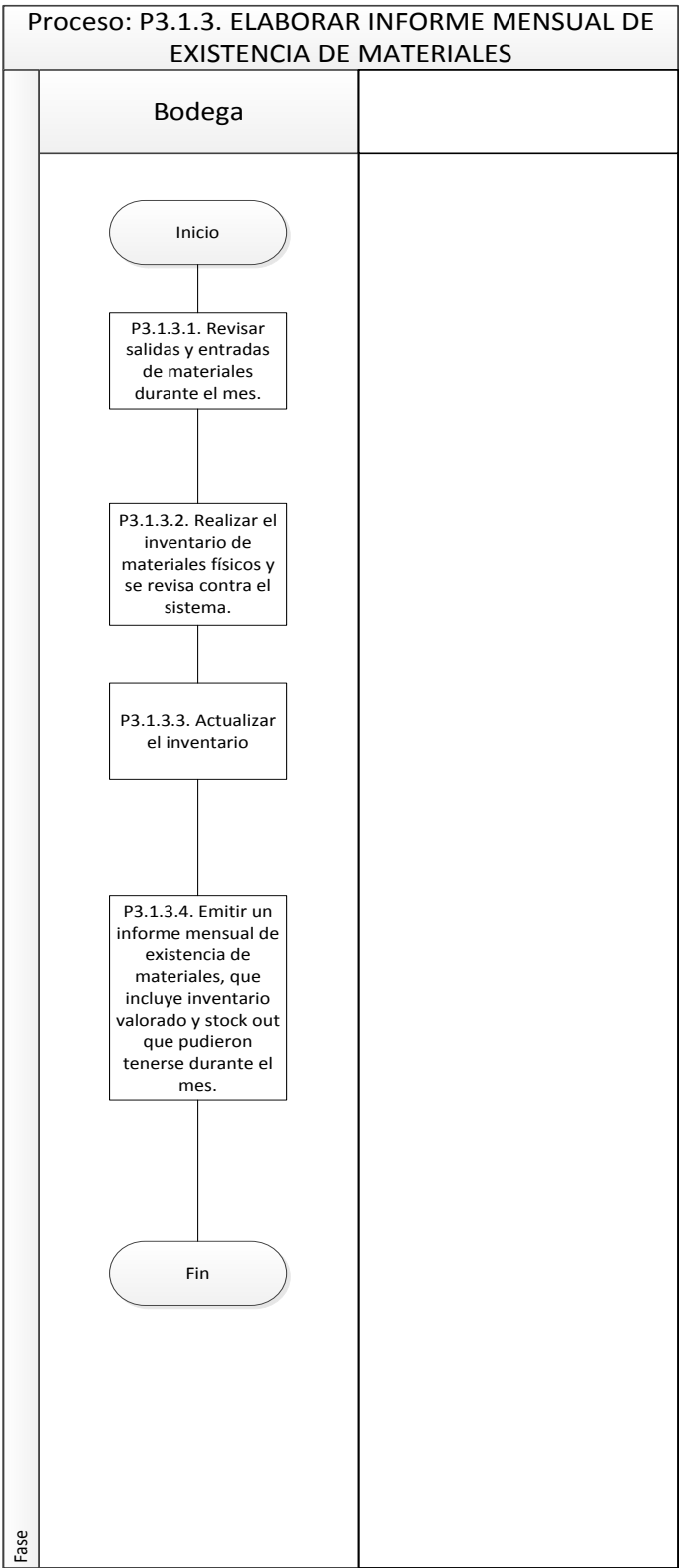
3.1.1. Recepción de mercadería y equipo que no necesita instalación y equipo que necesita instalación que traen los proveedores.



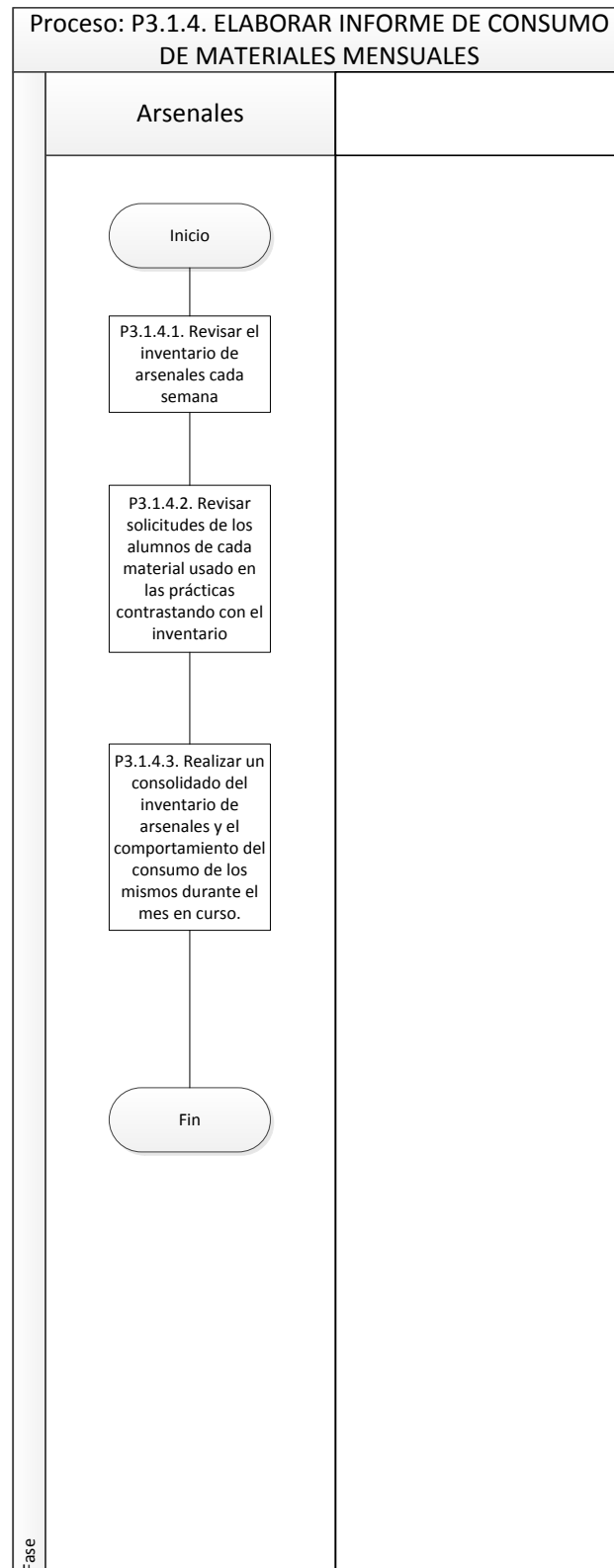
3.1.2. Control de la salida de los materiales dentales a arsenales.



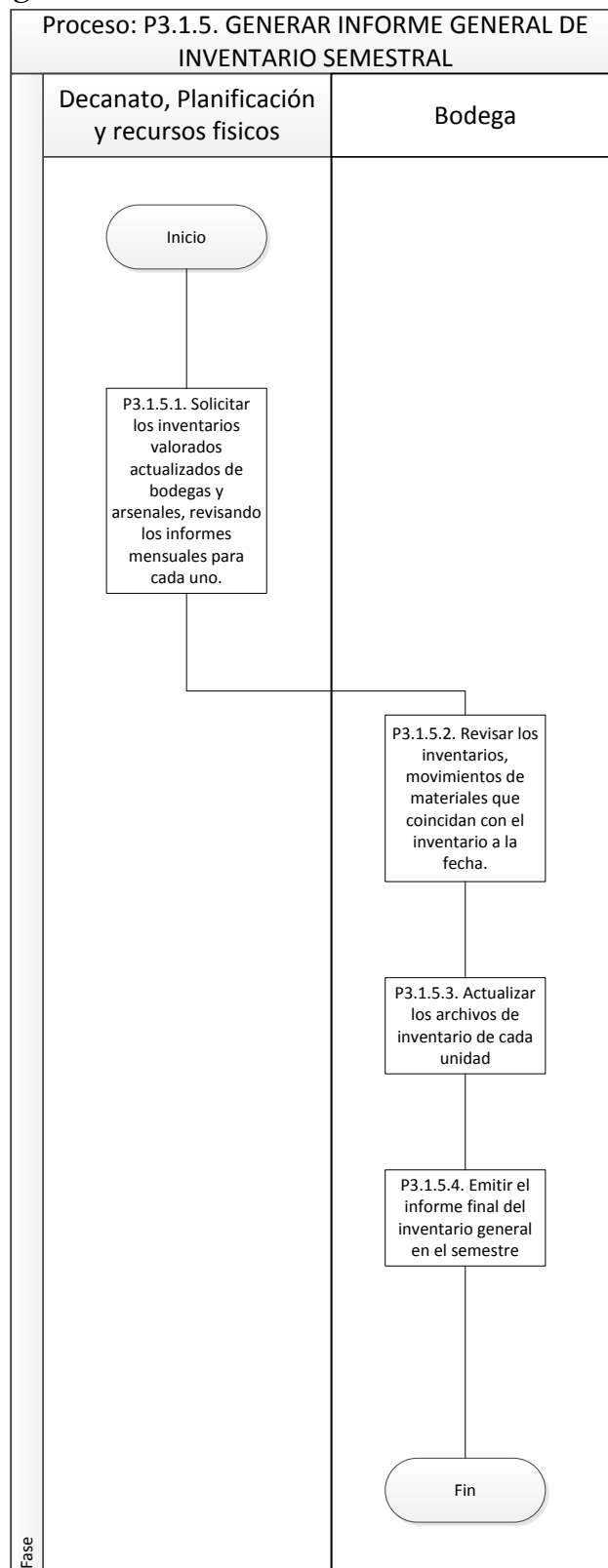
3.1.3. Elaboración de informe mensual de existencia de materiales.



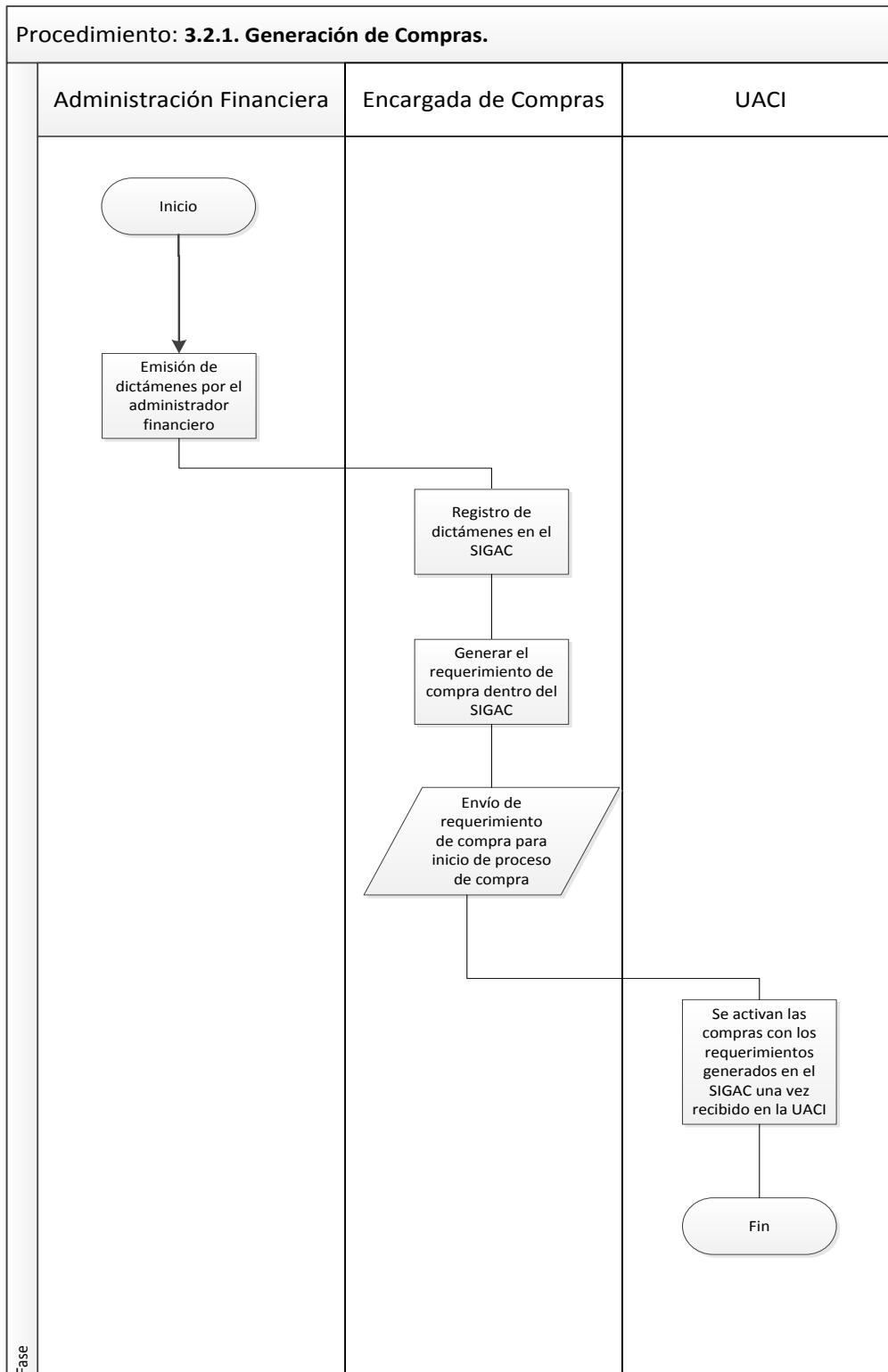
3.1.4. Elaboración del Informe de consumo de materiales mensuales



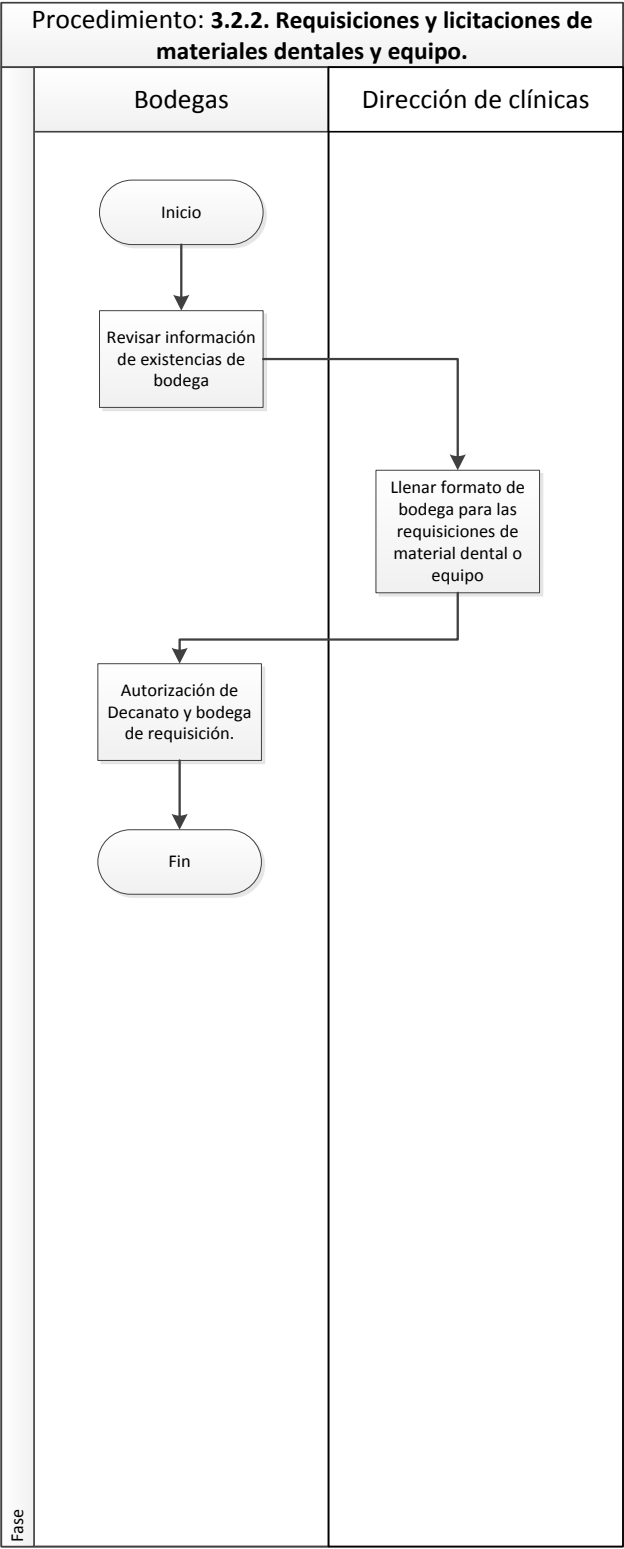
3.1.5. Generar el Informe general de inventario semestral.



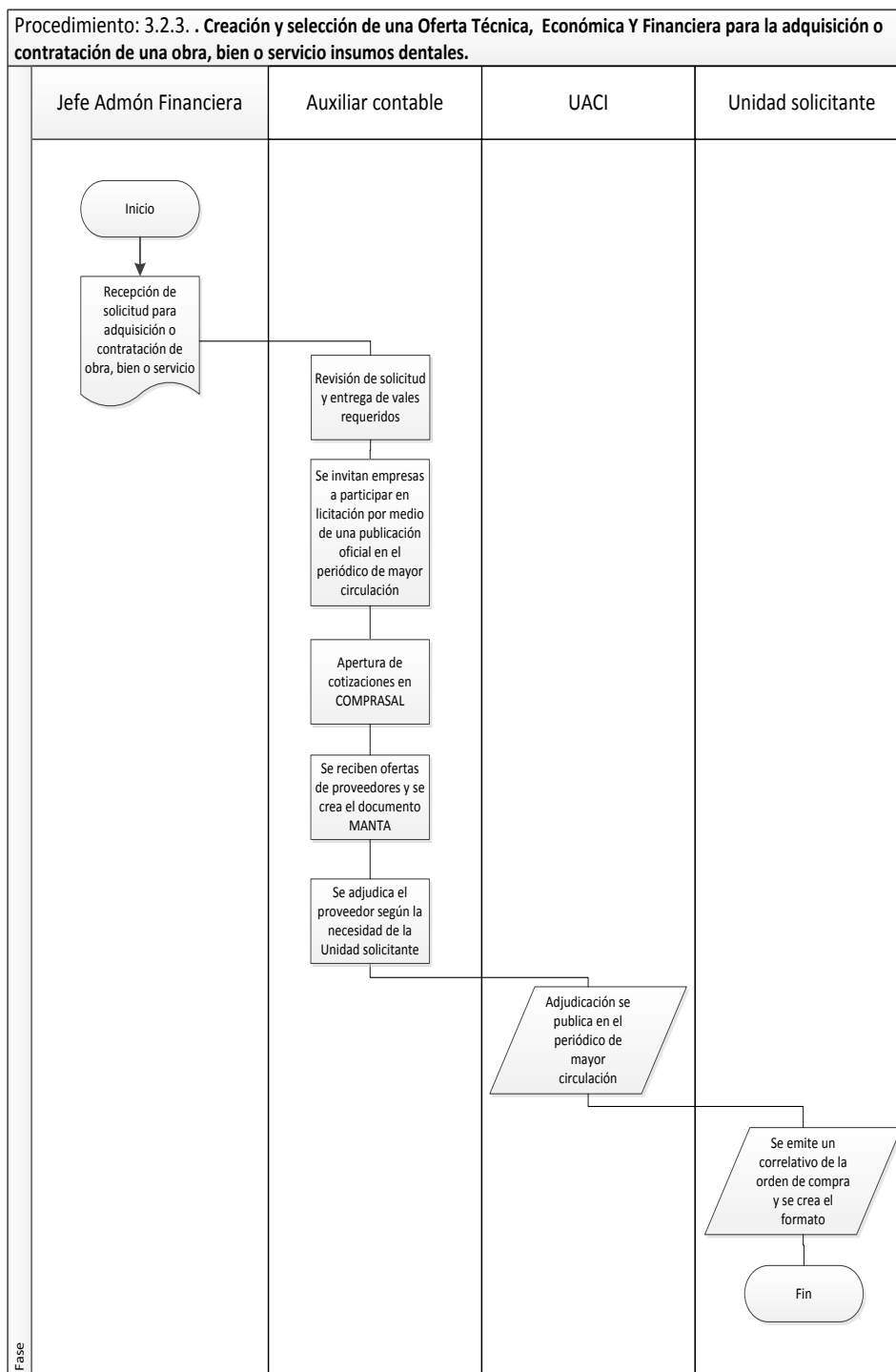
3.2. Compras Institucionales
3.2.1. Generación de Compras.



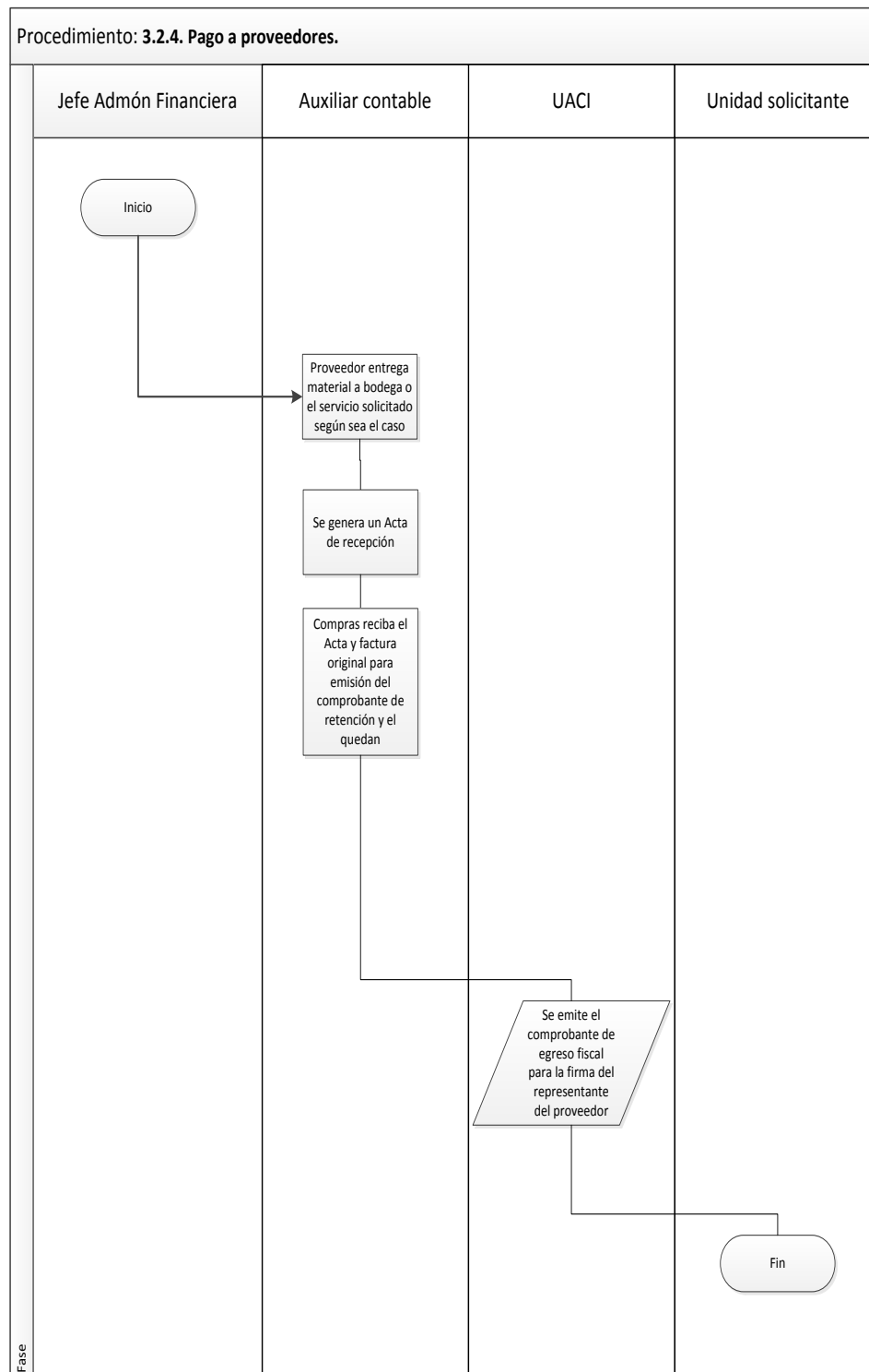
3.2.2. Requisiciones y licitaciones de materiales dentales y equipo.



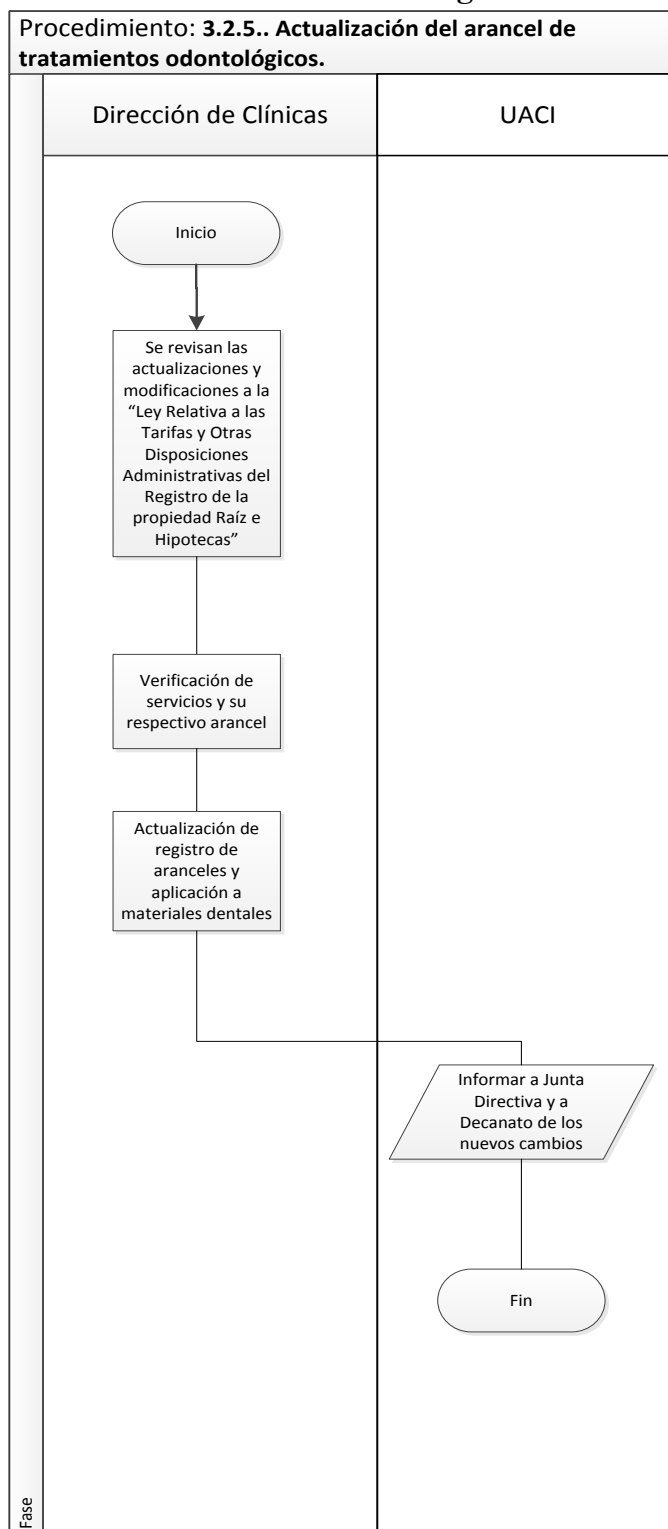
3.2.3. Creación de una Oferta Técnica, Económica Y Financiera para la adquisición o contratación de una obra, bien o servicio insumos dentales.



3.2.4. Pago a proveedores

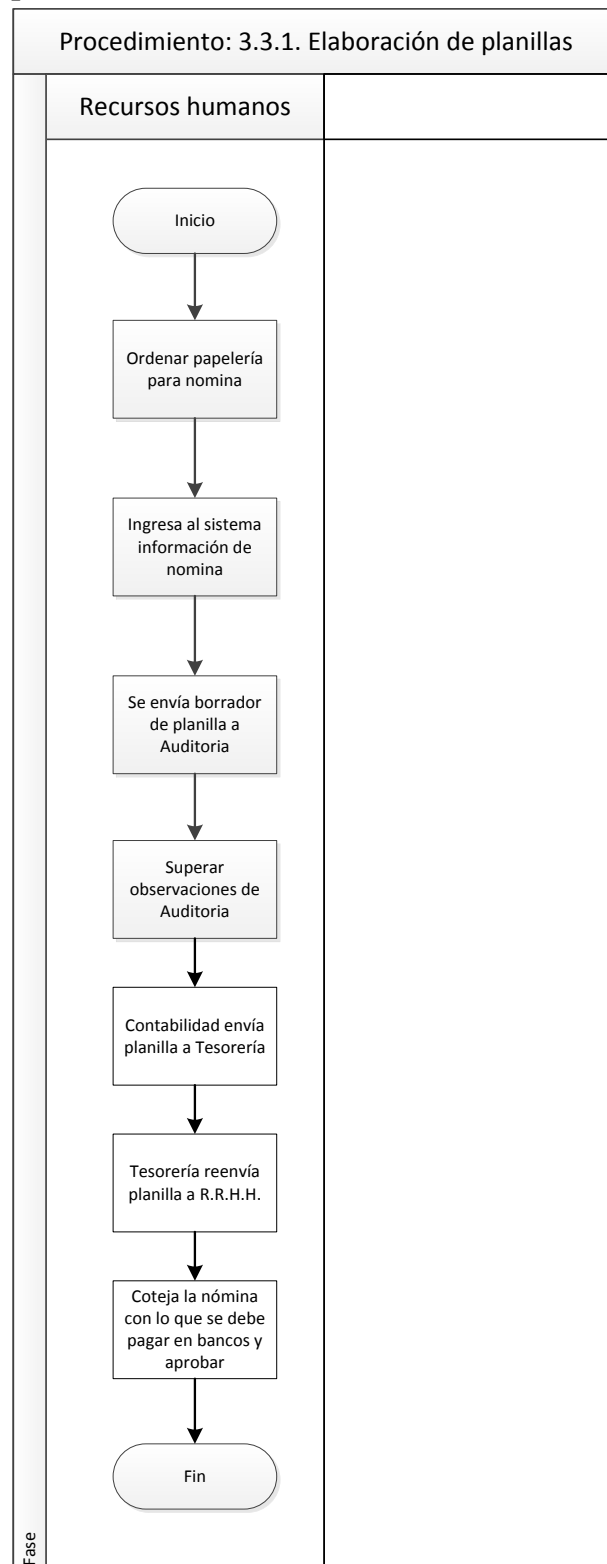


3.2.5. Actualización del arancel de tratamientos odontológicos

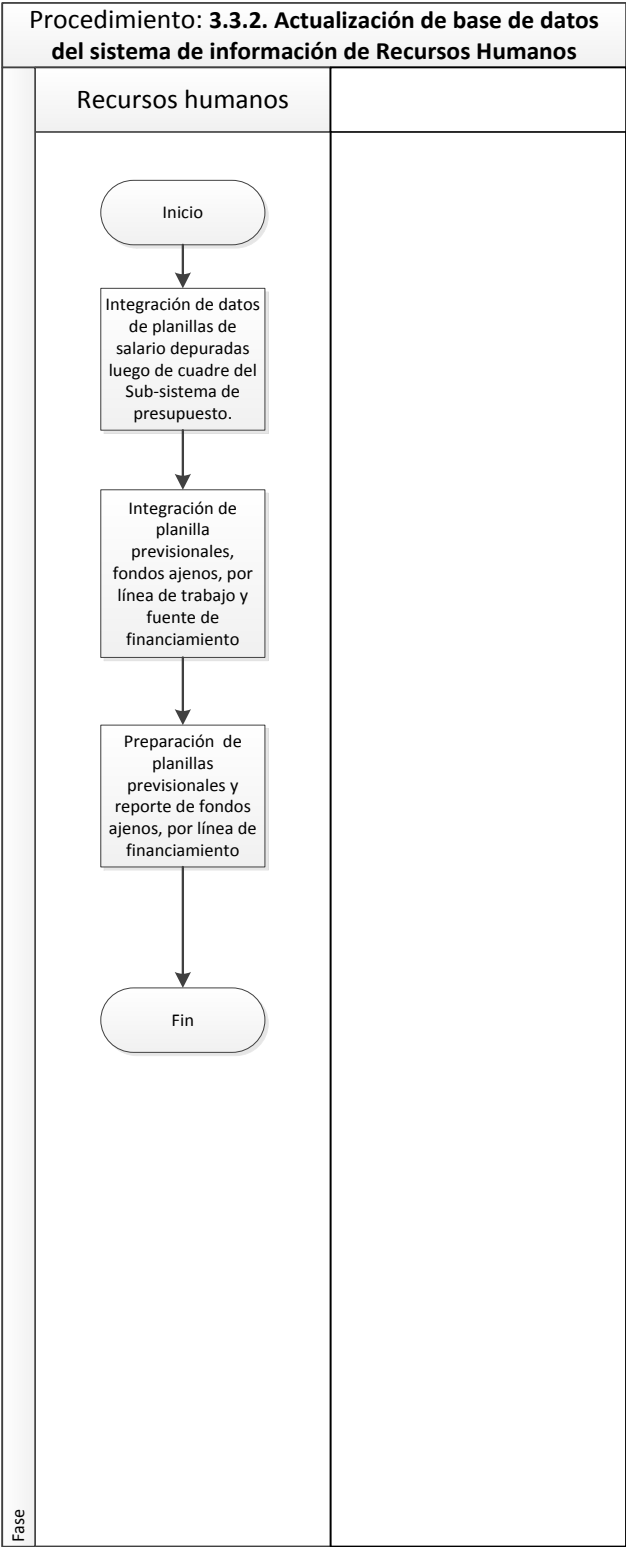


3.3. Control de Planillas

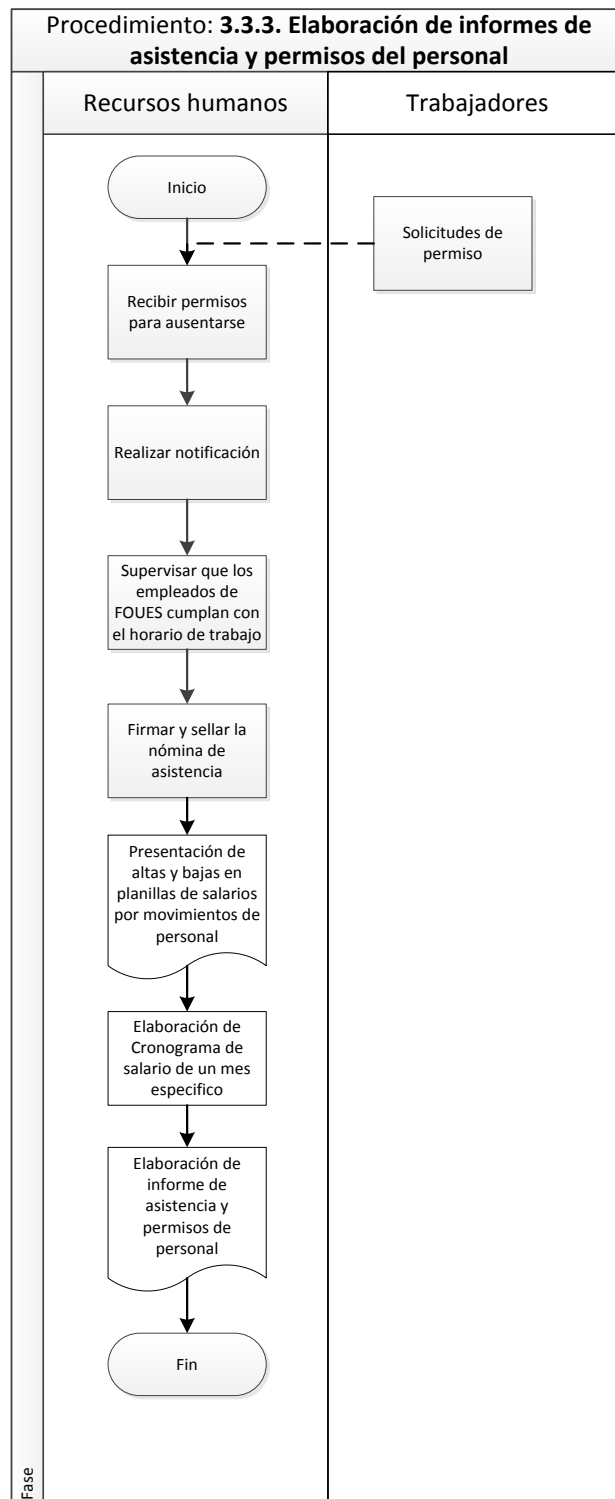
3.3.1. Elaboración de planillas



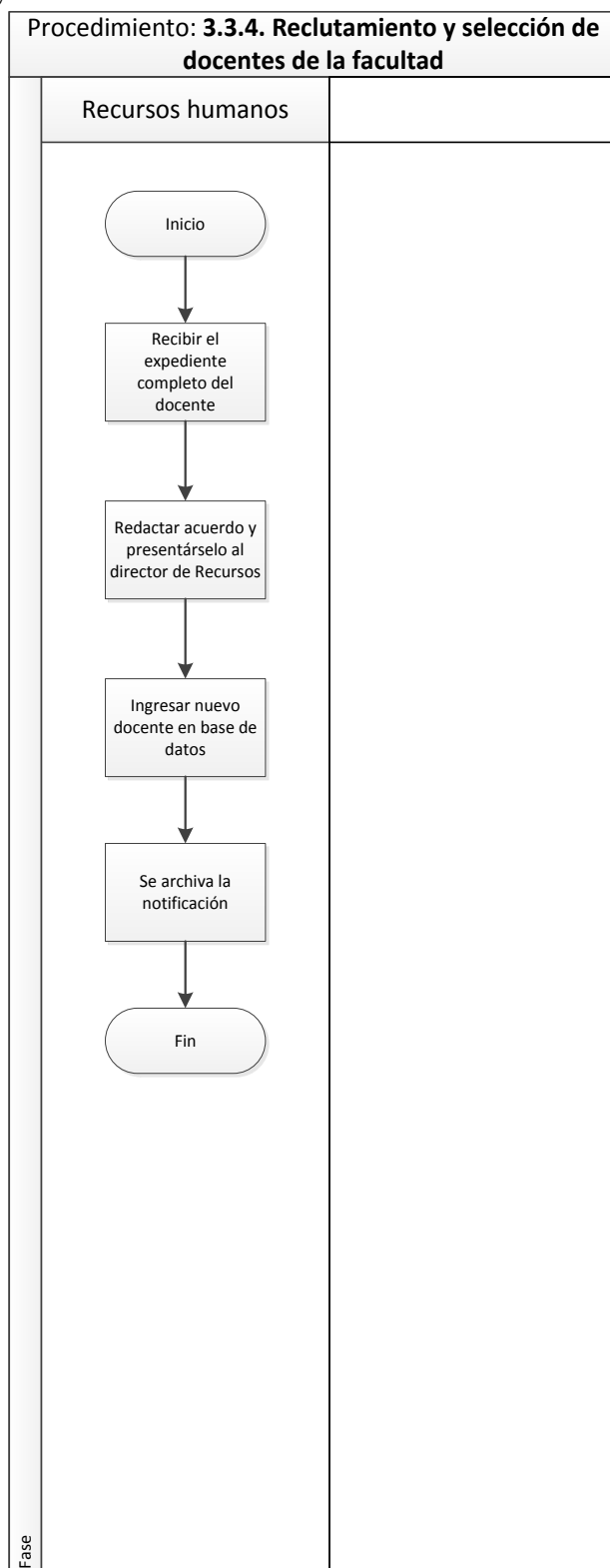
3.3.2. Actualización de base de datos del sistema de información de Recursos Humanos



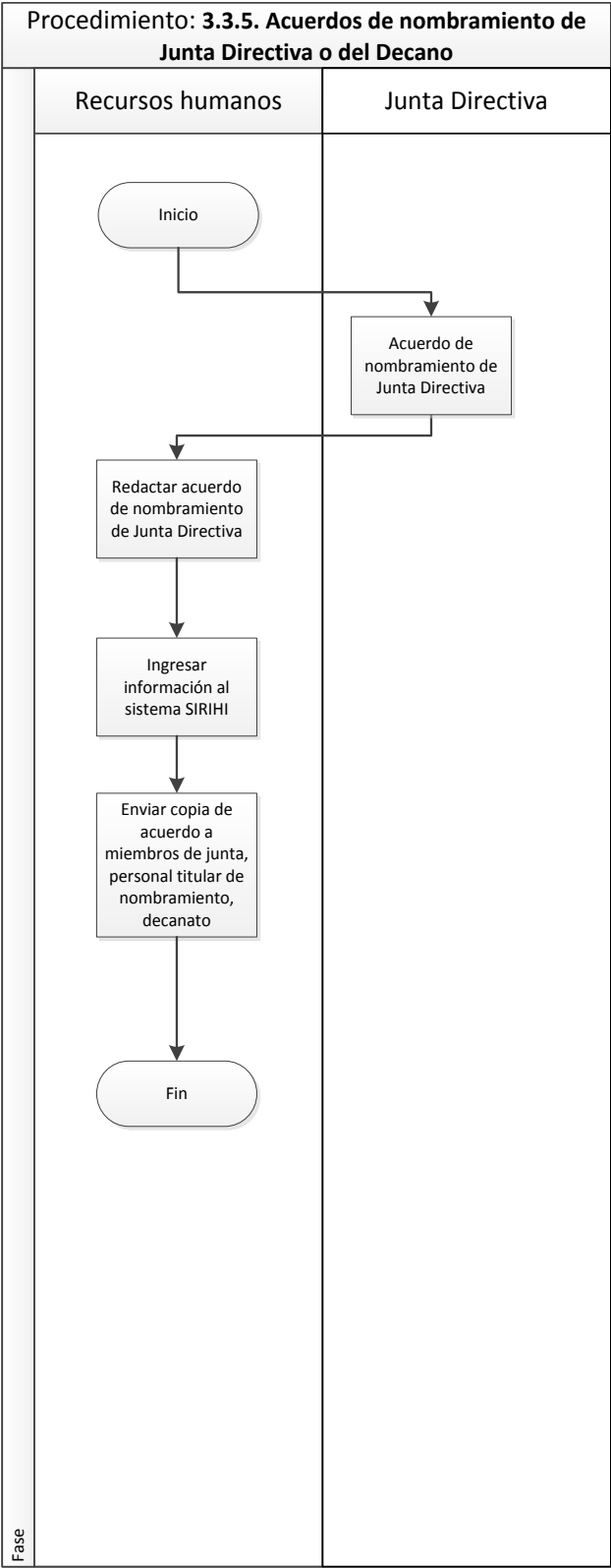
3.3.3. Elaboración de informes de asistencia y permisos del personal



3.3.4. Reclutamiento y selección de docentes de la facultad

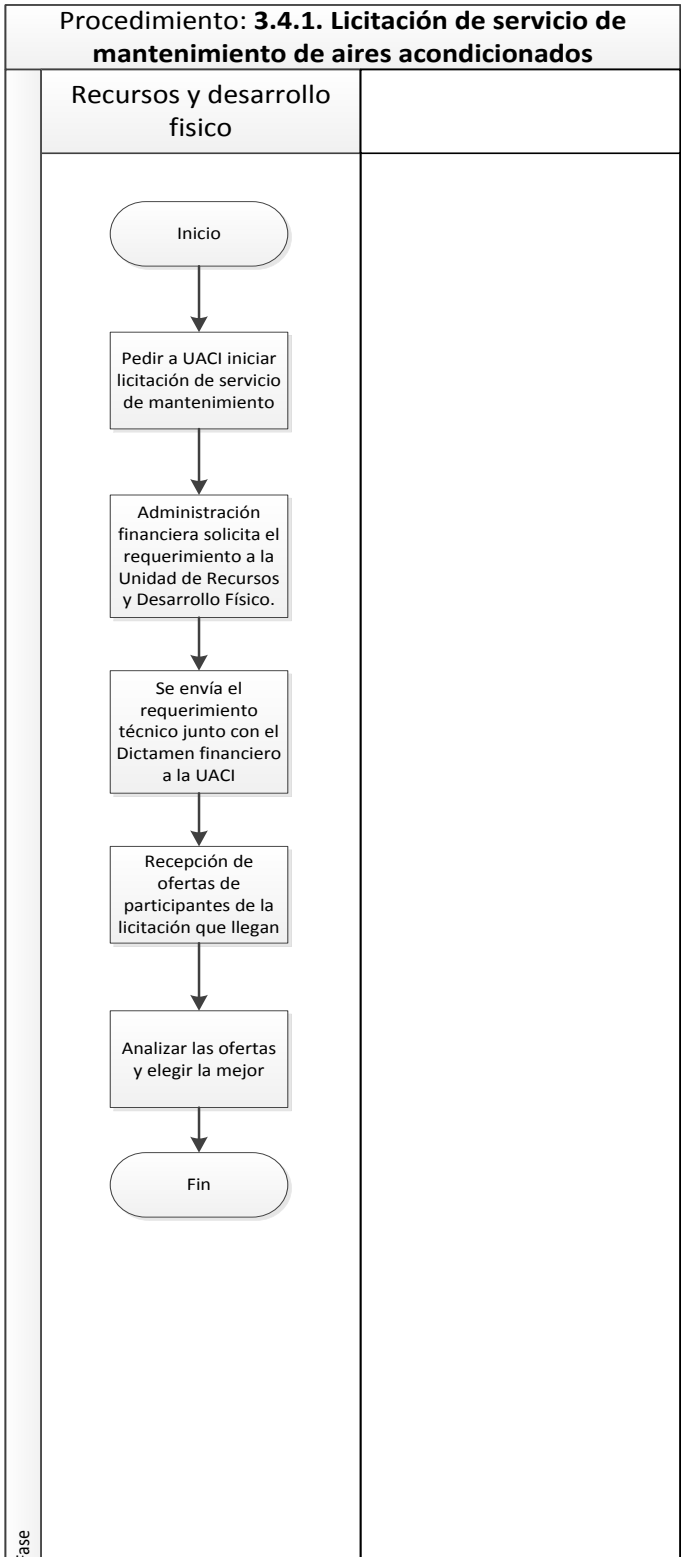


3.3.5. Acuerdos de nombramiento de Junta Directiva o del Decano

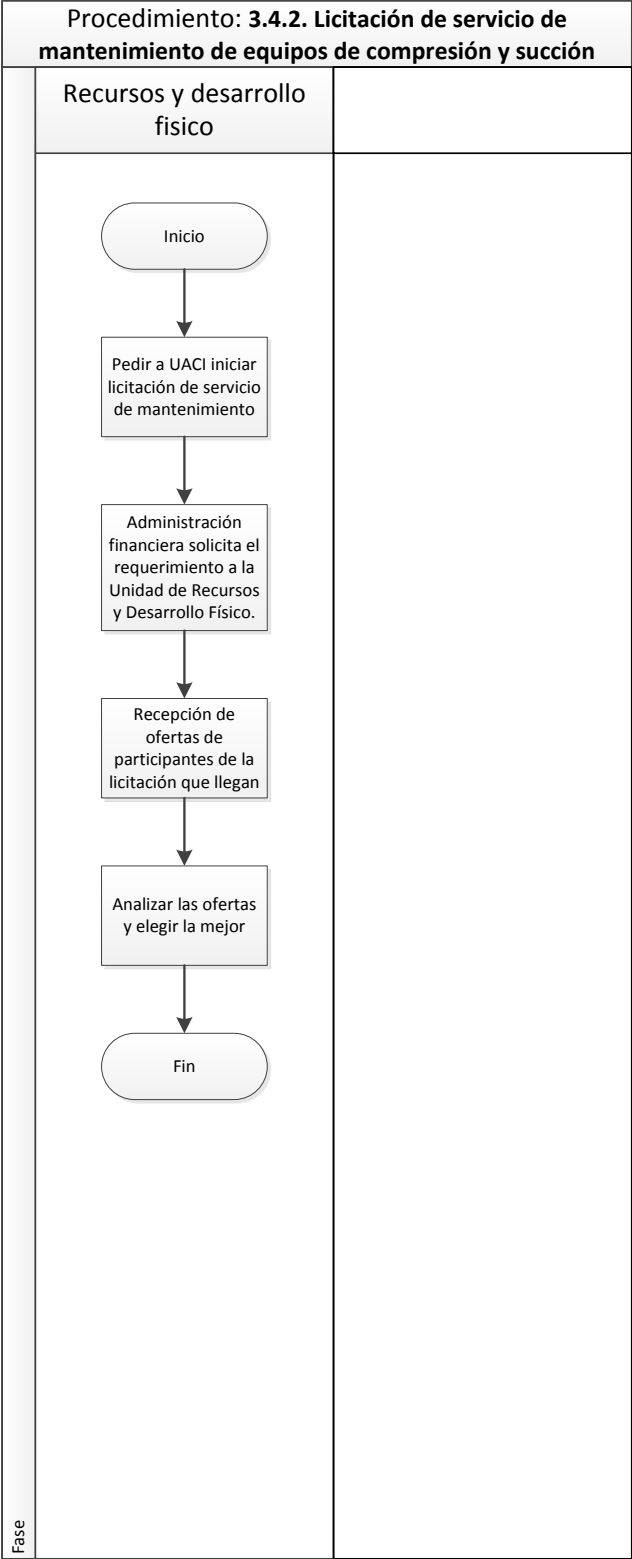


3.4. Licitación de Servicios de Mantenimiento

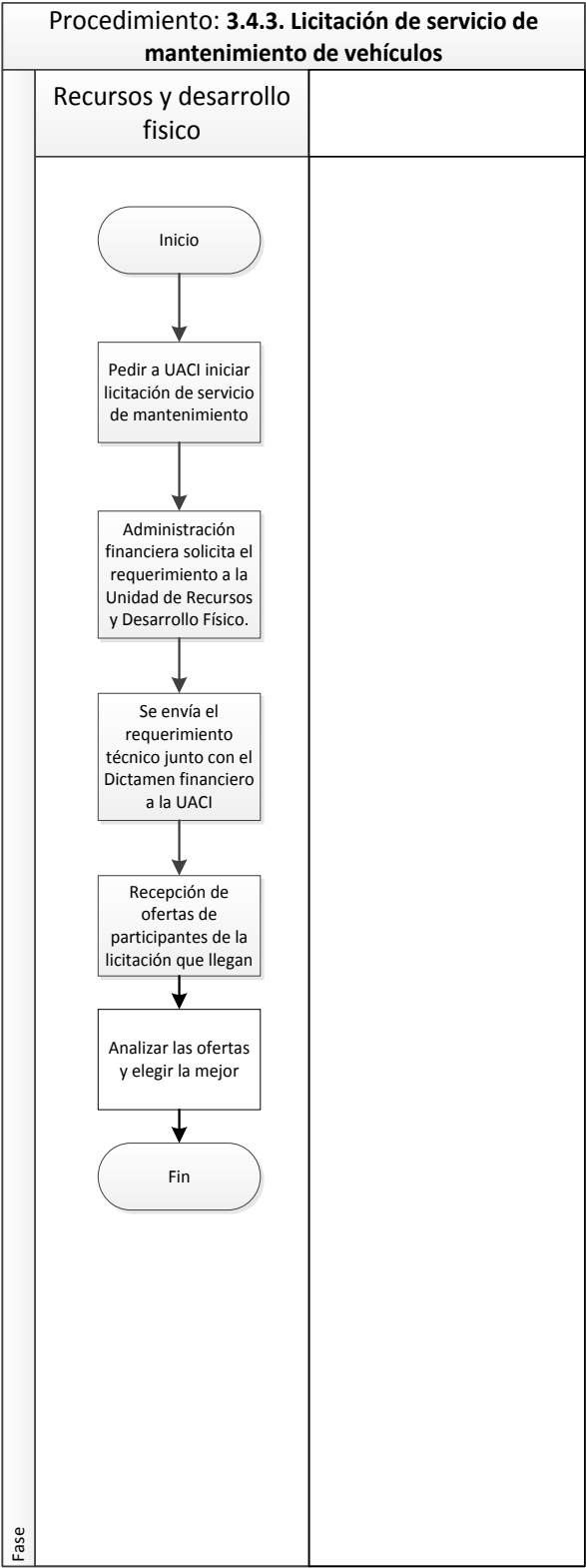
3.4.1. Licitación de servicio de mantenimiento de aires acondicionados



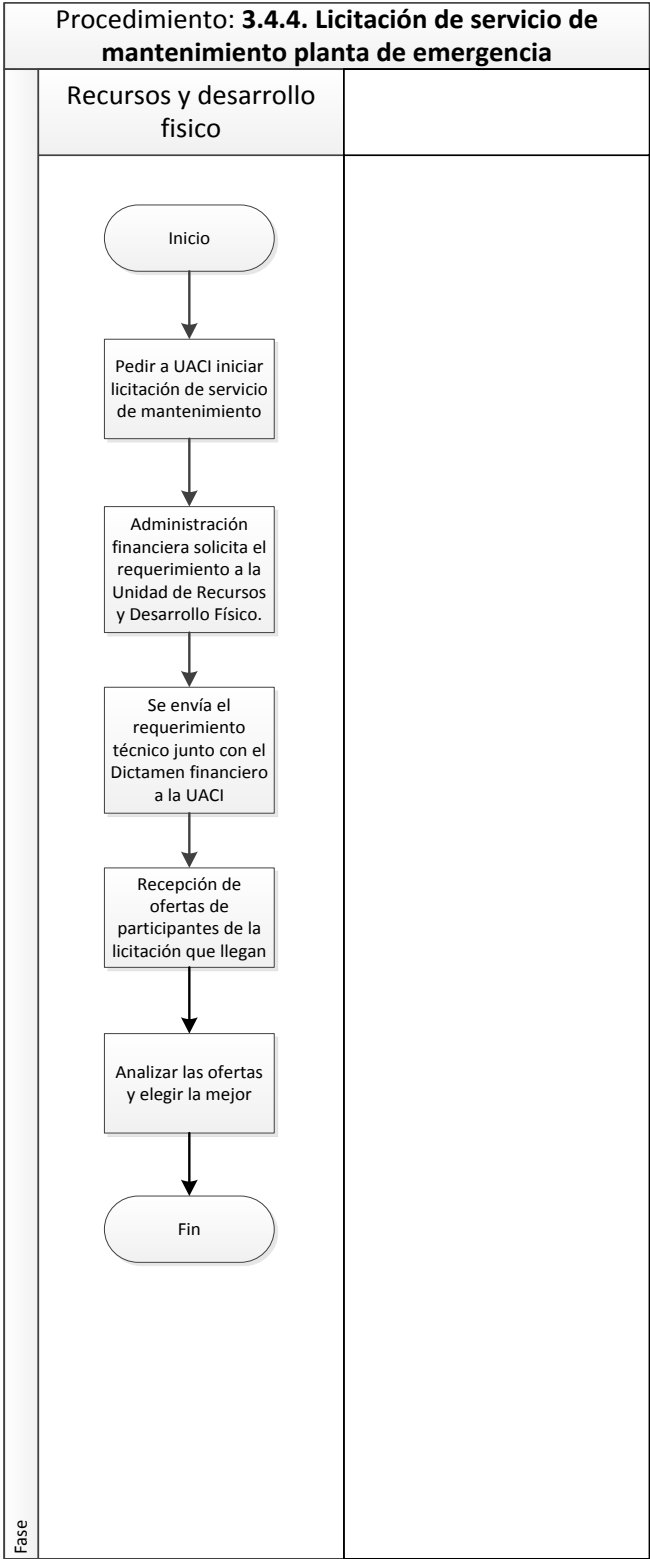
3.4.2. Licitación de servicio de mantenimiento de equipos de compresión y succión



3.4.3. Licitación de servicio de mantenimiento de vehículos

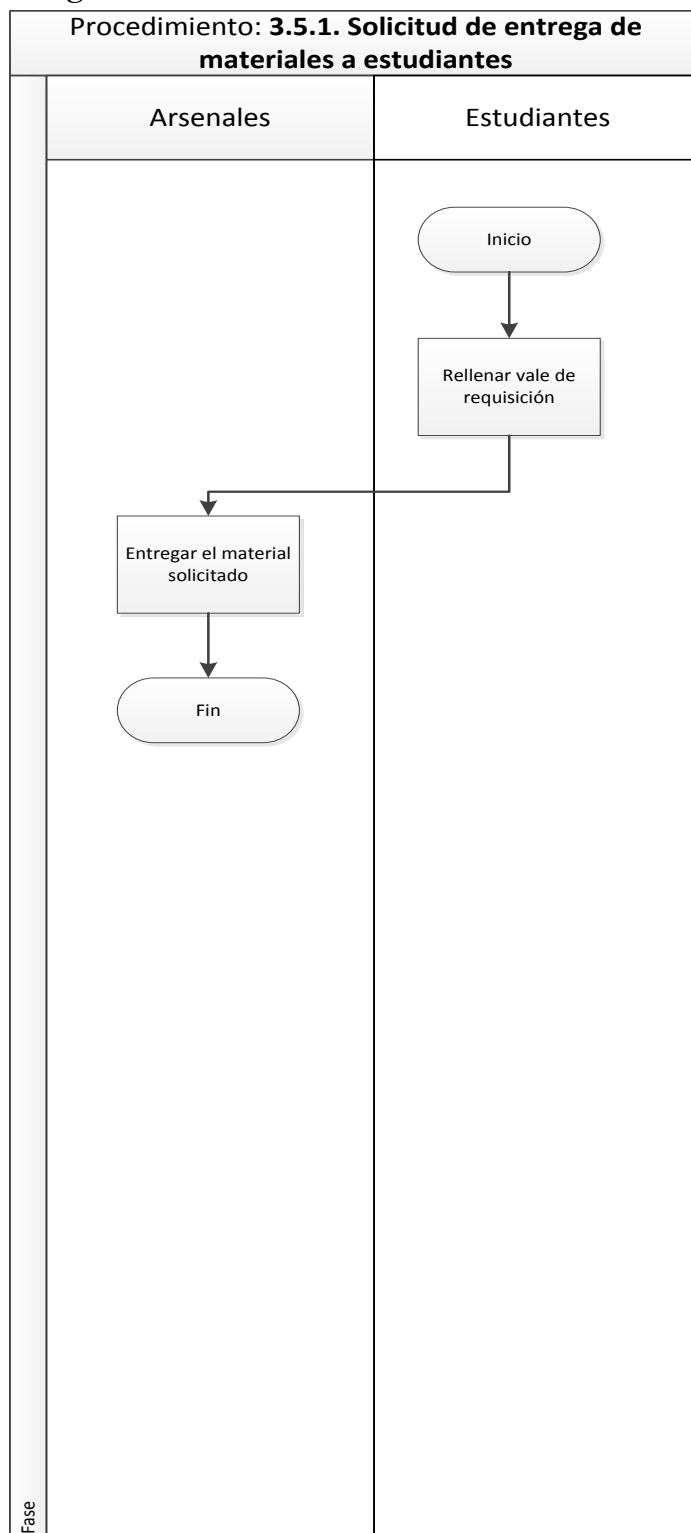


3.4.4. Licitación de servicio de mantenimiento planta de emergencia

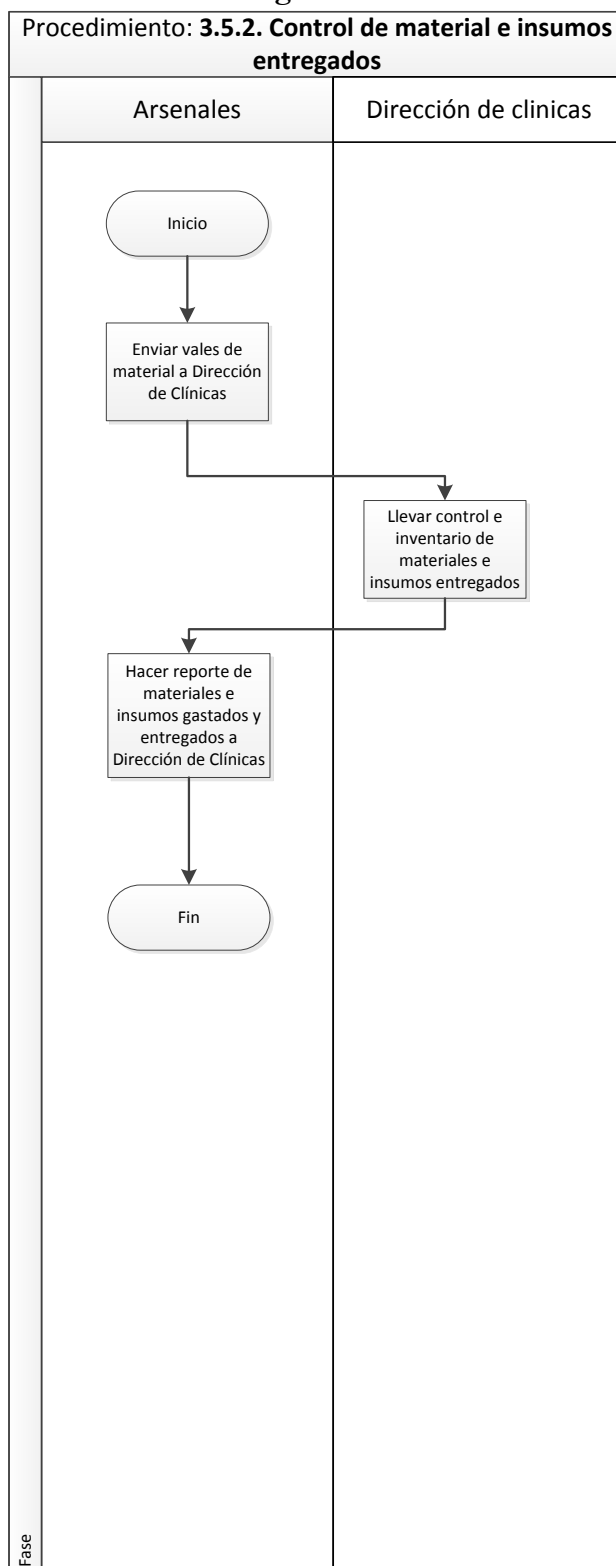


3.5. Inventario de Materiales (Arsenal para clínicas)

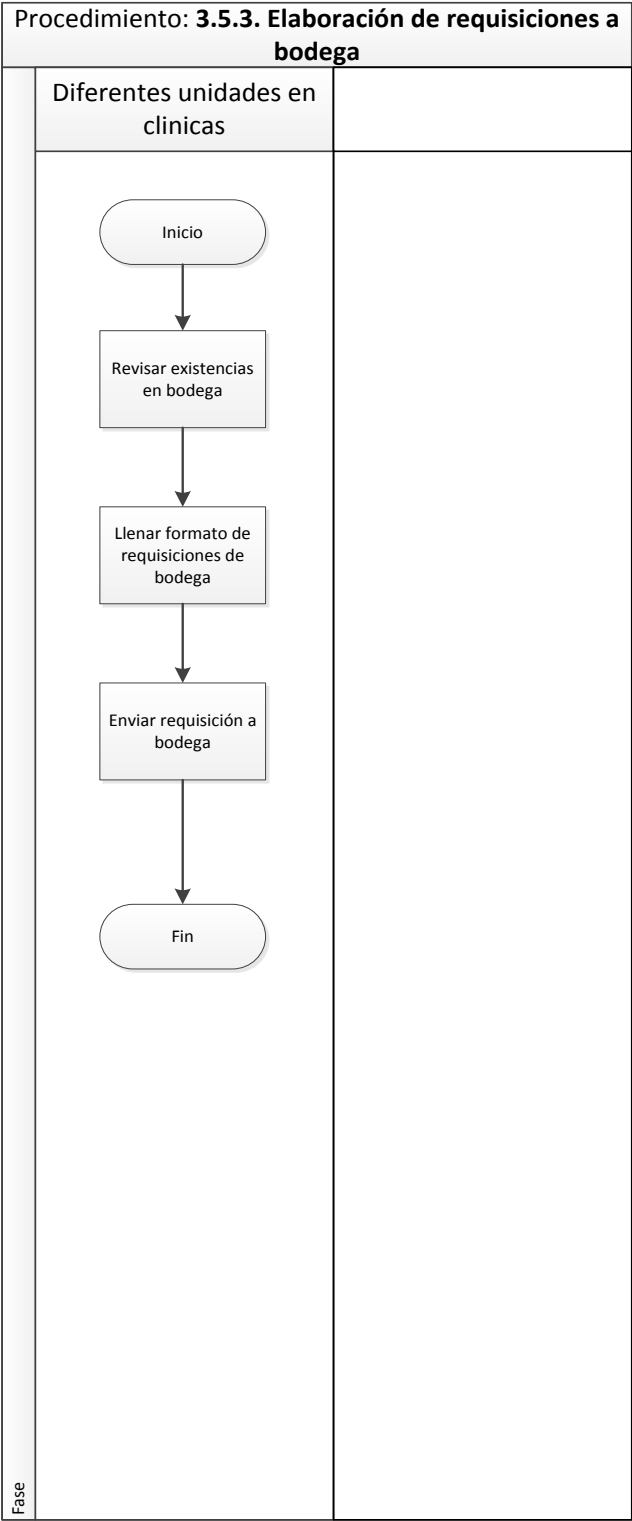
3.5.1. Solicitud de entrega de materiales a estudiantes



3.5.2. Control de material e insumos entregados

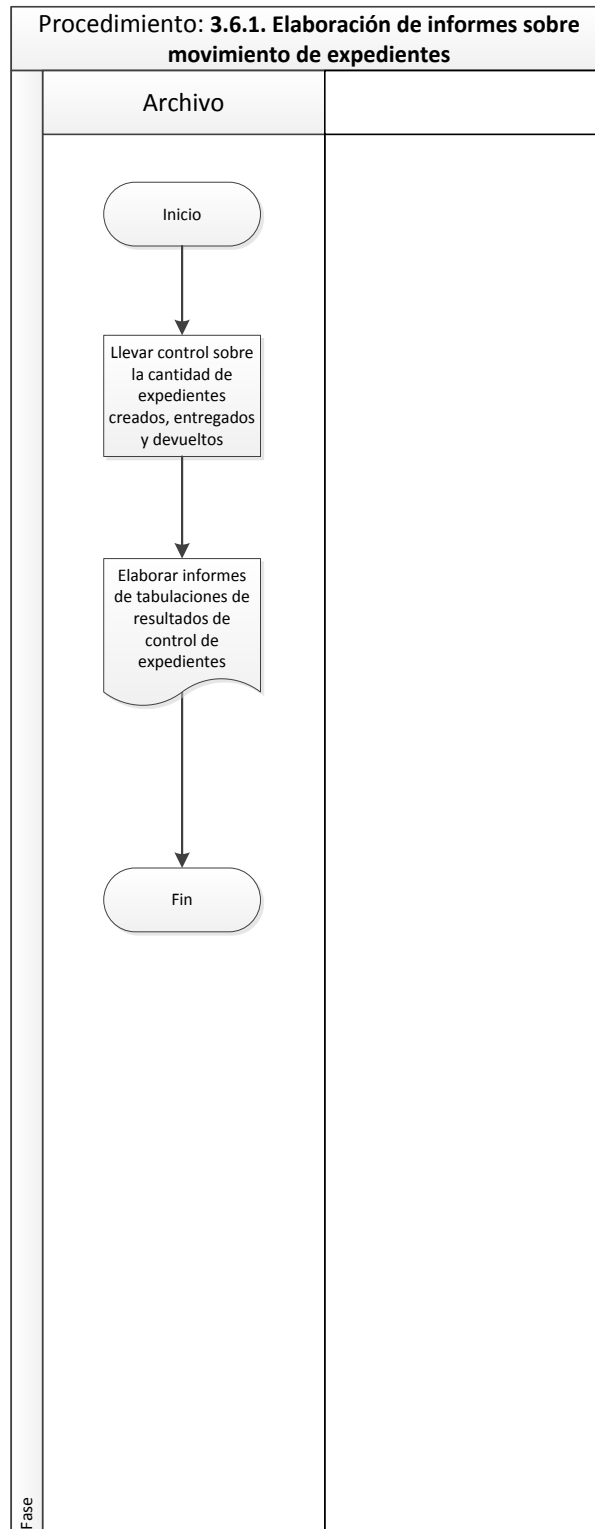


3.5.3. Elaboración de requisiciones a bodega

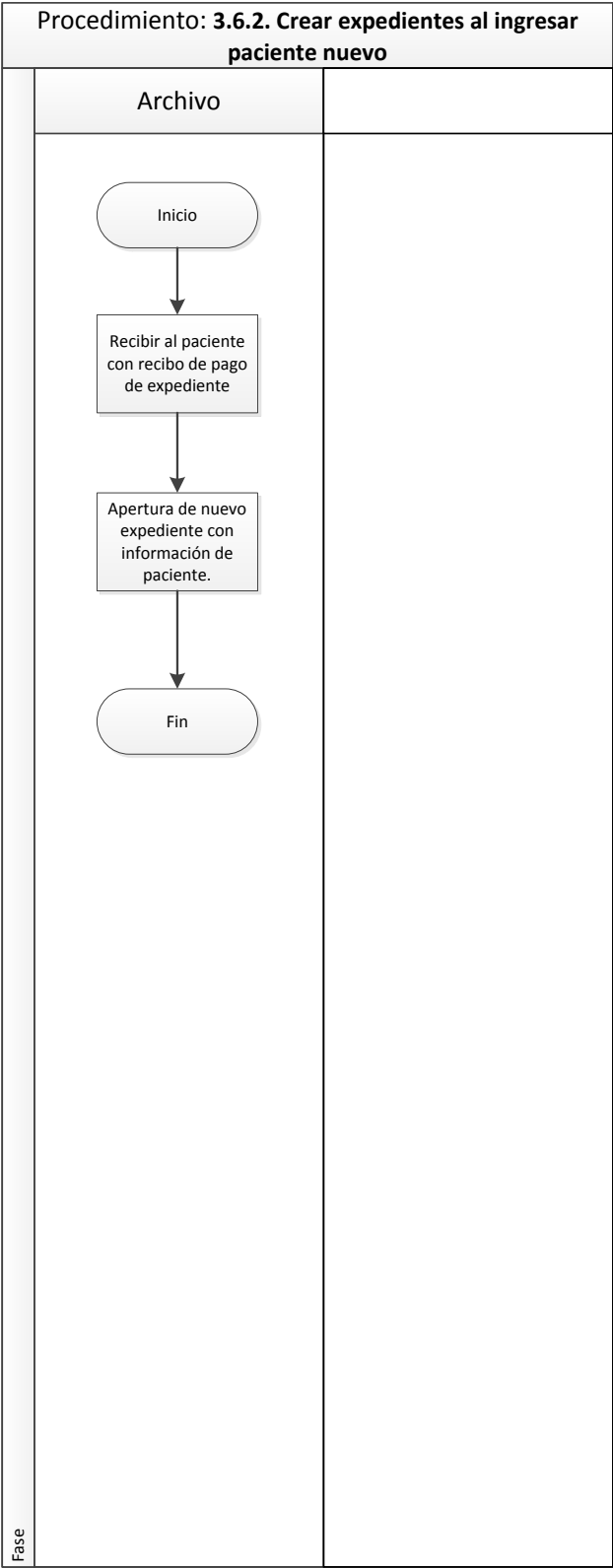


3.6. Control de Expedientes Clínicos

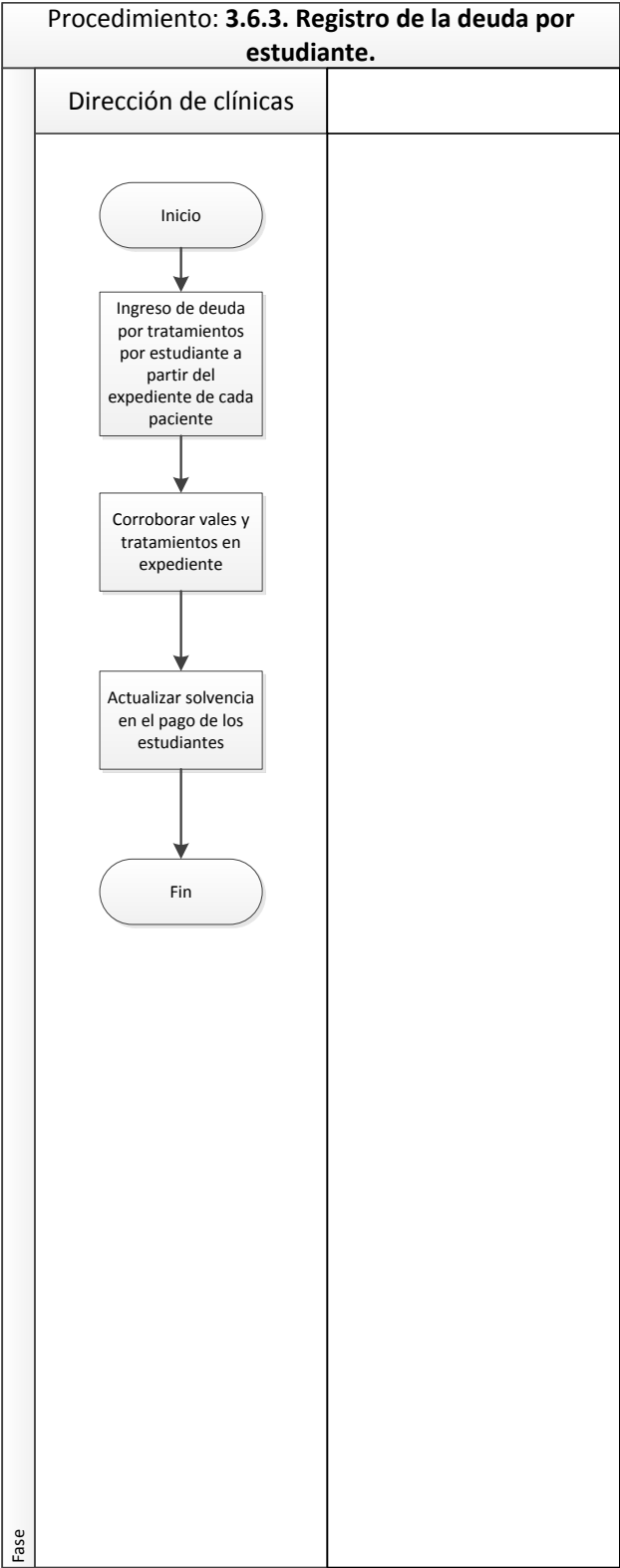
3.6.1. Elaboración de informes sobre movimiento de expedientes.



3.6.2. Crear expedientes al ingresar paciente nuevo



3.6.3. Registro de la deuda por estudiante.



1.6.4.1. Utilización final de Diagramas de Flujo de Proceso de FOUES

Estos diagramas de flujo de procesos serán utilizados por la Facultad de Odontología para:

- ❑ Conocer todos los pasos necesarios para cada procedimiento específico.
- ❑ Determinar claramente las responsabilidades para cada actividad.
- ❑ Conocer los documentos
- ❑ Se obtiene un conocimiento global y específico de cada proceso
- ❑ Será una herramienta útil para analizar los procesos, facilitando información sobre posibilidades de mejora del mismo:
 - Examinar cada símbolo de toma de decisión o de actividad de control
 - Examinar bucles de reproceso
 - Examinar cada símbolo de actividad
 - Examinar los símbolos de documentos o bases de datos
- ❑ Para guiar en el diseño del Sistema de Gestión de la Calidad y para la identificación de posibles focos de resistencia al cambio.
- ❑ Para identificar posibles puntos de mejora en los procedimientos actualmente establecidos.

1.7. ANÁLISIS, VALIDACIÓN Y DOCUMENTACIÓN DE LOS PROCESOS

1.7.1.1. Denominación Adecuada de los Procesos.

Plan de Mantenimiento de la Facultad

Mediante las alternativas propuestas a los responsables del proceso se logró realizar la denominación adecuada quedando de la siguiente manera: “Plan de Mantenimiento de Instalaciones y Equipos”

Dirección Estratégica de Clínicas

Mediante las alternativas propuestas a los responsables del proceso se logró realizar la denominación adecuada quedando de la siguiente manera: “Dirección de Clínicas Intramurales y Extramurales”

Control Presupuestario (PEP)

Mediante las alternativas propuestas a los responsables del proceso se logró realizar la denominación adecuada quedando de la siguiente manera: “Control Presupuestario”

Administración Financiera

Mediante las alternativas propuestas a los responsables del proceso se determinó que la denominación adecuada se mantuviera de la misma manera: “Administración Financiera”

Programaciones Clínicas

Mediante las alternativas propuestas a los responsables del proceso se logró realizar la denominación adecuada quedando de la siguiente manera: “Programaciones de Prácticas en Clínicas”

Atención a pacientes

Mediante las alternativas propuestas a los responsables del proceso se determinó que la denominación adecuada se mantuviera de la misma manera: “Atención a pacientes”

Educación Odontológica

Mediante las alternativas propuestas a los responsables del proceso se determinó que la denominación adecuada se mantuviera de la misma manera: “Educación Odontológica”

Control de Inventario

Mediante las alternativas propuestas a los responsables del proceso se logró realizar la denominación adecuada quedando de la siguiente manera: “Control de Inventario Bodega”

Compras Institucionales

Mediante las alternativas propuestas a los responsables del proceso se determinó que la denominación adecuada se mantuviera de la misma manera: “Compras Institucionales”

Control de Planillas

Mediante las alternativas propuestas a los responsables del proceso se determinó que la denominación adecuada se mantuviera de la misma manera: “Control de Planillas”.

Licitación de Servicios de Mantenimiento

Mediante las alternativas propuestas a los responsables del proceso se logró realizar la denominación adecuada quedando de la siguiente manera: “Licitación de ofertas de Mantenimiento de Equipos”

Inventario de Materiales (Arsenal para clínicas)

Mediante las alternativas propuestas a los responsables del proceso se logró realizar la denominación adecuada quedando de la siguiente manera: “Inventario de Arsenal para Clínicas”

Control de Expedientes Clínicos

Mediante las alternativas propuestas a los responsables del proceso se logró realizar la denominación adecuada quedando de la siguiente manera: “Control de Expedientes”

1.7.1.2. Determinación del alcance de los procesos

Plan de Mantenimiento de la Facultad

Para el proceso “Plan de Mantenimiento de la Facultad” se tiene definido lo siguiente:

Inicio: Recibir las transferencias internas recibidas.

Fin: Informe Técnico.

Dirección Estratégica de Clínicas

Para el proceso “**Dirección estratégica de Clínicas**” se tiene definido lo siguiente:

Inicio: Elaboración de políticas y estrategias.

Fin: Documento de Políticas y estrategias.

Control Presupuestario (PEP)

Para el proceso “**Control Presupuestario (PEP)**” se tiene definido lo siguiente:

Inicio: Solicitud de gastos realizados en mes.

Fin: Propuesta del presupuesto para el siguiente año.

Administración Financiera

Para el proceso **“Administración Financiera”** se tiene definido lo siguiente:

Inicio: Recepción de transferencias internas.

Fin: Informe anual de CEF.

Programaciones Clínicas

Para el procedimiento **“Programaciones Clínicas”** se tiene definido lo siguiente:

Inicio: Elaboración de proyección de papelería

Fin: Recepción de políticas y estrategias.

Atención a pacientes

Para el proceso **“Atención a pacientes”** se tiene definido lo siguiente:

Inicio: Recibir al paciente

Fin: Referir al paciente según su cita, su emergencia o edad.

Educación Odontológica

Para el procedimiento **“Educación Odontológica”** se tiene definido lo siguiente:

Inicio: Evaluación Diagnóstica.

Fin: Informe de cursos y estadísticas.

Control de Inventario

Para el proceso **“Control de Inventario”** se tiene definido lo siguiente:

Inicio: Recibir nota de remisión de la mercadería o equipo que proporcione el proveedor

Fin: Ingresar mercadería y/o equipo en el inventario de bodegas

Compras Institucionales

Para el proceso **“Compras Institucionales”** se tiene definido lo siguiente:

Inicio: El proveedor entrega el material a bodega

Fin: se emite el comprobante de crédito fiscal.

Control de Planillas

Para el proceso **“Elaboración de planillas** se tiene definido lo siguiente:

Inicio: ordenar la papelería para nómina.

Fin: cotejar la nómina con el pago en banco.

Licitación de Servicios de Mantenimiento

Para el proceso **“Licitación de Servicios de Mantenimiento”** se tiene definido lo siguiente:

Inicio: pedir a la UACI la licitación de los servicios de mantenimiento.

Fin: Analizar ofertas y seleccionar la mejor

Inventario de Materiales (Arsenal para clínicas)

Para el proceso **“Inventario de Materiales”** se tiene definido lo siguiente:

Inicio: Rellenar vale de requisición.

Fin: Realizar el reporte de insumos gastados y entregarlos a dirección de clínicas.

Control de Expedientes Clínicos

Para el proceso **“Control de expedientes clínicos”** se tiene definido lo siguiente:

Inicio: llevar el control sobre los expedientes creados, entregados y devueltos.

Fin: elaborar informes de tabulación de resultados.

1.8. Planificación del sistema de gestión de calidad

1.8.1. Elección del representante de la alta dirección

Uno de los requisitos de la norma ISO 9001 es la elección del representante de la alta dirección quien es el responsable del funcionamiento del sistema y de la mejora continua de este dentro de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador.

Este representante se recomienda sea la Directora de Planificación de la Facultad de Odontología, ante el comité técnico de implantación de Norma ISO 9001:2008.

1.8.2. Establecimiento de las funciones del representante de la alta dirección

Las funciones del representante de la alta dirección serán:

- Actuar como ente de enlace entre la alta dirección y el Sistema de Gestión de Calidad.
- Presidir las reuniones del comité de calidad.
- Asegurarse que se establezcan, implementen y mantengan los procesos de gestión de calidad propios del Sistema de Gestión de Calidad.
- Garantizar la toma de conciencia de los requisitos del usuario en todos los niveles de la organización.
- Coordinar los trabajos de planeación y del seguimiento del desempeño del Sistema de Gestión de Calidad a través del comité.
- Rendir informes de avance de la implantación del Sistema de Gestión de Calidad a la alta dirección.

1.8.3. Diseño de mecanismos y procedimientos de comunicación interna.

La necesidad de comunicación en una organización se ve reforzada cuando observamos las múltiples ventajas que se derivan de ella, tanto para la organización como para las personas:

- Los procesos de comunicación, desde una perspectiva sistémica, **permiten a la organización mantener la coordinación entre sus distintas partes** y alcanzar así su característica esencial: la de ser un sistema. La acción coordinada y el trabajo en equipo, frente al trabajo en solitario sin interacción cooperativa y coordinada, contribuirán a lograr los objetivos estratégicos.
- La comunicación es, además, un instrumento de cambio. El pensamiento estratégico lleva implícito un mensaje de cambio: la necesidad de adaptación al entorno cambiante en el que vive la organización. En este contexto, la comunicación interna **permite la introducción, difusión, aceptación e interiorización de los nuevos valores y pautas de gestión que acompañan el desarrollo organizacional.**
- Por otro lado, uno de los objetivos que toda organización persigue es que sus trabajadores estén motivados, identificados con los objetivos organizacionales. Los trabajadores a su vez necesitan estar informados para sentirse parte activa de la organización y que la participación reciba el adecuado reconocimiento. De este modo, la comunicación, al incrementar la posibilidad de participación, favorece las iniciativas y movilizar la creatividad, **se convierte en un factor de integración, motivación y desarrollo personal.**

Todo ello contribuirá a la mejora de la calidad de vida laboral y a la calidad servicio ofrecido por la FOUES, al aumento de la eficiencia y el incremento de la competitividad. Hay que recordar que, dada la competitividad del entorno, la organización no solo deberá competir en la calidad de los servicios que ofrezca, sino en la calidad de vida laboral que otorgue a sus activos humanos. **En la búsqueda de la Calidad Total, la comunicación aparece como un elemento fundamental de partida**, haciéndose cada vez más necesaria la planificación de los medios de comunicación y el uso adecuado en las estrategias de comunicación, de tal modo que condicionen una óptima eficacia de los mensajes.

La buena gestión de la comunicación interna debe alcanzar **un objetivo básico: cubrir las necesidades de comunicación que presentan los individuos o grupos que conforman la organización**. Y en este sentido la comunicación es tan importante para los empleados como para la dirección.

1.8.3.1. Fases Del Plan De Comunicación Interna.

La mejora de los procesos de comunicación interna exige la elaboración de un plan estratégico de comunicación insertado en la cultura de la organización que permita a través de los medios y soportes adecuados cubrir las necesidades de comunicación que presentan los individuos y grupos que componen la FOUES.

Esta estrategia de comunicación pasa necesariamente por varias etapas:

1. El primer paso, la condición inexcusable, es conseguir un firme **compromiso de la alta dirección**. Sin el apoyo o con un apoyo insuficiente desde la cúpula directiva es imposible la introducción de cualquier tipo de cambio en la organización.
2. Realización de un **diagnóstico de la situación de comunicación** en la FOUES. Los planes de comunicación deben basarse en una auditoría de comunicación y no en la intuición o en los gustos del equipo directivo. La auditoría deben detectar los flujos de comunicación, cuáles son sus puntos débiles y dónde se producen los problemas, conocer las necesidades y expectativas de las personas implicadas con el nuevo plan de comunicación y proyectar una visión del estado de futuro deseable para la empresa.
3. **Diseño del Plan:** definición de objetivos, selección de medios, planificación de acciones, temporalización, establecimiento de mecanismos y procedimientos para el seguimiento durante y al final de la implementación. Para una elección adecuada de los medios conviene tener en cuenta la finalidad que se trata de conseguir con el mensaje comunicado (motivar o integrar, transmitir cuestiones relativas al trabajo, informar, etc.) y el tipo de información que se desea comunicar (hechos objetivos, sentimientos, temas controvertidos o delicados). Ahora bien, la puesta en marcha

de estos soportes no asegura la eficacia de los flujos comunicativos si no se aporta simultáneamente el cambio de valores y cultura organizativa. Por ello, el siguiente punto es esencial en el plan de comunicación.

- 4. Estrategia de comunicación, sensibilización y negociación.** Es necesario sensibilizar, mentalizar y formar en comunicación a los empleados de todos los niveles para que tomen conciencia de su importancia. Hemos podido observar que muchos de los problemas de comunicación interna son de carácter actitudinal, es decir, de predisposición para interrelacionarse. La difusión del proyecto de implementación del Sistema de Gestión de Calidad a toda la FOUES, buscando y alcanzando el cambio actitudinal y el compromiso de los distintos actores implicados es una condición imprescindible para el éxito del mismo.
- 5. Implantación y seguimiento.** La implantación debe ir acompañada de un sistema de seguimiento y retroalimentación constante (mediante cuestionarios de clima laboral y entrevistas con los responsables) para identificar las desviaciones a los objetivos y sus causas y poder diseñar acciones correctivas.

1.8.4. Formación de comité de calidad

La integración del comité de calidad es una estrategia de trabajo de la alta dirección que permitirá la participación e involucramiento del personal de los procesos claves dentro de la FOUES, esto es esencial ya que el comité de calidad, es el pilar principal para lograr la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad.

Para su integración se convocará por parte de la Junta Directiva a una reunión con el Decanato y los Jefes de Departamento, incluyendo también a tres docentes.

1.8.5. Funciones de los miembros del comité de calidad

- Revisar a intervalos definidos el sistema de calidad.
- Enfocar energía en la aportación de ideas para solucionar los problemas.
- Planear la implementación del sistema y verificar que cada una de las actividades planeadas se ejecuten en tiempo y forma.
- Fomentar la participación y modelar a los integrantes del equipo de mejora cumpliendo con sus compromisos del plan.
- Documentar y difundir los documentos del sistema de calidad de acuerdo con su área de responsabilidad.
- Asegurar la implantación de éstos.
- Definir acciones correctivas y preventivas.
- Comunicar avances a la coordinación.
- Identificar áreas de oportunidad.
- Retroalimentar el desempeño de sus colaboradores.
- Capacitar al personal de su área en ISO 9001.
- Comunicar a los alumnos el concepto de ISO 9001
- Definir las acciones que resuelvan las no conformidades de las auditorías.
- Elaborar bitácoras o minutas de las sesiones.
- Definir el alcance que tendrá el sistema de calidad.
- Participar en la sensibilización del personal a su cargo.
- Participar en reuniones del Comité de Calidad programadas y extraordinarias.
- Velar por el cumplimiento de los aspectos estratégicos de los Sistemas de Calidad.

- Comunicar y motivar al interior de su Dirección la implantación del Sistema de Calidad, así como difundir la política y objetivos de calidad definidos.
- Informar al representante de la Alta Dirección sobre el funcionamiento del Sistema de gestión de calidad de la unidad a su cargo.
- Proponer mejoras para el desempeño de los procesos.
- Velar y apoyar el desarrollo adecuado del proceso de mejora continua.
- Gestionar los recursos necesarios para alcanzar los objetivos de calidad.
- Crear y mantener un ambiente interno adecuado de trabajo.

1.8.6. Estructura del Comité de Calidad

Tomando en cuenta las habilidades, conocimientos y capacidad de mando para la toma de decisiones, el Comité de Calidad quedará integrado de la siguiente manera:

Presidente del Comité, como tal fungirá el Decano de la Facultad de Odontología, líder del proyecto.

La Directora de Planificación fungirá como **Coordinadora de Calidad**, fungirá además como representante de la dirección. El coordinador de calidad será el enlace directo entre el Comité de Calidad y la Junta Directiva. Deberá coordinar la implementación del sistema y su monitoreo constante, además de implementar las auditorías internas. Debe tener las características de liderazgo, paciencia, tenacidad, experiencia, visión, tener sentido común, intuición, capacidad de resistencia y siempre debe predicar con el ejemplo.

La coordinadora de calidad, tendrá a su vez dos asesores que le apoyarán que estarán apoyándole y coordinando las actividades del comité y realizando trabajos de supervisión y asesoría a las áreas que lo requieran.

La Jefe de Administración Financiera fungirá como **Coordinadora de Mejora**, se eligió debido a que cuenta con el perfil requerido, sabe trabajar en equipo, tiene conocimiento de las herramientas estadísticas y facilidad de comunicación que le permite proponer y dar posibles soluciones de cualquier problema.

El coordinador de mejora es responsable de dar seguimiento a las acciones preventivas y correctivas, así como las acciones de mejora, llevará el control en la lista maestra de acciones preventivas y correctivas.

El **Controlador de los Documentos** es fundamental en el desarrollo de este proyecto ya que la norma establece que se debe tener un control en los documentos y registros generados, en él recae la responsabilidad de que los documentos vigentes y autorizados sean correctamente difundidos y distribuidos, su trabajo inicia desde que se otorgan los códigos para la generación de nuevos documentos o el registro de revisiones realizadas a los ya registrados en la lista maestra de control de

documentos y registros. Se determinó que fuera la Jefe de Recursos Humanos quien fungiera como Controladora de documentos.

El Comité de calidad, quedó formalmente integrado por el Decano, el coordinador de calidad y su personal de apoyo, el coordinador de mejora y el controlador de documentos, pero cabe hacer mención que todo el personal que intervenga directa o indirectamente en el desarrollo de un proceso, se integrará al comité como dueño de su proceso.

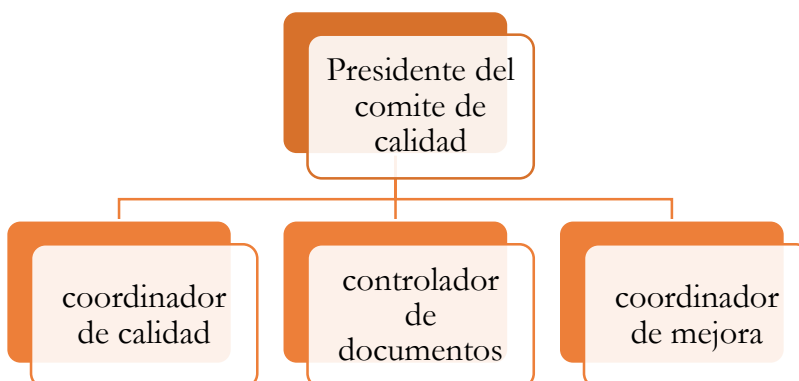
Los **dueños de los procesos** elaborarán el programa de documentación y los procedimientos para las actividades que se realicen en sus departamentos; además realizarán auditorías internas a otros departamentos e implementarán acciones preventivas y/o correctivas.

Los **auditores internos** se elegirán después de que la etapa de documentación de procedimientos haya sido concluida y en base a la acreditación de un curso de capacitación para la formación de auditores internos.

Función dentro del comité	Puesto en la FOUES
Presidente del comité	Decano
Coordinador de calidad	Directora de planificación
Controlador de documentos	Jefe de recursos humanos

ESTRUCTURA DEL COMITÉ DE CALIDAD

Para la implantación del SGC la estructura del comité de calidad se inserta luego de las capacitaciones.



1.8.7. Guía de conformación del comité de calidad

1. Identificación y convocatoria de los integrantes del Comité de Calidad

- Identificación, contacto e información a las unidades involucradas con el Sistema de Gestión de Calidad.
- Convocatoria formal a los integrantes del Comité de Calidad.

2. Constitución del Comité de Calidad

- En la fecha y lugar programados se reunirán los integrantes del Comité de Calidad y Junta Directiva de la FOUES para la firma del acta de constitución suscrita por todos los miembros.
- **Llenado de documentos:** la declaración jurada y registro de la ficha de datos personales.

3. Verificación de datos del Comité de Calidad

- Junta Directiva revisará la documentación y verificará los datos, de ser el caso solicitará subsanación.
- Junta Directiva emite la resolución directoral reconociendo al Comité de Calidad.

4. Reconocimiento del Comité de Calidad

- Se comunica a los integrantes del Comité de Calidad su reconocimiento y se convoca a la primera sesión donde se les informa de sus funciones, normas de operación, estructura, etc.
- Firma del acta de reconocimiento y primer sesión.

1.8.8. Normas De Operación del Comité de Calidad

1.8.8.1. Aprobaciones

1. Anualmente se aprobará el calendario de sesiones del Comité.
2. Cada uno de los integrantes del Comité asumirá la responsabilidad de cumplir con los acuerdos aprobados en las sesiones, aun cuando no asista a las mismas.
3. El presidente tendrá voto de calidad en caso de empate.

1.8.8.2. Registros

1. Por cada sesión se levantará una minuta que será firmada por cada uno de los asistentes a la reunión.
2. De los asuntos tratados se formularán los acuerdos correspondientes.
3. Las minutas y los documentos que se generen en el Comité para la Calidad serán conservados y resguardados, en papel y electrónico para control y consulta, por la Coordinadora de Documentos.

1.8.8.3. De las Sesiones

1. Los integrantes del Comité para la Calidad estarán obligados a participar en todas las reuniones programadas y extraordinarias del mismo.
2. Las reuniones ordinarias se efectuarán bimestralmente.
3. Se realizarán sesiones extraordinarias a petición del Presidente del Comité para la Calidad.
4. En la convocatoria de cada sesión, se integrará el orden del día, junto con los documentos correspondientes a cada sesión, los cuales se harán llegar a los integrantes del Comité con un mínimo a 72 horas de anticipación a la realización de la sesión, pudiendo remitirse en forma impresa o a través de medios electrónicos.
5. Los integrantes del Comité para la Calidad deberán confirmar su asistencia a las sesiones por cualquier vía a la Coordinadora de Calidad.
6. Las sesiones del Comité para la Calidad darán inicio a la hora indicada y con una duración no mayor a sesenta minutos.
7. Se entenderá que existe quórum suficiente cuando asistan el Presidente y/o Coordinadora de Calidad, Coordinadora de Mejora, Coordinadora de Documentos.
8. En cada sesión se emitirá voto por cada uno de los asuntos tratados que ameriten aprobación en el desarrollo de la reunión.
9. Cuando por motivos inherentes a las actividades de la FOUES no se pueda realizar la sesión convocada, la reunión deberá reanudarse en un plazo no mayor de cinco días hábiles.
10. La orden del día para las sesiones de Comité de Calidad, incluirá de ser solicitado, asuntos propuestos por alguno de sus integrantes.

1.9. SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD.

1.9.1. Definición del Sistema de Gestión de Calidad.

Es la manera cómo la organización dirige y controla las actividades de su negocio que están asociadas con la calidad. Se debe hacer un sistema NO sólo para certificación, se debe preguntar qué aspectos de la organización están asociados con la calidad.

Este sistema comprende la estructura organizacional, conjuntamente con la planificación, los procesos, los recursos, los documentos que necesitamos para alcanzar los objetivos de la organización para proveer mejoramiento de servicios y para cumplir los requerimientos de los clientes.

Es importante que este sistema, no resulte en una burocracia excesiva o en exceso de papelería, tampoco debería impedir la flexibilidad de la organización.

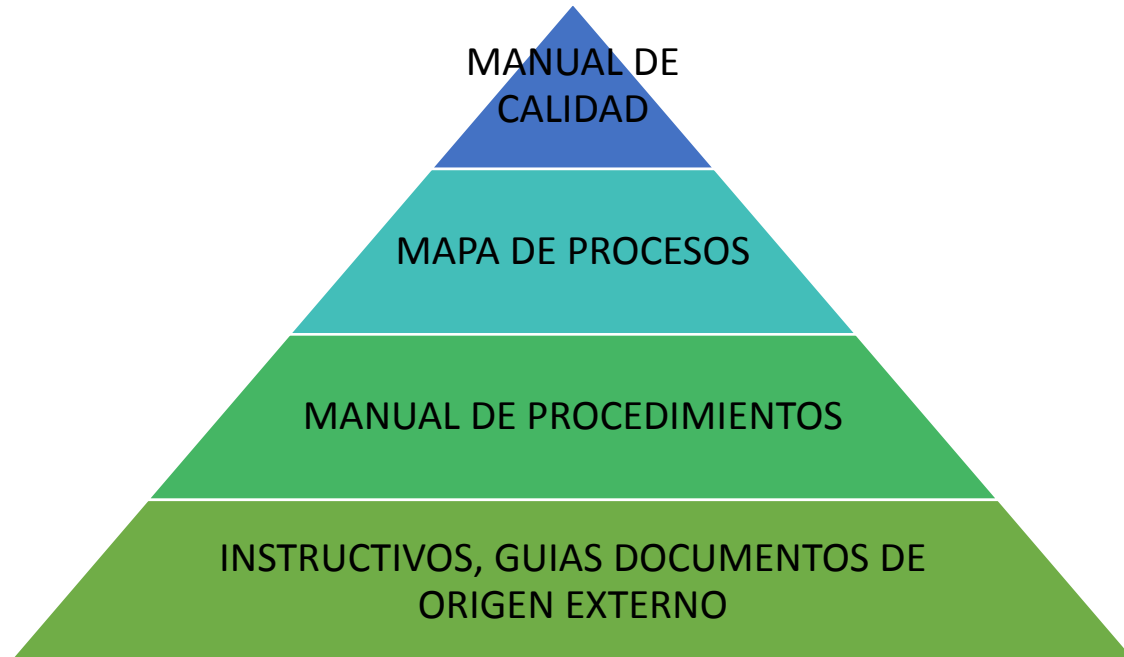
Todas las organizaciones ya tienen una estructura de gestión y esta debería ser la base en la que el SGC es construido. Muchas veces se puede encontrar que ya se cumplió con los requerimientos de los estándares pero que no se sabía que ya se hacía.

Se debe aplicar un SGC para:

- El mejoramiento del rendimiento de la organización, de la productividad.
- Enfrentar más claramente a los objetivos de la organización y a las expectativas de los clientes.
- Alcanzar y mantener la calidad de los servicios.
- Mejorar la satisfacción del cliente.
- Tener confianza que la calidad está siendo alcanzada y mantenida.
- Proveer evidencia a los clientes actuales y potenciales de que la organización está haciendo bien las cosas.
- Finalmente recordar que es una premisa FUNDAMENTAL, debería ser una decisión estratégica de la organización.

1.9.2. Esquema del diseño del SGC basado en la Norma ISO 9001:2008

El esquema del alcance del Sistema de Gestión de Calidad se resume de la siguiente manera:



Procedimientos obligatorios:

- Control de documentos (manuales, formatos, etc.)
- Control de registros(formatos llenos)

- Auditorías internas del sistema de gestión
- Control del producto no conforme (comparados y servicios brindados)
- Acciones correctivas
- Acciones preventivas.

Registros obligatorios para la norma:

- Información de entrada para la revisión del sistema de gestión de calidad (resultados de auditorías, procesos, procedimientos) (5.6.1).
- Registros de educación y formación del personal (registros, planes, calendarización) (6.2.2 e).
- Registro del cumplimiento de los procesos con respecto a los requisitos (indicadores) (7.1).
- Registros de los resultados de las revisiones y las acciones de las revisiones.(7.2.2).
- Registros de los elementos de entrada para el diseño y desarrollo de los servicios (7.3.2 a. d.).
- Registro de las revisiones del diseño y desarrollo (7.3.4).
- Registros de la verificación (7.3.5).
- Registros sobre la validación del diseño y desarrollo (7.3.6).
- Control de cambios del diseño y desarrollo (7.3.7).
- Registro de evaluación de los proveedores (7.4.1).
- Validación de los procesos de producción y prestación del servicio (7.5.2 d).
- Identificación y trazabilidad de los productos, materiales y equipos (7.5.3).
- Registros de la propiedad del cliente (7.5.4).
- Registros de calibración de equipos y planes de mantenimiento anuales. (7.6 a.).
- Registro de auditorías (8.2.2).
- Seguimiento y medición de los servicios (8.2.4).
- Registros del control de producto no conforme(8.3).

1.9.3. Definición del Alcance del Sistema de Gestión de la Calidad.

El alcance del SGC no necesariamente incluye todos los procesos, servicios, instalaciones, departamentos de la organización. El alcance del SGC debe estar basado en la naturaleza de los servicios de la Facultad de Odontología y sus procesos de realización, el resultado de una evaluación de riesgo, consideraciones comerciales, y requisitos contractuales y reglamentarios.

Aunque la norma ISO 9001 es genérica, y aplicable a todas las organizaciones (sin importar el tipo, tamaño y categoría de producto), bajo ciertas circunstancias, una organización pudiera excluir el cumplimiento con algunos requisitos específicos de la norma ISO 9001 (de la cláusula 7), y le es permitido declarar conformidad con la norma. Esto es porque se ha reconocido que no todos los requisitos en esta cláusula de la norma son relevantes para todas las organizaciones. La misma norma ISO 9001 permite estas exclusiones a través de la cláusula 1.2 “Aplicación”.

Consecuentemente, el alcance de la certificación abarca el alcance del SGC, así como cualquier requisito de la norma ISO 9001 excluido según lo descrito.

Ya que los términos alcance del SGC y alcance de la certificación frecuentemente se usan indistintamente, esto puede llevar a una confusión cuando un cliente o usuario final está tratando de identificar que partes de una organización ha sido certificada en ISO 9001, que líneas de productos o procesos están cubiertos por el SGC, o que requisitos de la norma ISO 9001 han sido excluidos.

Para disipar ese tipo de confusión y para permitir la identificación de que ha sido certificado, el alcance de la certificación debe claramente definir:

- El alcance del SGC (incluyendo detalles de las líneas de producto y sus instalaciones, departamentos, divisiones, etc., relacionados que están cubiertos por el).
- Los principales procesos de la organización para las actividades de prestación del servicio
- Cualquier requisito de la norma ISO 9001 que haya sido excluido (debe resaltarse que el alcance de la certificación no es lo mismo que el certificado que se otorga a la organización después de haber demostrado exitosamente su conformidad con la norma ISO 9001. El certificado normalmente incluirá una descripción sintetizada del alcance de la certificación, pero no los detalles de los requisitos de la 9001 que hayan sido excluidos; sin embargo, este pudiera incluir una nota para referir al hecho de que las exclusiones están detalladas en el manual de calidad de la organización.)

1.9.4. Identificación de los procedimientos del SGC

Los procedimientos necesarios para el eficaz funcionamiento de un sistema de gestión de la calidad se detallan a lo largo del desarrollo de la norma ISO 9001: 2008, en los siguientes apartados que son:

Tabla 31 procedimientos obligatorios de la norma ISO 9001:2008

Apartado de la norma	Procedimiento de norma
4.2.3 control de los documentos	Control de documentos (manuales, formatos, etc.
4.2.4 control de los registros	Control de los registros
8.2.2 auditoría interna	Auditoría del SCG
8.3 control de no conformidades	Control de no conformidades
8.5.2 Acción correctiva	Acción correctiva
8.5.3 Acción preventiva	Acción preventiva

1.9.5. Documentación de los Procedimientos necesarios para el SGC

La documentación procedimientos concernientes al SCG se detalla a continuación:

MANEJO DE NO CONFORMIDADES

Objetivo

Establecer la metodología para identificar y controlar las no conformidades del sistema de gestión de calidad.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

1. Identificación y registro de la no conformidad
2. Análisis de causa raíz
3. Eliminación de la causa raíz
4. Registro de la propuesta para la eliminación de la causa raíz.

5. Verificación de la eficacia de la acción correctiva
6. Registro de verificación y seguimiento de la solución.

AUDITORIAS INTERNAS

Objetivo

Establecer la metodología para realizar las auditorías internas del sistema de gestión de calidad con el fin de determinar la eficacia del mismo.

Descripción del procedimiento

1. Calendarización de la auditoria del sistema de gestión de calidad
2. Notificación a los responsables del proceso a auditar
3. Revisión de la documentación relacionada a los procesos a auditar
4. Revisión de los registros de auditorías anteriores
5. Elaboración del listado de preguntas para auditar
6. Elaboración de observaciones y registro de las mismas
7. Elaboración y registro de las no conformidades de ser encontradas
8. Elaboración de informe de auditoria

CONTROL DE DOCUMENTOS Y REGISTROS DEL SGC

Objetivo

Controlar los documentos y registros internos del sistema de gestión de calidad del Sistema de Gestión de Calidad de la FOUES.

Descripción del procedimiento

1. Realización de los procedimientos para la elaboración de los documentos
2. Revisión y aprobación de los documentos por parte de los responsables de cada área.
3. Revisión y actualización de los documentos a la versión vigente
4. Identificación de los documentos externos del sistema de gestión de la calidad
5. Control y distribución de los documentos internos en los puestos de trabajo en donde sean necesarios
6. Identificación según el procedimiento para la elaboración de documentos
7. Almacenamiento electrónico y en archivo físico de los documentos

ACCIONES CORRECTIVAS

Objetivo

Realizar el procedimiento para emprender las acciones correctivas del sistema de gestión de calidad y su seguimiento.

.

Descripción del procedimiento

1. Identificación de la no conformidad
2. Análisis de causas
3. Elaboración de la propuesta de solución
4. Implementación de la propuesta de solución
5. Medición de la eficacia de la acción correctiva realizada
6. Retroalimentación

ACCIONES PREVENTIVAS

Objetivo

Realizar el procedimiento para emprender las acciones preventivas del sistema de gestión de calidad y su seguimiento.

.

Descripción del procedimiento

1. Identificación del punto de mejora
2. Identificación de los posibles problemas derivados de la no prevención
3. Análisis de causas al punto de mejora
4. Plan de solución
5. Implementación de la solución
6. Retroalimentación.

- Registros de las acciones correctivas (8.5.2 e.).

1.9.6. Guía Para la Elaboración de Documentos.

FO-INS-01

GUÍA PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS

**Facultad de Odontología de la
Universidad de El Salvador**



Elaboró:	Revisó:	Aprobó:
Denisse Majico Eva Siguenza		

ÍNDICE

1. ESTRUCTURA DOCUMENTAL	523
2. TIPOS DE DOCUMENTOS:.....	524
2.1. Manual de la Calidad:.....	524
2.2. Manual Especifico de Funciones, Requisitos Mínimos y Competencias Laborales..	524
2.3. Plan de la Calidad:	525
2.4. Procedimiento:.....	525
2.5. Formatos.....	526
3. FORMA DE LOS DOCUMENTOS	527
3.1. Presentación.....	527

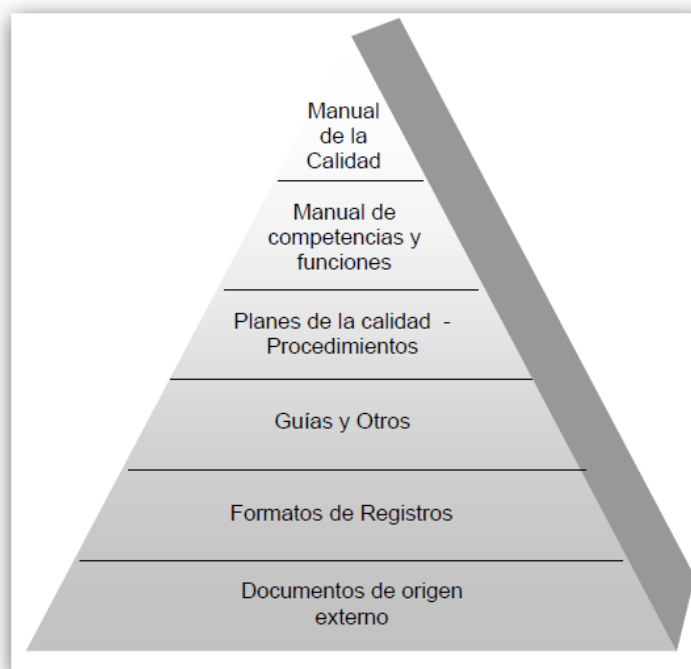
Objetivo: Suministrar información acerca de los requisitos que deben tener los documentos en su elaboración, para una normalización de estos dentro del Sistema de Gestión de la Calidad de la FOUES.

Alcance: Los lineamientos de este instructivo aplican para todos los documentos del Sistema de Gestión de la Calidad de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador.

Definiciones: Las definiciones que aplican a este instructivos se encuentran en la norma ISO 9001:2008

1. ESTRUCTURA DOCUMENTAL

La documentación base del Sistema de Gestión de la Calidad de la FOUES se clasifican según la siguiente figura:



2. TIPOS DE DOCUMENTOS:

2.1. Manual de la Calidad:

2.1.1 Concepto: Documento que especifica el Sistema de Gestión de la Calidad de una organización.

2.1.2 Metodología para la elaboración: Un manual de la calidad es único para cada organización. El manual de la calidad debe incluir:

- a. El alcance del sistema de gestión de la calidad y sus exclusiones.
- b. Los procedimientos documentados o referencia a ellos.
- c. Descripción de los procesos del Sistema de Gestión de la Calidad y sus interacciones.
- d. La información acerca de la organización, tal como el nombre, ubicación y medios de comunicación.
- e. El manual de la calidad estará dividido en secciones que serán controladas en un contenido.

2.1.3 Aplicación: El manual de la calidad aplicara para toda la organización.

2.2. Manual Especifico de Funciones, Requisitos Mínimos y Competencias Laborales

2.2.1 Concepto: Documento que especifica las competencias de cada uno de los cargos de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador, así como algunas funciones adicionales a las descritas en los demás documentos del Sistema de Gestión de la Calidad.

2.2.2 Metodología para la elaboración: El manual de competencias y funciones debería tener:

a. Título según el cargo a describir: el título del cargo en análisis para la identificación del Manual de Competencias y Funciones.

b. Competencias del cargo: Analizar las competencias exigidas al cargo:

Educación, Experiencia y Habilidades, así como la inducción que requiere la persona para ejercer adecuadamente las actividades relacionadas.

También es importante identificar la formación necesaria.

c. Funciones Adicionales: Aquellas funciones que no fueron relacionadas en los planes de la calidad, procedimiento u otros documentos y se consideren importante para el logro de objetivos deberán ser relacionadas en el Manual de Competencias y Funciones.

2.2.3 Aplicación: Este documento aplicara a todos los cargos de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador.

2.3. Plan de la Calidad:

2.3.1 Concepto: Documento que especifica qué procedimientos y recursos asociados deben aplicarse, quien debe aplicarlos y cuando deben aplicarse a un producto, proyecto, proceso o contrato específico.

2.3.2 Metodología para la elaboración: Los planes de la calidad deberían tener:

- a. **Título y Código:** Que permita identificar el documento.
- b. **Objetivo:** Que facilite conocer el propósito o finalidad del plan de la calidad
- c. **Alcance:** Describir las fronteras de utilización del documento.
- d. **Contenido:** Etapa o actividad, Requisito a cumplir, Método, Frecuencia, Recursos, Responsable, Registro y documentos relacionados.
- e. **Cambios:** Registrar los cambios realizado en el documento a través de las diferentes versiones.

2.3.3 Aplicación: Los planes de la calidad se aplican generalmente a proyectos o procesos que necesiten una información más detallada sobre la secuencia y las actividades relacionadas.

2.4. Procedimiento:

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

2.4.2 Metodología para la elaboración: Los procedimientos deberían tener:

- a. **Título y Código:** Que permita identificar el documento.
- b. **Objetivo:** Que facilite conocer el propósito o finalidad del plan de la calidad
- c. **Alcance:** Describir las fronteras de utilización del documento.
- d. **Descripción de actividades:** El nivel de detalle puede variar, dependiendo de la complejidad de actividades, debería considerarse: descripción de los procesos mediante texto y/o diagrama

de flujo relacionado con las actividades requeridas. Responsabilidad de las funciones o actividades y del personal así como los registros generados.

e. **Cambios:** Detallar los cambios que se generan de una versión a otra.

2.4.3 Aplicación: Los procedimientos son utilizados también en procesos, sobre todo cuando no se requiere un alto nivel de profundidad, pueden utilizarse en actividades dentro de los procesos. Por ejemplo un procedimiento para selección de personal.

2.5. Formatos

2.5.1 Concepto: Documento preestablecido para consignar datos generados de una determinada actividad, el cual una vez diligenciado correctamente se convierte en un registro.

2.5.2 Metodología para la elaboración: Los formatos de los registros y los registros deben tener la siguiente metodología para su correcta presentación:

a. **Código y Título:** De manera que facilite la identificación del formato.

b. **Secuencia o codificación interna:** Al momento que el formato es diligenciado se convierte en un registro el cual debe ser identificado para identificarlo de otros que utilizan el mismo formato, para esto se debe establecer una secuencia o codificación interna que permita la diferenciación de cada uno de estos.

c. **Información:** la información plasmada en los formatos debe ser legible y sin correcciones. Los registros son únicos e inmodificables.

2.5.3 Aplicación: Estos se utilizan para mostrar los resultados obtenidos o proporcionan evidencia que indica que se están realizando actividades establecidas en los planes de la calidad y demás documentos del SGC.

3. FORMA DE LOS DOCUMENTOS

3.1. Presentación.

3.1.1 Encabezado

El encabezado deberá contener la siguiente información:

- a. Clase de Documento:** Especificar la clase de documento, por ejemplo si es un Registro, Plan de la Calidad, Procedimiento, Etc.
- b. Título del documento:** Según la información a relacionar se coloca el título del documento, por ejemplo elaboración de informes técnicos o Solicitud de permisos, etc.
- c. Código del documento:** El código se encuentra relacionado con la Clase de documento y el proceso al que hace parte.
- d. Versión:** Esta identifica las actualizaciones o el grado de actualización del documento.
- e. Fecha de Vigencia:** es la fecha en la cual empieza a utilizarse el documento teniendo en cuenta la versión.
- f. Logotipo de la FOUES:** Se debe colocar el logotipo de la FOUES al lado derecho del encabezado.

Diagrama de un encabezado de documento. El encabezado está dividido en tres secciones principales. La primera sección a la izquierda contiene el logotipo de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador, etiquetado con 'f'. La segunda sección es un cuadro que contiene el título 'INSTRUCTIVO' y 'ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS', etiquetado con 'a'. La tercera sección es un cuadro que contiene el código 'CÓDIGO: SGC-INS-01', etiquetado con 'c'. La cuarta sección es un cuadro que contiene la versión 'Versión: 1', etiquetado con 'd'. La quinta sección es un cuadro que contiene el campo 'Fecha:', etiquetado con 'e'. La sexta sección es un cuadro que contiene el campo 'Fecha:', etiquetado con 'e'. La séptima sección es un cuadro que contiene el campo 'Fecha:', etiquetado con 'e'. La octava sección es un cuadro que contiene el campo 'Fecha:', etiquetado con 'e'. La novena sección es un cuadro que contiene el campo 'Fecha:', etiquetado con 'e'. La décima sección es un cuadro que contiene el campo 'Fecha:', etiquetado con 'e'.

3.1.2 Pie de Página:

- a. Elaboró:** Se debe colocar el nombre de la persona que elaboro en la primera página del documento. (No aplica para los registros)
- b. Revisó:** Se debe colocar el nombre de la persona que revisa en la primera página del documento. (No aplica para los registros)
- c. Aprobó:** Se debe colocar el nombre de la persona que como responsable del proceso o el representante de la dirección prueba el documento, esta información debe ir en la primera página. (No aplica para los registros)

d. Paginación: Se tiene que relacionar el número de la página que se está consultando y el número total de páginas que tiene el documento; esta información aplica a todo el documento.

The diagram shows a document header with four callouts: 'a' points to the 'Elaboró:' field, 'b' points to the 'Revisó:' field, 'c' points to the 'Aprobó:' field, and 'd' points to the page number 'Página 6 de 8'.

COPIA NO CONTROLADA			Página 6 de 8
Elaboró: Denisse Majico Eva Siguenza	Revisó:	Aprobó:	

3.1.3 Letra, fechas y otros.

La letra recomendada para la elaboración de documentos es Arial.

El tamaño de la letra del documento se estipula de acuerdo con el diseño establecido para este, pero se recomienda que no exceda de 16, ni este por debajo de 9.

Las fechas se escribirán según el siguiente orden Día-Mes-Año.

La redacción debe hacerse de manera impersonal, empleando los verbos en infinitivo.

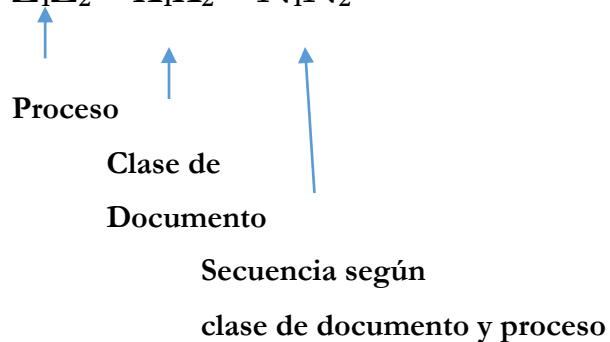
El encabezado y pie de página deben ir a 1,25 cm. del borde de página.

3.1.4 Codificación

Los documentos se identifican por un código y un título, dicho código se crea de la siguiente forma:

Código:

Z₁Z₂ – X₁X₂ – N₁N₂



Z₁Z₂ Son las dos primeras iniciales que identifican el proceso en el cual se utilizara el documento o con el cual tiene vínculo directo:

UNIDAD	CÓDIGO
ADMINISTRACIÓN FINANCIERA	AF
RECURSOS HUMANOS	RH
RECURSO Y DESARROLLO FÍSICO	RF
DIRECCIÓN DE PLANIFICACIÓN	PP
EDUCACIÓN ODONTOLÓGICA	EO
DIRECCIÓN DE CLÍNICAS	DC

X1 X2 es la letra que identifica la clase de documento, esta se establece según:

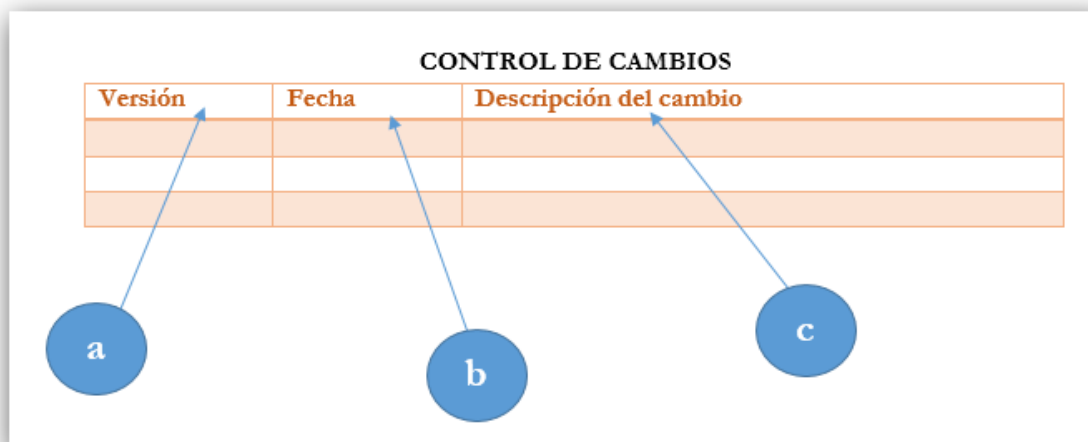
TIPO DE DOCUMENTO	CÓDIGO
INSTRUCTIVO	INS
DOCUMENTO (INFORME)	DOC
REGISTRO	REG
FORMULARIO	FOR
MANUAL DE CALIDAD	MC
OTROS	OT

N1 N2 El último componente de la codificación se refiere al consecutivo de acuerdo con la clase de documento.

3.1.5 Otras Disposiciones.

Entre las otras disposiciones tenemos “el control de cambios” utilizado para registrar las modificaciones que ha sufrido un documento en su existencia para lo cual debe relacionarse la información sobre (no aplica para los registros):

- a. Versión del cambio:** La versión del documento que sufrió cambios.
- b. Fecha de vigencia:** La fecha de vigencia del documento que sufrió cambios.
- c. Descripción de los cambios:** Una breve pero completa descripción de los cambios realizados.



CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción del cambio

1.9.7. Listado Maestro de documentos.

FO-MAN-01

LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS

**Facultad de Odontología de la
Universidad de El Salvador**



ELABORADO POR:	REVISADO POR:	AUTORIZADO POR:
Denisse Majico Eva Siguenza		
FECHA:	FECHA:	FECHA:

ÍNDICE

1.	DEFINICIÓN.....	535
2.	ALCANCE.....	535
3.	CONTENIDO	535
3.1.	GENERALIDADES	535
3.1.	OTROS FORMATOS UTILIZADOS ACTUALMENTE	537
3.2.	FORMATOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	540

1. DEFINICIÓN

El presente procedimiento establece la metodología para realizar la aprobación, revisión, actualización y control de los documentos del Sistema de Gestión de la Facultad de Odontología.

2. ALCANCE

El Procedimiento de Control de Documentos hace referencia al debido control que se ha de llevar para todos los documentos que atañen al Sistema de Gestión de Calidad, incluyendo pero no limitado a: Manual de Calidad, Procedimientos, Registros, Formatos, Fichas de Procesos y/o documentos externos.

3. CONTENIDO

3.1. GENERALIDADES

La documentación del Sistema de Gestión de Calidad, debe incluir declaraciones documentadas de una Política de Calidad y Objetivos de Calidad, un Manual de Calidad, procedimientos documentados y los registros necesarios para respaldar el cumplimiento de los requisitos de la Norma. Así también, deben ser legibles, rápidamente identificables y conservados en forma ordenada.

Es responsabilidad de las Jefaturas de cada una de las unidades que integran la FOUES el cumplimiento de los requisitos citados en este procedimiento y del control de la distribución de los documentos de origen externo.

Para el control de los documentos aprobados, cada unidad de la FOUES, utiliza el Listado Maestro de Documentos, que contienen toda la información de la versión, aprobación y codificación de todos los documentos del Sistema de Gestión de Calidad.

CÓDIGO	NOMBRE
RF-DOC-1.1.1	Informe Técnico
RF-DOC-1.1.2	Plan de Mantenimiento
DC-DOC-1.2.1	Documento de políticas y estrategias
DC-DOC-1.2.2	Documento del Plan de Compras
DC-DOC-1.2.3	Documento de Aranceles odontológicos
DC-DOC-1.2.4	Documentación de Dirección de Clínicas
DC-DOC-1.2.5	Manta de licitación
AF-DOC-1.3.1	Propuesta de Presupuesto
AF-DOC-1.3.2.1	Control Presupuestario mensual
AF-DOC-1.3.2.2	Cierre de operaciones contables y financieras
AF-DOC-1.3.3.1	Memoria de Labores
AF-DOC-1.3.3.2	Plan de trabajo
AF-DOC-1.3.4.1	Plan de Trabajo Anual
AF-DOC-1.3.4.2	Anteproyecto FOUES
AF-DOC-1.4.1.1	Informe preliminar CEF
AF-DOC-1.4.1.2	Informe CEF mensual
AF-DOC-1.4.1.3	Informe CEF anual
AF-DOC-1.4.2	Dictamen Técnico Financiero
AF-DOC-1.4.3	Acuerdos CSU
AF-DOC-1.4.2	Dictamen Financiero
AF-FOR-1.4.4.1	Vale de Combustible
AF-FOR-1.4.4.2	Bitácora de visitas
AF-FOR-1.4.4.3	Formulario para Control de combustible e itinerario para vehículos
AF-DOC-1.4.4.4	Informe de control de vales de combustible
EO-FOR-2.1.1.1	Programa de materia
EO-FOR-2.1.1.2	Informe de cada curso
EO-INS-2.1.2	Instructivo Requisitos para hacer horas sociales
EO-FOR-2.1.3	Formularios de solicitud para horas sociales
DC-INS-2.2.1	Instructivo para Políticas y Estrategias
DC-FOR-2.2.2	Expediente del paciente
DC-REG-2.2.2	Control de asistencia a Servicio social
DC-DOC-2.2.2	Programación de Pacientes para servicio social
DC-FOR-2.2.3	Vale de material extra
DC-DOC-2.2.3	Comprobante de pago
DC-REG-2.2.3	Solvencia de estudiante en ADACAD
DC-REG-2.2.4	Nota de estudiante en ADACAD
DC-DOC-2.2.4	Publicación de Notas
DC-REG-2.2.5	Kardex
DC-REG-2.2.6	Solvencia de estudiante en ADACAD
DC-DOC-2.3.1	Comprobante de pago de apertura de expediente

DC-REG-2.3.1	Programación de citas
CD-FOR-2.2.2	Expediente del paciente
CD-REG-2.2.3	Programación de citas
DC-FOR-2.2.2	Expediente del paciente
DC-DOC-2.3.4	Evaluación de alumno
DC-DOC-2.3.5	Programación de citas
DC-FOR-2.2.2	Expediente del paciente
DC-DOC-2.3.5	Programación de citas
DC-REG-2.2.6	Solvencia de estudiante en ADACAD
AF-DOC-3.1.1	Acta de recepción
DC-REG-2.2.5	Kardex
AF-FOR-3.1.2	Solicitud de Materiales Dentales
AF-DOC-3.1.3.	Informe de Inventarios
DC-DOC-3.1.2	Informe de consumo de materiales
AF-DOC-3.2.1	Informe de Compras Anuales
AF-DOC-3.2.2	Oferta Técnica-Económica para compras
AF-DOC-3.2.4.1	Formato de órdenes de compra
AF-DOC-3.2.4.2	Formato de requerimiento de materiales
RH-DOC-3.3.1.1	Formato de solicitud de permisos
RH-DOC-3.3.4.1	Formato de expediente de personal
RDF-DOC-3.4.1.1	Formato de plan de mantenimiento de equipos
RDF-DOC-3.5.1.1	Formato de solicitud de materiales
RDF-DOC-3.5.1.2	Formato de solicitud de equipo
DC-DOC-3.5.2.1	Formato de reporte de inventario de materiales
DC-DOC-3.5.2.1	Formato de reporte de inventario de equipos
DC-DOC-3.5.3.1	Formato de requisiciones a bodega
DC-DOC-3.6.1.1	Formato de evaluación por el docente
DC-DOC-3.6.1.2	Formato de expedientes de pacientes

3.1. OTROS FORMATOS UTILIZADOS ACTUALMENTE

CODIGO	NOMBRE
DC-FOR-01	Formato De Control De Equipo Salidas Al Laboratorio Bajo La Responsabilidad De La Sra. Marta De Avalos.
DC-FOR-02	Constancia De Salario
AF-FOR-01	Constancia De Empleo
AF-FOR-02	Detalle De CEF'S, Enviados A Presupuesto Y Control Ejercicio 2013
AF-FOR-03	Devengamiento De Partida Contable, Reintegro No. 06/2013
AF-FOR-04	Detalle De Gastos, Fondo Circulante De Monto Fijo, Reintegro No. 06/2013
AF-FOR-05	Historial Laboral Y Detalle De I.N.P.E.P.

AF-FOR-06	Constancia De Cotizaciones Al F.U.P.
AF-FOR-07	Autorización Para Viajar En Mision Oficial
AF-FOR-08	Formato De Requisicion
AF-FOR-09	Vales Por Entrega De Dinero Del Fondo Circulante De Monto Fijo. Facultad De Odontologia. Ues.
AF-FOR-10	Control Y Tramite De Pago De Documentos
AF-FOR-11	Solicitud De Entrega De Combustible
AF-FOR-12	Control De Entrega De Planillas Previsionales Con Calculo De Mora (ISSS)
AF-FOR-13	Control De Entrega De Planillas Previsionales Con Calculo De Mora (AFP Crecer)
AF-FOR-14	Control De Entrega De Planillas Previsionales Con Calculo De Mora (ISPFA)
AF-FOR-15	Control De Entrega De Planillas Previsionales Con Calculo De Mora (AFP Confía)
AF-FOR-16	Mandamiento De Pago
AF-FOR-17	Formulario Para Control De Combustible E Itinerario De Vehículos
AF-FOR-18	Informe Mensual De Existencia De Combustible
AF-FOR-19	Hoja De Cálculo Para El Pago De Horas Extraordinarias
AF-FOR-20	Mandamiento Y Pago De Sueldo
AF-FOR-21	Quedan De Facturas
AF-FOR-22	Comprobante De Retencion
AF-FOR-23	Comprobante De Egreso Fiscal
RH-FOR-01	Registro De Asistencia Por Falla De Reloj
RH-FOR-02	Registro De Salida Laboral Después De Las 3:30pm
RH-FOR-03	Registro De Asistencia Manual Para Personal Que Colabora Con La Escuela De Post-Grado
RH-FOR-04	Registro De Asistencia Manual Para Personal Que Colabora Con La Escuela De Post-Grado Los Días Viernes Y Sabados Fuera Del Horario Oficial De La Facultad
RH-FOR-05	Solicitud De Reposicion De Carné
RH-FOR-06	Solicitud De Permiso
RH-FOR-07	Solicitud De Marcaje Manual
RH-FOR-08	Constancia De Prestamo
RH-FOR-09	Designacion De Beneficiario De Empleado (Ley De Salarios)
RH-FOR-10	Designacion De Beneficiario De Empleado (Contratos)
RH-FOR-11	Registro De Horas De Asesoría Académica Ciclo II - 2013 En El Hospital Rosales
RH-FOR-12	Registro De Capacitaciones Acumuladas
RH-FOR-13	Registro De Marcajes Manuales Acumulados Por Persona
RH-FOR-14	Registro De Permisos Personales Acumulados
RH-FOR-15	Hoja De Cuadre Financiero Para Planillas De Las AFP'S
RH-FOR-16	Hoja De Cuadre Del ISSS Correspondiente Al Mes De Formato De Año Vigente

RH-FOR-17	Incapacidades Recibidas En El 2013
RH-FOR-18	Incapacidades Que Generan Subsidio. Recibidas En Formato Fecha Pedida
RH-FOR-19	Acuerdo Junta Directiva Nombramiento De Personal Académico
RH-FOR-20	Acuerdo Junta Directiva Licencia Con Goce De Sueldo Por Enfermedad De Personal Académico
RH-FOR-21	Acuerdo Junta Directiva Contrato De Prestación De Servicios Profesionales No Personales.
RH-FOR-22	Acuerdo Junta Directiva Contrato De Prestación De Servicios Personales En Tiempo Adiciona
RH-FOR-23	Contrato Individual
RH-FOR-24	Contrato Multipersonal
DC-FOR-01	Comprobante De Trabajo
DC-FOR-02	Préstamo De Materiales
DC-FOR-03	Entrega De Materiales Para Prótesis Fija
DC-FOR-04	Entrega De Materiales Para Endodoncia Multirradicular
DC-FOR-05	Entrega De Materiales Para Corona Individual
DC-FOR-06	Entrega De Materiales Para Prótesis Removible Dentosoportado
DC-FOR-07	Entrega De Materiales Para Profilaxis
DC-FOR-08	Entrega De Materiales Para Endodoncia Monorradicular
DC-FOR-09	Préstamo De Equipo De Decanato
DC-FOR-10	Constancia De Solvencia
DC-FOR-11	Vale De Próxima Cita
DC-FOR-12	Préstamo De Expedientes
DC-FOR-13	Hoja De Ingreso De Pacientes
AF-FOR-24	Mandamiento Y Pago De Sueldos
DC-FOR-14	Carta De Compromiso Informado
DC-FOR-15	Control De Cartuchos De Anestésicos
DC-FOR-16	Vale Para Préstamo De Instrumental
DC-FOR-17	Vale Por Material Utilizado
DC-FOR-18	Requisición De Equipo

3.2. FORMATOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

CÓDIGO	DESCRIPCIÓN
AU-DOC-4.1.1.1	Programa anual de auditorías
AU-DOC-4.1.1.2	Plan de auditoría
AU-DOC-4.1.1.3	Lista de verificación de procesos de auditoría
AU-DOC-4.1.1.4	Formato de no conformidades de auditoría del SGC
AU-DOC-4.1.1.5	Informe de auditoría
FO-MAN-01	Manual de Calidad
FO-MAN-02	Listado Maestro de Documentos
FO-INS-01	Guía para la Elaboración de Documentos
FO-MAN-03	Manual de Procedimientos
FO-MAN-04	Manual de Funciones
FO-MAN-05	Manual de Organización

1.9.8. Manual de Organización y Funciones

MANUAL DE ORGANIZACIÓN

Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador



Elaboró:	Aprobó:	Validó:
Denisse Majico Evangelina Sigüenza		
Fecha:	Fecha:	Fecha:

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	544
II.	METODOLOGÍA	545
2.1.	CRITERIOS	546
2.2.	OBJETIVOS DEL MANUAL.....	546
2.3.	ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	546
III.	ANTECEDENTES HISTORICOS.....	547
IV.	MARCO JURIDICO ADMINISTRATIVO.....	548
4.1.	REGLAMENTO INTERNO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.....	549
4.2.	REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA	565
V.	ESTRUCTURA ORGÁNICA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA	607
5.1.	ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DE LA FOUES.....	608
5.2.	DESCRIPCION DE CADA UNIDAD DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	609
5.2.1.	DECANATO	609
5.2.2.	VICE-DECANATO.....	610
5.2.3.	COMITÉ DE CALIDAD.....	610
5.2.4.	SECRETARÍA	613
5.2.5.	DIRECCIÓN DE PLANIFICACIÓN	614
5.2.6.	ADMINISTRACIÓN FINANCIERA	616
5.2.7.	UNIDAD DE RECURSOS FÍSICOS.....	617
5.2.8.	UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS.....	619
5.2.9.	DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN ODONTOLÓGICA	621
5.2.10.	ADMINISTRACIÓN ACADÉMICA.....	622
5.2.11.	COORDINACIÓN DE DOCENTE	624
5.2.12.	DIRECCIÓN CLÍNICAS	626
5.2.13.	COORDINACIÓN DE CLINICAS INTRAMURALES	628
5.2.14.	COORDINACIÓN DE CLÍNICAS EXTRAMURALES	630
5.2.15.	UNIDAD DE RECURSOS INFORMÁTICOS	632
VI.	BIBLIOGRAFIA	633

I. INTRODUCCIÓN

El presente Manual de Organización tiene como objetivo básico brindar una visión integral y acertada de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador (FOUES), misma que se cimienta en la estructura orgánica actual de la Universidad de El Salvador, y que se origina en el marco de la búsqueda de la Educación de Estudiantes y el cuidado bucal de la población.

La importancia de la organización de la FOUES, radica en el involucramiento de la población, de los estudiantes que serán los futuros profesionales y la docencia en la salud bucal, una labor de proyección social que sirve como instrumento de transformación en beneficio de la sociedad salvadoreña.

De esta manera, este documento contempla en su contenido; introducción, base legal que nos rige, las atribuciones, organigramas, objetivos y funciones que le dan identidad a esta Facultad y que justifican su existencia.

El diseño y difusión de este documento, obedecen a la intención de especificar, por escrito, su organización y con ello contribuir a fortalecer la coordinación del personal que la compone, ilustrar su identidad dentro del contexto general al que corresponde, y ser útil como material de consulta y conocimiento al personal de nuevo ingreso, y/o a los integrantes de cualquier otra adscripción de la propia Universidad.

Es necesario destacar que, en la elaboración de este manual, han colaborado los responsables de cada área que conforman la Unidad, y no obstante que su información es veraz. Cabe mencionar que, su contenido quedará sujeto a cambios, toda vez que esta estructura presente cambios de desarrollo y evolución en su operación y planeación, a fin de que siga siendo un instrumento actualizado y eficaz.

II. METODOLOGÍA

Enfoque: Se ha aplicado una metodología eminentemente participativa, fundamentada en el enfoque estructural funcionalista, en el sentido de interpretar la acepción lógica de la estructura referida a las relaciones y la del estructuralismo, que considera la estructura como eje de una teoría. Este enfoque metodológico resulta pertinente para la elaboración del Manual de Organización ya que en síntesis se trata de reflejar la estructura y funciones de la Universidad y los órganos que la componen.

El enfoque participativo propició la oportunidad de que cada informante clave aportara su conocimiento sobre el tema y que éste se pudiera complementar con el aporte de otros para concretar la realidad de cada Facultad; pero además, se agregó un aspecto analítico de complementariedad por homologación de áreas de las estructuras, para poder presentar una información ordenada y coherente en las áreas que son comunes a las distintas facultades.

Objeto de estudio: La estructura y funcionamiento de la Universidad de El Salvador.

Delimitación del Objeto de Estudio: El ámbito total de la Universidad de El Salvador, integrado por doce facultades y las oficinas centrales.

Variables a investigar: Marco Legal y conocimiento de los informantes claves.

Instrumentos de investigación: Grupos Focales con todas las jefaturas de cada una de las facultades y las oficinas centrales, entrevistas individuales y complementación de formularios especialmente diseñados para la información relativa a la estructura y funcionamiento.

2.1. CRITERIOS

Los criterios se entenderán como conjunto de elementos útiles para juzgar una situación o juicios de discernimiento, para el caso del Manual de Organización se adoptó con sentido orientador, los siguientes:

- **Apego al marco legal:** Se ha respetado lo establecido en la Ley Orgánica y su Reglamento en cuanto a los órganos de gobierno, ejecutivos y consultivos y sus correspondientes atribuciones.
- **Complementariedad y Homologación de áreas:** Las funciones de los elementos de organización se han completado haciendo un análisis comparativo de áreas similares y éstos, a su vez, se han homologado.
- **Aprovechar el conocimiento de los informantes clave:** Haciendo uso de entrevistas y complementando formularios, se ha obtenido la representación del conocimiento de los informantes, sobre las necesidades de información planteadas.
- **Flexibilidad:** Se ha utilizado una práctica que permite reflejar las particularidades de cada Facultad.

2.2. OBJETIVOS DEL MANUAL

1. Describir la estructura organizacional de la Facultad de Odontología.
2. Orientar el funcionamiento y definir el marco de referencia del accionar de los diferentes niveles de la estructura de organización de la Facultad.
3. Presentar el objetivo, funciones y relaciones de coordinación de los diferentes elementos de organización de acuerdo a su nivel.
4. Servir como guía e instrumento de consulta de todos los interesados.

2.3. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente manual tiene aplicación específica en el ámbito de la Facultad de Odontología y en términos generales en el ámbito global de la Universidad de El Salvador, por las relaciones que esta Facultad tiene identificadas con el resto de la estructura institucional.

III. ANTECEDENTES HISTORICOS

A escasos veinte años de la Independencia de Centro América del coloniaje español, surgió la idea de fundar una Universidad en nuestro país. Cupo tan grande iniciativa al Congreso Constituyente del Estado de El Salvador, que era presidido por el Licenciado Juan Nepomuceno Fernández Lindo y Zelaya, más conocido como Juan Lindo. Fue así como el 16 de Febrero de 1841, por iniciativa de los Presbíteros y Doctores Don Antonio José Cañas y Don Narciso de Monterrey, se aprobó en el Congreso Constituyente la fundación de la Universidad de El Salvador y de un Colegio de Educación.

Se atribuye el honor de fundación de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador, al Dr. Rafael Zaldívar, Médico de profesión, graduado de la Universidad de París y quién dirigió los destinos del país de 1876 a 1884. Algunos historiadores atribuyen al Ex presidente General Don Francisco Menéndez (1885-1890) haber concretizado este hecho con la emisión del respectivo decreto de fundación. En apego a un juicio histórico, puede decirse que ambos, uno como médico, humanista y amante del progreso y el segundo, como hombre visionario impulsador de la instrucción pública, tienen el mérito histórico.

La facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador abrió sus puertas el 16 de diciembre de 1899, es decir hace más de 100 años, a lo largo del tiempo y después de múltiples domicilios y administradores ha llegado a convertirse en una de las facultades más reconocidas a nivel nacional debido a sus estándares de calidad en la enseñanza y el nivel que poseen los profesionales graduados en dicha facultad.

En el año 2005 en el marco de la modificación de la Ley de Educación Superior; la facultad cambio el plan de estudios o pensum académico, contribuyendo así al incremento de puestos de trabajo y funciones administrativas, además de incrementar los años de estudio para obtener el grado de Doctor en Cirugía dental.

Esta serie de cambios administrativos se realizaron con el fin de brindar a los futuros profesionales en el campo de odontología un perfil competitivo en nuestro país, además de ofrecer un servicio social a la comunidad Salvadoreña debido a que la extensión de los años de estudio fue realizada incluyendo un año de servicio social para ayudar a personas de escasos recursos a obtener un tratamiento adecuado, confiable y de calidad.

Sin duda, Nuestra Facultad continuará por los senderos de la superación y el progreso, identificada siempre con las necesidades de Salud Oral de los salvadoreños. Nuevos planes están en desarrollo y marcarán el futuro histórico de nuestra querida institución.

IV. MARCO JURIDICO ADMINISTRATIVO

1. Constitución Política de El Salvador
2. Ley de Educación Superior
3. Ley General de Educación
4. Ley Orgánica de la Universidad de El Salvador
5. Reglamento de la Gestión Académico-Administrativa de la Universidad de El Salvador
6. Reglamento de la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública
7. Reglamento Especial de Evaluación de la Facultad de Odontología.
8. Reglamento general de la Ley de Educación Superior
9. Reglamento General de la Ley Orgánica de la Universidad de El Salvador
10. Reglamento general del Sistema de Escalafón del personal de la Universidad de El Salvador
11. Reglamento interno de la Asamblea General Universitaria de la Universidad de El Salvador
12. Reglamento para controlar la distribución de Combustible en las Entidades del Sector Público.
13. Reglamento para la Determinación de Responsabilidades.
14. Disposiciones Específicas de Presupuesto para la Universidad de El Salvador
15. Disposiciones Generales de Presupuesto
16. Normas Técnicas de Control Interno

4.1. REGLAMENTO INTERNO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

LA ASAMBLEA GENERAL UNIVERSITARIA DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR,

CONSIDERANDO:

- I. Que es necesario y conveniente regular la organización y el funcionamiento de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador, dentro del marco general que determinan su Ley Orgánica y Estatutos;
- II. Que tal regulación tiene una gran importancia para el desarrollo ordenado y jurídico de las actividades que le corresponden;
- III. Que, de conformidad al literal c) del artículo 26 de la Ley Orgánica de la Universidad, la Junta Directiva de la Facultad ha elaborado y sometido a esta Asamblea, a través del Consejo Superior Universitario, el proyecto de Reglamento General de la Facultad;

POR TANTO:

En uso de sus atribuciones legales y a propuesta del Consejo Superior Universitario de la Universidad de El Salvador, ACUERDA: dictar el siguiente

REGLAMENTO GENERAL DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

CAPITULO I

Del objeto del reglamento:

Art. 1.—El presente Reglamento tiene por objeto establecer los principios generales en que se basará la organización y el funcionamiento de la Facultad de Odontología, que en adelante se denominará “la Facultad”.

CAPITULO II

De la Facultad de Odontología

SECCION PRIMERA

De sus objetivos

Art. 2.—La facultad es una unidad básica académica de la Universidad de El Salvador que tiene los objetivos siguientes:

1. De carácter general:

Formar Profesionales con los fundamentos científicos, técnicos y humanísticos para desempeñar las funciones que les corresponden en la Sociedad.

2. De carácter específico:

- a) Graduar Doctores en Cirugía Dental capacitados para atender las necesidades de salud oral del pueblo salvadoreño;
- b) Formar personal auxiliar de la profesión odontológica;
- c) Promover actividades de educación continuada para la actualización de los conocimientos técnicos, científicos y humanísticos de sus egresados; y
- d) Fomentar y realizar investigaciones relacionadas con la profesión odontológica encaminadas a la solución de los problemas orales de El Salvador y de Centro América. Para cumplir con sus objetivos, la Facultad tendrá siempre en cuenta las condiciones y necesidades de El Salvador y fomentará relaciones con las restantes unidades básicas académicas y gremiales salvadoreñas, centroamericanas y del resto del mundo.

SECCION SEGUNDA

De su Integración y Estructura

Art. 3.—La Facultad estará integrada por el conjunto de sus profesores investigadores, profesionales y estudiantes.

Para su funcionamiento, la Facultad conservará y establecerá sus escuelas, centros de extensión y secciones, docentes y administrativas que juzgue convenientes, de acuerdo con las necesidades educacionales y los recursos de que disponga, de conformidad a la ley.

CAPITULO III

Del Gobierno de la Facultad

Art. 4.—El Gobierno de la Facultad será ejercido, dentro de los límites de su respectiva competencia, por la Junta Directiva y el Decano. Habrá una Junta de Profesores de la Facultad como organismo consultivo la cual se integrará y normará conforme a lo contemplado en la Ley Orgánica y en los Estatutos de la Universidad y en su propio reglamento.

SECCION PRIMERA

De la Junta Directiva

A) De su integración

Art. 5.—La Junta Directiva es la autoridad máxima normativa de la Facultad y estará integrada por el Decano, por dos representantes de los profesores, por un representante no profesor de los profesionales y por un representante de los estudiantes de la Facultad. Dichos representantes tendrán sus respectivos suplentes.

Para ser elegidos representantes se requiere llenar los requisitos establecidos en la Ley Orgánica de la Universidad de El Salvador; tomarán posesión de sus cargos dentro de los ocho días siguientes al de su elección y durarán en sus funciones un año, no pudiendo ser reelectos.

Art. 6.—La Junta Directiva celebrará sesiones ordinarias una vez cada semana y extraordinarias cuando el Decano lo juzgue conveniente o cuando lo soliciten por escrito los representantes de cualquiera de los sectores que la integran.

Art. 7.—Los Representantes suplentes sustituirán a los propietarios en caso de ausencia temporal, enfermedad, licencia, excusa, muerte, imposibilidad justificada, renuncia, incompatibilidad, remoción del cargo, nulidad de elección del propietario, mientras el sector respectivo no elija al nuevo Representante, o por su recusación calificada por los demás miembros de la Junta Directiva.

B) De sus Atribuciones y Deberes

Art. 8.—La asistencia a las sesiones ordinarias y extraordinarias de la Junta Directiva es obligatoria, excepto en aquellos casos en que exista justificación.

La inasistencia injustificada a tres reuniones consecutivas o a cinco no consecutivas, serán consideradas como abandono del cargo y dará lugar a la remoción. En este caso, el Decano llamará al suplente respectivo y dará aviso al sector correspondiente para que elija al miembro sustituto.

De la denuncia de los representantes de la Junta Directiva conocerá y resolverá el sector que los eligió.

Art. 9.—La Junta Directiva debe ser informada regularmente por el Decano de todo lo relacionado con el funcionamiento de la Facultad en el orden docente, orgánico y

administrativo. Convocará a los directores de escuela y de otros organismos de la Facultad para que rindan informes.

Art.10.—Corresponde a la Junta Directiva de la Facultad.

A) En lo orgánico:

1. Elaborar y someter a la Asamblea General Universitaria, a través del Consejo Superior Universitario, el proyecto de reformas al presente Reglamento;
2. Elaborar y someter al Consejo Superior Universitario los proyectos de los reglamentos especiales, o sus reformas, que demande el desarrollo de las actividades de la Facultad;
3. Coordinar las distintas actividades de la Facultad;

B) En lo Administrativo:

4. Administrar, custodiar y controlar el patrimonio que la Universidad ponga a disposición de la Facultad;
5. Nombrar al Secretario de la Facultad, dentro de un tema que le proponga el Decano; y designar, ascender, trasladar, sancionar, y remover el personal docente y de investigación de la misma, todo ello a propuesta del Decano;
6. Estudiar el anteproyecto del presupuesto y sistema de salarios presentado a su consideración por el Decano y una vez aprobado, presentarlo al Consejo Superior Universitario;
7. Autorizar al Decano para solicitar transferencias de fondos de una partida a otra dentro de la Facultad;
8. Autorizar al Decano para proponer los contratos, expedir nombramientos directos o por oposición, conceder ascensos, aplicar sanciones y tomar las demás medidas relacionadas con el personal docente de la Facultad, de acuerdo con los reglamentos respectivos;
9. Conocer y dictaminar en todo asunto que se eleve a su consideración, sea de carácter orgánico, administrativo, técnico, asistencial, cultural, disciplinario o de cualquier otra naturaleza que tengan relación con la Facultad y que sean de su competencia;
10. Designar comisiones para el estudio de problemas, materias o asuntos que interesen a la Facultad o a la Universidad.
11. Expedir, cuando lo juzgue convenientemente, los informes que le sean solicitados en relación con sus disciplinas o técnicas respecto a problemas de salud de carácter nacional, institucional y otros;
12. Fijar periodos y fechas de exámenes y aprobar los nombramientos de los tribunales examinadores;
13. Informar por medio del Decano a la Junta de Profesores sobre las resoluciones tomadas y en general sobre la marcha de la Facultad;
14. Aprobar o improbar la memoria anual de la Facultad, la cual será presentada por el Decano de acuerdo a las normas pertinentes y elevarla con el dictamen correspondiente, al Consejo Superior Universitario.
15. Conceder licencias con o sin goce de sueldo y vacaciones al personal docente y de investigación, a propuesta del Decano.

C) En lo técnico:

16. Elaborar y proponer, de acuerdo a la Ley Orgánica, los Estatutos de la Universidad y a este Reglamento, todos los reglamentos especiales que demande el desarrollo de las actividades de la Facultad;
17. Resolver sobre la equivalencia de las materias cursadas y exámenes aprobados de cursantes de otras Universidades legalmente, que deseen continuar sus estudios en la Facultad;
18. Dictaminar sobre las solicitudes de incorporación;
19. Elaborar los planes y programas de estudio o de trabajo de la Facultad y someterlos al Consejo Superior Universitario para su aprobación;
20. Autorizar el ejercicio de la docencia libre en materias propias del plan de estudios de la Facultad;
21. Proponer al Consejo Superior Universitario el cupo de la Facultad;
22. Elaborar y aplicar, mediante la aprobación del organismo correspondiente, un sistema de intercambio docente según prioridades;
23. Reglamentar los requisitos y pruebas que deben ser llenadas por los candidatos a ocupar los cargos docentes y de investigación de la Facultad y conferir dichos cargos por contrato o nombramiento de acuerdo con la Ley Orgánica de la Universidad;

D) En lo asistencial:

24. Colaborar en el mantenimiento y desarrollo del Bienestar Estudiantil.

E) En la Extensión Cultural

25. Promover y realizar planes y actividades de extensión cultural, especialmente en el campo odontológico social;

F) En la Investigación Científica:

26. Estimular el estudio y la investigación científica en el campo de la odontología;

G) En lo general:

27. Las demás atribuciones y deberes que le señalen la Ley Orgánica y los Estatutos de la Universidad y demás reglamentos.

SECCION SEGUNDA

Del Decano

Art. 11.—El Decano será el funcionario ejecutivo de la Facultad; será electo en la forma que se señala la Ley Orgánica de la Universidad, y tomará posesión de su cargo dentro de los diez días siguientes a su elección. Tendrá las atribuciones y deberes que le señalan la Ley Orgánica y los Estatutos de la Universidad, los Reglamentos universitarios y, además las siguientes:

1. Proponer al Consejo Superior Universitario, previo dictamen de la Junta Directiva, la contratación de profesores y técnicos y, del mismo modo, la cancelación de los

- contratos existentes cuando así convenga a los intereses de la Facultad y de acuerdo a las estipulaciones contenidas en ellos;
2. Designar comisiones para el estudio de cualquier actividad relacionada con la Facultad;
 3. Elaborar el proyecto de presupuesto anual de la Facultad y someterlo a la consideración de la Junta Directiva;
 4. Solicitar la transferencia de fondos de una partida a otra dentro de la Facultad, previa autorización de la Junta Directiva;
 5. Controlar la inversión de los fondos asignados a la Facultad y rendir cuenta documentada al Rector de la Universidad, a través de la junta Directiva;
 6. Controlar y autorizar las entradas o salidas de bienes muebles de la Facultad;
 7. Convocar con veinticuatro horas, por lo menos, de anticipación a la Junta de Profesores para sus sesiones ordinarias y extraordinarias;
 8. Visitar e inspeccionar los diferentes servicios y organismos de la Facultad, correlacionándolos y velando por la unidad de los mismos;
 9. Rendir sucesivamente a la Junta Directiva, al Consejo Superior Universitario y al Rector la memoria anual de la Facultad, la cual deberá ser presentada por escrito a quienes corresponde, de conformidad con las normas pertinentes;
 10. Desarrollar planes y programas de extensión cultural de acuerdo a lo previsto en los Estatutos de la Universidad y en el presente Reglamento;
 11. Fomentar y mantener las relaciones e intercambios necesarios con Facultades de Odontología de otras Universidades legalmente establecidas en el país o extranjeras, especialmente con las de los países centroamericanos;
 12. Conocer de las licencias solicitadas, con o sin goce de sueldo, por el personal docente y de investigación, así como de sus vacaciones, y someterlas a consideración de la Junta Directiva para los efectos consiguientes; y
 13. Conceder licencias con o sin goce de sueldo y vacaciones solicitadas por el personal administrativo de la Facultad y sus dependencias.

SECCION TERCERA

Del Vice Decano

Art. 12.—Habrà un Vice Decano electo de la misma manera y para un igual período que el Decano, quien tendrá las atribuciones y deberes que le señalen la Ley Orgánica, los Estatutos y reglamentos de la Universidad.

CAPITULO IV

Del Secretario

Art. 13.—Habra un secretario que será elegido de acuerdo a la Ley Orgánica y Estatutos de la Universidad, y durará en sus funciones el mismo período que el Decano.

Art. 14.—Para ser Secretario de la Facultad se requiere:

1. Ser Odontólogo graduado de alguna Universidad del país o incorporado a la Universidad de El Salvador y pertenecer al Colegio Profesional en caso de ser obligatoria la colegiación; de no serlo, estar inscrito en la Junta de Vigilancia de la Profesión Odontológica;

2. Haber residido en el país durante los últimos dos años por lo menos, salvo el caso de ausencia debida al desempeño de un cargo relevante o por razones de estudios;
3. Ser salvadoreño y de reconocida honorabilidad.

Art. 15.—Las funciones del Secretario serán de relación entre el Decano y los Directores de los departamentos u otras dependencias de la Facultad, los estudiantes y el público en general. El secretario lo será también de la Junta Directiva y de la Junta de Profesores y en sus sesiones tendrá derecho a ser oído pero sin voto.

Art. 16.—Dependen del Secretario de la Facultad las siguientes actividades y servicios:

1. La Secretaría y Administración;
2. La tramitación concerniente a exámenes, títulos, grados, equivalencias, revalidaciones, incorporaciones y permisos de ejercicio profesional, debiendo llevar los correspondientes archivos;
3. Registros y archivos de las actividades docentes y administrativas de la Facultad;
4. Biblioteca de la Facultad;
5. Servicio de Información y Publicación.

Art. 17.—Corresponde al Secretario.

1. redactar las actas de las sesiones de la Junta Directiva y de la Junta de Profesores y llevar los libros de actas respectivos;
2. impartir normativas organizativas de los servicios de Secretaría de las escuelas, institutos, departamentos y otros organismos dependientes;
3. Proponer al Decanato el personal de su dependencia y las medidas pertinentes respecto de nombramientos, ascensos, traslados, licencias, permisos, medidas disciplinarias u otras;
4. Colaborar con el Decano en la Elaboración y publicación de la memoria anual de la Facultad;
5. Guardar los sellos de la Facultad;
6. Expedir certificaciones y constancias;
7. Controlar el inventario de los bienes de la Facultad;
8. Las demás funciones que le asignen el Decano, la Junta Directiva, La Junta de Profesores y los Estatutos y Reglamentos de la Universidad.

CAPÍTULO V

Del Consejo Técnico

Art. 18.—Habrá un Consejo Técnico encargado de colaborar con la Junta Directiva, con el Decano y con la Dirección de Planificación en el planeamiento y coordinación de todas las actividades académicas y docentes.

Art. 19.—El Consejo Técnico estará integrado por los Directores de Departamento, por el Director de Planificación, el Director de Carreras Auxiliares, El Director de Clínicas y por un representante estudiantil propietario, quien tendrá su respectivo suplente. Los secretarios de los diferentes Departamentos, serán los suplentes de los Directores respectivos.

Art. 20.—El Consejo Técnico, para el desarrollo de sus labores, se regirá por su propio reglamento.

CAPITULO VI

De la Dirección de Carreras Auxiliares

Art. 21.—La Dirección de Carreras Auxiliares estará integrada por un Director y el personal auxiliar necesario. Un reglamento especial normará su funcionamiento.

Art. 22.—El Director de Carreras Auxiliares será nombrado por la Junta Directiva de la Facultad a propuesta del Decano. El período de sus funciones será de dos años pudiendo prorrogarse su nombramiento por otros períodos iguales.

CAPITULOS VII

De los Departamentos y las Asociaciones

Art. 23.—Para el mejor cumplimiento de sus fines, la Facultad estará organizada en Departamentos que serán entidades de docencia y de investigación, integrados por asignaturas afines.

Art. 24.—Cada Departamento estará integrado por el personal docente, de investigación y administrativo necesario.

Los departamentos efectuarán reuniones dos veces al mes como mínimo y extraordinarias cuando el Director lo estime conveniente o cuando sea solicitado por escrito por la mayoría del personal docente del Departamento.

Los Profesores e investigadores titulares, adjuntos y auxiliares, tendrán derecho a voz y voto en las reuniones; los profesores hora clase y los Instructores Docentes tendrán únicamente derecho a voz. El personal administrativo asistirá a las sesiones cuando sea invitado teniendo derecho a voz.

Art. 25.—Además de los que fueren creados en el futuro, según las necesidades de la Facultad, funcionarán los siguientes Departamentos:

1. Departamento de Odontología Restaurativa.
2. Departamento de Medicina y Cirugía Orales.
3. Departamento de Odontología Infantil y Ortodoncia.

Art. 26.—Los Departamentos tendrán las funciones siguientes:

1. Impartir, supervisar y correlacionar la docencia a través de las asignaturas correspondientes;
2. Realizar labores de investigación científica;
3. Efectuar labores de extensión o divulgación en las materias correspondientes, o prestar colaboración a organismos relacionados con la Facultad, de acuerdo con las disposiciones de ésta;

4. Estimular la labor científica y la capacitación de sus miembros por medio de seminarios, cursos, conferencias, mesas redondas, viajes de observación, becas o cualquier otro medio.

Art. 27.—Cada Departamento deberán reunir los requisitos contemplados en los Estatutos de la Universidad y en los demás Reglamentos de la Facultad.

Art. 28.—Los Directores de Departamento deberán reunir los requisitos contemplados en los Estatutos de la Universidad y en los demás Reglamentos de la Facultad.

Art. 29.—Serán funciones del Director de Departamento:

1. Presidir las reuniones del Departamento respectivo;
2. Ejercer la dirección general de las actividades docentes y de investigación;
3. Supervisar las funciones administrativas de las cátedras, de acuerdo con los objetivos de la Facultad y responder de las pertenencias del Departamento;
4. Preparar y presentar a la Junta Directiva los distintos programas del Departamento para la coordinación de todas las actividades de la Facultad;
5. Preparar un informe anual al Decano de la Facultad sobre la marcha del Departamento y los informes parciales que fueren necesarios.
6. Preparar y presentar al Decano el presupuesto de su respectivo Departamento;
7. Ser el órgano de comunicación de su Departamento con la Dirección de Clínicas;
8. Velar por la coordinación de la enseñanza técnica o pre-clínica con la clínica de su Departamento;
9. Revisar procedimientos docentes con el objeto de unificar técnicas y criterios de su Departamento e interdepartamentales;
10. Dar el visto bueno a la certificación de prácticas y requisitos extendidos a los alumnos por profesores e instructores de su Departamento;
11. Desarrollar actividades encaminadas a elevar el nivel cultural de profesores y alumnos;
- y
12. Las que le asigne el Decano, la Junta Directiva y el Reglamento Interno del Departamento.

Art. 30.—El Director designará dentro del personal de su Departamento un secretario que elaborará y cuidará las actas y la correspondencia del Departamento sus demás obligaciones estarán contempladas en el Reglamento Interno del mismo.

CAPITULO VIII

De los Docentes e Investigadores

A) Derechos y Prerrogativas

Art. 31.—El personal docente y de investigación gozará de estabilidad en sus cargos y no podrá ser removido o suspendido si no en los casos y mediante el procedimiento que se señala en la Ley Orgánica y en los Estatutos de la Universidad, en el presente y demás reglamentos universitarios.

Art. 32.—El personal docente y de investigación gozará de licencias y permisos en los casos determinados por los Estatutos de la Universidad y demás reglamentos universitarios.

Art. 33.—Para los efectos de escalafón se considerará como tiempo dedicado a la docencia o investigación, el invertido en cursos de capacitación o actividades de entrenamiento o labores de investigación, realizados en el país o en el extranjero con autorización de la Facultad.

Art. 34.—El personal docente y de investigación gozará de una remuneración, de acuerdo con el tipo de servicio que preste, la importancia de su formación universitaria y la clase, categoría y el cargo que se les confiera.

Deberá procurarse a este respecto, establecer un escalafón de acuerdo con el número de designaciones y con el ascenso de categoría.

Art. 36.—Los miembros del personal docente y de investigación gozarán de todas las prestaciones que ofrezca la Universidad y, en especial, del Fondo Universitario de Protección.

Art. 37.—El organismo correspondiente podrá conferir el nombramiento de Profesor o Investigador Emérito a los docentes e investigadores que a su juicio obtuvieren méritos para ello.

Art. 38.—Con el fin de propender al mejoramiento de los estudios de Odontología y al estrechamiento de los lazos de cooperación con Facultades de otras Universidades, especialmente latinoamericanas, la Junta Directiva de la Facultad deberá estudiar y aplicar un sistema de intercambio profesional docente en las asignaturas en que ello fuera conveniente y necesario.

Los profesores extranjeros que vinieren a la Facultad mediante ese intercambio, serán considerados en la misma categoría que gozaban en su Universidad. Las condiciones económicas y el tiempo en que prestarán sus servicios serán determinados en cada caso por el Decano de la Facultad, con la aprobación de la Junta Directiva.

B) Deberes

Art. 39.—Además de los deberes generales que corresponden al personal docente y de investigación en sus funciones y de aquellos que le fueren señalados por las autoridades de la Facultad y de los Departamentos, dicho personal tendrá los siguientes:

1. Asistir puntualmente a sus clases y a las reuniones de los Departamentos, Junta de Profesores y demás que fueren necesarias para la buena marcha de la Facultad;
2. Formar parte de las Comisiones de Evaluación;
3. Desempeñar las Comisiones o cargos docentes, científicos o de otra índole, relacionadas con las labores de la Facultad;
4. Asistir a los actos públicos de la Facultad y cooperar para el mejor desarrollo de las labores de extensión universitaria;
5. Velar por el aspecto disciplinario de los educandos;
6. Asistir a cursos o actividades de perfeccionamiento o de capacitación, planificadas previa e internamente.

CAPITULO IX

De la Dirección de Planificación

Art. 40.—La Dirección de Planificación será un organismo integrante de la Facultad que tendrá como objetivo general fomentar y realizar actividades de estudio, información, planeamiento, orientación, coordinación y supervisión de todo lo relacionado con la docencia de la Facultad y asesorar en aspectos técnicos-docentes a sus autoridades.

Art. 41.—Dicha Dirección estará integrada por un Director y el personal necesario para el cumplimiento de sus labores.

El Director será nombrado por la Junta Directiva de la Facultad, a propuesta del Decano, y el período de sus funciones será de dos años, pudiendo prorrogarse su nombramiento por otros períodos iguales.

Art. 42.—Dirección de Planificación se regirá por su propio Reglamento.

CAPITULO X

De la Dirección de Clínicas

Art. 43.—La Dirección de Clínicas es una unidad docente administrativa encargada del control y correlación de las actividades clínicas y, además, llevará los controles generales de archivos y de pacientes de la Facultad.

Art. 44.—Dicha Dirección estará integrada por un Director y el personal auxiliar necesario, para el cumplimiento de sus labores.

El director será nombrado por la Junta Directiva, a propuesta del Decano, y el período de sus funciones será de dos años, pudiendo ser prorrogado su nombramiento por otros períodos iguales.

Art. 45.—La Dirección de Clínicas se regirá por su propio Reglamento.

CAPITULO XI

De la Evaluación de la Enseñanza

Art. 46.—La evaluación de la enseñanza en las asignaturas que imparte la Facultad, ya sean éstas teóricas, teórico-prácticas o clínicas, se regirá por lo contemplado en el Reglamento respectivo.

CAPITULO XII

Del Doctoramiento

Art. 47.—Los estudios teóricos y prácticos para obtener el título de Doctor en Cirugía Dental tendrán una duración de cinco años.

Art. 48.—Las labores docentes se efectuarán cada año en dos ciclos integrados cada uno de ellos por diecisiete semanas hábiles y dos semanas destinadas a pruebas finales. El periodo de estudios de las semanas hábiles y los destinados a pruebas finales, serán fijados anualmente por la autoridad correspondiente.

Art. 49.—Después de terminados los estudios para optar al título de Doctor en Cirugía Dental, los estudiantes egresados deberán cumplir, previamente a su graduación:

1. Un examen general privado teórico escrito, el cual puede ser realizado en cualquiera de los períodos fijados por la Junta Directiva, los que podrán efectuarse antes, durante o después del servicio social y que versará sobre las asignaturas del plan de estudios vigente; y
2. Un año de servicio social, de conformidad a lo que establecen los Estatutos de la Universidad.

Art. 50.—Durante el año del servicio social, los egresados seguirán siendo considerados como alumnos de la Facultad, la cual continuará su orientación y su enseñanza, a través de sus Departamentos, quedando sujetos a una reglamentación especial.

Las autoridades de la Facultad o las autoridades centrales y las gubernamentales podrán establecer, de común acuerdo, la reglamentación que regule las actividades del servicio social, prácticas clínicas, ex aulas y otras actividades que se relacionan con los servicios públicos de salud oral.

Habiendo cumplido el egresado con el Art. 50 de este Reglamento, el Decanato de la Facultad extenderá la documentación respectiva para que pueda tramitar su doctoramiento en la oficina correspondiente.

CAPITULO XIII

De las Carreras Auxiliares y la Obtención del Título

Art. 52.—Los estudios para la Carrera Auxiliar de Asistente Dental tendrán una duración de un año y medio.

Art. 53.—Después de terminados los estudios de Asistente Dental, los estudiantes deberán cumplir previamente a la obtención de su diploma:

1. Un examen general teórico escrito; y
2. Un semestre de prácticas ex aulas.

Art. 54.—Habiendo cumplido el estudiante con lo contemplado en el Art. Anterior, el Decanato de la Facultad le extenderá la documentación respectiva para que pueda tramitar la obtención de su diploma en la oficina correspondiente.

Art. 55.—La Facultad podrá establecer de acuerdo a la ley, cualquier otra carrera auxiliar que se considere necesaria, las cuales se registrarán por un Reglamento especial.

CAPITULO XIV

De los Alumnos

Art. 56.—Son alumnos de la Facultad los que habiendo cumplido con los requisitos de admisión y matrícula, siguen regularmente los estudios profesionales de Doctor en Cirugía Dental o Carreras Auxiliares.

Art. 57.—Son deberes del alumno:

- 1) Cumplir con las disposiciones de la Ley Orgánica y Estatutos de la Universidad, del presente Reglamento, de los Reglamentos Especiales y demás disposiciones de las autoridades de la Universidad y de la Facultad y de sus Departamentos y Direcciones.
- 2) Asistir puntualmente a las clases y demás actividades docentes y cumplir con las obligaciones establecidas en todo lo relativo a los sistemas de estudio y de investigación.
- 3) Asistir puntualmente a las pruebas cumpliendo con los requisitos establecidos en el Reglamento de Evaluación.
- 4) Contribuir con su conducta al mantenimiento del ambiente de cultura y de trabajo que necesita la Facultad para su funcionamiento.
- 5) Contribuir al cuidado y conservación de los locales de la Facultad y del equipo y material utilizados en la enseñanza.
- 6) Colaborar en el desarrollo de las actividades culturales, deportivas, formativas y de otra índole que se efectúen en la Facultad.
- 7) Prestar la más completa colaboración en las labores de bienestar estudiantil que realice Facultad.
- 8) Solicitar por escrito al Decanato la autorización correspondiente para realizar sesiones de Asamblea General en la Facultad y siempre que en lo posible no interfieran con las labores docentes.

Art. 58.—Son derechos de los estudiantes:

- 1) Recibir los beneficios de la educación odontológica y la formación cultural y científica que imparte la Facultad por medio de sus organismos docentes y de investigación.
- 2) Recibir la colaboración económica y social de los organismos de bienestar estudiantil cuando su situación personal, su aplicación y su conducta lo justifiquen.
- 3) Constituir sus Asociaciones Estudiantiles.
- 4) Elegir a sus representantes ante la Asamblea General Universitaria y el Consejo Superior Universitario de acuerdo a la Ley Orgánica y Estatutos de la Universidad.
- 5) Elegir un representante ante la Junta Directiva de la Facultad y otro ante el Consejo Técnico entre los estudiantes de los dos últimos años que hayan obtenido, en el año anterior, un promedio de calificación no menor del 70% del máximo obtenible o su equivalente en otro sistema y haber estudiado en forma regular en la Facultad durante

los dos años anteriores a su elección; deberá, además, ser salvadoreños y de reconocida honorabilidad.

Art. 59.—Las Faltas de disciplina cometidas por los alumnos en el interior de la Facultad, en los centros asistenciales que cooperan con la enseñanza, o fuera de ellos, serán sancionados de conformidad al Reglamento correspondiente.

Las faltas de asistencia en que incurre el alumno sancionado se considerarán válidas para los efectos del control del curso.

Art. 60.—En los casos de indisciplina colectiva o en aquellos en que por motivos diversos no pueda establecerse responsabilidad sobre determinados alumnos, podrá sancionarse a todo el curso, previas las investigaciones del caso.

Art. 61.—El valor que representa la pérdida, deterioro o destrucción de material didáctico, mobiliario o inmueble de la Facultad será pagado por el culpable.

Cuando no se pueda individualizar el pago, este se hará a prorrata por el curso o grupo de alumnos que se considere culpable, sin perjuicio de aplicarse las sanciones que establezca el Reglamento correspondiente.

Ningún alumno, podrá presentarse a examen mientras no esté solvente según lo dispuesto en este artículo.

Art. 62.—La sustracción de pertenencias de la Facultad será sancionada con la restitución o pago de las mismas, además de las sanciones que establezca el Reglamento respectivo.

Art. 63.—No tendrá derecho a recibir la docencia pre-clínica o clínica el alumno que no presente y deposite en el respectivo Departamento el instrumental requerido. Esta circunstancia será tomada en cuenta para la evaluación respectiva, a juicio del docente.

Art. 64.—Ningún alumno de pre-clínica podrá obtener materiales de los arsenales para el aprendizaje de sus materias.

Art. 65.—Todo alumno dentro del recinto de la Facultad deberá estar con su gabacha reglamentaria y mantener las normas de pulcritud personal.

Art. 66.—Los actos cometidos por los alumnos encaminados a falsear los resultados de las pruebas de evaluación serán considerados como falta grave y sancionados de acuerdo a los contemplado en el Reglamento de Evaluación.

Art. 67.—Son obligaciones del alumno de pre-clínica:

- 1) Adquirir todo el material necesario para sus técnicas; y
- 2) No usar instrumental o el equipo clínico destinado a los alumnos de cursos superiores cuando no esté autorizado para ellos.

Art. 68.—Son obligaciones del alumno de clínica:

- 1) Presentarse a clínicas, según las normas de pulcritud personal;
- 2) Permanecer en las clínicas con la Abacha reglamentaria;
- 3) Cuidar y ser responsable del instrumental o equipo que se le asigne;

- 4) Atender a sus pacientes a la hora citada, con eficiencia y cortesía;
- 5) Tener la ficha respectiva en la atención de cada paciente;
- 6) No alterar presupuestos sin conocimiento de los superiores, ni recibir dinero ni regalías de los pacientes por el servicio prestado;
- 7) Usar unidades eléctricas destinadas a los pacientes, únicamente para realizar trabajos en la boca; y
- 8) Utilizar en clínicas las cajas de instrumental reglamentarias.

Art. 69.—El alumno que no cumpliera con sus obligaciones, se le sancionará de acuerdo con lo establecido en este Reglamento, en el de Actividades Clínicas y Pre-Clínicas y en disposiciones de los Departamentos.

Art. 70.—El 25% de faltas de asistencia injustificadas a las clases será suficiente para reprobar una asignatura.

CAPITULO XV

De la Selección y Admisión de Alumnos

Art. 71.—La Facultad admitirá cada año a un número máximo de alumnos que será establecido por el Consejo Superior Universitario, a propuesta de la Junta Directiva.

Art. 72.—El Decano nombrará una o más comisiones para realizar el examen de admisión, las cuales estarán integradas por profesores de la Facultad que tendrán como función seleccionar a los aspirantes que deban ser admitidos.

Art. 73.—Los requisitos de admisión de los estudiantes serán los que determinan los Estatutos y el Reglamento Especial de Matrícula de la Universidad.

CAPITULO XVI

De la Administración

Art. 74.—La actividad administrativa de la Facultad y su personal estarán regidos por un reglamento especial.

CAPITULO XVII

De las Incorporaciones

Art. 75.—Solicitado que fuere el dictamen de incorporación por el Consejo Superior Universitario, la Junta Directiva, para pronunciarse, deberá obtener los elementos de juicio necesarios de los Departamentos de la Facultad.

Estos a su vez, para aportarlos, deberán tomar en cuenta el plan de estudios y contenidos programáticos de las asignaturas de la Universidad que extendió el título, las calificaciones obtenidas en los diversos exámenes y la práctica verificada y legalmente comprobada.

Art. 76.—Si un Departamento dictamina que un plan de estudios o el contenido programático de una o varias asignaturas es deficiente, podrá recomendar a la Junta Directiva de la Facultad que

el solicitante curse y apruebe ciertas materias o lleve una práctica odontológica, con una duración acorde a la deficiencia encontrada.

En este caso, el Departamento elaborará el programa correspondiente.

Las pruebas de evaluación deberán rendirse en castellano.

CAPITULO XVIII

De las Equivalencias

Art. 77.—La Junta Directiva de la Facultad resolverá las solicitudes de equivalencias de estudios que se les presenten de acuerdo a los Estatutos de la Universidad.

Art. 78.—En ningún caso podrá concederse la equivalencia de una materia que haya sido matriculada dos veces y reprobada por el alumno en esta Facultad.

Art. 79.—La Facultad para poder aceptar a un alumno a quien le haya concedido equivalencia de estudios o de materias tomará en cuenta el cupo máximo establecido.

CAPITULO XIX

Disposiciones Varias

Art. 80.—Lo no previsto en el presente Reglamento, siempre que no sea de competencia de otros funcionarios u organismos universitarios, será conocido y resuelto por la Junta Directiva de la Facultad.

Art. 81.—Se exceptúan del requisito de graduación contemplado en el numeral primero del artículo 50 a aquellos alumnos que a la fecha de aprobación del presente Reglamento, estén cursando los último cuatro años de la carrera, quienes tendrán como requisito de graduación un Seminario de Orientación Profesional.

Art. 82.—El presente Reglamento entrará en vigencia ocho días después de su publicación en el Diario Oficial.

Dado en el Auditorium de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador, a los Veintiún días del mes de mayo de mil novecientos setenta y cuatro.

José Fernando Zavaleta,
Presidente de funciones.

José Antonio Mata,
1er. Vocal.

4.2. REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

DECRETO No. 53.-

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE EL SALVADOR,

CONSIDERANDO:

- I. Que mediante Decreto Legislativo No. 868, de fecha 5 de abril de 2000, publicado en el Diario Oficial No. 88, Tomo No. 347, del 15 de mayo de ese mismo año, se emitió la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública;
- II. Que la referida Ley ha sido objeto de diversas reformas, siendo la más reciente la que comprende el Decreto Legislativo No. 725, de fecha 18 de mayo de 2011, publicado en el Diario Oficial No. 102, Tomo No. 391, del 2 de junio del mismo año, mediante el cual se actualizan disposiciones de la referida Ley, con el propósito de generar certeza jurídica y claridad en la aplicación de las mismas para la Administración, los oferentes y los contratistas, fortaleciendo las funciones y responsabilidades, tanto del ente normativo como de las unidades operativas, entre otras finalidades;
- III. Que de conformidad con el artículo 168, ordinal 14° de la Constitución de la República, es atribución del Presidente de la República decretar los reglamentos que fueren necesarios para facilitar y asegurar la aplicación de las leyes cuya ejecución le corresponde; y,
- IV. Que mediante Decreto Ejecutivo No. 98, de fecha 20 de octubre de 2005, publicado en el Diario Oficial No. 200, Tomo No. 369, del 27 del mismo mes y año, se emitió el Reglamento de la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública; y,
- V. Que con el fin de actualizar y reforzar el desarrollo de la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública, facilitando y asegurando la aplicación de la misma, se hace necesario también emitir un nuevo Reglamento de la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública.

POR TANTO,

en uso de sus facultades constitucionales,

DECRETA el siguiente:

REGLAMENTO DE LA LEY DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES DE LA

ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

TÍTULO I

CAPÍTULO ÚNICO OBJETO, PRINCIPIOS BÁSICOS Y ÁMBITO DE APLICACIÓN

OBJETO

Art. 1.- El presente Reglamento tiene por objeto regular, desarrollar y facilitar la aplicación de las normas contenidas en la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública, en lo relativo a la planificación, adjudicación, contratación, seguimiento y liquidación de obras, bienes y servicios de cualquier naturaleza y dentro del ámbito de aplicación de la Ley, respetando los criterios de eficiencia y calidad en los procesos de contratación de la Administración Pública.

ABREVIATURAS Y TÉRMINOS DE USO FRECUENTE

Art. 2.- Para los efectos de este Reglamento, se emplearán los siguientes términos y abreviaturas:

- a) CEAN: Comisión Especial de Alto Nivel.
- b) CEO: Comisión de Evaluación de Ofertas.
- c) El Sistema: Sistema Electrónico de Compras Públicas.
- d) El Registro: Registro Nacional de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública.
- e) Instrumentos de contratación: Son los instrumentos generados para realizar el proceso de contratación: Términos de Referencia, Especificaciones Técnicas, Bases de Licitación o de Concurso.
- f) Documentos Contractuales: Son los documentos que forman parte integral del contrato: Términos de Referencia, Especificaciones Técnicas, Bases de Licitación o de Concurso, además, si las hubiese, ofertas y sus documentos, garantías, resoluciones modificativas y las órdenes de cambio, en su caso.
- g) Las Instituciones: Instituciones de la Administración Pública.
- h) Ley o LACAP: Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública.
- i) SIAC: Sistema Integrado de Adquisiciones y Contrataciones.
- j) Reglamento o RELACAP: Reglamento de la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública,
- k) UACI: Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucional.
- l) UNAC: Unidad Normativa de Adquisiciones y Contrataciones de La Administración Pública.

PRINCIPIOS BÁSICOS

Art, 3.- Las adquisiciones y contrataciones se regirán por los principios de publicidad, libre competencia, igualdad, ética, transparencia, imparcialidad, probidad, centralización normativa y descentralización operativa y racionalidad del gasto público.

Para los efectos de este Reglamento, se entenderá por:

a) Publicidad

Difundir a los administrados la información relacionada con los procesos de adquisición y contratación que desarrollan las Instituciones.-a través de los medios y bajo los parámetros establecidos en la Ley.

b) Libre competencia

Propiciar la participación dinámica e independiente del mayor número de oferentes en los procedimientos de selección, otorgándoles las mismas condiciones y oportunidades, bajo los parámetros establecidos por la Ley.

c) Igualdad

Otorgar a todos los participantes en los procedimientos de selección y contratación, un trato igualitario de conformidad con la Ley, sin favorecer o discriminar, positiva o negativamente, por nacionalidad, sexo, raza, credo político, religión o de cualquier otra índole.

d) Ética Pública

Principios que norman los pensamientos, las acciones y las conductas humanas y que las orientan al corrector honorable y adecuado cumplimiento de las funciones públicas.

e) Transparencia

Actuar de manera accesible, para que toda persona natural o jurídica que tenga interés legítimo pueda conocer de los procesos de adquisición y contratación que desarrollan las instituciones y si las actuaciones del servidor público son apegadas a la Ley, a la eficiencia, a la eficacia y a la responsabilidad.

f) Imparcialidad

Actuar con objetividad y sin designio anticipado en favor o en contra de alguien, permitiendo juzgar o proceder con rectitud.

g) Probidad

Actuar con honradez, integridad, rectitud, respeto y sobriedad.

h) Centralización normativa y Descentralización operativa

Centralización normativa: Facultad de la UNAC de ejercer en forma centralizada la formulación de lineamientos o directrices de carácter normativo que requieran las UACIS en la aplicación de la LACAP y el presente Reglamento. Descentralización operativa: Facultad de las instituciones de proceder con independencia y responsabilidad en la aplicación de la LACAP y este Reglamento.

i) Racionalidad del Gasto Publico

Utilizar eficientemente los recursos en las adquisiciones y contrataciones de las obras, bienes y servicios necesarios para el cumplimiento de las facultades, deberes y obligaciones que corresponden a las instituciones.

PARTICIPACION CONJUNTA DE OFERENTES

Art. 4.- Para los efectos del Art. 2, letra a) de la LACAP, las personas naturales o jurídicas que oferten con la Administración Pública deberán acreditar ante la institución contratante la existencia del acuerdo de participación conjunta celebrado por escritura pública, en la cual deberá nombrarse un representante y regular entre los requisitos básicos, las obligaciones entre los integrantes de la participación conjunta y los alcances de la relación entre sí y con la Institución con la que se realizará el proceso de contratación.

Únicamente para los efectos de la participación en forma conjunta, los oferentes deberán identificarse con un nombre al cual le deberán anteponer la expresión “Participación Conjunta de Oferentes”.

En los procesos de libre gestión, las personas naturales o jurídicas que oferten con la Administración Pública bajo esta figura, podrán presentar una carta compromiso de constitución de la Participación Conjunta de Oferentes, lo cual deberán formalizar, si resultaren adjudicadas, presentando la escritura pública de Participación Conjunta de Oferentes, previo a la firma del contrato o a la emisión de la orden de compra.

La forma de evaluación de las ofertas presentadas por la participación conjunta de oferentes, en sus aspectos legales, financieros y técnicos, deberá ser establecida claramente en los instrumentos de contratación, de conformidad al Art. 41 de la Ley, sujetándose a los lineamientos básicos que emita la UNAC.

En la escritura pública de Participación Conjunta de Oferentes, deberá pactarse expresamente la responsabilidad solidaria de los integrantes del mismo, en todo lo relativo al procedimiento de contratación y ejecución del contrato.

La eficacia de la adjudicación y por tanto, la suscripción del contrato con la Participación Conjunta de Oferentes, estarán condicionadas a la formalización del mismo. En caso que ésta no se constituya en tiempo, se adjudicará al segundo oferente mejor evaluado, en su caso.

Puede retirar base una persona en representación de otra natural o jurídica, pero al momento de la presentación de la oferta, la persona natural o jurídica lo puede hacer en nombre de una Participación Conjunta de Oferentes en la que-ella participe, quedando impedido de presentar otras ofertas en forma individual o como integrante de otra Participación Conjunta de Oferentes, siempre que se trate del mismo proceso.

ADQUISICIONES DERIVADAS DE CONVENIOS INTERINSTITUCIONALES

Art. 5.- La exclusión contemplada en el Art.4, letra b) de la LACAP, no se extiende a las adquisiciones de insumos o materiales que se requieran para cumplir con las obligaciones derivadas de los convenios de ejecución de obras, suministro de bienes o prestación de servicios. Dichas adquisiciones estarán sujetas a la Ley y al presente Reglamento.

TÍTULO II

SISTEMA INTEGRADO DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA (SIAC)

CAPÍTULO I

DE LA UNIDAD NORMATIVA DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA (UNAC), EL SISTEMA ELECTRÓNICO DE COMPRAS PÚBLICAS Y EL REGISTRO NACIONAL DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

SISTEMA INTEGRADO DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES

Art.1 6.- El Sistema Integrado de Adquisiciones y Contrataciones (SIAC), es un sistema que integra órganos, elementos y disposiciones relacionadas con la administración, implementación, funcionamiento, coordinación y seguimiento de las adquisiciones y contrataciones de las instituciones de la Administración Pública. Forman parte del SIAC, la Unidad Normativa de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública (UNAC), las Unidades de Adquisiciones y Contrataciones Institucionales (UACIS), las disposiciones legales y técnicas aplicables a las adquisiciones y contrataciones y el Sistema Electrónico de Compras Públicas.

JEFE UNAC

Art. 7.- La selección del Jefe de la UNAC, se realizará con base en los requisitos establecidos por el Art. 8 de la Ley, debiendo evaluar, entre otros requerimientos, su idoneidad para el desempeño del cargo, la cual se podrá determinar, de acuerdo a las siguientes características:

- a) Conocimiento y experiencia comprobable en la aplicación de la LACAP y su Reglamento;
- b) Experiencia en el diseño de términos de referencia o bases de licitación o de concurso;

- c) Experiencia en coordinación de equipos multidisciplinarios; y,
- d) Experiencia mínima de dos años en la administración pública.

SISTEMA ELECTRÓNICO DE COMPRAS PÚBLICAS

Art. 8.- El Sistema Electrónico de Compras Públicas es un/elemento del Sistema Integrado de Adquisiciones y Contrataciones, cuya finalidad es automatizar las operaciones de los procesos de adquisición y contratación de obras, bienes y servicios que la Administración Pública realice en el marco de la Ley, el cual constituye un sistema informático centralizado al que se accede a través de Internet, permitiendo el intercambio de información entre los participantes del proceso y la Institución Contratante, así como la publicación de información que legalmente deba publicarse dentro de un entorno de seguridad razonable. El sistema será desarrollado e implementación en forma gradual, mediante fases evolutivas, para lo cual la UNAC emitirá los lineamientos normativos respectivos en cuanto a su administración, cobertura y funcionamiento.

El SIAC tendrá un portal electrónico, conteniendo entre otros, un módulo de divulgación, al cual podrá acceder libremente el público en general y contendrá la publicación de los actos que legalmente deban publicarse, tales como convocatorias, resultados de las licitaciones, concursos, compras por libre gestión y contratación directa, así como de todos los procesos de adquisición y contratación de obras, bienes y servicios: Toda divulgación o publicación se realizará en concordancia con la ley de la materia.

REGISTRO NACIONAL DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Arí.9.- El Registro Nacional de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública es in elemento del Sistema Electrónico de Compras Públicas que contiene información de procesos, Oferentes, contratistas y toda la información relativa a las adquisiciones y contrataciones públicas, facilitando, el reconocimiento del mercado de Oferentes y de los incumplimientos de los contratistas. En dicho Registro podrán inscribirse las personas naturales y jurídicas que desean participar en los procesos de contratación pública que corresponda, con la implementación de los protocolos de seguridad debidos.

Para tales efectos, el Registro se implementará gradualmente y se estructurará por módulos, los cuales contendrán la información siguiente:

- I) Módulo de Registro de Oferentes y Contratistas, el cual contendrá:
 1. Los datos de las personas naturales o jurídicas, nacionales o extranjeras, que se registren y que sean potenciales Oferentes, o tengan la calidad de proveedores o contratistas;
 2. El registro de los contratos que se hayan celebrado o que estén en ejecución con las Instituciones de la Administración Pública;

3. Antecedentes de incumplimientos -contractuales, en su caso; si se encuentran inhabilitados o sancionados, los motivos que mediaron para la imposición de las sanciones, la fecha de vencimiento del plazo de la sanción y su cumplimiento; y,
- II) Módulo de expedientes consolidados de todas las adquisiciones y contrataciones que realice cada institución de la Administración Pública {' en cualquier modalidad.

En el Registro se hará referencia sobre la clasificación del tipo de Oferente o contratista de que se trate, pudiendo establecer si se trata de consultores, suministrantes de bienes, prestadores de servicios o contratistas de obras, entre otros.

Para los efectos de lo dispuesto en el Art. 10, letra j) de la Ley, la UNAC proporcionará los lineamientos y mecanismos, a fin que las instituciones publiquen y actualicen la información que corresponda en los diversos módulos del referido Registro. Asimismo, éstas deberán informar a la UNAC de los hechos que la Ley manda a remitir al Registro.

INSCRIPCIÓN DE POTENCIALES OFERENTES

Art. 10.- Las personas naturales y jurídicas interesadas en inscribirse en el Registro, deberán ingresar al Sistema Electrónico de Compras Públicas administrado por la UNAC y acceder al formulario de registro de proveedores, en el cual deberán consignar los datos que en él se exigen, entre ellos, el código de usuario que utilizarán para ingresar al sistema; los nombres y apellidos de la persona natural o representante legal de la persona jurídica que se inscribe, así como la denominación o razón social, para el caso de las personas jurídicas; la clave que desea utilizar para ingresar al sistema; la clasificación del tamaño de la empresa, pudiendo ser micro, pequeña, mediana o grande; la nacionalidad; el Número de Identificación Tributaria; la dirección completa de la empresa; teléfono y cuenta de correo electrónico. Además, contendrá una descripción detallada de los bienes o servicios que ofrece cada Oferente.

Asimismo, se podrá solicitar cualquier otro documento o información que se considere necesario para inscribir a los Oferentes y contratistas en el Registro, lo cual será informado en el mismo Sistema.

CAPÍTULO II

UNIDADES DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES INSTITUCIONALES (UACI)

REQUISITOS DEL JEFE UACI

Art. 11.- El Jefe UACI deberá cumplir con los requisitos establecidos en la Ley y para su nombramiento deberá considerarse, entre otros requerimientos, su idoneidad para el desempeño del cargo, la cual se podrá determinar, de acuerdo a las siguientes características:

- a) Conocimiento de la aplicación de la LACAP y su Reglamento y de otras normas de carácter administrativo, debidamente comprobado;

- b) Fiabilidad y experiencia en la elaboración de términos de referencia y bases de licitación o de concurso;
- c) Experiencia en coordinación de equipos multidisciplinarios; y,
- d) Experiencia en cargos similares o relacionados en contratación pública.

OBLIGACIONES DEL JEFE UACI

Art. 12.- El Jefe UACI tendrá las atribuciones, señaladas en el Art. 10 de la Ley, en el marco de las cuales deberá:

- a) Llevar el registro, control y la actualización del banco de datos institucional de Oferentes/y contratistas, de acuerdo al tamaño de la empresa y por sector económico, basado en la información oficial de clasificación y a la proporcionada por el Oferente, con el objeto de facilitar la participación de éstas en las políticas de compras. En dicho registro, se incorporará la información relacionada con el incumplimiento y demás situaciones que fueren de interés para futuras contrataciones o exclusiones;
- b) Entregar al titular el informe a que se refiere la letra m) del Art. 10 de la Ley, dentro de los diez días hábiles después de finalizado cada trimestre del ejercicio fiscal; y,
- c) Publicar y actualizar toda la información institucional requerida en el Registro, conforme lo dispuesto en la Ley y el presente Reglamento, una vez se habiliten los módulos pertinentes,

Para los efectos del Art. 10, inciso final de la Ley, el Jefe UACI llevará un registro interno de designaciones y supervisión de cumplimiento de las mismas.

CONTROL DE INVENTARIOS

Art. 13.- Independientemente de la estructura organizativa, las instituciones deberán contar con un control de inventario de bienes, que tiene por objeto la custodia y control del movimiento de éstos y de las adquisiciones, transferencias, enajenaciones y bajas de inventarios, lo cual estará a cargo de la unidad o dependencia correspondiente en cada Institución. La UACI podrá solicitar a la referida unidad o dependencia, la información que se requiera.

El control deberá contar al menos cotí un registro de entrada, almacenamiento y salida, con el objeto de prever la continuidad del suministro de bienes a los usuarios-y evitar la interrupción de las tareas para las cuales son necesarios. Para tal efecto, cada Institución deberá adoptar una metodología para determinar la cantidad económica, racional y adecuada de existencias y de reposición, así mismo, utilizará la técnica de inventarios más apropiada al tipo de bien.

CAPÍTULO III

PROGRAMACIÓN Y PRESUPUESTACIÓN

ELABORACIÓN DE LA PROGRAMACIÓN ANUAL

Art. 14.- La elaboración de la programación anual de adquisiciones y contrataciones institucional, estará a cargo del Jefe UACI, en coordinación con la Unidad Financiera Institucional (UFI), tomando como base el proyecto de presupuesto de la Institución para el ejercicio siguiente con que se cuente a la fecha de la elaboración del programa. Al ser aprobado el presupuesto, se realizarán los ajustes que correspondan a la programación anual.

Sin perjuicio de lo establecido en el Art. 16 de la Ley, para la elaboración de la Programación Anual, las instituciones deberán tomar en cuenta los aspectos siguientes: y

- a) Los lineamientos emitidos por la UNAC para facilitar el manejo de la programación respecto al presupuesto;
- b) Las necesidades de obras, bienes o servicios requeridos en programas especiales, de apoyo administrativo y de inmersiones de cada institución;
- c) Los requerimientos de mantenimiento de los bienes muebles e inmuebles que por su naturaleza así lo exijan;
- d) El costo estimado de las obras y de los bienes o servicios relacionados con las mismas, cuando se tengan elementos para determinarlos;
- e) Los permisos, autorizaciones y licencias que se requieran para la realización de las diversas obras, cuando su tramitación y obtención corresponda a la Institución contratante;
- f) Las potenciales prórrogas en los contratos que por su naturaleza puedan requerirlas, en la medida que las mismas sean previsibles; y,
- g) Las características de la región donde deba realizarse la obra pública, incluyendo condiciones ambientales, climáticas y geográficas, a efecto de definir el momento oportuno para su ejecución.

CONTENIDO DE LA PROGRAMACIÓN ANUAL DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES

Art. 15.- En la programación anual de adquisiciones y contrataciones, las instituciones incluirán, por lo menos, los siguientes datos, para cada adquisición:

- a) Tipo o clase de obra, bien o servicio por adquirir o contratar, según el caso;
- b) El valor estimado de los bienes, servicios y obras que se van a adquirir o contratar;
- c) El mes estimado de adquisición o contratación, en el cual se prevé formalizar la misma;
- d) La fuente de financiamiento; y,

- e) Cualquier otro requisito o especificación establecida o requerida por la UNAC, en los formatos que se remitan para tal efecto, en los términos de la Ley y el presente Reglamento.

CARÁCTER PÚBLICO DE LA PROGRAMACION ANUAL DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES

Art. 16.- Las instituciones, a más tardar treinta días calendario después que su presupuesto haya sido aprobado por la Asamblea Legislativa o en su caso por los Concejos Municipales, pondrán a disposición del público su programación anual de adquisiciones y contrataciones del período presupuestario siguiente. La misma deberá ser publicada íntegramente en el Sistema Electrónico de Compras Públicas y además, podrán utilizar las carteleras institucionales o los medios de comunicación físicos o tecnológicos de la Institución.

El carácter público de la programación no implicará compromiso alguno de adquisición o contratación y podrá ser modificado sin responsabilidad alguna para la Institución.

Si durante el seguimiento a la ejecución de la programación anual de adquisiciones y contrataciones se realizan modificaciones a la programación, éstas deberán ser publicadas trimestralmente en el Sistema Electrónico de Compras Públicas y además, se podrán utilizar los mismos medios enunciados anteriormente.

VERIFICACIÓN DE ARCHIVOS DE ESTUDIOS Y PROYECTOS

Art. 17.- Las instituciones que requieran realizar estudios o proyectos, previamente verificarán en sus archivos o en los de otras instituciones, si existen estudios o proyectos similares sobre la materia de que se trate. Para- tales efectos, se verificará también en el Registro correspondiente.

En el supuesto que se advierta su existencia y se compruebe que los mismos satisfacen los requerimientos de la Institución, no procederá la contratación de ese estudio, con excepción de aquellos trabajos que sean necesarios para la adecuación, actualización o complemento del estudio.

VERIFICACION DE PERMISOS Y LICENCIAS

Art. 18.- La Unidad solicitante, previo a la contratación, deberá obtener de las autoridades competentes los dictámenes, permisos, licencias, derechos de propiedad intelectual y demás- necesarios para la ejecución de los contratos, cuando legalmente sea procedente, salvo que por su naturaleza, corresponda al contratista tramitarlos o que en los términos de referencia, especificaciones técnicas o bases de licitación o concurso, se estipulare previamente.

IMPACTO AMBIENTAL Y PATRIMONIO CULTURAL

Art. 19.- La Unidad solicitante; previo a la contratación y cuando sea necesario, está obligada a considerar los efectos que sobre el medio ambiente pueda causar la realización de las obras

públicas, tomando en cuenta la evaluación de impacto ambiental realizada por la autoridad competente.

Los proyectos deberán apegarse a lo establecido en los permisos y autorizaciones correspondientes emitidos por el Ministerio de Medio Ambiente y Recursos Naturales y las instituciones del Estado que tengan atribuciones en la materia.

Asimismo, las Unidades solicitantes deberán disponer de lo necesario para la conservación del patrimonio cultural, de conformidad a la Ley Especial de Protección al Patrimonio Cultural de El Salvador y su respectivo Reglamento.

CAPÍTULO IV

RESPONSABILIDADES DE LOS INTERVENIENTES EN LOS PROCESOS DE CONTRATACIONES

ELABORACIÓN DE INSTRUMENTOS DE CONTRATACIÓN

Art. 20.- Para la elaboración y adecuación de las bases de licitación o concurso, términos de referencia o especificaciones técnicas, se utilizarán los modelos proporcionados por la UNAC. En la adquisición, de bienes muebles, los instrumentos de contratación deben contener criterios de eficiencia y calidad, cuando aplique.

Para efectos de la adecuación de los instrumentos de contratación, el Jefe UACI o la persona que designe y un representante de la unidad o dependencia solicitante, podrán -integrar un grupo de trabajo para la elaboración del proyecto de instrumentos de contratación, de acuerdo al objeto y alcance de la contratación, al cual se podrá incorporar, si fuere necesario, expertos en la materia objeto del y contrato y un asesor legal. El Jefe UACI coordinará la integración del equipo de trabajo.

La Unidad solicitante definirá objeto, cantidad, calidad, especificaciones técnicas y condiciones específicas de las obras, bienes y servicios, valores estimados, condiciones específicas de administración de los contratos y la necesidad, en su caso, de permisos administrativos, incluyendo ambientales y de salud; y el Jefe UACI o la persona que éste designe, verificará los requisitos legales, administrativos y financieros que serán solicitados y el procedimiento de contratación para cada una de las situaciones que lo requieran.

COMISIÓN DE EVALUACIÓN DE OFERTAS

Art. 21.- No podrán ser miembros de la CEO, quienes tengan conflicto de intereses con Oferentes en el procedimiento de que se trate y deberán excusarse por escrito ante el titular de la Institución o ante quien el titular haya designado para nombrar a la Comisión, al momento de tener conocimiento del mismo y éste determinará la procedencia de la excusa.

Para efectos de lo dispuesto en el Art. 20 inciso final de la Ley, la prueba del parentesco y la convivencia se establecerá conforme a la legislación de familia.

DESIGNACIÓN

Art. 22.- Sólo podrá realizarse designación de las potestades legalmente establecidas, en los casos que una norma del mismo rango legal lo faculte expresamente.

En los casos que la Ley faculta al titular a designar sus competencias, el designado podrá acordar los actos y resoluciones necesarios para el cumplimiento de su cometido, dentro de los límites establecidos por las leyes, debiendo dejar constancia en el mismo acto, que su actuación se origina en la designación del titular.

En todo caso, el titular deberá supervisar el cumplimiento de los objetivos de las contrataciones que se deriven de las potestades designadas. Para tal efecto, el designado deberá informar periódicamente al titular sobre el cumplimiento de las tareas designadas.

Los órganos colegiados podrán designar sus potestades, siempre que concurra el quórum necesario para ello, según lo establecido en sus respectivas leyes de creación.

La designación será revocable en cualquier momento por el órgano que la haya conferido.

TÍTULO III

GENERALIDADES DE LAS CONTRATACIONES

CAPÍTULO I

DE LOS CONTRATOS

CONTENIDO DE LOS CONTRATOS

Art. 23.- Sin perjuicio de las variaciones por la naturaleza del objeto contractual, los contratos contendrán como mínimo, lo siguiente:

- a) Relación de las personerías de quienes suscriben el contrato. En el caso de las instituciones del Gobierno Central, deberá hacerse constar que su titular o a quien éste designe comparece en representación del Ramo correspondiente, salvo que se trate de contratos sobre adquisición de bienes muebles sujetos a licitación, en cuyo caso comparecerá el Fiscal General de la República;
- b) La determinación del objeto del contrato;
- c) La relación de los documentos contractuales que formarán parte integral del mismo;
- d) La fuente de financiamiento, la cual bastará como existencia de disponibilidad, no siendo necesario hacer constar el cifrado presupuestario;
- e) El precio contractual, forma de pago o cualquier otra forma compensatoria;

- f) El plazo de ejecución determinado en días hábiles o calendario, la fecha de inicio y terminación, a partir de la fecha en que se emita la orden de inicio correspondiente, en caso que la hubiere; el lugar y las condiciones de ejecución, entrega o prestación del servicio, así como los plazos para verificar el cumplimiento del objeto contractual, que deben ser establecidos de acuerdo a las características, complejidad y magnitud;
- g) La clase y el monto de las garantías a exigir, conforme lo dispuesto en la Ley y el presente Reglamento;
- h) La identificación del Administrador del Contrato y sus atribuciones, conforme lo dispuesto en la Ley, el presente Reglamento y los instructivos que para tal efecto emita la UNAC;
- i) Las sanciones- a que puede hacerse acreedor el contratista por incumplimiento total o parcial, así como por mora en el cumplimiento de sus obligaciones contractuales, por causas imputables al mismo;
- j) Las penalizaciones contractuales por incumplimiento de aspectos técnicos;
- k) Las modificaciones que puedan surgir del contrato, dentro de los límites en la Ley y el presente Reglamento;
- l) Las causales por las cuales las instituciones podrán dar por extinguido el contrato, sin perjuicio de las establecidas en la Ley;
- m) La jurisdicción a que se someten las partes para resolver las discrepancias o conflictos previsibles y en su defecto, el pacto expreso de sometimiento a métodos alternativos de resolución de conflictos, de conformidad a la Ley;
- n) El sometimiento expreso a la Ley y al Reglamento;
- o) Lugar para recibir notificaciones;
- p) Lugar y fecha de la suscripción del contrato; y,
- q) Firma de las partes contratantes.

Los contratos podrán formalizarse en escritura pública, en documento privado debidamente reconocido ante notario o documento privado, conforme su naturaleza y según convenga a los intereses de la Institución.

CONTRATOS DE DERECHO COMÚN E INNOMINADOS

Art. 24.- Las instituciones podrán celebrar contratos de acuerdo al derecho común, tal como lo establece el Art. 24 de la LACAP, incluyendo los contratos que carecen de denominación, con las adaptaciones que fueren necesarias, respecto de aquél que se hallare regulado de manera análoga o semejante por el derecho común.

En los contratos innominados, además de las disposiciones del derecho común, se observará todo aquello que contribuya a la buena contratación, de conformidad a 'los principios y valores que rigen las contrataciones públicas, según la naturaleza del contrato y en protección del interés general.

CAPÍTULO II

CONTRATISTAS

ACREDITACIÓN DE OFERENTES

Art. 25.- La acreditación de los Oferentes se efectuará ante la Institución, conforme a la legislación secundaria, presentando como mínimo:

- a) **Personas Jurídicas:** Mediante la presentación del Testimonio de Escritura Pública de Constitución de la Sociedad y de cualquiera de sus modificaciones, debidamente inscritas en el Registro de Comercio del Centro Nacional de Registros (CNR) o donde corresponda y constancia de la respectiva matrícula de comercio vigente o la certificación que pruebe en forma fehaciente que aquélla está en trámite de ser concedida o renovada y cuando se tratare de persona jurídica extranjera, mediante la presentación de los instrumentos correspondientes debidamente legalizados y registrados, de conformidad a las normas de su país.
- b) **Personas Naturales:** Mediante la presentación del Documento Único de Identidad (DUI) y la tarjeta del Número de Identificación Tributaria (NIT). En el caso de extranjeros, Pasaporte o Carné de Residente vigente. Asimismo, cuando legalmente posean la calidad de comerciante individual y les sea aplicable, de conformidad al monto de su activo, deberá presentar constancia de la respectiva matrícula de comercio vigente o la certificación que pruebe en forma fehaciente que aquélla 'está en trámite de ser concedida o renovada.
- c) **Los que comparezcan en representación de otra persona:** Mediante la presentación del poder debidamente otorgado ante notario o credencial de nombramiento vigente, debidamente inscrita en el Registro de Comercio del CNR, cuando aplicare.

Los documentos citados en los literales anteriores, deberán estar redactados en idioma castellano o debidamente traducidos a este idioma, de conformidad a la legislación salvadoreña. En caso de Oferentes o contratistas extranjeros cuyo país de origen sea suscriptor de la "Convención de la Haya de 1961, en lo referido a la Eliminación del Requisito de la Legalización de Documentos Públicos Extranjeros", deberán presentarla documentación debidamente apostillada y traducida al idioma castellano, si fuere necesario. En caso de no ser signatario del Convenio, deberá presentar dichos documentos conforme lo dispuesto en el Art. 334 del Código Procesal Civil y Mercantil y traducidos al idioma castellano, si fuere necesario, según lo establecido en la legislación pertinente.

En los procesos de libre gestión, las participaciones conjuntas-de Oferentes podrán presentar con su oferta el acuerdo de participación conjunta celebrado por escritura "pública, o una carta compromiso de constitución; la escritura pública deberá formalizarse, si resultaren adjudicadas.

Los posibles subcontratistas no deberán estar incapacitados ni impedidos para ofertar y contratar conforme a la Ley y será responsabilidad del contratista o subcontratista, en su caso, la comprobación, por medio de declaración jurada presentada ante la institución contratante, que los subcontratistas propuestos no incurrir en tales situaciones.

Los documentos podrán presentarse en originales o fotocopias, certificadas por notario.

Una vez se encuentre completamente implementado y en funcionamiento el módulo de registro de Oferentes y Contratistas del Registro Nacional de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública, éste constituirá el registro único de Oferentes a ser utilizado por las instituciones contratantes.

COMPROBACIÓN DE SOLVENCIA PARA OFERTAR Y CONTRATAR

Art. 26.- Para efectos de comprobar su solvencia en el cumplimiento de las obligaciones fiscales, municipales, de seguridad social y previsional, los Oferentes y adjudicatarios deberán presentar en original:

- a) Solvencia tributaria vigente a la fecha de apertura de las ofertas;
- b) Solvencias de Seguridad Social vigentes a la fecha de apertura de las ofertas;
- c) Solvencias de Seguridad Previsional, vigentes a la fecha de apertura de las ofertas; En caso de no tener trabajadores a su cargo, deberá presentar constancia de las instituciones correspondientes, en la que se exprese que no tiene personal cotizante; y,
- d) Solvencia Municipal correspondiente al municipio del domicilio de la persona natural o jurídica, según Documento Único de Identidad o Escritura Pública de Constitución o Escritura.) Pública de la última modificación del pacto social, respectivamente, vigente a la fecha de apertura de las ofertas.

Toda solvencia será emitida por los mecanismos que las instituciones emisoras establezcan y además, podrá estar sujeta a verificación con éstas.

En los procesos de libre gestión, bastará que el Oferente o contratista manifieste por escrito su capacidad legal para ofertar y contratar, especificando que se encuentra solvente en sus obligaciones fiscales, municipales, de seguridad social y previsional, sin perjuicio que la Institución les requiera las solvencias originales en cualquier momento. No obstante lo anterior, deberá presentarse solvencia tributaria, cuando por las características de la obra, bien o servicio requerido, por la falta de inmediatez en la entrega o por ser obligaciones de cumplimiento o tracto sucesivo no se elabore orden de compra, sino un contrato.

En los procesos de contratación directa por estado de emergencia, calamidad, desastre, guerra o grave perturbación del orden, o se hubiese dado, un calificativo de- urgencia, también podrán acreditarse las solvencias por las formas tradicionales o a través de una declaración jurada ante notario; las solvencias vigentes del cumplimiento de obligaciones fiscales, de seguridad social,

previsional y municipales, deberán ser presentadas al momento de la firma del contrato respectivo.

CAPÍTULO III

DE LA PRECALIFICACIÓN

OBJETO DE LA PRECALIFICACIÓN

Art. 27.- La precalificación tiene por objeto dotar a las instituciones de un mecanismo de preselección de los potenciales Oferentes que cuenten con la experiencia y capacidad financiera específica y relevante para el proyecto de que se trate, a fin de asegurar la idoneidad de una persona natural o jurídica para contratar con las instituciones.

La precalificación se hará mediante la recolección y análisis de datos que permitan estimar la solvencia financiera, así como la capacidad técnica y profesional y la existencia de capacidad legal, dependiendo del tipo de obligación a suscribir.

Pará proceder a la precalificación, no se deberán establecer requisitos que impidan o dificulten la libre competencia y la igualdad de los postulantes o aspirantes, excepto aquéllos que tengan incapacidades, impedimentos o inhabilidades determinados por la Ley.

PROCEDIMIENTO BÁSICO DE PRECALIFICACIÓN

Art. 28.- Para la precalificación, se deberán elaborar bases que definan los requisitos de participación, los criterios para la evaluación de las propuestas-o expresiones de interés, así como deberán explicar la manera en que se aplicarán estos criterios, con base en parámetros objetivos, mensurables o cuantificables y no arbitrarios. En esta etapa, no se presentará ni evaluará oferta económica alguna.

Iniciado el procedimiento, los Oferentes presentarán la documentación e información requerida en las bases.

La UACI, utilizando los criterios de evaluación establecidos en las bases de la precalificación, determinará los Oferentes que califiquen como elegibles para participar en la Licitación o Concurso y emitirá un informe en el cual se recomiende al titular aprobar o rechazar la precalificación de los interesados.

El resultado de la precalificación será comunicado a cada uno de los participantes.

INFORMACIÓN MÍNIMA PARA LA PRECALIFICACIÓN

Art. 29.- La información mínima que podrá requerirse a los interesados, dependiendo del tipo de adquisición para participar en la precalificación, será la siguiente:

- a) Los Estados Financieros debidamente auditados, los cuales deberán estar depositados en el Registro de Comercio o en su defecto, presentar con éstos la constancia que se encuentran en trámite ante dicha Institución;
- b) Información relativa a las obras, suministros, servicios o trabajos realizados por el Oferente, durante el plazo definido por la Institución que está realizando la precalificación;
- c) Información cuantitativa y financiera de los contratos principales que ha realizado, en la rama que pretende ser precalificado;
- d) Experiencia o capacidad técnica que se requiera para desarrollar el objeto de la contratación;
- e) Información de los contratos o compromisos en ejecución o pendientes de ejecutar, incluyendo plazos y montos; y,
- f) Demostración del capital de trabajo que determine la Institución que está realizando la precalificación. Este capital de trabajo podrá estar conformado también por la capacidad de crédito de los participantes.

La UNAC podrá establecer otros parámetros estandarizados de precalificación, que se plasmarán en el instructivo correspondiente.

CONVOCATORIA A PRECALIFICAR

Art. 30.- Para el caso de la precalificación, la convocatoria deberá reunir los mismos requisitos establecidos en las bases de licitaciones y concursos públicos en general y deberá publicarse en el Sistema Electrónico de Compras Públicas habilitado para tal efecto.

RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN PARA PRECAUFÍCAR

Art. 31.- Recibida la información de los participantes para su precalificación, la UACI conformará un expediente.

A cada uno de los participantes se les notificará de los resultados de la precalificación.

RESPONSABLES DE LA PRECALIFICACIÓN

Art. 32.- En caso de Precalificación, el titular podrá nombrar en el mismo acuerdo razonado una Comisión de Evaluación, para determinar quiénes cumplen con la calidad de posibles Oferentes.

CAPÍTULO IV

GARANTÍAS EXIGIDAS PARA CONTRATAR Y ANTICIPO DE LAS GARANTÍAS

Art. 33.- Las garantías establecidas en el Art. 31 de la LACAP, serán emitidas a favor del Estado y Gobierno de El Salvador, en el Ramo correspondiente o a nombre del municipio o la respectiva Institución.

Para que las garantías sean eficaces, deberán sujetarse, además de lo establecido en los instrumentos de contratación, a las disposiciones del Código de Comercio y demás leyes atinentes.

En el caso de libre gestionase exigirá garantía de cumplimiento de contrato cuando de manera excepcional, por las características de la obra, bien o servicio requerido, o por ser obligaciones de cumplimiento o tracto sucesivo, no se elabore orden de compra, sino un contrato formal.

INSTRUMENTOS QUE ASEGUREN EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES

Art. 34.- Para asegurar el cumplimiento de obligaciones, la institución contratante deberá exigir las garantías necesarias, debiendo ser éstas fianzas o seguros.

Asimismo, atendiendo a la naturaleza y la complejidad de la contratación o adquisición, la institución podrá, en sustitución de las garantías antes mencionadas, solicitar o aceptar otros instrumentos que aseguren el cumplimiento de las obligaciones, tales como: aceptación de órdenes irrevocables de pago, cheques certificados, certificados de depósito y bono de prenda para el caso de bienes depositados en almacenadoras de depósito; así como prenda sobre certificados de inversión, certificados fiduciarios de participación, valores de titularización y otro tipo de títulos valores.

Los títulos valores de crédito deberán ser emitidos directamente por el contratista a favor de la Institución contratante. Asimismo, los títulos valores de oferta pública debidamente registrados en una Bolsa de Valores, deberán endosarse por el propietario directamente a favor de la Institución contratante y contar como mínimo con clasificación de riesgo AA.

GARANTÍA DE MANTENIMIENTO DE OFERTA

Art. 35.- Si en las bases se establece que la Institución recibirá ofertas totales sobre una gestión de compras, el monto total de la Garantía de Mantenimiento de Oferta será calculado por la Institución, sobre la totalidad del presupuesto para la adquisición o contratación, en los porcentajes que establece la Ley.

Cuando en las bases se establezca la posibilidad de ofertas parciales, la Institución podrá agrupar el objeto de la licitación o concurso por rubros, ítems, rangos, códigos, entre otros, a fin de establecer el monto fijo de las garantías para y cada uno de éstos.

RESGUARDO DE GARANTÍAS

Art. 36.- El responsable de recibir y comprobar que las garantías satisfacen los requerimientos de los documentos contractuales, será el Jefe UACI, salvo la Garantía de Mantenimiento de Oferta, que será verificada por la CEO. Posteriormente deberán ser remitidas a la Tesorería Institucional para su debido resguardo, conforme lo dispuesto en la Ley. La UACI deberá llevar un control de las garantías en un sistema que facilite su ubicación.

Las garantías de mantenimiento de oferta serán devueltas a los Oferentes en el plazo establecido por la Ley, salvo la de aquél que haya suscrito el contrato, la que se retendrá hasta el momento en que se entregue y acepte la Garantía de Cumplimiento de Contrato, de conformidad a las condiciones establecidas en los instrumentos contractuales.

AMPLIACIÓN DE LAS GARANTÍAS

Art. 37.- En caso que se requiera ampliar el plazo de las Garantías o aumentar su monto, la Institución, a través del Jefe UACI, deberá solicitarla a los Oferentes o contratistas, previo al vencimiento de la misma; y si alguno de los Oferentes o contratistas no atendiera la solicitud en el término establecido en la Ley o en los instrumentos o documentos de contratación, se producirán las consecuencias allí establecidas.

En todo caso, la ampliación del plazo o del monto de la garantía correspondiente, deberá ajustarse a la ampliación de los plazos del proceso de selección o de la ejecución de las obligaciones contractuales.

PROCEDIMIENTO PARA PRORROGAR LAS GARANTÍAS

Art. 38.- La Institución contratante, a través del Jefe UACI, podrá solicitar por escrito al Oferente o contratista, con por lo menos diez días hábiles de anticipación al vencimiento de la garantía, la necesidad de ampliar o prorrogar la vigencia de las garantías y si éste no atendiera la prevención en el término establecido en los instrumentos de contratación, se producirán las consecuencias establecidas en la Ley o en dichos instrumentos.

EJECUCIÓN DE LAS GARANTÍAS

Art. 39.- En caso de incumplimiento, el responsable de hacer efectivas las garantías contempladas en la Ley será el titular de la Institución. La ejecución de la garantía se efectuará en la forma establecida en la Ley, el presente Reglamento y lo dispuesto en los instrumentos de contratación.

La ejecución de las garantías no excluye el cobro de los daños y perjuicios causados por el incumplimiento del contratista, ni excluye la aplicación de las cláusulas penales expresamente previstas en el contrato, si así se hubiere acordado. Si quedare algún saldo en descubierto, deberá reclamarse por las vías legales pertinentes.

En el caso que se haga efectiva alguna garantía, el pago deberá ingresar al Fondo General del Estado. En el caso de las instituciones Autónomas y Municipalidades, el pago ingresará a la Tesorería Institucional.

Una vez cumplido el plazo de las garantías y éstas no hubieren sido ejecutadas por haber cumplido el otorgante de las mismas con las obligaciones garantizadas, los documentos que amparan dichas garantías serán devueltos al contratista.

Las garantías, para, que sean eficaces ante la Institución, deberán sujetarse además a las disposiciones del Código de Comercio y demás leyes atinentes. Una copia de cada garantía presentada deberá anexarse en el expediente para efectos de control.

GENERALIDADES DEL ANTICIPO

Art. 40.- El otorgamiento del anticipo se sujetará a lo siguiente:

- a) Estar contenido en los instrumentos de contratación que corresponda, con indicación de las condiciones y procedimiento para otorgarlo, plazo de entrega, porcentaje y forma de amortización o compensación del anticipo;
- b) La determinación del monto a conceder en concepto de anticipo deberá estar plenamente justificado y ajustado, cuando aplique a las necesidades reales de capital de trabajo que presente el contratista, no pudiendo exceder del 30% del monto original del contrato;
- c) Después de formalizada la relación contractual, el contratista deberá presentar un plan de utilización de anticipo, el cual deberá detallar el uso del mismo, indicando las fechas y destino del monto a otorgarse;
- d) El anticipo que se otorgue, deberá pactarse bajo la condición de precio fijo, de tal manera que si hubiere un ajuste de precios, el anticipo siempre se mantendrá fijo;
- e) Se deberá otorgar previamente a favor de la institución contratante, la garantía de buena inversión de anticipo, en los términos legalmente establecidos, la cual será devuelta en el plazo establecido por la Ley; y,
- f) El contratista deberá contar con una cuenta bancaria exclusiva para los gastos financiados con el anticipo en cada contrato que suscriba con las instituciones de la Administración.

Para la devolución del anticipo, en el supuesto de la terminación anticipada del contrato, el saldo por amortizar se reintegrará a la Institución en el plazo que se establezca en los instrumentos de contratación.

TÍTULO IV

DISPOSICIONES GENERALES SOBRE LAS FORMAS DE CONTRATACIÓN

CAPÍTULO I

ACTUACIONES COMUNES RELATIVAS A LA ADQUISICIÓN O CONTRATACIÓN PÚBLICA

INICIO DEL PROCESO DE ADQUISICIÓN O CONTRATACIÓN PÚBLICA

Art. 41.- El proceso de la adquisición o contratación dará inicio con la solicitud o requerimiento de la unidad solicitante.

La solicitud deberá contener por lo menos, los requisitos establecidos en este Reglamento. El proceso estará fundamentado en la Programación Anual de Adquisiciones y Contrataciones, salvo que se trate de contrataciones no previstas a la fecha de elaborar el mencionado Programa.

Cuando se tratare de adquisición por contratación directa, la autorización de la solicitud o requerimiento deberá constaren la resolución razonada que emitirá el titular de la Institución, Junta Directiva, Consejo Directivo o Concejo Municipal, por medio de la cual opta por esta forma de contratar, en la que se hará referencia a las razones que la motivan, tomando en cuenta lo dispuesto en la Ley. Posteriormente, se emitirá resolución razonada de adjudicación.

Sin perjuicio de lo anterior, si se tratase de estados de emergencia o calificativos de urgencia y cuando las condiciones de la adquisición así lo exijan, la autorización de la solicitud y la justificación de optar por esta forma de contratación, podrán -consignarse en la misma resolución que adjudica la contratación de la obra, bien o servicio.

CONTENIDO DEL EXPEDIENTE DE ADQUISICIÓN O CONTRATACIÓN

Art. 42.- El expediente contendrá, entre otros, la solicitud o requerimiento emitida por la Unidad solicitante, la indicación de la forma de adquisición o contratación que legalmente proceda, el instrumento de contratación que proceda, verificación de la asignación presupuestaria, la publicación de la convocatoria, realizada, el registro de obtención de bases y de presentación de ofertas, el acta de apertura pública de ofertas, el informe de evaluación de las mismas, la resolución de adjudicación y en general, toda la documentación que sustente el proceso de adquisición, desde la solicitud o el requerimiento hasta la liquidación, incluyendo aquellas situaciones que la Ley mencione.

Conforme lo dispuesto en el Art. 82-Bis, letra d) de la Ley, el administrador del contrato conformará y mantendrá actualizado el expediente desde que se emite la orden de-inicio hasta la recepción final.

Los administradores de contrato deberán remitir copia a la UACI de toda gestión que realicen en el ejercicio de sus funciones.

El expediente deberá ser conservado por la UACI, en forma ordenada, claramente identificado con nombre y número, foliado, con toda la documentación comprobatoria de los actos y contratos materia de la LACAP y deberá permanecer' archivado durante diez años.

Cuando los procesos sean llevados en línea en el sistema electrónico de compras públicas, se atenderá a lo normado por la UNAC en los instructivos correspondientes.

CONFIDENCIALIDAD DE LOS INSTRUMENTOS DE CONTRATACIÓN

Art. 43- Una vez elaborados los Instrumentos de Contratación, serán mantenidos bajo estricta confidencialidad, hasta la fecha en que se pongan a disposición de los interesados, afecto de salvaguardar la igualdad de condiciones en que deben participar los Oferentes.

MODALIDADES DE PRESENTACIÓN DE OFERTAS

Art. 44.- En las distintas modalidades de contratación, las ofertas podrán presentarse:

1. En formato físico. Para tales efectos, la oferta técnica y económica se presentarán debidamente foliadas en original y copia en sobres separados y cerrados, los cuales deberán ser abiertos en un acto de apertura pública de ofertas; y,
2. Utilizando el Sistema Electrónico de Compras Públicas, bajo los lineamientos que proporcione la UNAC.

En cualquier caso, las ofertas deberán contener una identificación clara del Oferente y del proceso en que está participando, cumpliendo con las formalidades de Ley y las contenidas en los instrumentos de contratación. Deberán presentarse además, acompañadas de la documentación que en las mismas se establezca.

RECEPCIÓN DE OFERTAS

Art. 45.- Las ofertas se recibirán en la forma, fecha, lugar y hora indicada en los instrumentos de contratación, bajo cualquiera de las modalidades establecidas en el presente Reglamento.

Al momento de recibir las ofertas en formato físico, el Jefe UACI o la persona que designe, deberá elaborar una ficha en la que registrará:

- a) Nombre de la Institución, el número y la denominación del proceso;
- b) Nombre o denominación del Oferente;
- c) Nombre y firma de la persona que entrega la oferta;
- d) Fecha y hora de presentación de la oferta; y,
- e) Otra información que se considere pertinente.

FACTORES DE EVALUACIÓN

Art. 46.- La definición y selección de los factores de evaluación deberá ser adecuada y proporcional a las formas de contratación de que se trate, la naturaleza y el valor de la misma.

La Comisión de Evaluación de Ofertas en su caso, deberá verificar que las ofertas incluyan la información, documentos legales, financieros, técnicos y demás requisitos establecidos en los instrumentos de contratación que corresponda.

Para efectuar el análisis de las ofertas, la Comisión de Evaluación de Ofertas deberá tomar en cuenta únicamente los factores y criterios indicados en los instrumentos de contratación que correspondan. A cada factor, deberá establecerse los criterios de evaluación y su ponderación en forma clara, los que deberán ser objetivos, mensurables o cuantificables y no arbitrarios. En todo caso, deberán prevalecer los principios de equidad, libre competencia, transparencia y los demás estipulados en el presente Reglamento.

En el sistema de evaluación se asignará la puntuación que deben cumplir los Oferentes para garantizar su capacidad técnica y financiera, según corresponda, así como cualquier otro factor relevante para la capacidad de ejecución de la obra, bien o servicio de que se trate.

Determinado que el Oferente cumple con el puntaje requerido, se pasará a la evaluación de lo ofertado.

Los factores que pueden tomarse en cuenta para la evaluación son, entre otros:

- a) Los criterios técnicos de capacidad y experiencia, tanto del Oferente, como de su personal permanente, tales como méritos académicos y la experiencia del personal que se encargará de ejecutar el contrato, cuando la naturaleza de la contratación así lo requiera;
- b) Su situación financiera y, evaluada con base a índices previamente establecidos;
- c) La metodología y el programa de trabajo, cuando aplique.

Para la adquisición y contratación de bienes y servicios de características técnicas uniformes y de común utilización, se considerará como factor decisorio el precio, sin descuidar la calidad de los mismos. , En los demás casos, se ponderarán factores de calidad y precio.

La Comisión de Evaluación de Ofertas podrá tomar en consideración las variantes o alternativas que haya ofrecido el que resulte adjudicado, cuando las mismas respondan a requisitos o modalidades de presentación señalados en los instrumentos de contratación proveyendo en los mismos la forma de evaluación o ponderación de estas variantes. Para poder evaluar las alternativas y opciones presentadas, éstas deberán cumplir con todos los requisitos estipulados en los instrumentos de contratación.

CAPÍTULO II

LICITACIÓN O CONCURSO PÚBLICO CONVOCATORIA, DESCARGA Y RETIRO DE INSTRUMENTOS DE CONTRATACIÓN

Art. 47.- La convocatoria para los procedimientos de selección del contratista para licitación o concurso público, se publicará en el Sistema Electrónico de Compras Públicas y por lo menos, en un periódico de circulación nacional.

Los instrumentos de contratación podrán descargarse por cualquier interesado, de forma gratuita del Sistema Electrónico de Compras Públicas, desde las cero horas del primer día fijado para obtenerlos, hasta las veintitrés horas cincuenta y nueve minutos del último día fijado para obtenerlos. Los que hayan tomado la decisión de participar en los procesos de Licitación o Concurso Público, deberán proporcionar sus datos en el Sistema, bajo las directrices emitidas por la UNAC, a efecto de facilitar la comunicación con la Institución.

También podrán obtenerse directamente en la UACI de la institución responsable de la convocatoria, durante el plazo establecido, en cuyo caso se exigirá el pago correspondiente a los costos de su reproducción. Para tales efectos, el aviso de convocatoria a retiro de bases contendrá:

- a) El nombre de la Institución que hace convocatoria, el número de licitación— o concursó y la denominación del proceso;
- b) La identificación de las obras, bienes o servicios a contratar o adquirir;
- c) La indicación de los lugares, fechas y horarios en que los interesados podrán obtener las bases y especificaciones de la licitación o el concurso;
- d) El costo por su emisión y lugar de pago de las mismas, en caso que sean retiradas en la Institución;
- e) El plazo para recibir las ofertas, con indicación precisa de la fecha, hora y lugar de la celebración del acto de recepción y apertura de las mismas;
- f) La identificación, en el caso que la licitación o concurso sea internacional o se encuentre bajo las disposiciones de un capítulo especial contenido en un Tratado de Libre Comercio;
- g) Las aclaraciones o limitaciones derivadas-de la aplicación de algún tratado o convenio; y,
- h) Otros datos que establezca la Ley y que la respectiva UACI estime necesarios y convenientes.

PAGO Y OBTENCIÓN DE BASES EN LA INSTITUCIÓN.

Art. 48.- En el caso que las bases sean obtenidas en la Institución, el pago y obtención de las mismas deberá iniciarse el día hábil siguiente al de la fecha de la publicación del aviso de convocatoria en los medios de prensa escrita.

Al momento de retirar las bases de licitación o concurso en la institución, el Jefe UACI o su designado, deberá elaborar una ficha individual en la que registrará los datos correspondientes, tales como:

- a) Nombre de la Institución que hace la convocatoria, el número de licitación o concurso y la denominación del proceso;
- b) Nombre de la persona natural o jurídica que compra las bases, dirección, correo electrónico, fax o teléfono para recibir notificaciones;
- c) Nombre, documento de identificación y firma de la persona comisionada para retirar las bases;
- d) Fecha y hora del retiro de bases; y,
- e) Otras condiciones que se consideren pertinentes.

Para los que hayan participado en una primera convocatoria y ésta haya sido declarada desierta, independientemente de cómo hayan adquirido las bases, la obtención' en físico en las UACIS de las nuevas bases para los subsiguientes procesos no generará costo alguno.

CONSULTAS Y ACLARACIONES

Art. 49.- Las consultas podrán ser realizadas en el sistema electrónico de compras públicas, bajo los mecanismos que en el mismo se establezcan, o formularse por escrito a la UACI de la Institución contratante.

Corresponderá al Jefe UACI responder las consultas y emitir las aclaraciones correspondientes, en los plazos señalados en las bases de licitación o concurso y comunicar por escrito la respuesta a todos los interesados que hayan obtenido bases. Deberá además, publicar el contenido de la consulta y la respuesta en el Sistema Electrónico de Compras Públicas, según proceda, sin especificar quién formula la consulta. En el caso de consultas sobre las especificaciones técnicas o administrativas, se estará a lo dispuesto en la letra f) del Art. 20-Bis de la Ley.

En ningún caso, las respuestas o aclaraciones formuladas constituyen modificación al contenido de las bases o exención de algunos requisitos para los Oferentes, salvo que la Institución" estime conveniente realizar adendas o enmiendas a las mismas.

ADENDAS O ENMIENDAS

Art. 50.- Las adendas o enmiendas a las bases de licitación o concurso, serán notificadas por medio de la UACI a los interesados que hayan obtenido bases, como regla general, en el plazo fijado en las bases. Sin perjuicio de lo establecido en la Ley, cuando por situaciones excepcionales no fuese posible cumplir con dicho plazo, la adenda podrá ampliarse el plazo de presentación de la oferta.

Las adendas se notificarán con las formalidades que establece el Art. 74 de la Ley o podrá publicarse en el Sistema.

APERTURA PÚBLICA DE OFERTAS

Art. 51.- El acto de apertura de ofertas será público y presidido por el Jefe de la UACI o la persona que él designe, quien podrá hacerse acompañar de los empleados o funcionarios' que considere pertinentes. Al mismo acto, podrán comparecer los Oferentes o sus representantes.

Los sobres de la oferta técnica y económica serán abiertos a la vista de los presentes, de acuerdo a la modalidad establecida en las bases, en un acto público en la fecha, lugar y hora señalados. Se revisará únicamente que se cumpla el requisito de la presentación de la Garantía de Mantenimiento de Oferta y leerá en voz alta el nombre o denominación de los Oferentes y el precio ofertado, así como cualquier otro dato relevante. Las ofertas no podrán ser rechazadas en el acto de apertura por ningún motivo, con excepción de lo estipulado en la Ley.

Posteriormente, la Comisión de Evaluación de Ofertas verificará el cumplimiento de las condiciones de la Garantía de Mantenimiento de Oferta.

LEVANTAMIENTO DE ACTA DE APERTURA PÚBLICA DE OFERTAS

Art. 52.- Al finalizar el proceso de la apertura de las ofertas, se elaborará un acta en la que se hará constar la información siguiente:

- a) Nombre de la persona natural o jurídica Oferente;
- b) Nombre y documento de identificación personal del representante del Oferente, si lo hubiere;
- c) Monto de la oferta presentada;
- d) Monto de la garantía de mantenimiento de oferta;
- e) Las ofertas excluidas de pleno derecho, de conformidad al Art. 53 de la LACAP; y,
- f) Cualquier otra situación que se necesite reflejar en el acto de apertura.

El acta será firmada por el Jefe de la UACI o la persona que éste designe, los funcionarios o empleados asistentes, los Oferentes y los representantes de los Oferentes, presentes en el acto, a quienes se les entregará copia-de la misma; la omisión de la firma por los Oferentes, no invalidará el contenido y efecto del acta.

SUBSANACIÓN DE ERRORES U OMISIONES EN LAS OFERTAS

Art. 53.- En caso que en la presentación de la oferta, el Oferente incurra en - errores u omisión de algunos documentos que se establezcan como subsanables en las bases, conforme lo dispuesto en el Art. 44, letra v) de la Ley, la CEO solicitará al Jefe UACI que requiera por escrito la subsanación o los documentos que deberán agregarse o completarse en el plazo establecido. En caso de no subsanarse oportunamente, la oferta no se tomará en cuenta para continuar con el proceso de evaluación, denominando al Oferente no elegible para continuar la evaluación.

EVALUACIÓN DE LAS MICRO, PEQUEÑAS Y MEDIANAS EMPRESAS NACIONALES

Art. 54.- En la determinación de los factores de evaluación, deberá tenerse en cuenta la facilitación de participación de las micro, pequeñas y medianas empresas nacionales, conforme lo dispuesto en la Ley y el presente Reglamento.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD TÉCNICA

Art. 55.- Los criterios de evaluación de la capacidad técnica en las adquisiciones y contrataciones, podrán ponderarse teniendo en cuenta los conocimientos técnicos y experiencia del Oferente, cuando la naturaleza de la contratación así lo requiera, lo que podrá acreditarse según el objeto del contrato, por uno o varios de los medios siguientes:

- a) **Para el personal:** por medio de la documentación que acredite la capacidad académica, profesional, técnica o científica del personal del Oferente, así como la experiencia comprobada en los últimos años en contrataciones que denoten capacidad' en la materia de que se trate. En el caso de Precalificaciones, el personal directivo y técnico permanente. En el caso de licitaciones o concursos, el personal directivo y técnico que estará encargado de la obra o trabajo de consultoría.
- b) **Bienes:** Evidencias sobre el número o volumen suministrado durante un período determinado, pruebas de la existencia de inventarios, instalaciones y facilidades que garanticen el suministro, mantenimiento, autorizaciones de representación de los fabricantes de los bienes y certificaciones sobre su calidad o garantías; así como muestras, descripciones y fotografía de los productos a suministrar, cuando sea aplicable y conveniente su aplicación;
- c) **Certificados de constancias de calidad:** Se deberán evaluar las certificaciones establecidas por las instituciones oficiales que velen por la calidad de bienes y servicios y de protección a los consumidores; y,
- d) **Capacidad instalada:** Deberá acreditarse ,1a, existencia de la maquinaria, material y equipo del que dispondrá el Oferente para la realización del contrato, ya sean propios o alquilados, cuando sea procedente.

INFORME DE EVALUACIÓN DE OFERTAS

Art56.- La Comisión de Evaluación de Ofertas, una vez finalizado el análisis de las propuestas y de acuerdo con los factores y criterios de evaluación establecidos en los instrumentos de contratación correspondientes, emitirá un informe por escrito, señalando la oferta que resultó mejor evaluada, especificando los puntajes correspondientes de todas las ofertas, con indicación de su monto, detalle de las ofertas descalificadas y sus motivos, haciendo la recomendación que corresponda, ya sea para que el titular acuerde la adjudicación, o para que declare desierto--el procedimiento. Dicho informe deberá ser firmado por todos los integrantes de la Comisión y los que estuvieren en desacuerdo, dejarán constancia de la razón de su inconformidad.

Conforme a lo dispuesto en el Art. 46 del presente Reglamento, en los supuestos en que la evaluación considere criterios adicionales al precio, si resultare que dos o más ofertas alcanzan el mismo puntaje total, en el informe se recomendará adjudicar a quien presente la oferta económica más favorable para la Institución, si la forma de contratación lo permite.

Una vez emitido el dictamen de la CEO, si el titular lo considera conveniente, podrá requerir opinión del departamento o unidad jurídica o al asesor legal, sobre la legalidad del proceso y de la documentación relacionada, si la Institución dispone de los recursos para este fin. Este dictamen deberá ser emitido en un plazo máximo de cinco días después de haber sido recibido el requerimiento de la opinión, respetando los plazos máximos de adjudicación establecidos en la Ley.

CAPÍTULO III

REGLAS DE LA LIBRE GESTIÓN

REQUERIMIENTO

Art. 57.- La unidad solicitante remitirá a la UACI la solicitud o requerimiento de compra, pudiendo ser a través del Sistema Electrónico de Compras Públicas, de conformidad a la programación anual de adquisiciones y contrataciones institucional, salvo que se trate de, contrataciones no previsibles a la fecha de elaborar la mencionada programación.

Al requerimiento, se adjuntará la propuesta de los términos de referencia o especificaciones técnicas de la obra, bien o servicio que se requiera y del Administrador de Contrato.

APERTURA DE EXPEDIENTE

Art. 58.- El Jefe UACI recibirá la solicitud o requerimiento de compra, abriendo el respectivo expediente.

Verificará la programación anual de adquisiciones y contrataciones y la asignación presupuestaria; asimismo, adecuará conjuntamente con la unidad solicitante, los términos de referencia o especificaciones técnicas.

SOLICITUD DIRECTA DE COTIZACIÓN

Art. 59.- Cuando por el monto de la adquisición, se solicite directamente la cotización o presentación de la oferta a un solo proveedor, el Jefe UACI o la persona que éste designe, podrán seleccionar al Oferente del banco de información o Registro correspondiente, atendiendo en cualquier caso a criterios objetivos, tales como, la especialidad de la obra, bien o servicio, capacidad del Oferente, entre otros.

OFERENTE ÚNICO O MARCAS ESPECÍFICAS

Art. 60.- Cuando para la adquisición de la obra, bien o servicio, exista un Oferente único o cuando la necesidad sólo pueda suplirse a través de marcas específicas y los montos a adquirir encajen en los que habilita la libre gestión, la autoridad competente o su designado emitirá resolución razonada en la que se haga constar tal circunstancia.

En dicho caso, se solicitará la oferta al proveedor que corresponda, siempre que se cuente con capacidad para contratar de conformidad con la Ley y las obras, bienes o servicios cumplan con las condiciones requeridas.

CONVOCATORIA EN LIBRE GESTIÓN PARA CASOS "EN QUE DEBA GENERARSE COMPETENCIA

Art 61.- Cuando por el monto de la adquisición deba generarse competencia en la selección de los potenciales oferentes, el Jefe UACI tendrá que asegurar la competencia entre al menos tres proveedores, realizando la convocatoria en el Sistema Electrónico de Compras Públicas habilitado para ello, a fin que, a través de dicho sistema se notifique a los proveedores registrados para que puedan ofertar las obras, bienes o servicios; el Jefe UACI también podrá seleccionar directamente al menos tres potenciales Oferentes idóneos del banco de información o registro respectivo, atendiendo a criterios objetivos, tales como, la especialidad de la obra, bien o servicio, capacidad del oferente, entre otros, para requerirles que presenten las respectivas ofertas.

EVALUACIÓN DE OFERTAS

Art. 62.- En caso que el titular decida conformar una Comisión de Evaluación de Ofertas, se estará a lo dispuesto en el Art. 20 de la Ley.

La CEO analizará y evaluará las ofertas conforme lo dispuesto en la Ley y el presente Reglamento y elaborará el informe, señalando la oferta que resultó mejor evaluada, haciendo la recomendación que corresponda.

Si el titular no conforma, la CEO y se recibiere más de una oferta, el Jefe UACI o la persona que éste designe, elaborará un cuadro comparativo en el cual se consignará, entre otros, el cumplimiento a las especificaciones requeridas y el precio o monto ofertado, de manera que se refleje la que mejor corresponda a los términos y factores de evaluación requeridos en los instrumentos de contratación correspondientes.

SUSCRIPCIÓN DE ORO EN DE COMPRA O CONTRATO

Art. 63.- El Jefe UACI o quien éste designe comunicará al Oferente seleccionado la decisión de contratarlo y emitirá la orden de compra correspondiente, la cual contendrá como mínimo, la identificación del adjudicatario, la descripción de los bienes o servicios, el precio unitario y total, el lugar de entrega, entre otros datos. La suscripción de la orden de compra constituye para todos los efectos el contrato celebrado.

Sin perjuicio de lo anterior, cuando sea procedente, atendiendo a la naturaleza de las obras, bienes o servicios, se podrá formalizar un contrato' lo cual se especificará desde la convocatoria.

DEL FRACCIONAMIENTO

Art. 64.- La prohibición del Art. 70 de la Ley, operará en aquellos supuestos en que se actúe con la finalidad de evadir los requisitos establecidos para las diferentes formas de contratación en la misma Institución, dentro del mismo ejercicio financiero fiscal, en montos que excedan los límites establecidos en la Ley, para la Libre Gestión.

Para efectos del fraccionamiento, se entenderá que se trata de los mismos bienes o servicios, cuando éstos sean de la misma naturaleza y respondan a la misma necesidad institucional, siempre que hubieran podido ser adquiridos en un mismo procedimiento de adquisición.

En los supuestos en que deban adquirirse bienes o servicios remanentes de una licitación en que se haya declarado desierto el rubro o ítem que se requería y se hayan alcanzado en el ejercicio financiero fiscal los montos máximos establecidos en la Ley para su adquisición por libre gestión, deberá promoverse una segunda licitación sobre dichos rubros o ítems.

COMPROBACIÓN DEL FRACCIONAMIENTO

Art. 65.- Para efectos de comprobar el fraccionamiento, las instituciones deberán verificar anualmente las adquisiciones y contrataciones, bajo la modalidad de Libre Gestión, debiendo considerar en todo momento factores como la programación anual de adquisiciones y contrataciones, la existencia de asignaciones o disponibilidades presupuestarias, refuerzos presupuestarios, las necesidades sobrevinientes de adquirir obras, bienes o servicios durante el transcurso del ejercicio fiscal,, origen de los fondos, disponibilidad durante el ejercicio fiscal y otros. Si de su verificación se comprobare que se ha incurrido en fraccionamiento, lo hará del conocimiento del titular de la institución, para la imposición de las sanciones legales correspondientes.

CAPÍTULO IV

REGLAS PARA LA CONTRATACIÓN DIRECTA

REQUERIMIENTO Y APERTURA DE EXPEDIENTE

Art. 66.- Para la elaboración del requerimiento de la unidad solicitante, su revisión por el Jefe UACI o la persona que éste designe y la apertura del expediente, se estará a lo dispuesto en la Ley y en lo que fuere aplicable, a lo regulado en el Capítulo precedente.

Al recibir el requerimiento, el Jefe UACI o la persona que éste designe, determinará preliminarmente si la contratación está comprendida dentro de los supuestos previstos en el Art. 72 de la Ley y si procede, la remitirá al titular para los efectos dispuestos en el artículo siguiente.

RESOLUCIÓN RAZONADA

Art. 67.- El titular de la Institución, Junta Directiva, Consejo Directivo o Concejo Municipal, emitirá resolución razonada en la que se justifique la procedencia de la ' causal correspondiente que habilita esta modalidad de contratación, haciendo relación de las situaciones tácticas y las razones legales o técnicas que la sustentan.

Sin perjuicio de lo anterior, acorde a la naturaleza de la causal y cuando las condiciones de la adquisición o contratación así lo exijan, (a justificación de optar por esta forma de contratación, podrá consignarse en la misma resolución que adjudica la contratación de la obra, bien o servicio, en la cual, además, se justificará porqué el Oferente cumple las condiciones para ser adjudicado y su oferta se enmarque en las condiciones de mercado. Esta resolución se publicará en el Sistema Electrónico de Compras Públicas.

En el supuesto de contratación directa por proveedor único de bienes o servicios o sea indispensable compran de una determinada marca o de un determinado proveedor, en la resolución deberá justificarse tal calidad, o las razones por las cuales se requiere contar con una marca específica. Asimismo, deberán justificarse debidamente los supuestos en que la especialidad profesional, técnica o artística objeto de las obligaciones contractuales, no permita promover licitación o concurso.

SOLICITUD DE OFERTAS

Art. 68.- En caso que la naturaleza de la causal que justifica la contratación directa o las condiciones de la misma permitan generar competencia, el Jefe UACI o la persona que éste designe, seleccionará al menos tres potenciales Oferentes idóneos, que podrán obtenerse del banco de información o registro respectivo, atendiendo a criterios objetivos, tales como, la especialidad de la obra, bien o servicio, capacidad del Oferente, entre otros. Las ofertas podrán presentarse bajo cualquiera de las modalidades establecidas en el presente Reglamento.

ADJUDICACIÓN

Art. 69.- El titular de la institución, Junta Directiva, Consejo Directivo o Concejo Municipal, teniendo a la vista el informe de evaluación de ofertas y acta de recomendación correspondiente, o en su caso, el cuadro comparativo de ofertas, emitirá la resolución de adjudicación o cerrará el procedimiento sin elegir a un Oferente, según corresponda.

CONTRATACIÓN DIRECTA POR DECLARATORIA DE ESTADO DE EMERGENCIA Y OTRAS CAUSAS

Art. 70.- Cuando proceda esta modalidad de contratación, la Unidad solicitante deberá presentar la justificación del requerimiento y posteriormente el Jefe UACI o la persona que éste designe, verificará que la contratación solicitada está vinculada con la causa que la motiva, es decir, que la adquisición de obras, bienes o servicios estén en relación directa con las provenientes de la misma, o sirvan para prevenir que la situación se agrave.

Los procedimientos de adquisición que se hayan iniciado antes de la declaratoria del estado de emergencia, continuarán rigiéndose por las estipulaciones legales mediante las cuales se iniciaron, hasta su conclusión, salvo que por razones de interés general, el titular decida dejarlos sin efecto y proceda a la contratación directa.

CAPÍTULO V

RECURSO DE REVISIÓN

PRESENTACIÓN Y CONTENIDO DEL RECURSO DE REVISIÓN

Art. 71.- El escrito de interposición del recurso de revisión deberá presentarse una vez notificado formalmente el resultado de la licitación o concurso público, dentro del plazo establecido en la Ley y deberá contener:

- a) El nombre o denominación del recurrente, el nombre y generales del representante legal o de su apoderado, en su caso y el lugar señalado para oír notificaciones;
- b) Identificación precisa del acto contra el que se recurre y las razones de hecho y de derecho que fundamentan la impugnación, así como los extremos que deben resolverse;
- c) Lugar y fecha; y,
- d) Firma del peticionario.

ADMISIBILIDAD DEL RECURSO

Art. 72.- La resolución sobre admisibilidad o. rechazo de cualquier recurso, deberá proveerse dentro de los tres días hábiles siguientes a partir del día de la recepción del mismo.

Mediante la resolución que admite el recurso, se mandará a oír, dentro del plazo de tres días, contados a partir del día siguiente a la respectiva notificación, a los terceros que puedan resultar perjudicados con el acto que lo resuelve.

COMISIÓN ESPECIAL DE ALTO NIVEL

Art. 73.- La Comisión Especial de Alto Nivel a que se refiere el Art. 77, inciso segundo de la Ley, deberá estar conformada por las personas idóneas para cada caso; no necesariamente deben pertenecer a la Institución y en ningún caso podrán ser las mismas que conformaron la Comisión de Evaluación de Ofertas.

La integración de dicha Comisión Especial deberá ser diferente para cada recurso, según la naturaleza de las obras, bienes o servicios a contratar.

TÍTULO V

DE LOS CONTRATOS EN GENERAL

CAPÍTULO I

EJECUCIÓN DE LOS CONTRATOS

ATRIBUCIONES Y NOMBRAMIENTO DEL ADMINISTRADOR DEL CONTRATO

Art. 74.- Conforme lo dispuesto en el Art. 82-Bis de la Ley, el administrador de contrato tendrá además, las siguientes atribuciones:

- a) Emisión de la orden de inicio correspondiente;
- b) La aprobación del plan de utilización de anticipo, al igual que la fiscalización de utilización del mismo. Para tales efectos, deberá informar a la UACI, la que a su vez informará al titular, en caso de comprobarse un destino distinto al autorizado.

A efectos de facilitar u operativizar los nombramientos de administradores de contratos en las adquisiciones o contrataciones por libre gestión, inferior a los veinte salarios mínimos del sector comercio, el titular podrá efectuar en un mismo acuerdo la designación de un grupo o cuerpo de administradores de contrato u órdenes de compra.

El administrador de contrato deberá ser una persona de la unidad solicitante u otra dependencia, con la experiencia técnica en la adquisición o contratación de que se trate.

DE LAS PRÓRROGAS DE LOS CONTRATOS DE SUMINISTRO DE BIENES Y SERVICIOS

Art. 75.- Los contratos de suministro de bienes y servicios que por su naturaleza de tracto sucesivo o de entregas sucesivas sean susceptibles de prórroga, se sujetarán para tales efectos a los parámetros establecidos en la Ley.

El administrador de contratos gestionará ante la UACI la prórroga pertinente. La prórroga deberá ser acordada por el titular mediante, resolución razonada, previo al vencimiento del plazo pactado. Acordada la prórroga contractual mediante la resolución respectiva, el contratista deberá presentar, dentro de los ocho días hábiles siguientes, la prórroga de las garantías correspondientes.

PRÓRROGA DE PLAZO POR CAUSAS NO IMPUTABLES AL CONTRATISTA

Art. 76.- Cuando el contratista solicite prórroga por incumplimiento en el plazo por razones de caso fortuito o fuerza mayor, equivalente al tiempo perdido, deberá exponer por escrito a la institución contratante las razones que le impiden el cumplimiento de sus obligaciones contractuales en el plazo original y presentará las pruebas que correspondan.

El titular, mediante resolución razonada, acordará o denegará la prórroga solicitada.

ACTA DE RECEPCIÓN

Art. 77.- Corresponde a los administradores de contrato elaborar y suscribir, conjuntamente con el contratista, las actas de recepción total o parcial, provisional o definitiva, de las adquisiciones o contrataciones de obras, bienes y servicios, las que tendrán como contenido mínimo lo siguiente:

- a) Lugar, día y hora de la recepción;
- b) Nombre del proveedor o contratista que hace la entrega;
- c) Fecha y referencia del contrato o de la orden de compra;
- d) Especificaciones o características técnicas de la obra, bien o servicio- recibido y certificaciones de las pruebas de eficiencia y/o calidad indicadas en los instrumentos de contratación, si las hubiere;
- e) Alusión expresa a los informes emitidos previamente, en su caso;
- f) Nombre y firma de la persona o personas que entregan por parte del proveedor o contratista;
- g) Nombre, cargo y firma de las personas que reciben la obra, bien o servicio;
- h) Consignación de la conformidad de la obra, bien o 'servicio, con las condiciones y especificaciones técnicas, previamente definidas por la institución en el contrato u orden de compra;

- i) La relación del resultado de cualquier prueba que se hubiere realizado para determinar que las obras, bienes o servicios recibidos en virtud del contrato se ajustan a lo requerido;
- j) Constancia de la mora en el cumplimiento de las obligaciones; y,
- k) Cualquier otra información pertinente

El Administrador del Contrato distribuirá copias de las actas de recepción debidamente suscritas al Contratista y a la UACI. Las actas originales se enviarán a la Unidad Financiera Institucional para los trámites de pago.

RECEPCIÓN PROVISORIA

Art. 78.- En los supuestos en que sea necesario realizar la recepción provisional, se deberá establecer en los instrumentos de contratación a quién corresponderá el costo de las pruebas a realizarse para determinar que las obras, bienes o servicios recibidos en virtud del contrato, se ajustan a lo requerido.

CRITERIOS PARA EL AJUSTE DE PRECIOS

Art. 73.- En los contratos de ejecución de obra, bien o servicio, cuyo plazo contractual exceda de doce meses calendario, podrá pactarse el ajuste de precios, siempre que concurran y se comprueben los supuestos establecidos en la Ley.

El ajuste se realizará aplicando, entre otros métodos, la fórmula polinómica específica para el contrato de que se trate, cuya estructuración le corresponderá a la institución contratante, tomando en consideración en la estructuración, el desglose de precios unitarios. Para tales efectos, la UNAC emitirá un instructivo para la estructuración de las fórmulas polinómicas, señalando las variables a considerar, atendiendo a la naturaleza del contrato, las cuales serán tomadas como base y particularizadas por las instituciones en los instrumentos de contratación y en los contratos.

El ajuste se aplicará sólo a la parte no ejecutada de la obra, bien o servicio, a la fecha de ocurridas las variaciones debidamente comprobadas.

CAPÍTULO II

PROCEDIMIENTOS

IMPOSICIÓN DE MULTA POR MORA

Art. 80.- El administrador del contrato o el responsable de la etapa en que se encuentre la contratación, identificará la mora en el cumplimiento de obligaciones contractuales por causas imputables al Contratista, conforme al Art. 85 de la Ley.

El procedimiento se tramitará conforme lo dispuesto en el Art. 160 de la Ley, con plena identificación en el auto de inicio, de los incumplimientos que se imputan al contratista, conforme lo dispuesto en el artículo siguiente.

Para efectos de la Ley, se entiende por mora como el cumplimiento tardío de las obligaciones contractuales, por causas atribuibles al contratista. Para el cálculo de la multa por mora, se deberá considerar el lapso transcurrido entre la fecha de cumplimiento consignada en el contrato u orden de compra y la fecha en que se realizó dicho cumplimiento de forma tardía. Cuando el cálculo de la multa exceda el doce por ciento del monto contractual, se procederá como lo establece la Ley.

PROCEDIMIENTO DE EXTINCIÓN DEL CONTRATO

Art. 81.- Cuando existan indicios de la concurrencia de alguna de las causales de extinción de los contratos, enunciadas en las letras a), c), d) y e) del Art. 93 de la Ley, el administrador del contrato remitirá a la UACI informe sobre los hechos, a fin que gestione ante el titular la resolución 'que conforme a derecho corresponda.

El titular comisionará a la Unidad Jurídica o a quien haga sus veces, para que inicie el procedimiento de extinción del contrato.

En el auto de inicio del expediente sancionatorio, se indicará de manera precisa la causal que lo respalda y en su caso, los incumplimientos que se imputan al contratista, citando las disposiciones legales pertinentes. Asimismo, en dicho auto se otorgara audiencia al interesado para que comparezca a manifestar su defensa en el término de cinco días hábiles, contados a partir del día siguiente al de la notificación respectiva.

Transcurrido el plazo mencionado, haya comparecido o no el interesado, se abrirá a prueba el procedimiento, por un plazo que no excederá de tres días hábiles contados a partir del día siguiente al de la notificación al interesado - a fin de recibir y practicar aquellas que sean conducentes y pertinentes.

Los hechos podrán establecerse por cualquier medio de prueba señalado en el derecho común, en lo que fuere aplicable, salvo la confesión, la cual no podrá requerirse a los funcionarios de la Administración Pública.

Deberá comunicarse al contratista y demás partes involucradas, al menos con dos días de antelación, la fecha en que se practicará la prueba, a fin que puedan asistir a las diligencias respectivas.

De ser procedente, el titular, mediante resolución razonada, declarará extinguido el contrato por la causal pertinente y procederá conforme lo establece la Ley.

En-el caso del contrato de suministro de bienes, deberá darse cumplimiento a lo dispuesto por el Art.121 de la Ley, previo al procedimiento encaminado a declarar la extinción del contrato.

Los plazos a que se refiere esta disposición, únicamente comprenden días hábiles.

EJECUCIÓN DE GARANTÍAS ANTE EXTINCIÓN DEL CONTRATO

Art. 82.- Si la extinción del contrato se declarase por causa imputable al contratista, el titular dará instrucciones a la unidad o departamento jurídico o a quien haga sus veces, para iniciar el procedimiento tendiente a hacer efectiva la garantía correspondiente.

Cuando fuere aplicable, deberá observarse lo dispuesto en los Arts. 99 y 121 de la Ley.

ALEGACIÓN Y COMPROBACIÓN DE CAUSALES DE FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO

Art. 83.- Según lo regulado en el art. 86 de la Ley, cuando el contratista alegue caso fortuito o fuerza mayor, deberá solicitar por escrito a la Institución que verifique el acontecimiento que genera la fuerza mayor o caso fortuito y la elaboración del acta correspondiente; dicha solicitud deberá realizarse a más tardar tres días hábiles posteriores de ocurrido el hecho que genera el retraso. Cuando sea necesario, deberán presentarse las pruebas respectivas.

TERMINACIÓN POR MUTUO ACUERDO

Art. 84.- Si por mutuo acuerdo de las partes contratantes, convienen la extinción de las obligaciones contractuales, por causas no imputables al contratista y por razones de interés público que hagan innecesario o inconveniente la vigencia del contrato, deberá otorgarse el documento respectivo, en escritura pública, en documento privado debidamente reconocido ante notario o documento privado.

TERMINACIÓN POR MUERTE DEL CONTRATISTA

Art. 85.- En los contratos suscritos entre la institución y una persona natural, si la revocación fuera por la muerte del contratista, bastará que los sucesores presenten certificación de la partida de defunción de aquél, para que el titular declare la revocación del contrato.

FUSIÓN O ESCISIÓN DE SOCIEDADES

Art. 86.- En los supuestos de fusión o escisión de personas jurídicas, éstas están obligadas a notificar previamente su intención a la Institución contratante. Efectuada la fusión o la escisión, se procederá como indica el Art. 97 de la LACAP.

TÍTULO VI DE LOS CONTRATOS

CAPÍTULO I

CONTRATOS DE OBRA PÚBLICA

ALCANCE DE LA OBRA PÚBLICA

Art. 87.- En el contrato de obra pública a que alude el Art. 104 de la Ley, quedan incluidos los siguientes conceptos:

- a) Instalación de islas artificiales y plataformas utilizadas directa o indirectamente en la explotación de recursos naturales;
- b) Los trabajos de infraestructura agropecuaria, tales como: adecuación parcelaria, obras de riego y drenaje, canales de distribución, obras de protección;
- c) Obras de protección y mitigación de-fenómenos naturales; y,
- d) Las obras públicas preventivas y todas aquellas obras necesarias para atender los casos relacionados con Estados de Emergencia, que busquen mitigar riesgos, restablecer conexiones viales o realizar cualquier obra o construcción necesaria para reducir la vulnerabilidad frente a fenómenos naturales.

CAPÍTULO II

CONTRATO DE SUMINISTRO

SUMINISTRO DE BIENES MUEBLES

Art. 88.- Entre las adquisiciones de suministro de bienes muebles, quedan comprendidos:

- a) Bienes muebles que deban empotrarse, incorporarse, adherirse o destinarse a un inmueble, que sean complementarios para la realización de las obras públicas, o los que se suministren de acuerdo con lo pactado en los contratos de obras;
- b) Aquéllos en los que el contratista se obligue a entregar bienes de forma sucesiva, pactados por precio unitario, sin que la cuantía total se defina con exactitud en el contrato, por 'estar las entregas subordinadas a las necesidades de la Institución;
- c) Equipos y sistemas para tratamiento de información, sus dispositivos y licencias y la cesión del derecho de uso de éstos últimos, así como de equipos y sistemas de comunicación; y,
- d) Los de fabricación, por los que la cosa o cosas que hayan de ser entregadas por el contratista, deban ser elaboradas con arreglo a características peculiares fijadas por la Institución, aun cuando ésta se obligue a aportar total o parcialmente los materiales requeridos.

La Institución tiene la facultad de inspeccionar y de ser informada del avance del proceso de fabricación o elaboración del producto que haya de ser entregado como consecuencia del contrato. .

SUMINISTRO DE SERVICIOS

Art. 89.- Constituyen suministro de servicios, aquellos contratos en los que su objeto, entre otros, pueda consistir en:

- a) Servicios de carácter técnico, profesional, económico, industrial, comercial o cualquier otro de naturaleza análoga, siempre que no se encuentren comprendidos en los contratos de consultoría;
- b) Los complementarios para el funcionamiento de la Institución, tales como, los de mantenimiento, conservación y reparación de bienes, equipos e instalaciones;
- c) Limpieza, vigilancia de inmuebles y protección a personalidades;
- d) La contratación de los servicios relativos a bienes muebles que se encuentren incorporados o adheridos a inmuebles de las instituciones, cuyo mantenimiento no implique modificación alguna al propio inmueble; y,
- e) La reconstrucción y mantenimiento de bienes muebles, maquila, seguros, transportación de bienes muebles o personas.

CAPÍTULO III

CONTRATO DE CONSULTORÍA

CONTRATOS DE CONSULTORÍAS

Art. 90.- Se considerarán contratos de consultoría, entre otros, los siguientes:

- a) Los estudios que tengan por objeto rehabilitar o recuperar la capacidad instalada, corregir o incrementar la eficiencia de los recursos institucionales;
- b) La planificación y el diseño, incluyendo los trabajos que tengan por objeto concebir, proyectar y calcular los elementos que integran un proyecto de ingeniería básica, estructural, de instalaciones, de infraestructura, industrial, electromecánica, arquitectónico, de diseño gráfico o artístico y de cualquier otra especialidad de la ingeniería que se requiera para integrar un proyecto;
- c) Estudios técnicos, tales como: de agronomía y desarrollo pecuario, hidrología, mecánica de suelos, sismología, topografía, geología, geodesia, geotecnia, geofísica, geotermia, oceanografía, meteorología, aerofotogrametría, ambientales, ecológicos y de ingeniería de tránsito;
- d) Los estudios económicos y de planificación de pre inversión, factibilidad técnico económica, ecológica, social, de evaluación, adaptación tenencia de la tierra, financieros;
- e) Los trabajos de dirección, coordinación, supervisión y control de obra;

- f) Los trabajos de organización, informática, comunicaciones, cibernética y sistemas y los programas de computadora desarrollados a la medida para la Institución, cuyos programas fuentes serán propiedad de la Institución, a fin que sean de libre utilización por la misma; y,
- g) Los estudios de tipo jurídico y auditorías técnico normativas.

RESPONSABILIDAD DE SUPERVISIÓN EN OBRAS

Art 91.- En los contratos de obra pública, la supervisión de proyectos tendrá las siguientes responsabilidades:

- a) Aplicar los criterios técnicos y normas para garantizar el cumplimiento de las obligaciones contractuales; -
- b) Revisar y comprobar las estimaciones de obra presentadas por el constructor; y,
- c) Vigilar el cumplimiento de las normas reguladoras de la materia, haciendo cumplir especialmente las prevenciones contenidas en la Ley y en este Reglamento y las instrucciones técnicas que rijan para los distintos ramos.

CAPÍTULO IV

CONTRATO DE ARRENDAMIENTO DE BIENES MUEBLES

CRITERIOS TÉCNICOS PARA EVALUACIÓN EN CONTRATACIÓN DE ARRENDAMIENTO DE BIENES MUEBLES, CON OPCIÓN DE COMPRA O SIN ELLA

Art. 92.- Para la evaluación de ofertas de arrendamiento de bienes muebles, con opción de compra o sin ella, se tomarán como mínimo los siguientes criterios:

- a) Cumplimientos de las especificaciones técnicas;
- b) Precios de mercado;
- c) Condiciones de pago;
- d) Condiciones de mantenimiento y reparación;
- e) Cantidades disponibles;
- f) Facilidad de movilización o transporte;
- g) Agencias o representantes en el territorio nacional; y,
- h) Opción de reemplazo por obsolescencia o fallas constantes y en su caso, opción de compra.

En las bases de licitación se establecerá cuál de las partes asumirá la obligación de mantenimiento del bien arrendado.

CONDICIONES DEL CONTRATO DE ARRENDAMIENTO CON OPCIÓN DE COMPRA

Art. 33.- En el Contrato de Arrendamiento de Bienes Muebles con opción de compra, el plazo del contrato deberá estar dentro de los límites del ejercicio presupuestario correspondiente.

Al finalizar el contrato, la Institución contratante puede optar por comprar el bien al valor inicialmente pactado o devolver el bien. Los bienes amparados por estos contratos deben estar sujetos a las estipulaciones del buen uso de los bienes del Estado.

TÍTULO VII

CAPÍTULO ÚNICO

MEDIOS ALTERNOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Art. 94.- Procederán los medios alternos de solución de controversias, únicamente ante pacto expreso de las partes, de sometimiento a dichos mecanismos. Para tales efectos, el convenio arbitral deberá estar redactado con base a los requisitos establecidos en la Ley.

Cuando se trate de arbitrajes institucionales, deberán llevarse a cabo en Centros de Arbitraje debidamente autorizados por el Ministerio de Gobernación.

TÍTULO VIII

CAPÍTULO ÚNICO

DEROGATORIA Y VIGENCIA

DEROGATORIA

Art. 85.- Derógase el Decreto Ejecutivo No. 98, de fecha 20 de octubre de 2005, publicado en el Diario Oficial No. 200, Tomo No. 369, del 27 del mismo mes y año, por el cual se emitió el Reglamento de la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública.

VIGENCIA

Art. 96.- El presente Decreto entrará en vigencia treinta días después de su publicación en el Diario Oficial.

DADO EN CASA PRESIDENCIAL: San Salvador, a los diez días del mes de abril mil trece.

DECLARACIÓN DE PROPÓSITO FOUES.

MISIÓN:

Institución que forma profesionales de la Odontología con práctica humana y preventiva enfatizando en la integración de la docencia, la investigación científica y la proyección social como instrumento de transformación en beneficio de la sociedad salvadoreña.

VISIÓN:

Formadora de profesionales altamente competitivos, con valores humanos.

Líder e incidente respecto de las diferentes estructuras sociales que actúan en el ámbito de la salud bucal, generando nuevos conocimientos y propiciando su transformación.

Contributiva a los procesos de actualización y educación continua de los Odontólogos de nuestro país, mediante una política global que incluya la creación de la escuela de postgrado.

VALORES:

- ❑ HONESTIDAD
- ❑ RESPETO
- ❑ RESPONSABILIDAD
- ❑ LIDERAZGO
- ❑ CONFIANZA
- ❑ ACTITUD DE SERVICIO

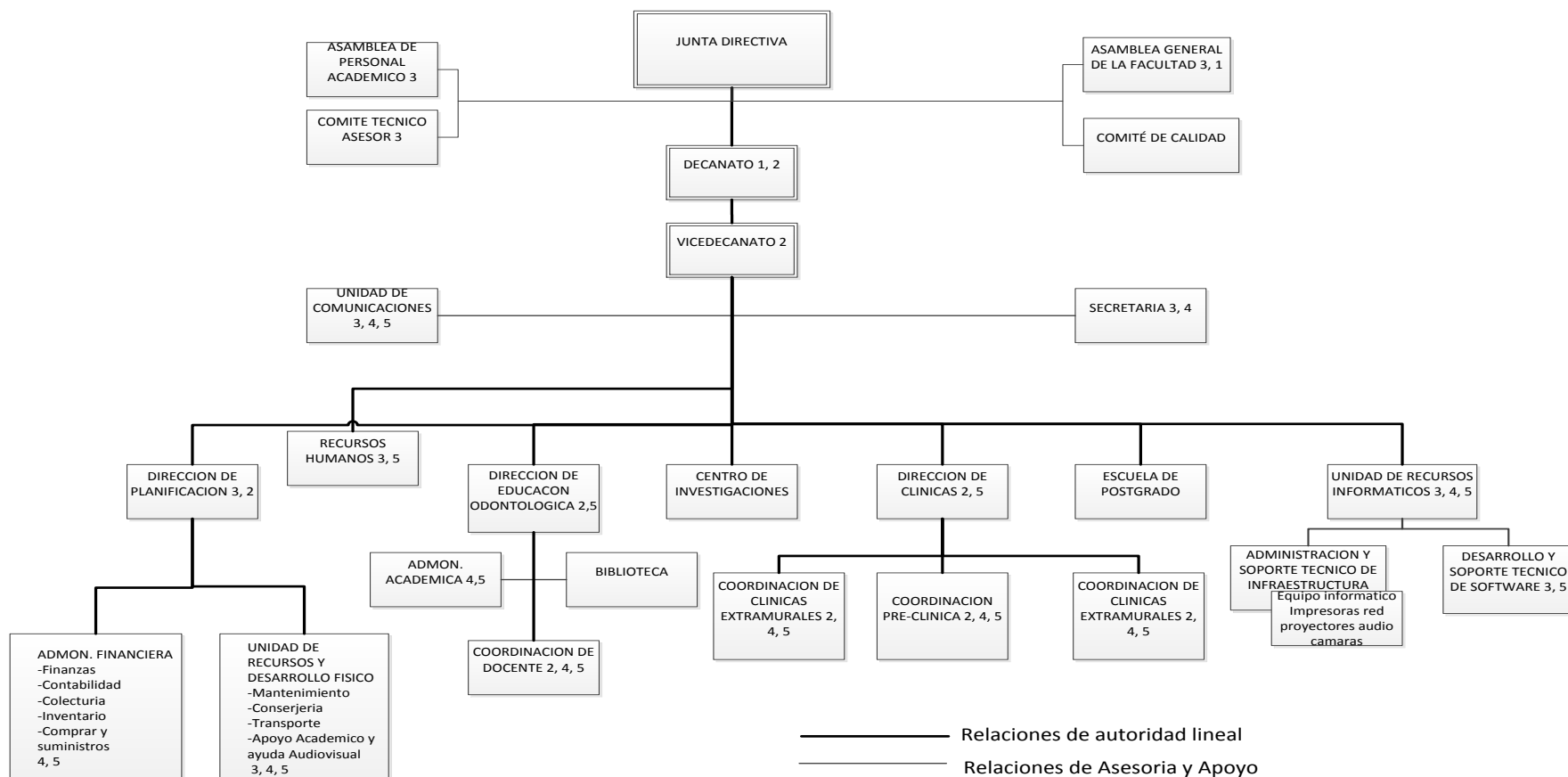
V. ESTRUCTURA ORGÁNICA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

- 1) JUNTA DIRECTIVA
 - a) ASAMBLEA PERSONAL ACADEMICO
 - b) COMITÉ TÉCNICO ASESOR
 - c) ASAMBLEA GENERAL DE LA FACULTAD
- 2) COMITÉ DE CALIDAD
- 3) DECANATO
 - a) VICEDECANATO
 - i) UNIDAD DE COMUNICACIONES
 - ii) SECRETARÍA
 - iii) DIRECCION DE PLANIFICACION
 - (a) ADMINISTRACION FINANCIERA
 - (b) UNIDAD DE RECURSOS Y DESARROLLO FISICO
 - iv) RECURSOS HUMANOS
 - v) DIRECCION DE EDUCACION ODONTOLOGICA
 - (a) ADMINISTRACION ACADEMICA
 - (b) BIBLIOTECA
 - (c) COORDINACION DE DOCENTE
 - vi) CENTRO DE INVESTIGACIONES
 - vii) DIRECCION DE CLINICAS
 - (a) COORDINACION DE CLINICAS INTRAMURALES
 - (b) COORDINACION PRE-CLINICA
 - (c) COORDINACION DE CLINICAS EXTRAMURALES
 - viii) UNIDAD DE RECURSOS INFORMATICOS
 - (a) ADMINISTRACIÓN DE SOPORTE TÉCNICO DE INFRAESTRUCTURA
 - (b) DESARROLLO Y SOPORTE TÉCNICO DE SOFTWARE

5.1. ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DE LA FOUES

ORGANIGRAMA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA, DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

1- Decisión 3- Asesoría 5- Operativo
2- Dirección 4- Apoyo



5.2.DESCRIPCION DE CADA UNIDAD DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

A continuación se muestra una descripción de la operación de cada una de las Unidades que conforman la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador.

5.2.1. DECANATO

Objetivo:

Cumplir y ejecutar las decisiones administrativas de Junta Directiva, Consejo Superior Universitario y Asamblea General Universitaria de conformidad a lo que establecen los estatutos, ley orgánica de la Universidad de El Salvador y demás leyes del estado relacionadas con el trabajo de su cargo.

Funciones:

- Planificar con el Consejo Técnico y Junta Directiva las actividades económicas administrativas de la Facultad.
- Coordinar el trabajo académico y administrativo con las direcciones de la facultad y demás instancias de la Universidad de El Salvador.
- Presentar a la Junta Directiva y demás organismos competentes de la Universidad de El Salvador, los planes y proyectos académicos presupuestarios y administrativos para su aprobación.
- Presidir los actos oficiales de la facultad y representara académicamente a nivel nacional e internacional Validar títulos académicos y diplomas que otorga la facultad.

RELACIONES DE TRABAJO	
1. Relaciones internas	
CON	PARA
- Asamblea General Universitaria.	- Presentar proyectos sobre Marco Legal y Marco Normativo.
- Consejo Superior Universitario.	- Aprobar propuestas de reorganización, presupuesto, convenios, planes de estudio y otros.
- Decanato.	- Proporcionar lineamientos y recibir informes diversos.

2. Relaciones externas	
CON	PARA
- Organismos de cooperación.	- Gestionar proyectos.
- Instituciones estatales, organizaciones no gubernamentales.	- Gestionar alianzas estratégicas.

DISPOSICIONES LEGALES
1. Ley General de Educación.
2. Ley Orgánica de la Universidad de El Salvador.
3. Reglamento General de la Ley Orgánica de la Universidad de El Salvador.
4. Reglamento Disciplinario de la Universidad de El Salvador.
5. Acuerdos de Asamblea del Personal.
6. Reglamento General del Sistema de Escalafón del Personal de la Universidad de El Salvador.

5.2.2. VICE-DECANATO

Objetivo:

Realizar las funciones ejecutadas por el Decano en su ausencia, las cuales son planificar, organizar y controlar el cumplimiento de las actividades académicas y administrativas de la facultad, velando que sean apegadas al cumplimiento de la ley orgánica, estatutos y reglamentos de la Universidad.

Funciones:

- Sustituir al Decano en ausencia de éste.
- Coordinar el Consejo de Becas de la Facultad.
- Coordinar el Consejo Asesor de Planificación.

5.2.3. COMITÉ DE CALIDAD

Objetivo:

Contribuir a la creación y consolidación de una Cultura de la calidad, entendida como el conjunto de valores, prácticas, propósitos y procesos que garantizan el cumplimiento de la Misión institucional de acuerdo con patrones de excelencia determinados por las comunidades académicas, valorados y reconocidos por el entorno social, institucional y laboral.

Funciones:

- Revisar a intervalos definidos el sistema de calidad.
- Enfocar energía en la aportación de ideas para solucionar los problemas.
- Planear la implementación del sistema y verificar que cada una de las actividades planeadas se ejecuten en tiempo y forma.
- Fomentar la participación y modelar a los integrantes del equipo de mejora cumpliendo con sus compromisos del plan.
- Documentar y difundir los documentos del sistema de calidad de acuerdo con su área de responsabilidad.
- Asegurar la implantación de éstos.
- Definir acciones correctivas y preventivas.
- Comunicar avances a la coordinación.
- Identificar áreas de oportunidad.
- Retroalimentar el desempeño de sus colaboradores.
- Capacitar al personal de su área en ISO 9001.
- Comunicar a los alumnos el concepto de ISO 9001
- Definir las acciones que resuelvan las no conformidades de las auditorías.
- Elaborar bitácoras o minutas de las sesiones.
- Definir el alcance que tendrá el sistema de calidad.
- Participar en la sensibilización del personal a su cargo.
- Participar en reuniones del Comité de Calidad programadas y extraordinarias.
- Velar por el cumplimiento de los aspectos estratégicos de los Sistemas de Calidad.
- Comunicar y motivar al interior de su Dirección la implantación del Sistema de Calidad, así como difundir la política y objetivos de calidad definidos.
- Informar al representante de la Alta Dirección sobre el funcionamiento del Sistema de gestión de calidad de la unidad a su cargo.
- Proponer mejoras para el desempeño de los procesos.
- Velar y apoyar el desarrollo adecuado del proceso de mejora continua.
- Gestionar los recursos necesarios para alcanzar los objetivos de calidad.
- Crear y mantener un ambiente interno adecuado de trabajo.

RELACIONES DE TRABAJO

1. Relaciones internas

CON

- Asamblea General Universitaria.
- Decanato.

PARA

- Presentar proyectos sobre modificaciones al SGC
- Proporcionar lineamientos y recibir informes diversos.

2. Relaciones externas

CON

- Organismos de certificación.

PARA

- Gestionar certificación y revisión

DISPOSICIONES LEGALES

1. Ley General de Educación.
2. Ley Orgánica de la Universidad de El Salvador.
3. Reglamento General de la Ley Orgánica de la Universidad de El Salvador.
4. Acuerdos de Asamblea del Personal.

5.2.4. SECRETARÍA

Objetivo:

Entre las funciones de la Secretaría está Recepcionar, registrar, elaborar y distribuir los documentos oficiales, y que son emitidos por la Facultad de Odontología en coordinación con las directivas de Decanato y demás Direcciones.

Funciones:

- Elaborar actas y acuerdos tomados por las máximos organismos de autoridad de la facultad y apoyar al Decano en actividades administrativas y académicas.
- Legalizar documentos académicos de la facultad.
- Comunicar a las instancias respectivas los acuerdos tomados por los máximos organismos de autoridad de la facultad.
- Autenticar la firma del Decano y de los demás funcionarios de la facultad.
- Transcribir acuerdos de Junta Directiva y de los máximos organismos de autoridad de la facultad.

RELACIONES DE TRABAJO	
1. Relaciones internas	
CON	PARA
- Junta Directiva.	- Recibir lineamientos, seguimiento al cumplimiento de acuerdos.
- Decanato.	- Coordinar actividades académicas y recibir lineamientos.
- Direcciones y Unidades.	- Coordinar y procesar información de los alumnos.
2. Relaciones externas	
CON	PARA
- Ministerio de Educación.	- Recibir lineamientos.
- Organizaciones gubernamentales y no gubernamentales.	- Gestionar alianzas estratégicas.

DISPOSICIONES LEGALES

1.	Ley de Educación Superior.
2.	Ley Orgánica de la Universidad de El Salvador.
3.	Reglamento General de la Ley Orgánica de la Universidad de El Salvador.
4.	Reglamento Disciplinario de la Universidad de El Salvador.
5.	Acuerdos de Junta Directiva de la Facultad de Odontología.
6.	Normas Técnicas de Control Interno Específicas para la Universidad de El Salvador.
7.	Reglamento General de Procesos de Graduación de la Universidad de El Salvador.
8.	Reglamento Electoral de la Universidad de El Salvador.

5.2.5. DIRECCIÓN DE PLANIFICACIÓN

Objetivo:

Brindar asesoría y asistencia técnica a los organismos de dirección y elaboración de planes, programas y proyectos generales para el desarrollo académico y administrativo de la facultad.

Funciones:

- Planificar con el Consejo Técnico y Junta Directiva las actividades económicas administrativas de la facultad.
- Coordinar el trabajo académico y administrativo con las direcciones de la facultad y demás instancias de la Universidad de El Salvador.
- Realizar nombramientos, ascensos, traslados, sanciones, remociones y conceder licencia al personal administrativo de la facultad.
- Autorizar documentos de pago, financieros y académicos de conformidad a leyes y reglamentos.
- Validar títulos académicos y diplomas que otorga la facultad.
- Cumplir y hacer cumplir los acuerdos y resoluciones de Junta Directiva de la facultad y demás organismos de gobierno de la misma y de la Universidad de El Salvador.
- Presentar a la Junta Directiva y demás organismos competentes de la Universidad de El Salvador, los planes y proyectos académicos presupuestarios y administrativos para su aprobación.
- Informar a las instancias respectivas de la Universidad de El Salvador del manejo de los fondos financieros y aspectos académicos.
- Proponer a las instancias correspondientes el nombramiento de comisiones para la ejecución de trabajos requerido por la facultad.

- Elaborar el plan de desarrollo estratégico de la facultad.
- Elaborar el plan anual operativo de la unidad de planificación.
- Coordinar la formulación del anteproyecto de presupuesto de la facultad.
- Formular perfiles de proyectos generales del área académica-administrativa
- Elaborar informe sobre la ejecución y seguimiento de los proyectos.
- Gestionar programas y proyectos académicos interinstitucionales.

RELACIONES DE TRABAJO

1. Relaciones internas

CON	PARA
- Decanato.	- Asesorar la ejecución de proyectos en el área académica, administrativa y de infraestructura.
- Administración Financiera.	- Coordinar la formulación del anteproyecto de presupuesto de la facultad. - Gestionar el plan de compras anuales.
- Direcciones y jefaturas.	- Solventar las necesidades de éstas, en cuanto a lo académico-administrativo.
- UACI.	- Coordinar los requerimientos que se han planteado en el plan de compras anuales.
- Desarrollo Físico Local.	- Coordinar la ejecución de proyectos de infraestructura y equipamiento de la Facultad.
- Conserjería.	- Coordinar actividades.
- Desarrollo Físico Institucional.	- Proporcionar asesoría técnica en la elaboración de proyectos de infraestructura y equipamiento. - Coordinar la ejecución de proyectos de la Facultad.

2. Relaciones externas

CON	PARA
- Con las diferentes empresas que participan en licitación	- Suministro de equipo y materiales que se utilizan para el funcionamiento de la Facultad

DISPOSICIONES LEGALES

1. Ley Orgánica de la Universidad de El Salvador.
2. Acuerdos de Junta Directiva de la Facultad.
3. Reglamento Interno de la Facultad.
4. LACAP.
5. Ley SAFL.

5.2.6. ADMINISTRACIÓN FINANCIERA

Objetivo:

Colaborar en la ejecución de actividades financieras y el manejo del fondo circulante. Coordinar, ejecutar y controlar la ejecución presupuestaria mediante la verificación de documentos contables. Planificar y ejecutar las actividades encaminadas a prever oportunamente y con la calidad requerida de los materiales y suministros para la unidad.

Funciones:

- Elaborar la programación de ejecución presupuestaria.
- Coordinar la ejecución presupuestaria
- Dirigir el registro de todas las operaciones financieras con base a leyes, reglamentos y disposiciones gubernamentales e institucionales.
- Verificar todas las operaciones contables y administrativas.
- Contribuir al anteproyecto de presupuesto de la unidad.
- Asesorar al Decano y Junta Directiva en el área administrativa y financiera.
- Elaborar dictamen técnico financiero ante Junta Directiva, Decano y otras instancias.
- Supervisar la actualización de expedientes del personal.
- Asesorar en forma técnica y legal al Decano, Junta Directiva en la toma de acuerdos y acciones del recurso humano.
- Administrar los procesos de movimientos internos de personal.
- Coordinar con la unidad central de recursos humanos institucional la elaboración de programas de capacitación, prestaciones y bienestar social.
- Administrar el proceso de reclutamiento, selección, contratación e inducción del recurso humano.
- Evaluar el desempeño laboral del recurso humano administrativo.
- Consolidar los ingresos y egresos del fondo general y recursos propios.
- Consolidar los ingresos y egresos con la Unidad Financiera Institucional (UFI)
- Elaborar los estado financieros mensuales y anuales

RELACIONES DE TRABAJO

1. Relaciones internas	
CON	PARA
- Sub Gerencia de Personal.	- Proceso de planillas de pago.
- UACI-UES.	- Gestión de compras.
- UFI-UES.	- Gestiones financieras diversas.
- Subsistema de Presupuesto.	- Revisión presupuestaria de CEF.
- Subsistema de Contabilidad.	- Registro y contabilización de CEF.
- Subsistema de Tesorería.	- Seguimiento y elaboración de cheques
- Unidad de Auditoría Interna.	- Verificación y control de las operaciones
2. Relaciones externas	
CON	PARA
- Ministerio de Hacienda.	- Gestión presupuestaria.
- Corte de Cuentas de la República.	- Control y verificación de las operaciones.
- Contabilidad Gubernamental.	- Control contable.

DISPOSICIONES LEGALES
1. Constitución de la República de El Salvador.
2. Ley de la Corte de Cuentas de la República.
3. Ley Orgánica de la Universidad de El Salvador.
4. Reglamento de la Ley Orgánica de la Universidad de El Salvador.
5. Ley SAFI.
6. LACAP y su Reglamento.
7. Normas Técnicas de Control Interno de la Corte de Cuentas de la República.
8. Ley de Contabilidad Gubernamental.
9. Reglamento del Sistema del Escalafón para el Personal de la Universidad de El Salvador.
10. Reglamento Disciplinario de la Universidad de El Salvador.
11. Ley de Impuesto sobre la Renta.
12. Código Tributario.
13. Código de Trabajo.

5.2.7. UNIDAD DE RECURSOS FÍSICOS

Objetivo:

Planificar, dirigir, coordinar y supervisar las actividades relacionadas con la construcción y mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura y equipo de la facultad, así como garantizar el apoyo en servicios a las diferentes áreas administrativas y académicas.

Funciones:

- Programar los trabajos de mantenimiento preventivo y correctivo de infraestructura y equipo.
- Supervisar la ejecución de los diferentes programas de mantenimiento, transporte, vigilancia y aseo.
- Gestionar adquisición de materiales y herramientas necesarias para los diferentes programas de mantenimiento preventivo y correctivo de infraestructura y equipo.
- Distribuir materiales de mantenimiento y limpieza a las diferentes áreas de servicio.
- Supervisar el uso de los materiales de mantenimiento y limpieza.
- Coordinar la distribución y uso de los vehículos
- Elaborar programas de vigilancia

RELACIONES DE TRABAJO	
1. Relaciones internas	
CON	PARA
- Todas las instancias de la Facultad.	- Coordinar actividades.
- Mantenimiento de bienes de la UES.	- Solicitar colaboración en trabajos que requieren personal calificado.
- Facultad de Medicina y Facultad de Química y Farmacia.	- Préstamo de herramienta, equipos y/o accesorios.
- Unidad Productiva de Ingeniería.	- Solicitar colaboración en trabajos que requieren personal calificado.
- Desarrollo Físico de la UES.	- Solicitar colaboración, asesoría, asignación de recursos materiales y/o humanos.
2. Relaciones externas	
CON	PARA
- Empresas privadas y Ferreterías.	- Mantenimiento de equipos de compresión, succión, red eléctrica, neumática e hidráulica.

- Ministerio de Salud, Hospital Nacional Rosales.	- Aparatos de rayos X, esterilizadores, unidades dentales.
- Talleres, Alcaldía de San Salvador, etc.	- Vehículos, materiales, accesorios, repuestos, ornamentación. etc.

DISPOSICIONES LEGALES

1.	La Constitución de la República de El Salvador.
2.	Ley Orgánica de la Universidad de El Salvador.
3.	Reglamento General de la Ley Orgánica de la Universidad de El Salvador.
4.	Reglamento General del Sistema de Escalafón del Personal de la Universidad de El Salvador.
5.	Reglamento Disciplinario de la Universidad de El Salvador.
6.	Ley de la Corte de Cuentas de la República.
7.	Código de Trabajo.

5.2.8. UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS

Objetivo:

Organizar, planificar, dirigir y controlar las acciones técnicas-administrativas en el área de recursos humanos de la facultad.

Funciones:

- Elaborar la programación de ejecución presupuestaria.
- Elaborar el plan de trabajo del departamento
- Elaborar el anteproyecto de recursos humanos de la facultad.
- Supervisar la actualización de la base de datos del sistema de información de recursos humanos
- Supervisar el proceso de planillas de la facultad.
- Supervisar la actualización de expedientes del personal.
- Revisar informes de asistencia y permisos del personal.
- Asesorar en forma técnica y legal al Decano, Junta Directiva en la toma de acuerdos y acciones del recurso humano.
- Administrar los procesos de movimientos internos de personal.

- Coordinar con la unidad central de recursos humanos institucional la elaboración de programas de capacitación, prestaciones y bienestar social.
- Administrar el proceso de reclutamiento, selección, contratación e inducción del recurso humano.
- Participar en el reclutamiento, selección y contratación de docentes en la facultad.
- Coordinar con la unidad central de recursos humanos institucional la elaboración y actualización de herramientas técnico-administrativas para la administración del recurso humano.
- Evaluar el desempeño laboral del recurso humano administrativo.

RELACIONES DE TRABAJO	
1. Relaciones internas	
CON	PARA
- Decanato.	- Reportes y toma de decisiones.
- Secretaría.	- Acuerdos de nombramiento, permisos, etc.
- Jefatura de Docencia.	- Nombramientos, horarios laborales, permisos, etc.
- Sub-Gerencia de Personal.	- Nombramientos, salarios, prestaciones del personal.
- Fiscalía General y Rectoría.	- Nombramiento por contrato.
- Todo el personal de la Facultad.	- Nombramientos, salarios, prestaciones, etc.
2. Relaciones externas	
CON	PARA
- AFP's.	- Cotizaciones y aportes patronales.
- ISSS.	- Cotizaciones, reportes, incapacidades, etc.
DISPOSICIONES LEGALES	
1. Ley Orgánica de la Universidad de El Salvador.	
2. Reglamento de la Ley Orgánica de la Universidad de El Salvador.	
3. Reglamento Disciplinario de la Universidad de El Salvador.	
4. Reglamento General del Sistema de Escalafón del Personal de la Universidad de El Salvador.	

5.2.9. DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN ODONTOLÓGICA

Objetivo:

Tiene como funciones principales la de Planificar, coordinar y supervisar el planeamiento educativo, ejecución metodológica y evaluación curricular de la Facultad.

Funciones:

- Proponer políticas y estrategias que integren las funciones básicas: Docencia, Investigación y Proyección Social; así como plantear lineamientos para el plan curricular y para la formación, capacitación y actualización docente.
- Actualizar los planes de estudio de acuerdo al dinamismo de los procesos modernos de enseñanza aprendizaje.
- Coordinar las actividades académicas con los diferentes organismos y direcciones de la Facultad.

V. RELACIONES DE TRABAJO

1. Relaciones internas

CON	PARA
- Decanato y Vice-Decanato.	- Recibir lineamientos y políticas generales de trabajo de la institución.
- Jefatura de docencia.	- Vincular comunicación entre los docentes y la dirección.
- Administración académica.	- Obtener información sobre los procedimientos académicos que regulan el ingreso, inscripción de asignaturas y manejo del record académico de estudiantes y docentes de la Facultad.
- Dirección de Clínicas.	- Correlacionar actividades académicas de los estudiantes de clínicas programadas en el desarrollo curricular.
- Biblioteca.	- Apoyar el desarrollo de las actividades curriculares.

2. Relaciones externas	
CON	PARA
- Hospital Nacional Rosales.	- Dar cumplimiento a convenios establecidos.
- Ministerio de Educación.	- Conocer políticas ministeriales.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.	- Planificar y programar actividades de docencia y servicio.

VI. DISPOSICIONES LEGALES
1. Ley Orgánica de la Universidad de El Salvador.
2. Reglamento General de la Ley Orgánica de la Universidad de El Salvador.
3. Reglamento General de Procesos de Graduación de la Universidad de El Salvador.
4. Reglamento del Sistema de Unidades Valorativas y de Coeficiente de Unidades de Merito.
5. Reglamento de la Administración Académica de la Universidad.
6. Acuerdos de Junta Directiva de la Facultad.
7. Acuerdos del Consejo Superior Universitaria.
8. Acuerdos de la Asamblea General Universitaria.
9. Acuerdos del Comité Técnico Asesor de la Facultad.
10. Solicitudes de Vice-Rectorías Académica y Administrativa.
11. Acuerdos de Rectoría.
12. Reglamento General de la Facultad.
13. Reglamento de Evaluación de la Facultad de Odontología.
14. Reglamento Interno de la Junta Directiva.

5.2.10. ADMINISTRACIÓN ACADÉMICA

Objetivo:

Planificar, coordinar, organizar y controlar las funciones administrativas, académicas de la Facultad en los aspectos relaciones con registros, ingresos, egresos y demás trámites estudiantiles.

Funciones:

- Ser el Órgano de comunicación entre las Facultades o Centros Universitarios Regionales con la Secretaría de Asuntos Académicos en lo concerniente al aspecto administrativo académico.
- Planificar, programar y coordinar los distintos servicios administrativo-académicos de su respectiva Facultad o Centro Universitario Regional, con base en los lineamientos emanados del Consejo Superior Universitario y del Consejo de Administradores Académicos.
- Proporcionar según acuerdo establecido, la información de índole administrativo académico de les sea solicitada por la Secretaría de Asuntos Académicos.
- Integrarse al Consejo de Administradores Académicos con el fin de asesorar a la Administración Académica Central en lo concerniente a la ejecución de las políticas y lineamientos administrativos-académicos.
- Diseñar, programar y coordinar la asesoría a los estudiantes sobre seguimiento al plan de estudios la que será ejecutada por los docentes, previo a la inscripción de asignaturas.
- Prestar servicios de orientación a los estudiantes que demanden trámites de: Reingreso, equivalencias, cambios de carrera, traslados y última matrícula.
- Colaborar en la programación de las actividades de la Administración Central.
- Llevar con la colaboración del Centro de Computo el expediente actualizado por ciclo de los estudiantes, así como el de los que hayan cumplido el requisito para realizar el servicio social en dos niveles: Egresados y con el 80% o más ganado de su carrera.
- Llevar un control por tipo de trámite de los acuerdos tomados por los Organismos Universitarios competentes, de las peticiones realizadas por los estudiantes, con el fin de anexar a su expediente copia de su acuerdo respectivo.
- Elaborar los controles de actividades administrativo-académicas ó de servicio social realizadas por cada estudiante.
- Recibir y tramitar las solicitudes de índole administrativo –académicas presentadas por los estudiantes para que sean resueltas por las autoridades competentes.
- Remitirá a la Administración Académica Central los resultados de las evaluaciones a más tardar dentro de la tercera semana después de finalizado en período de registro total de notas, considerando que las escuelas y departamentos las deberán enviar a la Administración Académica local dentro de la segunda semana después de finalizado el ciclo.

RELACIONES DE TRABAJO

1. Relaciones internas

CON

- Vice-Decanato, Dirección de

PARA

- Planificar y coordinar el sistema

Educación Odontológica, Jefatura de Docencia, Dirección de Clínicas.	académica de la facultad en concordancia con el sistema académico de la universidad
- Vice-Rectoría Académica, Secretaría de Asuntos Académicos, Consejo de Administración Académica, Administración Académica Local.	- Organismo de comunicación para la ejecución de proyectos o actividades académicas.
2. Relaciones externas	
CON	PARA
- Ninguna.	-

DISPOSICIONES LEGALES

1. Ley Orgánica de la Universidad de El Salvador.
2. Reglamento General de la Ley Orgánica de la Universidad de El Salvador.
3. Reglamento General de Procesos de Graduación de la Universidad de El Salvador.
4. Reglamento del Sistema de Unidades Valorativas y de Coeficiente de Unidades de Merito de la Universidad de El Salvador.
5. Reglamente de la Administración Académica de la Universidad de El Salvador.
6. Reglamento Electoral de la Universidad de El Salvador.
7. Reglamento Disciplinario de la Universidad de El Salvador.
8. Acuerdos de Junta Directiva.
9. Acuerdos del Consejo Superior Universitaria.
10. Acuerdos de la Asamblea General Universitaria.
11. Acuerdos del Comité Técnico Asesor.
12. Solicitudes de Vice-Rectorías Académicas y Administrativos.
13. Acuerdos de Rectoría.

5.2.11.COORDINACIÓN DE DOCENTE

Objetivo:

Velar por el desarrollo de las competencias que deben adquirir los estudiantes de la FOUES.

Funciones:

- Elaborar un programa de trabajo a desarrollar .
- Coordinar a los responsables de cada uno de los programas académicos.
- Mantener comunicación con las Coordinaciones de Curso y difusión y extensión para el seguimiento del trabajo académico
- Generar mecanismos de evaluación de cada curso.
- Participar en las reuniones de Junta Técnica.
- Participar en programas interinstitucionales para el fomento del intercambio académico. para propiciar el intercambio académico tales como: talleres, conferencias, seminarios, diplomados, especialidades, maestrías y doctorados.

RELACIONES DE TRABAJO	
1. Relaciones internas	
CON	PARA
- Unidad de Recursos Humanos.	- Revisar permisos docentes, incapacidades, etc.
- Dirección de Educación Odontológica.	- Programar los ciclos, revisar programas, etc.
- Dirección de Clínicas.	- Programar clínicas de docentes.
- Administración Académica.	- Programar horarios de estudiantes y docentes.
2. Relaciones externas	
CON	PARA
- Instituciones públicas y privadas.	- Capacitaciones docentes.

DISPOSICIONES LEGALES
1. Ley de Educación Superior.
2. Ley Orgánica de la Universidad de El Salvador.
3. Reglamento de la Ley Orgánica de la Universidad de El Salvador.
4. Reglamento Disciplinario de la Universidad de El Salvador.
5. Reglamento de Evaluación de la Facultad.

5.2.12. DIRECCIÓN CLÍNICAS

Objetivo:

Planificar, coordinar y supervisar todas las actividades clínicas, tanto académicas como administrativas de acuerdo a las necesidades y demandas de la Facultad.

Funciones:

- Proponer políticas y estrategias clínicas que integren las funciones básicas: Docencia, Investigación y Proyección Social.
- Planificar las actividades Clínicas Intra y Extramurales.
- Elaborar políticas y estrategias para las programaciones clínicas.
- Proponer políticas y estrategias para la captación de pacientes.
- Elaborar proyectos para la renovación constante en lo académico y tecnológico en las áreas clínicas.
- Proponer políticas y estrategias que permitan lograr la excelencia académica en la formación del estudiante y atención al paciente.
- Proponer políticas de control de ingresos por tratamientos odontológicos y por desperdicios de materiales dentales.
- Definir los procedimientos para establecer las citas de los pacientes, de acuerdo a las programaciones por turno.
- Determinar la necesidad de los materiales en los arsenales, de acuerdo al número de estudiantes programados en clínicas.

RELACIONES DE TRABAJO	
1. Relaciones internas	
CON	PARA
- Jefatura de Docencia.	- Programar estudiantes y docentes.
- Dirección administrativa (planificación).	- Elaborar plan de compras de insumos necesarios para el funcionamiento de las áreas clínicas.
- Administración Académica.	- Canalizar las evaluaciones de los estudiantes.
- Unidad de Desarrollo y Recursos Físicos.	- Canalizar los recursos humanos (servicios generales) é insumos para el

	funcionamiento del equipo e instrumental dental.
- Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Instituciones (UACI).	- Procesar compras de material, equipo e instrumental dental.

2. Relaciones externas

CON	PARA
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.	- Programar estudiantes en unidades de salud.
- Ministerio de Educación.	- Coordinar la ejecución del programa preventivo en las escuelas.
- Hospital Nacional Rosales.	- Programación de estudiantes en el área de cirugía maxilofacial.
- Proveedores (depósitos dentales).	- Informar nuevos materiales y cotizar los mismos.

DISPOSICIONES LEGALES

1. Ley Orgánica de la Universidad de El Salvador.
2. Reglamento General de la Ley Orgánica de la Universidad de El Salvador.
3. Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública.
4. Reglamento de Evaluación de la Facultad De Odontología.
5. Reglamento Disciplinario de la Universidad de El Salvador.
6. Normativo de Funcionamiento de las Clínicas Escuela Intra y Extramural de la Facultad de Odontología.

5.2.13. COORDINACIÓN DE CLINICAS INTRAMURALES

Objetivo:

Planifica, coordina y supervisa el desarrollo de todas las actividades contempladas en la práctica profesional que sirve de complemento educativo para su desarrollo como Doctores(as) en cirugía dental.

Funciones:

- Coordinar la supervisión de los estudiantes en Servicio Social.
- Controlar las actividades del área Intramural (Clínica Odontológica de La FOUES).
- Atención de Salud Bucal por medio de la atención realizada por alumnos, supervisadas por docentes, para que se desarrollen las actividades curriculares y se cumplan los objetivos del Área Intramural

Ejecutar las políticas y normas emanadas de la Dirección de Clínicas.

RELACIONES DE TRABAJO	
1. Relaciones internas	
CON	PARA
- Jefatura de Docencia.	- Programación de estudiantes y docentes.
- Dirección Administrativa (Planificación).	- Elaborar plan de compras de insumos necesarios para el funcionamiento de las áreas clínicas.
- Administración Académica.	- Canalizar las evaluaciones de los estudiantes.
- Unidad de Desarrollo y Recursos Físicos.	- Canalizar los recursos humanos (servicios generales) é insumos para el funcionamiento del equipo e instrumental dental.
- UACI.	- Procesar compras de material, equipo e instrumental dental.

2. Relaciones externas	
CON	PARA
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.	- Programar de estudiantes en unidades de salud.
- Ministerio de Educación.	- Coordinar la ejecución del programa preventivo en las escuelas.
- Hospital Nacional Rosales.	- Programar estudiantes en el área de cirugía maxilofacial.
- Proveedores (depósitos dentales).	- Informar de nuevos materiales y cotización de los mismos.

DISPOSICIONES LEGALES
1. Ley Orgánica de la Universidad de El Salvador.
2. Reglamento General de la Ley Orgánica de la Universidad de El Salvador.
3. Reglamento Disciplinario de la Universidad de El Salvador.
4. Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública.
5. Normativa de Funcionamiento de las Clínicas Escuela Intra y Extramural de la Facultad de Odontología.
6. Reglamento de Evaluación de la Facultad de Odontología.

5.2.14. COORDINACIÓN DE CLÍNICAS EXTRAMURALES

Objetivo:

Planifica, coordina y supervisa el desarrollo de todas las actividades contempladas en los subprogramas de Prevención y Promoción de la Salud Bucal incidiendo en la transformación y superación de la sociedad.

Funciones:

- Coordinar la supervisión de los estudiantes en Servicio Social.
- Controlar las actividades del área extramural (Unidades de Salud, Comunidades y Escuelas).
- Atención Estomatológica e Investigación, para que se desarrollen las actividades curriculares y se cumplan los objetivos del Area Extramural

Ejecutar las políticas y normas emanadas de la Dirección de Clínicas.

RELACIONES DE TRABAJO	
1. Relaciones internas	
CON	PARA
- Dirección de Clínicas coordinación docente y coordinadores de cursos.	- Coordinar y verificar la marcha del aspecto académico en el área clínica extramural.
2. Relaciones externas	
CON	PARA
- Coordinadores de Centros Escolares, Clínica Odontológica de la Facultad Multidisciplinaria de Occidente y Hospital Rosales, Unidades de Salud.	- Ejecutar las actividades programadas conforme calendario preestablecido para el área extramural, educación y prevención y atención de pacientes en el área odontológica

DISPOSICIONES LEGALES

- | |
|--|
| 1. Ley Orgánica de la Universidad de El Salvador. |
| 2. Reglamento General de la Ley Orgánica de la Universidad de El Salvador. |
| 3. Reglamento Interno de la Facultad de Odontología. |
| 4. Convenio entre la Facultad de Odontología de la UES y el MSPAS |
| 5. Convenio entre la Facultad de Odontología de la UES y el Hospital Nacional Rosales. |
| 6. Normativo de Funcionamiento de las Clínicas Escuelas de la Facultad de Odontología. |

5.2.15. UNIDAD DE RECURSOS INFORMÁTICOS

Objetivo:

Coordinar las actividades para el desarrollo y mantenimiento de los sistemas de información que automaticen la formulación, integración y seguimiento de los procesos de la FOUES; coordinar la asesoría técnica sobre la operación de los sistemas informáticos con el fin de contar con las herramientas informáticas necesarias para el cumplimiento de las funciones.

Funciones:

1. Analizar los requerimientos de información para su incorporación a bases de datos y sistemas informáticos;
2. Determinar y mantener la estructura de datos de los sistemas informáticos para garantizar la consistencia de la información;
3. Supervisar el plan de desarrollo y mantenimiento de los sistemas de información;
4. Coordinar la asesoría técnica sobre la operación de los sistemas de programación;
5. Supervisar la instalación y funcionalidad de los sistemas informáticos;
6. Determinar los planes de asistencia y capacitación para la operación de los sistemas informáticos;
7. Coordinar la creación de los perfiles de usuario para la operación de los sistemas informáticos;
8. Coordinar la actualización tecnológica de los recursos informáticos del área para asegurar las condiciones óptimas de operación;
9. Supervisar la administración de los recursos y servicios informáticos para atender los requerimientos de tecnologías de información de las distintas áreas;
10. Habilitar los medios y aplicaciones informáticas en intranet para la solicitud de servicios administrativos y consulta de información administrativa relacionada, y
11. Desarrollar todas aquellas funciones que le encomienden sus superiores jerárquicos, inherentes al área de su competencia

RELACIONES DE TRABAJO	
1. Relaciones internas	
CON	PARA
- Todas las unidades	- Coordinar y dar mantenimiento a las redes informáticas de la FOUES, tanto Software como hardware
2. Relaciones externas	
CON	PARA
- Ninguna	-

DISPOSICIONES LEGALES
7. Ley Orgánica de la Universidad de El Salvador.
8. Reglamento General de la Ley Orgánica de la Universidad de El Salvador.
9. Reglamento Interno de la Facultad de Odontología.

VI. BIBLIOGRAFIA

- Reglamento de la Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública (LACAP Decreto No. 868 del 5 de abril de 2000) 10 de abril del 2013
- Reglamento Interno de la Facultad De Odontología De La Universidad De El Salvador
- Joaquín Rodríguez Valencia, como utilizar y elaborar manuales administrativos, manual de políticas, cap. 6.

FO-MAN-04

MANUAL DE FUNCIONES

**Facultad de Odontología de la Universidad
de El Salvador**



ELABORADO POR:	REVISADO POR:	AUTORIZADO POR:
Denisse Majico Eva Siguenza		
FECHA:	FECHA:	FECHA:

ÍNDICE

I. FORMULARIO PARA DESCRIPCIÓN DE PUESTOS Y CLASES OCUPACIONALES (LADP3).....	637
DIRECTOR DE EDUCACIÓN ODONTOLÓGICA.....	637
DIRECTOR DE CLINICAS	640
JEFE DEL AREA CLINICA INTRAMURAL	643
JEFE DE AREA EXTRAMURAL	646
JEFE DEL AREA DE INVESTIGACION	649
JEFE DE DOCENCIA.....	652
TECNICO EN UNIDADES DENTALES	654
TECNICO EN LABORATORIO DENTAL.....	656
TECNICO EN RAYOS “X”	658
ENCARGADO DE IMPRESIONES.....	660
ENCARGADO DE INGRESOS Y EGRESOS FINANCIEROS DEL AREA DE CLINICAS DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA	662
ENCARGADO DE ESTERILIZACION.....	664
ARSENALISTA.....	666
JEFE DEL AREA CLINICA DE SANTA ANA.....	668
PROFESOR UNIVERSITARIO III	670
JEFE DE ADMINISTRACION ACADEMICA	672
JEFE DE LA ADMINISTRACIÓN FINANCIERA.....	674
ASISTENTE DE LABORATORIO	676
RECEPCIONISTA	678
JEFE DE RECURSOS HUMANOS DE FACULTAD.....	680
ENCARGADO DEL SIRIHI.....	682
PROFESOR UNIVERSITARIO II	684
PROFESOR UNIVERSITARIO I.....	686
ORDENANZA	688
SECRETARIA DE DIRECCIÓN O DEPARTAMENTO	689
CONTADOR.....	691
AUXILIAR CONTABLE.....	693
COLABORADOR FINANCIERO	695
ENCARGADO DE COMPRAS.....	697
ENCARGADO DE SUMINISTROS	699
ENCARGADO DE ACTIVO FIJO Y DE FACULTAD.....	701
DIRECTOR DE PLANIFICACIÓN.....	703
ENCARGADO DE ARCHIVO CLINICO DE LA FACULTAD	706
JEFE DE LA UNIDAD DE RECURSOS Y DESARROLLO FÍSICO	708
BODEGUERO.....	710
ELECTRICISTA	712
DIRECTOR DE VINCULACION UNIVERSIDAD EMPRESA	714
TECNICO EN MANTENIMIENTO DE COMPUTO	716
ANALISTA PROGRAMADOR	718
DECANO DE FACULTAD	720
VICEDECANO DE LA FACULTAD	723
SECRETARIO DE FACULTAD	725
COLABORADOR DE ADMINISTRACIÓN ACADEMICA.....	727

AUXILIAR BIBLIOTECARIO.....	729
JEFE DE BIBLIOTECA DE LA FACULTAD.....	730
TECNICO BIBLIOTECARIO.....	732
FONTANERO	734
JARDINERO	736
INTENDENTE	737
MOTORISTA	739
CARPINTERO.....	741
DIRECTOR DE MAESTRIA	743
COLECTOR AUXILIAR.....	745
ENFERMERA DEL AREA DE CIRUGIA ODONTOLOGICA	747
ADMINISTRADOR DE RED DE FACULTAD	749
SERVICIOS GENERALES.....	751

I. FORMULARIO PARA DESCRIPCIÓN DE PUESTOS Y CLASES OCUPACIONALES (LADP3)

I- DATOS DE IDENTIFICACIÓN

TITULO DEL PUESTO:	DIRECTOR DE EDUCACIÓN ODONTOLÓGICA

II- DESCRIPCION GENERICA DE TAREAS

Planificar, coordinar y supervisar el planeamiento educativo, ejecución metodológica y evaluación curricular.

III- DESCRIPCION DE TAREAS

1.	Elaborar el plan de trabajo de su unidad.
2.	Proponer políticas y lineamientos para el plan curricular y para la formación, capacitación y actualización docente.
3.	Proponer políticas y estrategias que integren las funciones básicas: Docencia, Investigación y Proyección Social.
4.	Coordinar la Comisión Curricular
5.	Proponer políticas y lineamientos de evaluación curricular.
6.	Supervisar las actividades contempladas en el plan curricular
7.	Evaluar las actividades curriculares
8.	Actualizar los planes de estudio de acuerdo al dinamismo de los procesos modernos de enseñanza aprendizaje.
9.	Controlar las actividades y funciones del personal asignado a la Dirección.
10.	Coordinar las actividades académicas con los diferentes organismos y direcciones de la Facultad.
11.	Preparar la memoria de labores.

IV- PERFIL DE CONTRATACION

1. EDUCACION FORMAL NECESARIA

Doctorado en Cirugía Dental de preferencia con Maestría en Enseñanza Superior

2. EDUCACION NO FORMAL NECESARIA

Curso de Idioma Inglés Curso de Calidad Total Curso de Computación Curso de Planificación Estratégica Curso de Planificación Curricular Curso de Formulación y Evaluación de Proyectos

Curso de Evaluación Curricular
Curso de Didáctica y Pedagogía
Seminario de Ley de Educación Superior
Curso sobre Leyes y Reglamentos de la UES.
Seminario sobre Leyes y Reglamentos del Ministerio de Salud
Curso sobre Metodología de la Investigación
Curso sobre Sistema Bibliotecario

3. EXPERIENCIA LABORAL PREVIA

Haber ocupado cargos similares de dirección en empresas educativa de enseñanza superior públicas o privadas.
Tres años de experiencia
Docencia Universitaria con un período mínimo de cinco años.

4. CONOCIMIENTOS NECESARIOS

Conocimientos de Idioma Inglés
Conocimientos de Calidad Total
Conocimientos de Computación
Conocimientos de Planificación Curricular
Conocimientos de Planificación Estratégica
Conocimientos de Formulación y Evaluación de Proyectos
Conocimientos de Evaluación Curricular
Conocimientos de Didáctica y Pedagogía
Conocimientos de Ley de Educación Superior
Conocimientos sobre Leyes y Reglamentos de la UES
Conocimientos sobre Legislación del Ministerio de Salud
Conocimientos sobre Metodología de la Investigación
Conocimientos sobre Administración de Personal
Conocimientos sobre Sistema Bibliotecario

5. HABILIDADES Y DESTREZAS

Habilidad para la toma de decisiones
Habilidad para redactar documentos técnicos
Habilidad para trabajar en equipo
Habilidad de análisis y síntesis
Habilidad de liderazgo
Habilidad para coordinar grupos de trabajo
Habilidad para preparar y desarrollar capacitaciones.
Propositivo
Destreza en manejo de equipo de oficina

6. CONDICIONES PERSONALES

Edad mayor de 30 años

Genero Masculino o Femenino
Ubicación Geográfica: Area Metropolitana

7. OTROS REQUISITOS Y OBSERVACIONES

Buena Relaciones Interpersonales y Laborales
Facilidad de expresión

FORMULARIO PARA DESCRIPCION DE PUESTOS
Y CLASES OCUPACIONALES (LADP3)

I- DATOS DE IDENTIFICACION

TITULO DEL PUESTO:	DIRECTOR DE CLINICAS

II- DESCRIPCION GENERICA DE TAREAS

Planificar, coordinar y supervisar todas las actividades clínicas, tanto académicas como administrativas de acuerdo a las necesidades y demandas de la Facultad.

III- DESCRIPCION DE TAREAS

1.	Elaborar el plan de trabajo de su unidad.
2.	Proponer políticas y estrategias clínicas que integren las funciones básicas: Docencia, Investigación y Proyección Social.
3.	Planificar las actividades Clínicas Intra y Extramurales.
4.	Elaborar políticas y estrategias para las programaciones clínicas.
5.	Supervisar Clínicas Intra y Extramurales.
6.	Proponer políticas y estrategias para la captación de pacientes.
7.	Elaborar proyectos para la renovación constante en lo académico y tecnológico en las áreas clínicas.
8.	Proponer políticas y estrategias que permitan lograr la excelencia académica en la formación del estudiante y atención al paciente.
9.	Actualizar el arancel de tratamientos odontológicos.
10.	Proponer políticas de control de ingresos por tratamientos odontológicos y por desperdicios de materiales dentales.
11.	Preparar Memoria de Labores de Clínicas
12.	Supervisar limpieza en instalaciones de Clínicas
13.	Supervisar los pagos/cobros puntuales de los reportes de estudiantes a colecturía
14.	Planificar el plan de compras de la Facultad
15.	Participar activamente de la Comisión UACI para la calidad de material dental
16.	Realizar el cálculo de los indicadores de Calidad, Inconformidades y EAP
17.	Elaborar el cálculo de indicadores de calidad, E.D.D. , licitaciones , I.C.S. A.S.S. Pedidos aceptados, E.P., calificación y solvencias concernientes a la clínica según su periodicidad.

IV- PERFIL DE CONTRATACION

1. EDUCACION FORMAL NECESARIA

Doctorado en Cirugía Dental de preferencia con Maestría en Enseñanza Superior

2. EDUCACION NO FORMAL NECESARIA

Curso de Idioma Inglés

Curso de Calidad Total
Curso de Computación
Curso de Planificación Curricular
Curso de Planificación Estratégica
Curso de Formulación y Evaluación de Proyectos
Curso de Evaluación Curricular
Curso de Didáctica y Pedagogía
Seminario de Ley de Educación Superior
Curso sobre Leyes y Reglamentos de la UES
Seminario sobre Leyes y Reglamentos del Ministerio de Salud
Curso sobre Metodología de la Investigación
Curso sobre Administración de Personal

3. EXPERIENCIA LABORAL PREVIA

Haber ocupado cargos similares de dirección en empresas educativas de enseñanza superior públicas o privadas.
Tres años de experiencia
Docencia Universitaria con un período mínimo de cinco años.

4. CONOCIMIENTOS NECESARIOS

Conocimientos de Idioma Inglés
Conocimientos de Calidad Total
Conocimientos de Computación
Conocimientos de Planificación Curricular
Conocimientos de Planificación Estratégica
Conocimientos de Formulación y Evaluación de Proyectos
Conocimientos de Evaluación Curricular
Conocimientos de Didáctica y Pedagogía
Conocimientos de Ley de Educación Superior
Conocimientos sobre Leyes y Reglamentos de la UES.
Conocimientos sobre Leyes y Reglamentos del Ministerio de Salud
Conocimientos sobre Metodología de la Investigación
Conocimientos sobre Sistema Bibliotecario
Conocimientos sobre Administración de Personal

5. HABILIDADES Y DESTREZAS

Habilidad para la toma de decisiones
Habilidad para redactar documentos técnicos
Habilidad para trabajar en equipo
Habilidad de análisis y síntesis
Habilidad de liderazgo
Habilidad para coordinar grupos de trabajo
Habilidad para preparar y desarrollar capacitaciones.
Propositivo
Destreza en manejo de equipo de oficina

6. CONDICIONES PERSONALES

Edad: mayor de 30 años
Genero: Masculino o Femenino
Ubicación Geográfica: Area Metropolitana

7. OTROS REQUISITOS Y OBSERVACIONES

Buena Relaciones Interpersonales y Laborales
Facilidad de expresión

FORMULARIO PARA DESCRIPCION DE PUESTOS
Y CLASES OCUPACIONALES (LADP3)

I- DATOS DE IDENTIFICACION

TITULO DEL PUESTO: **JEFE DEL AREA CLINICA INTRAMURAL**

II- DESCRIPCION GENERICA DE TAREAS

Planificar, coordinar y supervisar todas las actividades clínicas contempladas en las programaciones del plan curricular y ejecutar las políticas y normas emanadas de la Dirección de Clínicas.

III- DESCRIPCION DE TAREAS

1.	Elaborar el plan de trabajo de su área.
2.	Coordinar con los responsables de cursos la operativización de las actividades clínicas contempladas en cada programa.
3.	Ejecutar las políticas y Estrategias que permitan lograr la excelencia académica en la formación del estudiante y la atención del paciente.
4.	Coordinar con los responsables de área, las actividades clínicas que realizará cada curso programado.
5.	Controlar el gasto de materiales dentales en cada ciclo.
6.	Definir los procedimientos para establecer las citas de los pacientes, de acuerdo a las programaciones por turno.
7.	Determinar las necesidades de los materiales en los arsenales, de acuerdo al número de estudiantes programados en clínicas.
8.	Preparar Memoria de Labores.

IV- PERFIL DE CONTRATACION

1. EDUCACION FORMAL NECESARIA

Doctorado en Cirugía Dental de preferencia con Maestría en Enseñanza Superior

2. EDUCACION NO FORMAL NECESARIA

Curso de Idioma Inglés
Curso de Calidad Total
Curso de Computación
Curso de Planificación Curricular
Curso de Planificación Estratégica
Curso de Formulación y Evaluación de Proyectos
Curso de Evaluación Curricular
Curso de Didáctica y Pedagogía
Seminario de Ley de Educación Superior

Curso sobre Leyes y Reglamentos de la UES
Seminario sobre Leyes y Reglamentos del Ministerio de Salud
Curso sobre Metodología de la Investigación
Curso sobre Administración de Personal

3. EXPERIENCIA LABORAL PREVIA

Haber ocupado cargos similares de Jefatura en empresas educativa de enseñanza superior públicas o privadas.
Tres años de experiencia
Docencia Universitaria con un período mínimo de cinco años.

4. CONOCIMIENTOS NECESARIOS

Conocimientos de Idioma Inglés
Conocimientos de Calidad Total
Conocimientos de Computación
Conocimientos de Planificación Curricular
Conocimientos de Planificación Estratégica
Conocimientos de Formulación y Evaluación de Proyectos
Conocimientos de Evaluación Curricular
Conocimientos de Didáctica y Pedagogía
Conocimientos de Ley de Educación Superior
Conocimientos sobre Leyes y Reglamentos de la UES
Conocimientos sobre Leyes y Reglamentos del Ministerio de Salud
Conocimientos sobre Metodología de la Investigación
Conocimientos sobre Administración de Personal

5. HABILIDADES Y DESTREZAS

Habilidad para la toma de decisiones
Habilidad para redactar documentos técnicos
Habilidad para trabajar en equipo
Habilidad de análisis y síntesis
Habilidad de liderazgo
Habilidad para coordinar grupos de trabajo
Habilidad para preparar y desarrollar capacitaciones.
Propositivo
Destreza en manejo de equipo de oficina

6. CONDICIONES PERSONALES

Edad: mayor de 30 años
Genero: Masculino o Femenino
Ubicación Geográfica: Área Metropolitana

7. OTROS REQUISITOS Y OBSERVACIONES

Buena Relaciones Interpersonales y Laborales Facilidad de expresión

FORMULARIO PARA DESCRIPCION DE PUESTOS
Y CLASES OCUPACIONALES (LADP3)

I- DATOS DE IDENTIFICACION

TITULO DEL PUESTO:	JEFE DE AREA EXTRAMURAL

II- DESCRIPCION GENERICA DE TAREAS

Planificar, coordinar y supervisar el desarrollo de todas las actividades contempladas en los subprogramas de Prevención y Promoción de la Salud Bucal; Atención Estomatológica e Investigación, para que se desarrollen las actividades curriculares y se cumplan los objetivos del Area Extramural y ejecutar las políticas y normas emanadas de la Dirección de Clínicas.

III- DESCRIPCION DE TAREAS

1.	Elaborar el plan de trabajo de su área.
2.	Diseñar mecanismos de coordinación para integración de las funciones básicas de Docencia, Investigación y Proyección Social.
3.	Coordinar el desarrollo de los Subprogramas de Prevención y Promoción de la Salud Bucal, Atención Estomatológica e Investigación, para que se desarrollen las actividades y se cumplan los objetivos.
4.	Distribuir a los estudiantes en las diferentes clínicas extramurales, Unidades de Salud, Escuelas y Comunidades.
5.	Controlar las actividades del área extramural (Unidades de Salud, Comunidades y Escuelas),
6.	Coordinar el trabajo extramural
7.	Controlar la cantidad de equipo proporcionado por la Facultad a las Unidades de Salud y Clínicas Extramurales.
8.	Coordinar las necesidades de capacitación del personal docente que se seleccionen para el programa extramural.
9.	Coordinar la supervisión de los estudiantes en Servicio Social.
10.	Preparar Memoria de Labores.

IV- PERFIL DE CONTRATACION

1. EDUCACION FORMAL NECESARIA

Doctorado en Cirugía Dental de preferencia con Maestría en Enseñanza Superior.

2. EDUCACION NO FORMAL NECESARIA

Curso de Idioma Inglés
Curso de Calidad Total
Curso de Computación
Curso de Planificación Curricular
Curso de Planificación Estratégica
Curso de Formulación y Evaluación de Proyectos
Curso de Evaluación Curricular
Curso de Didáctica y Pedagogía
Seminario de Ley de Educación Superior
Curso sobre Leyes y Reglamentos de la UES
Seminario sobre Leyes y Reglamentos del Ministerio de Salud
Curso sobre Metodología de la Investigación
Curso sobre Administración de Personal

3. EXPERIENCIA LABORAL PREVIA

Haber ocupado cargos similares de Jefatura en empresas educativa de enseñanza superior públicas o privadas.
Tres años de experiencia
Docencia Universitaria con un período mínimo de cinco años.

4. CONOCIMIENTOS NECESARIOS

Conocimientos de Idioma Inglés
Conocimientos de Calidad Total
Conocimientos de Computación
Conocimientos de Planificación Curricular
Conocimientos de Planificación Estratégica
Conocimientos de Formulación y Evaluación de Proyectos
Conocimientos de Evaluación Curricular
Conocimientos de Didáctica y Pedagogía
Conocimientos de Ley de Educación Superior
Conocimientos sobre Leyes y Reglamentos de la UES
Conocimientos sobre Leyes y Reglamentos del Ministerio de Salud
Conocimientos sobre Metodología de la Investigación
Conocimientos sobre Administración de Personal

5. HABILIDADES Y DESTREZAS

Habilidad para la toma de decisiones
Habilidad para redactar documentos técnicos
Habilidad para trabajar en equipo
Habilidad de análisis y síntesis
Habilidad de liderazgo
Habilidad para coordinar grupos de trabajo
Habilidad para preparar y desarrollar capacitaciones.
Propositivo
Destreza en manejo de equipo de oficina

6. CONDICIONES PERSONALES

Edad: mayor de 30 años
Genero: Masculino o Femenino
Ubicación Geográfica: Area Metropolitana

7. OTROS REQUISITOS Y OBSERVACIONES

Buena Relaciones Interpersonales y Laborales
Facilidad de expresión

FORMULARIO PARA DESCRIPCION DE PUESTOS
Y CLASES OCUPACIONALES (LADP3)

I- DATOS DE IDENTIFICACION

TITULO DEL PUESTO:	JEFE DEL AREA DE INVESTIGACION

II- DESCRIPCION GENERICA DE TAREAS

Planificar, coordinar y supervisar el trabajo de la Unidad de Investigación en función del proyecto educativo de la facultad. y ejecutar las políticas y normas emanadas de la Dirección de la Dirección de Educación Odontológica.

III- DESCRIPCION DE TAREAS

1.	Elaborar el plan de trabajo de su área.
2.	Diseñar mecanismos de coordinación para integración de las funciones básicas de Docencia, Investigación y Proyección Social.
3.	Formular lineamientos para el trabajo de la Unidad de Investigación en función del proyecto institucional..
4.	Coordinar las actividades de Investigación en los diferentes cursos.
5.	Planificar los programas de Investigación Científica.
6.	Evaluar la aplicación de los resultados obtenidos de las investigaciones en las diferentes actividades académicas.
7.	Formular lineamientos para presentación de trabajos de grado.
8.	Preparar Memoria de Labores.

IV- PERFIL DE CONTRATACION

1. EDUCACION FORMAL NECESARIA

Doctorado en Cirugía Dental de preferencia con Maestría en Enseñanza Superior o Licenciatura en Ciencias de la Educación de preferencia con Maestría en Métodos y Técnicas de Investigación Social.

2. EDUCACION NO FORMAL NECESARIA

Curso de Idioma Inglés Curso de Calidad Total Curso de Computación Curso de Planificación Curricular Curso de Planificación Estratégica Curso de Formulación y Evaluación de Proyectos

Curso de Evaluación Curricular
Curso de Didáctica y Pedagogía
Seminario de Ley de Educación Superior
Curso sobre Leyes y Reglamentos de la UES
Seminario sobre Leyes y Reglamentos del Ministerio de Salud
Curso sobre Metodología de la Investigación
Curso sobre Administración de Personal

3. EXPERIENCIA LABORAL PREVIA

Haberse desempeñado en cargos similares de Jefatura en empresas educativas de enseñanza superior públicas o privadas.
Tres años de experiencia
Docencia Universitaria con un período mínimo de cinco años.

4. CONOCIMIENTOS NECESARIOS

Conocimientos de Idioma Inglés
Conocimientos de Calidad Total
Conocimientos de Computación
Conocimientos de Planificación Curricular
Conocimientos de Planificación Estratégica
Conocimientos de Formulación y Evaluación de Proyectos
Conocimientos de Evaluación Curricular
Conocimientos de Didáctica y Pedagogía
Conocimientos de Ley de Educación Superior
Conocimientos sobre Leyes y Reglamentos de la UES
Conocimientos sobre Leyes y Reglamentos del Ministerio de Salud
Conocimientos sobre Metodología de la Investigación
Conocimientos sobre Administración de Personal

5. HABILIDADES Y DESTREZAS

Habilidad para la toma de decisiones
Habilidad para redactar documentos técnicos
Habilidad para trabajar en equipo
Habilidad de análisis y síntesis
Habilidad de liderazgo
Habilidad para coordinar grupos de trabajo
Habilidad para preparar y desarrollar capacitaciones.
Propositivo
Destreza en manejo de equipo de oficina

6. CONDICIONES PERSONALES

Edad: mayor de 30 años
Genero: Masculino o Femenino
Ubicación Geográfica: Area Metropolitana

7. OTROS REQUISITOS Y OBSERVACIONES

Buena Relaciones Interpersonales y Laborales
Facilidad de expresión

FORMULARIO PARA DESCRIPCION DE PUESTOS
Y CLASES OCUPACIONALES (LADP3)

I- DATOS DE IDENTIFICACION

TITULO DEL PUESTO: **JEFE DE DOCENCIA**

II- DESCRIPCION GENERICA DE TAREAS

Planificar, coordinar y supervisar las labores docentes en función del proyecto educativo de la facultad. y ejecutar las políticas y normas emanadas de la Dirección de la Dirección de Educación Odontológica.

III- DESCRIPCION DE TAREAS

1.	Elaborar el plan de trabajo de su área.
2.	Diseñar mecanismos de coordinación para integración de las funciones básicas de Docencia, Investigación y Proyección Social.
3.	Planificar las actividades académicas de los docentes.
4.	Controlar las actividades académicas de los docentes.
5.	Revisar los programas de estudio de los diferentes niveles.
6.	Coordinar los cursos de capacitación docente.
7.	Preparar Memoria de Labores.
8.	Realizar el cálculo de indicador de Efectividad de la educación EAP

IV- PERFIL DE CONTRATACION1. EDUCACION FORMAL NECESARIA

Doctorado en Cirugía Dental de preferencia con Maestría en Enseñanza Superior.

2. EDUCACION NO FORMAL NECESARIA

Curso de Idioma Inglés
Curso de Calidad Total
Curso de Computación
Curso de Planificación Curricular
Curso de Planificación Estratégica
Curso de Formulación y Evaluación de Proyectos
Curso de Evaluación Curricular
Curso de Didáctica y Pedagogía
Seminario de Ley de Educación Superior
Curso sobre Leyes y Reglamentos de la UES
Seminario sobre Leyes y Reglamentos del Ministerio de Salud
Curso sobre Metodología de la Investigación

Curso sobre Administración de Personal

3. EXPERIENCIA LABORAL PREVIA

Haberse desempeñado en cargos similares de Jefatura en empresas educativas de enseñanza superior públicas o privadas.

Tres años de experiencia

Docencia Universitaria con un período mínimo de cinco años.

4. CONOCIMIENTOS NECESARIOS

Conocimientos de Idioma Inglés

Conocimientos de Calidad Total

Conocimientos de Computación

Conocimientos de Planificación Curricular

Conocimientos de Planificación Estratégica

Conocimientos de Formulación y Evaluación de Proyectos

Conocimientos de Evaluación Curricular

Conocimientos de Didáctica y Pedagogía

Conocimientos de Ley de Educación Superior

Conocimientos sobre Leyes y Reglamentos Universitaria

Conocimientos sobre Leyes y Reglamentos del Ministerio de Salud

Conocimientos sobre Metodología de la Investigación

Conocimientos sobre Administración de Personal

5. HABILIDADES Y DESTREZAS

Habilidad para la toma de decisiones

Habilidad para redactar documentos técnicos

Habilidad para trabajar en equipo

Habilidad de análisis y síntesis

Habilidad de liderazgo

Habilidad para coordinar grupos de trabajo

Habilidad para preparar y desarrollar capacitaciones.

Propositivo

Destreza en manejo de equipo de oficina

6. CONDICIONES PERSONALES

Edad: mayor de 30 años

Genero: Masculino o Femenino

Ubicación Geográfica: Área Metropolitana

7. OTROS REQUISITOS Y OBSERVACIONES

Buena Relaciones Interpersonales y Laborales

Facilidad de expresión

FORMULARIO PARA DESCRIPCION DE PUESTOS
Y CLASES OCUPACIONALES (LADP3)

I- DATOS DE IDENTIFICACION

TITULO DEL PUESTO: **TECNICO EN UNIDADES DENTALES**

II- DESCRIPCION GENERICA DE TAREAS

Proporcionar mantenimiento preventivo y correctivo al equipo odontológico que se tiene en las clínicas Intramurales y Extramurales de esta Unidad Académica; Además en las Unidades de Salud que están comprendidas en el Convenio que existe entre la Facultad y el Ministerio de Salud.

III- DESCRIPCION DE TAREAS

1.	Mantener en condiciones optimas el equipo dental de preclínicas.
2.	Mantener en condiciones optimas las unidades dentales y equipo.
3.	Instalar equipo odontológico.
4.	Proporcionar mantenimiento preventivo a la planta eléctrica y compresores.
5.	Proporcionar mantenimiento correctivo a micromotores y piezas de manos de los estudiantes durante su turno clínico.
6.	Trasmitir las indicaciones a los estudiantes para el uso correcto del equipo dental.

IV- PERFIL DE CONTRATACION

1. EDUCACION FORMAL NECESARIA

Bachiller en Electrónica
Bachiller en Electricidad
Técnico en Electricidad
Técnico en Electrónica

2. EDUCACION NO FORMAL NECESARIA

Curso sobre manejo e instalación de equipo dental
Curso sobre sistema hidráulico y neumático
Curso sobre instalaciones eléctricas.
Curso de Atención y Servicio al Cliente.
Curso de Trabajo en Equipo
Curso de Relaciones Humanas y Motivación
Curso sobre aire acondicionado y refrigeración
Curso sobre fontanería

3. EXPERIENCIA LABORAL PREVIA

Haberse desempeñado en cargos similares en empresas públicas o privadas .

Experiencia de dos años.

4. CONOCIMIENTOS NECESARIOS

Conocimientos sobre manejo e instalación de equipo dental
Conocimientos sobre sistema hidráulico y neumático
Conocimientos sobre instalaciones eléctricas.
Conocimientos de Atención y Servicio al Cliente.
Conocimientos de Trabajo en Equipo
Conocimientos de Relaciones Humanas y Motivación
Conocimientos sobre aire acondicionado y refrigeración
Conocimientos sobre fontanería

5. HABILIDADES Y DESTREZAS

Habilidad para trabajar en equipo.
Habilidad para interpretar y transmitir las indicaciones para el manejo del equipo odontológico.
Habilidad para redactar informes
Habilidad para tratar con el público
Destreza en el manejo del equipo dental

6. CONDICIONES PERSONALES

Edad: Mayor de 20 años
Genero: Masculino
Ubicación Geográfica: Area Metropolitana

7. OTROS REQUISITOS Y OBSERVACIONES

Buenas Relaciones Interpersonales y Laborales
Responsabilidad.
Iniciativa
Ordenado en la ejecución de su trabajo.

FORMULARIO PARA DESCRIPCION DE PUESTOS
Y CLASES OCUPACIONALES (LADP3)

I- DATOS DE IDENTIFICACION

TITULO DEL PUESTO: **TECNICO EN LABORATORIO DENTAL**

II- DESCRIPCION GENERICA DE TAREAS

Elaborar todo tipo de aparatología preventiva y de rehabilitación oral del paciente para su tratamiento en las diferentes áreas clínicas.

III- DESCRIPCION DE TAREAS

1.	Elaborar Prótesis Totales, Prótesis Parcial Fija y Removible, Coronas Mixtas, de porcelana o completas, forma dentinas.
2.	Elaborar aparatos mantenedores de espacio para el área de Infantil.
3.	Elaborar férulas oclusales
4.	Reparar prótesis presentadas en casos de emergencia.
5.	Elaborar prótesis provisionales
6.	Llevar control de ficha de trabajos realizados
7.	Preparar informes mensuales de gasto de materiales.
8.	Preparar requisiciones de materiales necesarios para el laboratorio.

IV- PERFIL DE CONTRATACION

1. EDUCACION FORMAL NECESARIA

Técnico en Laboratorio Dental

2. EDUCACION NO FORMAL NECESARIA

Curso sobre técnicas dentales
Curso sobre materiales dentales para el laboratorio.
Curso sobre Anatomía Dental
Curso de Atención y Servicio al Cliente.
Curso de Trabajo en Equipo
Curso de Relaciones Humanas y Motivación

3. EXPERIENCIA LABORAL PREVIA

Haberse desempeñado en cargos similares en empresas públicas o privadas .
Experiencia de un año.

4. CONOCIMIENTOS NECESARIOS

Conocimientos sobre técnicas dentales
Conocimientos sobre materiales dentales para el laboratorio.
Conocimientos sobre Anatomía Dental
Conocimientos de Atención y Servicio al Cliente.
Conocimientos de Trabajo en Equipo
Conocimientos de Relaciones Humanas y Motivación

5. HABILIDADES Y DESTREZAS

Habilidad para trabajar en equipo.
Habilidad para redactar informes
Habilidad para tratar con el público
Destreza en el manejo de instrumental y equipo dental.

6. CONDICIONES PERSONALES

Edad: Mayor de 18 años
Genero: Masculino o Femenino
Ubicación Geográfica: Area Metropolitana

7. OTROS REQUISITOS Y OBSERVACIONES

Buenas Relaciones Interpersonales y Laborales
Responsabilidad.
Iniciativa
Ordenado en la ejecución de su trabajo.

FORMULARIO PARA DESCRIPCION DE PUESTOS
Y CLASES OCUPACIONALES (LADP3)

I- DATOS DE IDENTIFICACION

TITULO DEL PUESTO: **TECNICO EN RAYOS "X"**

II- DESCRIPCION GENERICA DE TAREAS

Tomar y revelar radiografías a los pacientes, controlar el uso adecuado del equipo de rayos "X" por los estudiantes y dar el mantenimiento preventivo.

III- DESCRIPCION DE TAREAS

1.	Tomar y revelar radiografías de diferentes usos en los tratamientos odontológicos.
2.	Cambiar semanalmente las soluciones químicas reveladoras.
3.	Entregar películas radiográficas a los estudiantes y asesorarlos en las tomas radiográficas.
4.	Llevar el libro de control de entrega de películas radiográficas a los estudiantes.
5.	Preparar requisiciones de materiales necesarios para el área de radiología.
6.	Preparar informe semanal de las radiografías utilizadas por cada área clínica.
7.	Controlar el uso adecuado del equipo de Rayos "X" por los estudiantes.
8.	Dar mantenimiento al equipo de Rayos "X".

IV- PERFIL DE CONTRATACION

1. EDUCACION FORMAL NECESARIA

Técnico en Rayos "X"
Bachillerato opción Salud
Enfermera

2. EDUCACION NO FORMAL NECESARIA

Curso sobre técnicas radiográficas.
Curso de Atención y Servicio al Cliente.
Curso de Trabajo en Equipo
Curso de Relaciones Humanas y Motivación
Curso sobre higiene y seguridad industrial

3. EXPERIENCIA LABORAL PREVIA

Haberse desempeñado en cargos similares en empresas públicas o privadas .
Experiencia de un año.

4. CONOCIMIENTOS NECESARIOS

Conocimientos sobre técnicas radiográficas
Conocimientos de Atención y Servicio al Cliente.
Conocimientos de Trabajo en Equipo
Conocimientos de Relaciones Humanas y Motivación
Conocimientos sobre higiene y seguridad industrial

5. HABILIDADES Y DESTREZAS

Habilidad para trabajar en equipo.
Habilidad para redactar informes
Habilidad para tratar con el público
Destreza en el manejo de equipo de rayos “x”.

6. CONDICIONES PERSONALES

Edad: Mayor de 20 años
Genero: Masculino o Femenino
Ubicación Geográfica: Area Metropolitana

7. OTROS REQUISITOS Y OBSERVACIONES

Buenas Relaciones Interpersonales y Laborales
Responsabilidad.
Iniciativa
Ordenado en la ejecución de su trabajo.

FORMULARIO PARA DESCRIPCION DE PUESTOS
Y CLASES OCUPACIONALES (LADP3)

I- DATOS DE IDENTIFICACION

TITULO DEL PUESTO: **ENCARGADO DE IMPRESIONES**

II- DESCRIPCION GENERICA DE TAREAS

Coordinar la reproducción del material para uso del personal administrativo y docente.

III- DESCRIPCION DE TAREAS

1.	Coordinar las actividades de reproducción.
2.	Controlar el gasto de papelería utilizada en la reproducción de los diferentes formatos.
3.	Dar mantenimiento preventivo al equipo de la sección.
4.	Preparar informe semanal de trabajos realizados.
5.	Preparar requisiciones de materiales necesarios para el área de impresiones.

IV- PERFIL DE CONTRATACION

1. EDUCACION FORMAL NECESARIA

Bachillerato en cualquier especialidad.

2. EDUCACION NO FORMAL NECESARIA

Curso de Atención y Servicio al Cliente.
Curso de Trabajo en Equipo
Curso de Relaciones Humanas y Motivación

3. EXPERIENCIA LABORAL PREVIA

Dos años en el manejo de equipo de reproducción.

4. CONOCIMIENTOS NECESARIOS

Conocimiento en el manejo de equipo de reproducción.

5. HABILIDADES Y DESTREZAS

Habilidad para redactar informes
Habilidad para tratar con el público
Destreza en el manejo de equipo de reproducción

Destreza para compaginar documentos extensos.
Destreza en el manejo de papelería.

6. CONDICIONES PERSONALES

Edad: Mayor de 20 años
Genero: Masculino
Ubicación Geográfica: Area Metropolitana

7. OTROS REQUISITOS Y OBSERVACIONES

Buenas Relaciones Interpersonales y Laborales
Responsabilidad.
Iniciativa
Ordenado en la ejecución de su trabajo.

FORMULARIO PARA DESCRIPCION DE PUESTOS
Y CLASES OCUPACIONALES (LADP3)

I- DATOS DE IDENTIFICACION

TITULO DEL PUESTO: **ENCARGADO DE INGRESOS Y EGRESOS
FINANCIEROS DEL AREA DE CLINICAS DE
LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

II- DESCRIPCION GENERICA DE TAREAS

Registrar y controlar saldos por tratamiento y servicios odontológicos brindados por la facultad.

III- DESCRIPCION DE TAREAS

1.	Registrar los tratamientos y saldos realizados en las diferentes áreas clínicas.
2.	Controlar los ingresos de los pacientes por tratamientos y servicios odontológicos.
3.	Consolidar por área clínica paciente y estudiante los tratamientos y servicios odontológicos prestados a los usuarios.
4.	Verificar con expediente la cancelación de los tratamientos odontológicos.

IV- PERFIL DE CONTRATACION

1. EDUCACION FORMAL NECESARIA

Licenciatura en Administración de Empresas
Licenciatura en Economía
Licenciatura en Contaduría

2. EDUCACION NO FORMAL NECESARIA

Curso de Computación
Curso sobre control de mora
Curso de Análisis de Crédito
Curso de Creatividad e Innovación
Curso de Estrategias de Mercadeo
Curso de Atención y Servicio al Cliente.
Curso de Trabajo en Equipo
Curso de Relaciones Humanas y Motivación

3. EXPERIENCIA LABORAL PREVIA

Haberse desempeñado en cargos similares en instituciones privadas o públicas.
Experiencia de tres años.

4. CONOCIMIENTOS NECESARIOS

Conocimiento de Computación
Conocimiento sobre control de mora
Conocimiento de Análisis de Crédito
Conocimiento de Creatividad e Innovación
Conocimiento de Estrategias de Mercadeo
Conocimiento de Atención y Servicio al Cliente.
Conocimiento de Trabajo en Equipo
Conocimiento de Relaciones Humanas y Motivación

5. HABILIDADES Y DESTREZAS

Habilidad para redactar informes técnicos.
Habilidad para tratar con el público
Habilidad para trabajar en equipo
Habilidad de Análisis y Síntesis
Destreza en el manejo de equipo de computación.
Destreza en el manejo de contometro.

6. CONDICIONES PERSONALES

Edad: Mayor de 25 años
Genero: Masculino o Femenino
Ubicación Geográfica: Area Metropolitana

7. OTROS REQUISITOS Y OBSERVACIONES

Buenas Relaciones Interpersonales y Laborales
Responsabilidad.
Iniciativa
Dinámico
Ordenado en la ejecución de su trabajo.

FORMULARIO PARA DESCRIPCION DE PUESTOS
Y CLASES OCUPACIONALES (LADP3)

I- DATOS DE IDENTIFICACION

TITULO DEL PUESTO: **ENCARGADO DE ESTERILIZACION**

II- DESCRIPCION GENERICA DE TAREAS

Esterilizar instrumental, ropa y accesorios odontológico, limpieza y control del equipo de esterilización.

III- DESCRIPCION DE TAREAS

1.	Esterilizar paquetes de instrumental, ropa y accesorios clínicos de acuerdo a los turnos clínicos programados.
2.	Entregar instrumental estéril a estudiantes y a los arsenales de cada área clínica.
3.	Recibir instrumental lavado de estudiantes y arsenales y preparado para su esterilización.
4.	Registrar en libros las entradas y salidas de paquetes de instrumental, ropa y accesorias esterilizadas.
5.	Dar mantenimiento preventivo al autoclave
6.	Preparar requisiciones de materiales necesarios para el área de esterilización.

IV- PERFIL DE CONTRATACION

1. EDUCACION FORMAL NECESARIA

Bachiller en salud
Enfermera
Asistencia Dental

2. EDUCACION NO FORMAL NECESARIA

Curso de Desinfección y Esterilización
Curso de Atención y Servicio al Cliente.
Curso de Trabajo en Equipo
Curso de Relaciones Humanas y Motivación

3. EXPERIENCIA LABORAL PREVIA

Haberse desempeñado en cargos similares en instituciones hospitalarias, Universidades en facultades del área de la salud, privadas o públicas.
Experiencia de un año.

4. CONOCIMIENTOS NECESARIOS

Conocimiento de Desinfección y Esterilización
Conocimiento en el manejo del autoclave.
Conocimiento de Atención y Servicio al Cliente.
Conocimiento de Trabajo en Equipo.
Conocimiento de Relaciones Humanas y Motivación

5. HABILIDADES Y DESTREZAS

Habilidad para tratar con el público
Habilidad para trabajar en equipo
Destreza en el manejo de equipo de odontológico.

6. CONDICIONES PERSONALES

Edad: Mayor de 18 años
Genero: Masculino o Femenino
Ubicación Geográfica: Area Metropolitana

7. OTROS REQUISITOS Y OBSERVACIONES

Buenas Relaciones Interpersonales y Laborales
Responsabilidad.
Iniciativa
Dinámico
Ordenado en la ejecución de su trabajo.

FORMULARIO PARA DESCRIPCION DE PUESTOS
Y CLASES OCUPACIONALES (LADP3)

I- DATOS DE IDENTIFICACION

TITULO DEL PUESTO: **ARSENALISTA**

II- DESCRIPCION GENERICA DE TAREAS

Proporcionar equipo instrumental y material odontológico a los estudiantes para su practica clínica o preclínica y transmitir las indicaciones correctas para su uso y manipulación.

III- DESCRIPCION DE TAREAS

1.	Entregar material a los estudiantes.
2.	Prestar instrumental y equipo dental a docentes y estudiantes programados en turno clínico o preclínico.
3.	Controlar el inventario de los materiales, instrumental y equipo bajo su responsabilidad.
4.	Verificar que los estudiantes y docentes no tengan instrumental y equipo pendiente de entrega.

IV- PERFIL DE CONTRATACION

1. EDUCACION FORMAL NECESARIA

Asistencia Dental
Bachiller en salud
Enfermera

2. EDUCACION NO FORMAL NECESARIA

Curso de materiales e instrumental dental.
Curso de Desinfección y Esterilización
Curso de Atención y Servicio al Cliente.
Curso de Trabajo en Equipo
Curso de Relaciones Humanas y Motivación

3. EXPERIENCIA LABORAL PREVIA

Haberse desempeñado en cargos similares en instituciones hospitalarias, Universidades en facultades del área de la salud, privadas o públicas.
Experiencia de un año.

4. CONOCIMIENTOS NECESARIOS

Conocimiento de Desinfección y Esterilización
Conocimiento sobre materiales e instrumental dental.
Conocimiento de Atención y Servicio al Cliente.
Conocimiento de Trabajo en Equipo.
Conocimiento de Relaciones Humanas y Motivación

5. HABILIDADES Y DESTREZAS

Habilidad para elaborar informes.
Habilidad para tratar con el público
Habilidad para trabajar en equipo
Destreza para manipular los materiales dentales.

6. CONDICIONES PERSONALES

Edad: Mayor de 18 años
Genero: Masculino o Femenino
Ubicación Geográfica: Area Metropolitana

7. OTROS REQUISITOS Y OBSERVACIONES

Buenas Relaciones Interpersonales y Laborales
Responsabilidad.
Iniciativa
Dinámico
Ordenado en la ejecución de su trabajo.

FORMULARIO PARA DESCRIPCION DE PUESTOS
Y CLASES OCUPACIONALES (LADP3)

I- DATOS DE IDENTIFICACION

TITULO DEL PUESTO:	JEFE DEL AREA CLINICA DE SANTA ANA	

II- DESCRIPCION GENERICA DE TAREAS

Planificar, coordinar y supervisar todas las actividades clínicas contempladas en las programaciones del plan curricular y ejecutar las políticas y normas emanadas de la Dirección de Clínicas.

III- DESCRIPCION DE TAREAS

1.	Elaborar el plan de trabajo de su área.
2.	Coordinar con los responsables de cursos la operativización de las actividades clínicas contempladas en cada programa.
3.	Ejecutar las políticas y Estrategias que permitan lograr la excelencia académica en la formación del estudiante y la atención del paciente.
4.	Coordinar con los responsables de área, las actividades clínicas que realizará cada curso programado.
5.	Controlar el gasto de materiales dentales en cada ciclo.
6.	Definir los procedimientos para establecer las citas de los pacientes, de acuerdo a las programaciones por turno.
7.	Determinar las necesidad de los materiales en los arsenales, de acuerdo al número de estudiantes programados en clínicas.
8.	Preparar Memoria de Labores.
9.	Supervisar la practica clínica odontológica de los estudiantes.
10.	Promover los servicios odontológicos que ofrece la clínica.

IV- PERFIL DE CONTRATACION

1. EDUCACION FORMAL NECESARIA

Doctorado en Cirugía Dental de preferencia con Maestría en Enseñanza Superior

2. EDUCACION NO FORMAL NECESARIA

Curso de Idioma Inglés Curso de Calidad Total Curso de Computación Curso de Planeamiento Educativo Curso de Planificación Estratégica Curso de Formulación y Evaluación de Proyectos Seminario de Ley de Educación Superior Curso sobre Leyes y Reglamentos de la UES Seminario sobre Leyes y Reglamentos del Ministerio Salud

Curso sobre Metodología de la Investigación
Curso sobre Administración de Personal

3. EXPERIENCIA LABORAL PREVIA

Haber ocupado cargos similares de Jefatura en empresas educativa de enseñanza superior públicas o privadas.
Tres años de experiencia
Docencia Universitaria con un período mínimo de cinco años.

4. CONOCIMIENTOS NECESARIOS

Conocimientos de Idioma Inglés
Conocimientos de Calidad Total
Conocimientos de Computación
Conocimientos de Planeamiento Educativo
Conocimientos de Planificación Estratégica
Conocimientos de Formulación y Evaluación de Proyectos
Conocimientos de Ley de Educación Superior
Conocimientos sobre Leyes y Reglamentos de la UES
Conocimientos sobre Leyes y Reglamentos del Ministerio de Salud
Conocimientos sobre Metodología de la Investigación
Conocimientos sobre Administración de Personal

5. HABILIDADES Y DESTREZAS

Habilidad para la toma de decisiones
Habilidad para redactar documentos técnicos
Habilidad para trabajar en equipo
Habilidad de análisis y síntesis
Habilidad de liderazgo
Habilidad para coordinar grupos de trabajo
Habilidad para preparar y desarrollar capacitaciones.
Propositivo
Destreza en manejo de equipo de oficina

6. CONDICIONES PERSONALES

Edad: mayor de 30 años
Genero: Masculino o Femenino
Ubicación Geográfica: Área Metropolitana

7. OTROS REQUISITOS Y OBSERVACIONES

Buena Relaciones Interpersonales y Laborales
Facilidad de expresión

FORMULARIO PARA DESCRIPCION DE PUESTOS
Y CLASES OCUPACIONALES (LADP3)

I- DATOS DE IDENTIFICACION

TITULO DEL PUESTO: **PROFESOR UNIVERSITARIO III**

II- DESCRIPCION GENERICA DE TAREAS

Planificar, coordinar, actualizar e impartir cursos a su cargo, participar y colaborar en actividades de Docencia, Investigación y Proyección Social.

III- DESCRIPCION DE TAREAS

1.	Planificar sus actividades docentes del ciclo.
2.	Coordinar áreas o secciones de estudio
3.	Actualizar programas de cursos
4.	Impartir clases
5.	Impartir laboratorios
6.	Administrar las evaluaciones de los cursos
7.	Proporcionar consultas a estudiantes.
8.	Proporcionar asesoría clínica
9.	Participar en proceso de trabajos de graduación.
10.	Colaborar con el superior inmediato en actividades de Docencia, Investigación y Proyección Social, cuando se le solicite.
11.	participar en otras actividades administrativas.
12.	Participar en otras actividades de cooperación técnica con otras instituciones.
13.	Realizar investigación en su área de formación.
14.	Inducir al personal docente de reciente ingreso.
15.	Diseñar programas de asignaturas nuevas.

IV- PERFIL DE CONTRATACION

1. EDUCACION FORMAL NECESARIA

Grado académico universitario en el área académica en que se desempeñe

2. EDUCACION NO FORMAL NECESARIA

Cursos de Idioma Inglés
Cursos de Computación
Cursos de Planificación Curricular
Cursos de Evaluación Curricular
Cursos de Formulación y Evaluación de Proyectos
Cursos de Didáctica y Pedagogía

Cursos de Ley de Educación Superior
Cursos sobre Metodología de la Investigación
Cursos sobre ciencia y tecnología

3. EXPERIENCIA LABORAL PREVIA

Haberse desempeñado como Profesor Universitario II por un período de tres años.

4. CONOCIMIENTOS NECESARIOS

Conocimientos de Idioma Inglés
Conocimientos de Computación
Conocimientos de Planificación Curricular
Conocimientos de Evaluación Curricular
Conocimientos de Formulación y Evaluación de Proyectos
Conocimientos de Didáctica y Pedagogía
Conocimientos de Ley de Educación Superior
Conocimientos sobre Metodología de la Investigación
Conocimientos sobre ciencia y tecnología

5. HABILIDADES Y DESTREZAS

6. CONDICIONES PERSONALES

Edad: 30 a 50 años
Genero: Masculino o Femenino
Ubicación Geográfica: Resida en el área en donde prestará sus servicios.

7. OTROS REQUISITOS Y OBSERVACIONES

Haber realizado trabajos de investigación
Haber realizado publicaciones de artículos y ensayos a nivel nacional.
Buenas relaciones interpersonales y laborales

FORMULARIO PARA DESCRIPCION DE PUESTOS
Y CLASES OCUPACIONALES (LADP3)

I- DATOS DE IDENTIFICACION

TITULO DEL PUESTO: **JEFE DE ADMINISTRACION ACADEMICA**

II- DESCRIPCION GENERICA DE TAREAS

Planificar, organizar, dirigir, supervisar y apoyar las diferentes actividades administrativas y académicas de la unidad.

III- DESCRIPCION DE TAREAS

1.	Planificar los servicios administrativos-académicos.
2.	Coordinar los procesos administrativos-académicos.
3.	Controlar el trabajo de los subalternos
4.	Controlar los servicios administrativos-académicos.
5.	Resolver problemas administrativos-académicos que estén dentro de su competencia.
6.	Emitir dictámenes sobre trámites académicos.
7.	Elaborar reportes integrados, informes y propuestas de normas administrativas-académicas.
8.	Distribuir el espacio físico para el desarrollo de las actividades académicas.
9.	Elaborar horarios de las actividades académicas.
10	Elaborar indicadores estadísticos de información académica.

IV- PERFIL DE CONTRATACION

1. EDUCACION FORMAL NECESARIA

Graduado Universitario en:
Ingeniería Industrial
Licenciatura en Administración de Empresas
Ingeniería en Informática

2. EDUCACION NO FORMAL NECESARIA

Curso de Idioma Inglés
Curso de Computación
Curso de Planificación Educativo
Curso de Planificación Curricular
Curso de Formulación y Evaluación de Proyectos
Seminario de Ley de Educación Superior
Curso sobre Leyes y reglamentos Universitario
Curso sobre Reglamento Interno de la Facultad.
Curso sobre Reglamento de Administración Académica.

Seminario sobre Legislación del Ministerio de Salud
Curso sobre Metodología de la Investigación
Cursos de formación docente
Cursos en administración de personal.

3. EXPERIENCIA LABORAL PREVIA

Haber desempeñado cargos de jefaturas durante 3 años como mínimo en empresas públicas o privadas.

4. CONOCIMIENTOS NECESARIOS

Conocimientos de Idioma Inglés
Conocimientos de Computación
Conocimiento de Planificación Educativo
Conocimiento de Planificación Curricular
Conocimiento de Formulación y Evaluación de Proyectos
Conocimiento de Ley de Educación Superior
Conocimiento sobre Leyes y reglamentos Universitario
Conocimiento sobre Reglamento Interno de la Facultad.
Conocimiento sobre Reglamento de Administración Académica.
Conocimiento sobre Legislación del Ministerio de Salud
Conocimientos sobre Metodología de la Investigación
Conocimientos de formación docente
Conocimientos en administración de personal.

5. HABILIDADES Y DESTREZAS

Habilidad para la toma de decisiones
Habilidad para redactar documentos técnicos
Habilidad para trabajar en equipo
Habilidad de análisis y síntesis
Habilidad de liderazgo
Habilidad para coordinar grupos de trabajo
Habilidad para preparar y desarrollar capacitaciones.
Propositivo
Destreza en manejo de equipo de oficina

6. CONDICIONES PERSONALES

Edad: mayor de 30 años
Genero: Masculino o Femenino
Ubicación Geográfica: Área Metropolitana

7. OTROS REQUISITOS Y OBSERVACIONES

Buena Relaciones Interpersonales y Laborales
Facilidad de expresión
creatividad e iniciativa

FORMULARIO PARA DESCRIPCION DE PUESTOS
Y CLASES OCUPACIONALES (LADP3)

I- DATOS DE IDENTIFICACIÓN

TITULO DEL PUESTO: **JEFE DE LA ADMINISTRACIÓN
FINANCIERA**

II- DESCRIPCION GENERICA DE TAREAS

Planificar, organizar, controlar y supervisar actividades del carácter financiero y administrativo de la facultad.

III- DESCRIPCION DE TAREAS

1.	Elaborar el Plan de Trabajo y Memoria de Labores
2.	Ejecutar la programación de ejecución presupuestaria.
3.	Coordinar la ejecución presupuestaria
4.	Dirigir el registro de todas las operaciones financieras con base a leyes, reglamentos y disposiciones gubernamentales e institucionales.
5.	Verificar todas las operaciones contables y administrativas.
6.	Realizar al anteproyecto de presupuesto de la unidad.
7.	Dirigir el proceso de sueldos mensuales del personal de la unidad. Verificar los movimientos en planillas.
8.	Asesorar al Decano y Junta Directiva en el área administrativa y financiera (en el Dictamen final, financieramente)
9.	Elaborar dictamen técnico financiero ante Junta Directiva, Decano y otras instancias.
10.	Ejecutar acuerdos del Consejo Superior que sean de su competencia.
11.	Coordinar entrega de talonarios de matrícula y escolaridad de la unidades.
12.	Dirigir la colecturía de la Facultad

IV- PERFIL DE CONTRATACION

1. EDUCACION FORMAL NECESARIA

Licenciatura en Administración de Empresas, Contaduría Pública, Ingeniería Industrial.

2. EDUCACION NO FORMAL NECESARIA

Curso de contabilidad gubernamental
Curso sobre leyes y reglamentos gubernamentales de aplicación en el área financiera.
Cursos sobre manejo de hojas electrónicas y procesadores de texto.
Curso sobre presupuestos gubernamentales.
Curso sobre leyes y reglamentos universitarios

3. EXPERIENCIA LABORAL PREVIA

Haberse desempeñado en puestos similares como mínimo dos años.

4. CONOCIMIENTOS NECESARIOS

Conocimientos de contabilidad gubernamental.
Conocimientos sobre leyes y reglamentos gubernamentales de aplicación en el área financiera.
Conocimientos sobre manejo de hojas electrónicas y procesadores de texto.
Conocimientos sobre presupuestos gubernamentales.
Conocimientos sobre leyes y reglamentos universitarios

5. HABILIDADES Y DESTREZAS

Habilidad de análisis y síntesis
Habilidad para toma de decisiones
Habilidad para coordinar grupos de trabajo
Habilidad para redactar documentos técnicos
Habilidad para trabajar en equipo
Destreza en manejo de equipo de oficina

6. CONDICIONES PERSONALES

Edad: Mayor de 30 años
Genero: Femenino o Masculino
Ubicación Geográfica: Area metropolitana

7. OTROS REQUISITOS Y OBSERVACIONES

Buenas Relaciones Interpersonales y Laborales
Responsabilidad.
Iniciativa
Dinámico
Ordenado en la ejecución de su trabajo.

FORMULARIO PARA DESCRIPCION DE PUESTOS
Y CLASES OCUPACIONALES (LADP3)

I- DATOS DE IDENTIFICACION

TITULO DEL PUESTO: **ASISTENTE DE LABORATORIO** UNO2-026

II- DESCRIPCION GENERICA DE TAREAS

Preparar y controlar las condiciones necesarias para la ejecución de las prácticas de laboratorio.

III- DESCRIPCION DE TAREAS

1.	Colaborar en la planificación de las prácticas de laboratorios.
2.	Instalar el equipo e instrumental necesario para las prácticas de laboratorio.
3.	Preparar los materiales necesarios para la realización de las prácticas de laboratorio.
4.	Controlar el adecuado uso del equipo y de los materiales.
5.	Controlar la existencia de los materiales y equipo a su cargo.
6.	Mantener en optimas condiciones las áreas de trabajo e instrumental de laboratorio.
7.	Colaborar en la ejecución de las prácticas de laboratorio.
8.	Colaborar en otras.

IV- PERFIL DE CONTRATACION

1. EDUCACION FORMAL NECESARIA

Bachiller en cualquier opción.

2. EDUCACION NO FORMAL NECESARIA

Cursos sobre relaciones interpersonales
Curso de manejo de equipo, instrumental y materiales de laboratorio.
Curso sobre higiene y seguridad ocupacional

3. EXPERIENCIA LABORAL PREVIA

Ninguna

4. CONOCIMIENTOS NECESARIOS

Conocimientos sobre relaciones interpersonales
Conocimientos de manejo de equipo, instrumental y materiales de laboratorio.

Conocimientos sobre higiene y seguridad ocupacional

5. HABILIDADES Y DESTREZAS

Destreza en el manejo de equipo, instrumental y materiales de laboratorio
Habilidad de atención al público
Capacidad para trabajar en equipo
Aptitud para la enseñanza e instrucción.

6. CONDICIONES PERSONALES

Edad: Mayor de 18 años
Genero: Masculino o Femenino
Ubicación Geográfica: Resida en el lugar donde desempeñara su trabajo.

7. OTROS REQUISITOS Y OBSERVACIONES

Buenas relaciones interpersonales y laborales
Iniciativa y creatividad
Cumplir con lo establecido en leyes universitarias.

FORMULARIO PARA DESCRIPCION DE PUESTOS
Y CLASES OCUPACIONALES (LADP3)

I- DATOS DE IDENTIFICACION

TITULO DEL PUESTO: **RECEPCIONISTA**

II- DESCRIPCION GENERICA DE TAREAS

Proporcionar información sobre tratamientos odontológicos que presta la facultad, al público que lo solicite en forma personal o por teléfono.

III- DESCRIPCION DE TAREAS

1.	Atender a las personas que necesitan información sobre tratamientos odontológicos que presta la facultad en Clínicas.
2.	Reportar a los pacientes con los estudiantes.
3.	Informar sobre actividades clínicas o académicas programadas a: docentes, administrativos, estudiantes y pacientes.
4.	Servir de medio de comunicación de docentes y personal administrativo con personas ajenas a las clínicas.
5.	Atender llamadas telefónicas para que el paciente se comuniquen con el estudiante
6.	Recordar a los pacientes de las citas que tienen programadas.
7.	Encargada de la recepción de trabajos hechos por los estudiantes y envío al laboratorio dental.

IV- PERFIL DE CONTRATACION

1. EDUCACION FORMAL NECESARIA

Título de Secretaria o Bachiller Comercial

2. EDUCACION NO FORMAL NECESARIA

Curso sobre atención y servicio al cliente
Curso sobre relaciones públicas

3. EXPERIENCIA LABORAL PREVIA

Haberse desempeñado por un año en puestos similares.

4. CONOCIMIENTOS NECESARIOS

Conocimientos sobre atención y servicio al cliente
Conocimientos sobre relaciones públicas

5. HABILIDADES Y DESTREZAS

Habilidad para tratar con el público
Destreza en le manejo de equipo de oficina

6. CONDICIONES PERSONALES

Edad: mayor de 20 años
Genero: Masculino o Femenino
Ubicación Geográfica: Resida en el lugar donde desempeñara su trabajo.

7. OTROS REQUISITOS Y OBSERVACIONES

FORMULARIO PARA DESCRIPCION DE PUESTOS Y CLASES OCUPACIONALES
(LADP3)

I- DATOS DE IDENTIFICACION

TITULO DEL PUESTO: JEFE DE RECURSOS HUMANOS DE FACULTAD	RHGL

II- DESCRIPCION GENERICA DE TAREAS

Organizar, planificar, dirigir y controlar las acciones técnicas-administrativas en el área de recursos humanos de la facultad.

III- DESCRIPCION DE TAREAS

1.	Elaborar el anteproyecto de recursos humanos de la facultad.
2.	Ejecutar la actualización de la base de datos del sistema de información de recursos humanos
3.	Ejecutar el proceso de planillas de la facultad.
4.	Ejecutar la actualización de expedientes del personal.
5.	Elaborar informes de asistencia y permisos del personal.
6.	Asesorar en forma técnica y legal al Decano, Junta Directiva en la toma de acuerdos y acciones del recurso humano.
7.	Coordinar con la unidad central de recursos humanos institucional la elaboración de programas de capacitación, prestaciones y bienestar social.
8.	Administrar el proceso de reclutamiento, selección del recurso humano.
9.	Coordinar con la unidad central de recursos humanos institucional la elaboración y actualización de herramientas técnico-administrativas para la administración del recurso humano.
10.	Evaluar el desempeño laboral del recurso humano administrativo.

IV- PERFIL DE CONTRATACION

1. EDUCACION FORMAL NECESARIA

Licenciatura en Administración de Empresas o Ingeniero Industrial o Psicólogo Industrial.

2. EDUCACION NO FORMAL NECESARIA

Cursos en el área de Recursos Humanos
Manejo y uso de relojes marcadores
Curso sobre manejo operativo del SIRHI
Cursos básicos de computación
Curso sobre leyes y reglamentos universitarios
Curso sobre leyes laborales
Curso sobre ley SAFI
Curso sobre normas técnicas de control interno

3. EXPERIENCIA LABORAL PREVIA

Tres años de experiencia en el área de recursos humanos.

4. CONOCIMIENTOS NECESARIOS

Conocimiento en el área de Recursos Humanos
Conocimiento sobre manejo operativo del SIRHI
Conocimiento básicos de computación
Conocimiento sobre leyes y reglamentos universitarios
Conocimiento sobre leyes laborales
Conocimiento sobre ley SAFI
Conocimiento sobre normas técnicas de control interno

5. HABILIDADES Y DESTREZAS

Habilidad para toma de decisiones
Habilidad para administrar recurso humano
Habilidad de planeación
habilidad para trabajar en equipo
Habilidad para análisis y síntesis
Habilidad para preparar y desarrollar capacitaciones
Destreza para el manejo de equipo de oficina.

6. CONDICIONES PERSONALES

Edad: Mayor de 30 años
Genero: Masculino o Femenino
Ubicación Geográfica: Resida en el área donde prestará sus servicios

7. OTROS REQUISITOS Y OBSERVACIONES

Liderazgo
Responsable
Discreto

FORMULARIO PARA DESCRIPCION DE PUESTOS
Y CLASES OCUPACIONALES (LADP3)

I- DATOS DE IDENTIFICACION

TITULO DEL PUESTO: ENCARGADO DEL SIRIHI	RHAS

II- DESCRIPCION GENERICA DE TAREAS

Actualizar la base de datos del sistema de información de Recursos Humanos de la Facultad, así como elaborar acuerdos relacionados con el personal.

III- DESCRIPCION DE TAREAS

1.	Actualizar la base de datos del sistema de información de recursos humanos de la facultad.
2.	Elaborar acuerdos relacionados con el personal
3.	Elaborar constancias de sueldos y tiempo de servicio
4.	Elaborar constancias para entidades crediticias o similares
5.	Llevar el control electrónico y físico de los expedientes de personal
6.	Procesar planillas de pago de sueldos y/o salarios
7.	Enviar periódicamente al SIRHI central una copia actualizada y valida de la base de datos del SIRHI.
8.	Rotular tarjetas del control de asistencia
9.	Llevar libro de gastos fijos
10	Preparar informes de las necesidades de mantenimiento del equipo bajo su responsabilidad.

IV- PERFIL DE CONTRATACION

1. EDUCACION FORMAL NECESARIA

Técnico Analista Programados Técnico en Computación Egresados en Licenciatura en sistemas de computación

2. EDUCACION NO FORMAL NECESARIA

Curso sobre manejo del sistema de información de recursos humanos (SIRHI) Curso de inglés Curso de relaciones interpersonales Curso de manejo de base de datos

3. EXPERIENCIA LABORAL PREVIA

Uno a tres años en puestos técnicos en el área de informática.

4. CONOCIMIENTOS NECESARIOS

Conocimientos sobre manejo del sistema de información de recursos humanos (SIRHI)
Conocimientos de inglés
Conocimientos de relaciones interpersonales
Conocimientos de manejo de base de datos

5. HABILIDADES Y DESTREZAS

Habilidad para el trabajo en equipo
Habilidad para análisis de base de datos
Destreza para manejo de equipo de oficina

6. CONDICIONES PERSONALES

Edad: 25 a 35 años
Genero: Masculino o Femenino
Ubicación Geográfica: San Salvador

7. OTROS REQUISITOS Y OBSERVACIONES

Buenas relaciones interpersonales y laborales
Discreción
Responsabilidad

FORMULARIO PARA DESCRIPCION DE PUESTOS
Y CLASES OCUPACIONALES (LADP3)

I- DATOS DE IDENTIFICACION

TITULO DEL PUESTO: **PROFESOR UNIVERSITARIO II**

II- DESCRIPCION GENERICA DE TAREAS

Coordinar y desarrollar cátedra, proyectos de investigación, proyección social extensión universitaria y elaboración de informes sobre actividades académicas desarrolladas.

III- DESCRIPCION DE TAREAS

1.	Programar sus actividades docentes del ciclo.
2.	Coordinar cátedra o cursos impartidos.
3.	Impartir clases
4.	Impartir laboratorios
5.	Impartir instructoria clínica
6.	Actualizar programas de cursos
7.	Administrar las evaluaciones de los cursos
8.	Proporcionar consulta a los estudiantes.
9.	Participar en el proceso de trabajos de graduación.
10.	Colaborar con el superior inmediato en actividades de docencia, investigación y proyección social, cuando sea solicitado.
11.	Participar en otras actividades administrativas.
12.	Participar en actividades de cooperación técnica con otras instituciones.
13.	Colaborar en investigaciones propias de su área.
14.	Elaborar informes sobre actividades académicas desarrolladas.

IV- PERFIL DE CONTRATACION

1. EDUCACION FORMAL NECESARIA

Grado académico universitario en el área académica en que se desempeñe

2. EDUCACION NO FORMAL NECESARIA

Cursos de Idioma Inglés
Cursos de Computación
Cursos de Planificación Curricular
Cursos de Evaluación Curricular
Cursos de Formulación y Evaluación de Proyectos
Cursos de Didáctica y Pedagogía
Cursos de Ley de Educación Superior
Cursos sobre Metodología de la Investigación
Cursos sobre ciencia y tecnología

3. EXPERIENCIA LABORAL PREVIA

Haberse desempeñado como Profesor Universitario I por un período de tres años.
Haber participado en programas educativos y de proyección social
Haber participado en programas de investigación

4. CONOCIMIENTOS NECESARIOS

Conocimientos de Idioma Inglés
Conocimientos de Computación y software especializados con aplicación didáctico.
Conocimientos de Planificación Curricular
Conocimientos de Evaluación Curricular
Conocimientos de Formulación y Evaluación de Proyectos
Conocimientos de Didáctica y Pedagogía
Conocimientos de Ley de Educación Superior
Conocimientos sobre Metodología de la Investigación
Conocimientos sobre ciencia y tecnología

5. HABILIDADES Y DESTREZAS

Habilidad para trabajo en equipo
Habilidad en la resolución de problemas

6. CONDICIONES PERSONALES

Edad: Mayor de 30 años
Genero: Masculino o Femenino
Ubicación Geográfica: Resida en el área en donde prestará sus servicios.

7. OTROS REQUISITOS Y OBSERVACIONES

Aptitud de un investigador
Creativo
Facilidad de expresión

FORMULARIO PARA DESCRIPCION DE PUESTOS
Y CLASES OCUPACIONALES (LADP3)

I- DATOS DE IDENTIFICACION

TITULO DEL PUESTO: **PROFESOR UNIVERSITARIO I**

II- DESCRIPCION GENERICA DE TAREAS

Planificar, coordinar y ejecutar las tareas relativas a sus responsabilidades de cátedra, colaborar en los proyectos de investigación y proyección social.

III- DESCRIPCION DE TAREAS

1.	Programar sus actividades docentes del ciclo
2.	Impartir clases
3.	Impartir laboratorios
4.	Impartir instructoria clínica
5.	Proporcionar consulta a los estudiantes
6.	Administrar las evaluaciones de los cursos bajo su cargo
7.	Colaborar con el superior inmediato en actividades de docencia, investigación y proyección social, cuando sea solicitado.
8.	Participar en actividades de cooperación técnica con otras instituciones.
9.	Colaborar en investigaciones propias de su área.

IV- PERFIL DE CONTRATACION

1. EDUCACION FORMAL NECESARIA

Grado académico universitario en el área académica en que se desempeñe

2. EDUCACION NO FORMAL NECESARIA

Cursos de Idioma Inglés
Cursos de Computación
Cursos de Planificación Curricular
Cursos de Evaluación Curricular
Cursos de Didáctica y Pedagogía
Cursos de Ley de Educación Superior
Cursos sobre Metodología de la Investigación
Cursos sobre ciencia y tecnología

3. EXPERIENCIA LABORAL PREVIA

Tres años de experiencia en el área profesional en que se va a desempeñar o haber ejercido

docencia a nivel universitario.

4. CONOCIMIENTOS NECESARIOS

Conocimiento de Idioma Inglés
Conocimiento de Computación
Conocimiento de Planificación Curricular
Conocimiento de Evaluación Curricular
Conocimiento de Didáctica y Pedagogía
Conocimiento de Ley de Educación Superior
Conocimiento sobre Metodología de la Investigación
Conocimiento sobre ciencia y tecnología

5. HABILIDADES Y DESTREZAS

Habilidad para trabajo en equipo
Habilidad en la resolución de problemas

6. CONDICIONES PERSONALES

Edad: Mayor de 25 años
Genero: Masculino o Femenino
Area Geográfica: Resida en el área en donde prestará sus servicios.

7. OTROS REQUISITOS Y OBSERVACIONES

Facilidad de expresión
Aptitud de investigador

FORMULARIO PARA DESCRIPCION DE PUESTOS
Y CLASES OCUPACIONALES (LADP3)

I- DATOS DE IDENTIFICACION

TITULO DEL PUESTO: **ORDENANZA** ADSA

II- DESCRIPCION GENERICA DE TAREAS

Hacer limpieza en las instalaciones, muebles y equipo, la distribución de correspondencia y otras logísticas.

III- DESCRIPCION DE TAREAS

1.	Hacer limpieza en las instalaciones, mobiliario y equipo en las áreas asignadas.
2.	Distribuir correspondencia al interior de la facultad y la institución.
3.	Colaborar en la atención social del personal de la unidad asignada.
4.	Colaborar en el traslado de materiales, mobiliario y equipos de oficina.

IV- PERFIL DE CONTRATACION

1. EDUCACION FORMAL NECESARIA

Estudios mínimos noveno grado.

2. EDUCACION NO FORMAL NECESARIA

Curso de relaciones humanas

3. EXPERIENCIA LABORAL PREVIA

Ninguna

4. CONOCIMIENTOS NECESARIOS

Manejo de bicicleta, motocicleta y equipo de oficina

5. HABILIDADES Y DESTREZAS

Habilidad para trabajar en equipo.

6. CONDICIONES PERSONALES

Edad: Mayor de 18 años

Genero: Masculino o Femenino

Ubicación Geográfica: Resida en el área en que prestara sus servicios.

7. OTROS REQUISITOS Y OBSERVACIONES

Buenas relaciones interpersonales y laborales

Responsable

Dinámico

FORMULARIO PARA DESCRIPCION DE PUESTOS
Y CLASES OCUPACIONALES (LADP3)

I- DATOS DE IDENTIFICACION

TITULO DEL PUESTO: **SECRETARIA DE DIRECCIÓN O
DEPARTAMENTO**

II- DESCRIPCION GENERICA DE TAREAS

Dar apoyo secretarial a la jefatura y al personal docente del la Dirección o Departamento.
Mecanografiar recolectores de notas, correspondencia y material didáctico.

III- DESCRIPCION DE TAREAS

1.	Elaborar notas y material de apoyo
2.	Registrar correspondencia recibida y enviada
3.	Atender al público y teléfono
4.	Archivar correspondencia y documentos
5.	Distribuir papelería y útiles de escritorio al personal de la Dirección.
6.	Elaborar requisiciones de material de oficina

IV- PERFIL DE CONTRATACION

1. EDUCACION FORMAL NECESARIA

Bachiller en Comercio y Administración, Opción Computación
Bachiller en Comercio y Administración, Opción Secretariado

2. EDUCACION NO FORMAL NECESARIA

Cursos de Ingles
Cursos sobre relaciones interpersonales
Curso sobre atención al cliente
Curso sobre técnicas de archivo
Curso sobre técnicas de redacción
Cursos de computación

3. EXPERIENCIA LABORAL PREVIA

Haberse desempeñado como secretaria en puestos similares, por un año.

4. CONOCIMIENTOS NECESARIOS

Conocimientos de Inglés
Conocimientos sobre relaciones interpersonales
Conocimientos sobre atención al cliente
Conocimientos sobre técnicas de archivo
Conocimientos sobre técnicas de redacción
Conocimientos de computación

5. HABILIDADES Y DESTREZAS

Habilidad para trabajar con procesadores de texto y hojas electrónicas
Habilidad para redacción de documentos
Habilidad para atención al público
Destreza para el manejo de equipo de oficina

6. CONDICIONES PERSONALES

Edad: Mayor de 25 años
Genero: Femenino
Ubicación Geográfica: Resida en el área donde prestara sus servicios.

7. OTROS REQUISITOS Y OBSERVACIONES

Discreta
Iniciativa

FORMULARIO PARA DESCRIPCION DE PUESTOS
Y CLASES OCUPACIONALES (LADP3)

I- DATOS DE IDENTIFICACION

TITULO DEL PUESTO: CONTADOR	AFCO

II- DESCRIPCION GENERICA DE TAREAS

Coordinar , ejecutar y controlar la ejecución presupuestaria mediante la verificación de documentos contables.

III- DESCRIPCION DE TAREAS

1.	Registrar la ejecución presupuestaria
2.	Consolidar los ingresos y egresos del fondo general y recursos propios.
3.	Consolidar los ingresos y egresos con la Unidad Financiera Institucional (UFI)
4.	Elaborar los estado financieros mensuales y anuales
5.	Practicar arqueos a las colecturías y al fondo circulante
6.	Elaborar ajustes, reprogramaciones y provisiones
7.	Verificar los ingresos diarios de las clínicas

IV- PERFIL DE CONTRATACION

1. EDUCACION FORMAL NECESARIA

Estudiante de cuarto año de Licenciatura en Contabilidad Pública

2. EDUCACION NO FORMAL NECESARIA

Curso de Contabilidad Gubernamental Curso de técnicas de computación Curso sobre leyes y reglamentos de aplicación financiera, gubernamentales e internas de la Universidad de El Salvador.

3. EXPERIENCIA LABORAL PREVIA

Dos años de haberse desempeñado de auxiliar contable

4. CONOCIMIENTOS NECESARIOS

Conocimientos de Contabilidad Gubernamental Conocimientos de técnicas de computación Conocimientos sobre leyes y reglamentos de aplicación financiera, gubernamentales e internas de la Universidad de El Salvador.

5. HABILIDADES Y DESTREZAS

Habilidad para trabajar en equipo
Habilidad para redactar informes técnicos
Habilidad para manejo de personal
Destreza en manejo de equipo de oficina

6. CONDICIONES PERSONALES

Edad: Mayor de 25 años
Genero: Masculino o Femenino
Ubicación Geográfica: Resida en el área donde prestara sus servicios.

7. OTROS REQUISITOS Y OBSERVACIONES

Buenas relaciones interpersonales y laborales
Propositivo

FORMULARIO PARA DESCRIPCION DE PUESTOS
Y CLASES OCUPACIONALES (LADP3)

I- DATOS DE IDENTIFICACION

TITULO DEL PUESTO: AUXILIAR CONTABLE	AFCO

II- DESCRIPCION GENERICA DE TAREAS

Elaborar y revisar documentos y llevar registros auxiliares inherentes a la función contable de la unidad.

III- DESCRIPCION DE TAREAS

1.	Elaborar comprobantes de ingreso fiscal
2.	Efectuar pago a proveedores
3.	Registrar ingresos diarios de la unidad
4.	Elaborar informes financieros
5.	Controlar registros de proveedores
6.	Practicar cortes de caja diarios a colecturía
7.	Revisar mandamientos de pago de salarios (planillas manuales)
8.	Llevar registros auxiliares
9.	Elaboración de planillas no mecanizadas
10.	Controlar combustible para vehículos y planta eléctrica

IV- PERFIL DE CONTRATACION

1. EDUCACION FORMAL NECESARIA

Bachiller Comercial Opción Contaduría

2. EDUCACION NO FORMAL NECESARIA

Curso de Contabilidad Gubernamental Curso de técnicas de computación Curso sobre leyes y reglamentos de aplicación financiera, gubernamentales e internas de la Universidad de El Salvador.

3. EXPERIENCIA LABORAL PREVIA

Haberse desempeñado en puestos del área financiera por lo menos un año.

4. CONOCIMIENTOS NECESARIOS

Conocimientos de Contabilidad Gubernamental
Conocimientos de técnicas de computación
Conocimientos sobre leyes y reglamentos de aplicación financiera, gubernamentales e internas de la Universidad de El Salvador.

5. HABILIDADES Y DESTREZAS

Habilidad para trabajar en equipo
Destreza en el manejo de equipo de oficina

6. CONDICIONES PERSONALES

Edad: Mayor de 20 años
Genero: Masculino o Femenino
Ubicación Geográfica: Resida en el área donde prestara sus servicios.

7. OTROS REQUISITOS Y OBSERVACIONES

Buenas relaciones interpersonales y laborales

FORMULARIO PARA DESCRIPCION DE PUESTOS
Y CLASES OCUPACIONALES (LADP3)

I- DATOS DE IDENTIFICACION

TITULO DEL PUESTO: **COLABORADOR FINANCIERO**

II- DESCRIPCION GENERICA DE TAREAS

Colaborar en la ejecución de actividades financieras y el manejo del fondo circulante.

III- DESCRIPCION DE TAREAS

1.	Entregar talonarios a estudiantes
2.	Verificar el orden de los talonarios
3.	Entregar solvencia a los estudiantes
4.	Elaborar informes para ACME de talonarios
5.	Controlar a estudiantes que no aparecen en talonarios
6.	Cancelar bienes y servicios adquiridos en forma emergente.
7.	Elaborar liquidaciones parciales y totales del Fondo Circulante.
8.	Elaborar conciliaciones bancarias
9.	Elaborar informes de caja
10.	Registrar operaciones de fondo circulante en libros auxiliares.

IV- PERFIL DE CONTRATACION

1. EDUCACION FORMAL NECESARIA

Estudiante universitario a nivel de Tercer año en el área de Ciencias Económicas

2. EDUCACION NO FORMAL NECESARIA

Curso de contabilidad gubernamental (aprobado)
Cursos de computación
Cursos sobre leyes y reglamentos de aplicación financiera gubernamentales e internos de la Universidad de El Salvador

3. EXPERIENCIA LABORAL PREVIA

Dos años desempeñados en área financiera.

4. CONOCIMIENTOS NECESARIOS

Conocimientos de contabilidad gubernamental

Conocimientos de computación
Conocimientos sobre leyes y reglamentos de aplicación financiera gubernamentales e internos de la Universidad de El Salvador

5. HABILIDADES Y DESTREZAS

Habilidad para elaborar informes técnicos financieros.
Habilidad de análisis y síntesis
Habilidad en razonamiento lógico numérico
Habilidad para trabajar en equipo
Destreza en manejo de equipo de oficina

6. CONDICIONES PERSONALES

Edad: Mayor de 22 años
Genero: Femenino o Masculino
Ubicación Geográfica: Area Metropolitana

7. OTROS REQUISITOS Y OBSERVACIONES

Buena relaciones interpersonales y laborales.

FORMULARIO PARA DESCRIPCION DE PUESTOS
Y CLASES OCUPACIONALES (LADP3)

I- DATOS DE IDENTIFICACION

TITULO DEL PUESTO: **ENCARGADO DE COMPRAS** LGCO

II- DESCRIPCION GENERICA DE TAREAS

Planificar y ejecutar las actividades encaminadas a prever oportunamente y con la calidad requerida de los materiales para la unidad.

III- DESCRIPCION DE TAREAS

1.	Cotizar precios en el mercado en base a solicitudes de compras de bienes.
2.	Ejecutar las compras
3.	Recibir requisiciones de bienes.
4.	Verificar la entrega oportuna de las compras a la bodega de la unidad.
5.	Elaborar el cálculo de los indicadores de EPC, EP, Licitaciones respectivos al área de compras
6.	Informar a las demás unidades solicitantes sobre la mercadería adquirida.
7.	Actualizar los registros de proveedores
8.	Registrar el proceso de compra
9.	Elaborar informe mensual sobre compras realizadas.
10.	Realizar el cálculo de los indicadores de Calificación y pedidos aceptados

IV- PERFIL DE CONTRATACION

1. EDUCACION FORMAL NECESARIA

Bachiller Comercial Opción Contaduría

2. EDUCACION NO FORMAL NECESARIA

Curso sobre computación
Curso sobre Reglamento de Proveeduría de la institución
Curso sobre Normas técnicas de control interno de la Corte de Cuentas.

3. EXPERIENCIA LABORAL PREVIA

Un año de experiencia en el área administrativa financiera o puestos similares.

4. CONOCIMIENTOS NECESARIOS

Conocimientos sobre computación
Conocimientos sobre Reglamento de Proveeduría de la institución
Conocimientos sobre Normas técnicas de control interno de la Corte de Cuentas.

5. HABILIDADES Y DESTREZAS

Habilidad para gestión de compras
Habilidad para selección de compras
Habilidad para resolver problemas
Destreza en el manejo de equipo de oficina

6. CONDICIONES PERSONALES

Edad: Mayor de 20 años
Genero: Masculino o Femenino
Ubicación Geográfica: Resida en el área donde prestara sus servicios.

7. OTROS REQUISITOS Y OBSERVACIONES

Buenas relaciones interpersonales y laborales

FORMULARIO PARA DESCRIPCION DE PUESTOS
Y CLASES OCUPACIONALES (LADP3)

I- DATOS DE IDENTIFICACION

TITULO DEL PUESTO: **ENCARGADO DE SUMINISTROS** LGCO

II- DESCRIPCION GENERICA DE TAREAS

Planificar y ejecutar las actividades encaminadas a prever oportunamente y con la calidad requerida de los suministros para la unidad.

III- DESCRIPCION DE TAREAS

1.	Recibir los artículos, materiales y equipo de oficina
2.	Distribuir los artículos, materiales y equipo de oficina
3.	Llevar el control del kardex
4.	Mantener actualizado el inventario de mercaderías
5.	Llevar el archivo de facturas de compras de la mercadería y las requisicione.
6.	Elaborar informes de la mercadería existente.

IV- PERFIL DE CONTRATACION

1. EDUCACION FORMAL NECESARIA

Bachiller Comercial

2. EDUCACION NO FORMAL NECESARIA

Curso sobre computación

3. EXPERIENCIA LABORAL PREVIA

Un año de experiencia como auxiliar de bodeguero o puestos similares..

4. CONOCIMIENTOS NECESARIOS

Conocimientos sobre computación

5. HABILIDADES Y DESTREZAS

Habilidad numérica
Habilidad para ordenarordenar y ubicar materiales

6. CONDICIONES PERSONALES

Edad: Mayor de 20 años
Genero: Masculino
Ubicación Geográfica: Resida en el área metropolitana

7. OTROS REQUISITOS Y OBSERVACIONES

Buenas relaciones interpersonales y laborales

FORMULARIO PARA DESCRIPCION DE PUESTOS
Y CLASES OCUPACIONALES (LADP3)

I- DATOS DE IDENTIFICACION

TITULO DEL PUESTO: **ENCARGADO DE ACTIVO FIJO Y
DE FACULTAD**

II- DESCRIPCION GENERICA DE TAREAS

Registrar y controlar el patrimonio de la Facultad y sus reparaciones o modificaciones.

III- DESCRIPCION DE TAREAS

1.	Actualizar el inventario del patrimonio de la facultad.
2.	Llenar formularios para incorporar, reparar, trasladar y descargar bienes muebles.
3.	Levantar inventarios físicos del patrimonio de la facultad.
4.	Conciliar los registros del patrimonio de la facultad con la unidad central.
5.	Verificar el patrimonio adquirido.
6.	Controlar salidas y entradas de bienes y equipos de la facultad
7.	Autorizar traslados de equipo para uso de la misma unidad.
8.	Tramitar incorporaciones al patrimonio de la facultad de donaciones y registros de bienes y inmuebles .
9.	Tramitar con Activo Fijo Central las modificaciones que se le realicen a los bienes ya inventariados.
10.	Tramitar con empresas las reparaciones de bienes de las diferentes secciones de la facultad.
11.	Efectuar inventario físico periódicamente en las áreas requeridas (suministros, arsenales, biblioteca, etc.)
12.	Controlar los bienes considerados como gastos de gestión.
13.	Elaborar informes para los diferentes organismos de autoridad de la facultad.

IV- PERFIL DE CONTRATACION

1. EDUCACION FORMAL NECESARIA

Bachillerato Comercial opción Contador

2. EDUCACION NO FORMAL NECESARIA

Curso básico de computación (hoja electrónica y procesador de textos)
Curso de contabilidad gubernamental

3. EXPERIENCIA LABORAL PREVIA

Un año en puestos similares

4. CONOCIMIENTOS NECESARIOS

Conocimiento básico de computación (hoja electrónica y procesador de textos)
Conocimiento de contabilidad gubernamental
Conocimientos de: ley AFI, normas técnicas de control interno.
Conocimientos sobre codificación de bienes muebles

5. HABILIDADES Y DESTREZAS

Habilidad para razonamiento lógico numérico
Habilidad para elaborar informes técnicos
Habilidad para trabajar en equipo
Destreza en el manejo de equipo de oficina

6. CONDICIONES PERSONALES

Edad: Mayor de 20 años
Genero: Masculino o Femenino
Ubicación Geográfica: Area Metropolitana

7. OTROS REQUISITOS Y OBSERVACIONES

Buenas relaciones interpersonales y laborales.

FORMULARIO PARA DESCRIPCION DE PUESTOS
Y CLASES OCUPACIONALES (LADP3)

I- DATOS DE IDENTIFICACION

TITULO DEL PUESTO: **DIRECTOR DE PLANIFICACIÓN** PCGL

II- DESCRIPCION GENERICA DE TAREAS

Brindar asesoría y asistencia técnica a los organismos de dirección y elaboración de planes, programas y proyectos generales para el desarrollo académico y administrativo de la facultad.

III- DESCRIPCION DE TAREAS

1.	Elaborar el plan de desarrollo estratégico de la facultad.
2.	Elaborar el plan anual operativo de la unidad de planificación.
3.	Coordinar la formulación del plan operativo de la facultad con las diferentes unidades.
4.	Consolidar el plan operativo anual de la facultad.
5.	Coordinar la formulación del anteproyecto de presupuesto de la facultad.
6.	Participar en el anteproyecto de presupuesto de la facultad.
7.	Formular perfiles de proyectos generales del área administrativa
8.	Verificar la ejecución del plan anual operativo.
9.	Elaborar informe sobre la ejecución y seguimiento de los proyectos.
10.	Gestionar programas y proyectos académicos interinstitucionales.
11.	Asesorar a los organismos de dirección en la toma de decisiones.
12.	Elaborar indicadores de información estadística.
13.	Coordinar toda actividad gestada a nivel técnico (investigación y proyección social)
14.	Realización de la proyección de compras de la Facultad
15.	Presentar los perfiles de capacitación de INSAFORP

IV- PERFIL DE CONTRATACION

1. EDUCACION FORMAL NECESARIA

Graduado Universitario en Ingeniería Industrial, Administrador de Empresas o Económicas.

2. EDUCACION NO FORMAL NECESARIA

Curso de Idioma Inglés
Curso de Calidad Total
Curso de Computación
Curso de Planificación Estratégica
Curso de Planificación Educativa

Curso de Formulación y Evaluación de Proyectos
Curso de Evaluación Curricular
Curso de Didáctica y Pedagogía
Seminario de Ley de Educación Superior
Curso sobre Leyes y Reglamentos de la UES.
Seminario sobre Leyes y Reglamentos del Ministerio de Salud
Curso sobre Metodología de la Investigación
Seminario sobre ley SAFI

3. EXPERIENCIA LABORAL PREVIA

Haber ocupado cargos similares de dirección en empresas educativa de enseñanza superior públicas o privadas.
Tres años de experiencia
Docencia Universitaria con un período mínimo de cinco años.

4. CONOCIMIENTOS NECESARIOS

Conocimientos de Idioma Inglés
Conocimientos de Calidad Total
Conocimientos de Computación
Conocimientos de Planificación Educativa
Conocimientos de Planificación Estratégica
Conocimientos de Formulación y Evaluación de Proyectos
Conocimientos de Evaluación Curricular
Conocimientos de Didáctica y Pedagogía
Conocimientos de Ley de Educación Superior
Conocimientos sobre Leyes y Reglamentos de la UES
Conocimientos sobre Legislación del Ministerio de Salud
Conocimientos sobre Metodología de la Investigación
Conocimientos sobre Administración de Personal
Conocimientos sobre ley SAFI

5. HABILIDADES Y DESTREZAS

Habilidad para la toma de decisiones
Habilidad para redactar documentos técnicos
Habilidad para trabajar en equipo
Habilidad de análisis y síntesis
Habilidad de liderazgo
Habilidad para coordinar grupos de trabajo
Habilidad para preparar y desarrollar capacitaciones.
Propositivo
Destreza en manejo de equipo de oficina

6. CONDICIONES PERSONALES

Edad mayor de 30 años
Genero Masculino o Femenino
Ubicación Geográfica: Area Metropolitana

7. OTROS REQUISITOS Y OBSERVACIONES

Buena Relaciones Interpersonales y Laborales
Facilidad de expresión

FORMULARIO PARA DESCRIPCION DE PUESTOS
Y CLASES OCUPACIONALES (LADP3)

I- DATOS DE IDENTIFICACION

TITULO DEL PUESTO: ENCARGADO DE ARCHIVO CLINICO DE LA FACULTAD	UNO60003

II- DESCRIPCION GENERICA DE TAREAS

Clasificar, ordenar y codificar los expedientes de los pacientes que se atienden en clínicas de la Facultad.

III- DESCRIPCION DE TAREAS

1.	Entregar expedientes a estudiantes
2.	Recibir expedientes de estudiantes
3.	Coordinar con colecturía la numeración de los expedientes.
4.	Dar cita a los pacientes en el área Restaurativa
5.	Informar a Dirección de Clínicas sobre el movimiento de expedientes.
6.	Coordinar con colaborador de clínicas la numeración de fichas clínicas.
8.	Llevar un registro estadísticos de los pacientes atendidos en clínicas.
9.	Mantener en orden y actualizado el sistema de archivo.

IV- PERFIL DE CONTRATACION

1. EDUCACION FORMAL NECESARIA

Bachiller en cualquiera de las especialidades.

2. EDUCACION NO FORMAL NECESARIA

Cursos de redacción y ortografía
Cursos sobre técnicas de archivo
Cursos de computación
Cursos de atención al cliente

3. EXPERIENCIA LABORAL PREVIA

Un año de experiencia en puestos similares.

4. CONOCIMIENTOS NECESARIOS

Conocimientos de redacción y ortografía

Conocimientos sobre técnicas de archivo
Conocimientos de computación
Conocimientos de atención al cliente

5. HABILIDADES Y DESTREZAS

Habilidad para atender al público
Habilidad para organizar archivos
Habilidad de buena retentiva
Destreza en el manejo de equipo de oficina

6. CONDICIONES PERSONALES

Edad: Mayor de 20 años
Genero: Femenino o Masculino
Ubicación Geográfica: Area Metropolitana

7. OTROS REQUISITOS Y OBSERVACIONES

Buenas relaciones interpersonales y laborales.
Dinámico
Perceptivo
Discreto

FORMULARIO PARA DESCRIPCION DE PUESTOS
Y CLASES OCUPACIONALES (LADP3)

I- DATOS DE IDENTIFICACION

TITULO DEL PUESTO:	JEFE DE LA UNIDAD DE RECURSOS Y DESARROLLO FÍSICO	

II- DESCRIPCION GENERICA DE TAREAS

Planificar, dirigir, coordinar y supervisar las actividades relacionadas con la construcción y mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura, vehículos, zonas verdes, limpieza y equipos tales como equipos de presión, succión, unidades dentales, aires acondicionados y equipos de impresión así como garantizar el apoyo en servicios a las diferentes áreas administrativas y académicas.

III- DESCRIPCION DE TAREAS

1.	Elaborar plan de trabajo de la unidad.
2.	Programar los trabajos de mantenimiento preventivo y correctivo de infraestructura y equipo.
3.	Supervisar la ejecución de los diferentes programas de mantenimiento, transporte, vigilancia y aseo.
4.	Gestionar adquisición de materiales y herramientas necesarias para los diferentes programas de mantenimiento preventivo y correctivo de infraestructura y equipo.
5.	Coordinar los trabajos a realizar de las diferentes secciones bajo su cargo.
6.	Elaborar reportes de trabajos realizados para informe de jefaturas.
7.	Realizar cálculo del indicadores E.E.C y Licitaciones para su respectiva área
8.	Distribuir materiales de mantenimiento y limpieza a las diferentes áreas de servicio.
9.	Supervisar el uso de los materiales de mantenimiento y limpieza.
10.	Coordinar la distribución y uso de los vehículos
11.	Evaluar el desempeño del personal bajo su cargo, así como la calidad de prestación de los servicios.
12.	Elaborar programas de vigilancia

IV- PERFIL DE CONTRATACION

1. EDUCACION FORMAL NECESARIA

Egresado de cualquiera de las siguientes carreras:
Ingeniería Civil
Ingeniería Industrial

Ingeniería Mecánica
Ingeniería Eléctrica
Ingeniería Electromecánica

2. EDUCACION NO FORMAL NECESARIA

Cursos de administración de personal
Cursos sobre seguridad e higiene industrial
Cursos sobre legislación universitaria

3. EXPERIENCIA LABORAL PREVIA

Haberse desempeñado dos años en puestos similares.

4. CONOCIMIENTOS NECESARIOS

Conocimientos de administración de personal
Conocimientos sobre seguridad e higiene industrial
Conocimientos sobre legislación universitaria
Conocimientos generales sobre mantenimiento de infraestructuras y equipo.

5. HABILIDADES Y DESTREZAS

Habilidad para dirigir equipos de trabajos
Habilidad para expresarse en forma oral y escrita
Habilidad para análisis y síntesis
Habilidad para redactar informes técnicos
Destreza para el manejo de equipo de oficina

6. CONDICIONES PERSONALES

Edad: Mayor de 25 años
Genero: Masculino o Femenino
Ubicación Geográfica: Resida en el área en que prestará sus servicios

7. OTROS REQUISITOS Y OBSERVACIONES

Buenas relaciones interpersonales y laborales
Sin problema de horarios

FORMULARIO PARA DESCRIPCION DE PUESTOS
Y CLASES OCUPACIONALES (LADP3)

I- DATOS DE IDENTIFICACION

TITULO DEL PUESTO: **BODEGUERO**

II- DESCRIPCION GENERICA DE TAREAS

Llevar el control de entradas y salida de los artículos de oficina, materiales y equipo.

III- DESCRIPCION DE TAREAS

1.	Recibir los artículos, materiales y equipo de oficina
2.	Distribuir los artículos, materiales y equipo de oficina.
3.	Llevar el control del kardex
4.	Mantener actualizado el inventario de mercaderías
5.	Llevar el archivo de facturas de compras de la mercadería y las requisiciones.
6.	Elaborar informes de la mercadería existente.

IV- PERFIL DE CONTRATACION

1. EDUCACION FORMAL NECESARIA

Bachiller Comercial

2. EDUCACION NO FORMAL NECESARIA

Cursos básicos de computación

3. EXPERIENCIA LABORAL PREVIA

Un año como auxiliar de bodeguero o puestos similares

4. CONOCIMIENTOS NECESARIOS

Conocimientos de computación

5. HABILIDADES Y DESTREZAS

Habilidad numérica
Habilidad para ordenar y ubicar materiales

6. CONDICIONES PERSONALES

Edad: Mayor de 20 años
Genero: Masculino
Ubicación Geográfica: Resida en el Area Metropolitana

7. OTROS REQUISITOS Y OBSERVACIONES

Buenas relaciones interpersonales y laborales

FORMULARIO PARA DESCRIPCION DE PUESTOS
Y CLASES OCUPACIONALES (LADP3)

I- DATOS DE IDENTIFICACION

TITULO DEL PUESTO: **ELECTRICISTA**

II- DESCRIPCION GENERICA DE TAREAS

Mantenimiento y reparación de instalaciones eléctricas, equipo eléctrico.

III- DESCRIPCION DE TAREAS

1.	Dar mantenimiento a las instalaciones eléctricas.
2.	Mantener en optimas condiciones el equipo eléctrico.
3.	Dar mantenimiento a instalaciones telefónicas.
4.	Hacer instalaciones eléctricas nuevas

IV- PERFIL DE CONTRATACION

1. EDUCACION FORMAL NECESARIA

Tercer Ciclo, instalador eléctrico autorizado.

2. EDUCACION NO FORMAL NECESARIA

Curso sobre higiene y seguridad ocupacional
Curso sobre instalaciones eléctricas industriales

3. EXPERIENCIA LABORAL PREVIA

Un año de experiencia.

4. CONOCIMIENTOS NECESARIOS

Conocimientos sobre higiene y seguridad ocupacional
Conocimientos sobre instalaciones eléctricas industriales

5. HABILIDADES Y DESTREZAS

Habilidad para resolver problemas del área electricidad.
Destreza en el manejo de equipo y herramientas del área de electricidad.

6. CONDICIONES PERSONALES

Edad: Mayor de 18 años
Genero: Masculino
Ubicación Geográfica: Area Metropolitana

7. OTROS REQUISITOS Y OBSERVACIONES

FORMULARIO PARA DESCRIPCION DE PUESTOS
Y CLASES OCUPACIONALES (LADP3)

I- DATOS DE IDENTIFICACION

TITULO DEL PUESTO:	DIRECTOR DE VINCULACION UNIVERSIDAD EMPRESA	SERVICIOS EXTERNO

II- DESCRIPCION GENERICA DE TAREAS

Vincular la capacidad de transferencia tecnológica de la facultad con el sector productivo de bienes y servicios , reforzar el papel de la universidad como fuente generadora de innovación.

III- DESCRIPCION DE TAREAS

1.	Establecer los mecanismos de transferencia tecnológica y prestación de servicios a la empresa.
2.	Promover la prestación de servicios tecnológicos con la empresa.
3.	Definir las políticas y planes generales de vinculación con la empresa.
4.	Planificar, organizar y dirigir las actividades de vinculación con la empresa.
5.	Elaborar el correspondiente presupuesto de la unidad con los integrantes o equipos de apoyo.
6.	Gestionar la vinculación entre los diferentes departamento que conforman la facultad.
7.	Formalizar mecanismos de contratación y determinación de precios con la empresa.
8.	Elaborar estudios de factibilidad que demanden las empresas.
9.	Ejecutar acciones de los diferentes convenios.

IV- PERFIL DE CONTRATACION

1. EDUCACION FORMAL NECESARIA

Graduado universitario con especialidad en el área a desempeñarse.

2. EDUCACION NO FORMAL NECESARIA

Curso sobre gestión, investigación y desarrollo científico.
Curso sobre internet y correo electrónico.
Curso de ingles
Curso de sistemas computacionales
Curso sobre relaciones interpersonales
Curso sobre formulación y evaluación de proyectos

3. EXPERIENCIA LABORAL PREVIA

Formación en gestión tecnológica

Manejo de convenios y contratos
Experiencia en investigación y desarrollo

4. CONOCIMIENTOS NECESARIOS

Conocimientos sobre gestión, investigación y desarrollo científico.
Conocimientos sobre internet y correo electrónico.
Conocimientos de ingles
Conocimientos de sistemas computacionales
Conocimientos sobre relaciones interpersonales
Conocimientos sobre formulación y evaluación de proyectos

5. HABILIDADES Y DESTREZAS

Habilidad de análisis y síntesis
Habilidad para liderar programas y proyectos
Habilidad para la gestión de negociación
Habilidad para coordinar equipos de trabajo
Destreza en el manejo de equipo de oficina

6. CONDICIONES PERSONALES

Edad: Mayor de 25 años
Genero: Femenino o Masculino
Ubicación Geográfica: Area Metropolitana

7. OTROS REQUISITOS Y OBSERVACIONES

Facilidad de expresión
Buenas relaciones interpersonales y laborales
Poder de convencimiento
Resultado en base a metas

FORMULARIO PARA DESCRIPCION DE PUESTOS
Y CLASES OCUPACIONALES (LADP3)

I- DATOS DE IDENTIFICACION

TITULO DEL PUESTO: **TECNICO EN MANTENIMIENTO DE
COMPUTO**

II- DESCRIPCION GENERICA DE TAREAS

Brindar soporte técnico en la solución de problemas de equipo informatico.

III- DESCRIPCION DE TAREAS

1.	Administrar el mantenimiento preventivo y correctivo de todo equipo informatico.
2.	Instalar y configurar equipo informatico y redes locales.
3.	Ofrecer, asesoría técnica en la adquisición de nuevo equipo informatico.
4.	Capacitar a usuarios en el uso adecuado del equipo informatico.
5.	Colaborar con el personal técnico de mayor nivel en labores como prueba, instalación y mantenimiento de programas, así como asesoría técnica a usuarios.

IV- PERFIL DE CONTRATACION

1. EDUCACION FORMAL NECESARIA

Técnico en Mantenimiento y Reparación de Computadoras

2. EDUCACION NO FORMAL NECESARIA

Cursos de electricidad
Cursos de electrónica
Curso de redes de computadora
Cursos de mantenimiento de hardware

3. EXPERIENCIA LABORAL PREVIA

Un año en puestos similares

4. CONOCIMIENTOS NECESARIOS

Conocimiento de electricidad
Conocimiento de electrónica
Conocimiento de redes de computadora
Conocimiento de mantenimiento de hardware

5. HABILIDADES Y DESTREZAS

Habilidad para intercambio de ideas
Habilidad para investigar, manejar y brindar información
Habilidad para atención a usuarios
Habilidad para redactar informes técnicos

6. CONDICIONES PERSONALES

Edad: Mayor de 20 años
Genero: Masculino o Femenino
Ubicación Geográfica: Area Metropolitana

7. OTROS REQUISITOS Y OBSERVACIONES

Buenas relaciones interpersonales y laborales.

FORMULARIO PARA DESCRIPCION DE PUESTOS
Y CLASES OCUPACIONALES (LADP3)

I- DATOS DE IDENTIFICACION

TITULO DEL PUESTO: **ANALISTA PROGRAMADOR**

II- DESCRIPCION GENERICA DE TAREAS

Elaborar los soportes lógicos necesarios para actualizar, instalar, supervisar y administrar el sistema mecanizado de registro académico de la facultad.

III- DESCRIPCION DE TAREAS

1.	Elaborar soportes lógicos de acuerdo a necesidades de la administración académica de la facultad.
2.	Actualizar mestros y tablas del sistema de registro académico de la facultad.
3.	Supervisar la operatividad de los programas y equipos utilizados en el registro académico .
4.	Instalar el sistema de red para el proceso de inscripción de cursos.
5.	Supervisar el procesamiento de notas de todas los cursos servidos por la facultad vía red.
6.	Elaborar reportes estadísticos para uso de las diferentes unidades de la facultad y de la universidad.
7.	Guardar copias de seguridad de archivos y programas.

IV- PERFIL DE CONTRATACION

1. EDUCACION FORMAL NECESARIA

Egresado en Ingeniería en Sistemas o cualquier otra carrera afín.

2. EDUCACION NO FORMAL NECESARIA

Curso sobre ingles técnico
Curso técnico programador analista
Curso sobre manejo de red
Cursos sobre lenguajes de programación

3. EXPERIENCIA LABORAL PREVIA

Haberse desempeñado en puestos similares por lo menos un año.

4. CONOCIMIENTOS NECESARIOS

Conocimiento sobre ingles técnico
Conocimiento técnico programador analista
Conocimientos sólidos de manejo de red

Conocimiento sobre lenguajes de programación

5. HABILIDADES Y DESTREZAS

Habilidad intelectual para solucionar problemas técnicos.

Habilidad para elaborar informes

Habilidad de análisis y síntesis

6. CONDICIONES PERSONALES

Edad: Mayor de 23 años

Genero: Masculino o Femenino

Ubicación Geográfica: Area Metropolitana

7. OTROS REQUISITOS Y OBSERVACIONES

Buenas relaciones interpersonales y laborales

FORMULARIO PARA DESCRIPCION DE PUESTOS
Y CLASES OCUPACIONALES (LADP3)

I- DATOS DE IDENTIFICACION

TITULO DEL PUESTO: **DECANO DE FACULTAD**

II- DESCRIPCION GENERICA DE TAREAS

Cumplir con las decisiones administrativas y ejecutar las decisiones de Junta Directiva, Consejo Superior Universitario y Asamblea General Universitaria de conformidad a lo que establecen los estatutos, ley orgánica de la Universidad de El Salvador y demás leyes del estado relacionadas con el trabajo de su cargo.

III- DESCRIPCION DE TAREAS

1.	Planificar con el Consejo Técnico y Junta Directiva las actividades económico administrativas de la facultad.
2.	Coordinar el trabajo académico y administrativo con las direcciones de la facultad y demás instancias de la Universidad de El Salvador.
3.	Dirigir y participar en el análisis y soluciones de problemas académicos y administrativos de la facultad.
4.	Supervisar el trabajo de las direcciones y unidades que dependen del decanato.
5.	Participar en las reuniones de Consejo Superior Universitario y Comisiones de trabajo para la solución de problemas a nivel universitario.
6.	Designar al secretario de la facultad.
7.	Realizar nombramientos, ascensos, traslados, sanciones, remociones y conceder licencia al personal administrativo de la facultad.
8.	Autorizar documentos de pago, financieros y académicos de conformidad a leyes y reglamentos.
9.	Validar títulos académicos y diplomas que otorga la facultad.
10	Cumplir y hacer cumplir los acuerdos y resoluciones de Junta Directiva de la facultad y demás organismos de gobierno de la misma y de la Universidad de El Salvador.
12.	Realizar la evaluación del indicador de logros alcanzados versus logros planeados LAA.
11.	Presentar a la Junta Directiva y demás organismos competentes de la Universidad de El Salvador, los planes y proyectos académicos presupuestarios y administrativos para su aprobación.
12.	Presidir los actos oficiales de la facultad y representara académicamente a nivel nacional e internacional
13.	Informar a las instancias respectivas de la Universidad de El Salvador del manejo de los fondos financieros y aspectos académicos.
14.	Controlar el uso adecuado y custodia del patrimonio de la facultad.
15.	Proponer a las instancias correspondientes el nombramiento de comisiones para la ejecución de trabajos requerido por la facultad.

IV- PERFIL DE CONTRATACION

1. EDUCACION FORMAL NECESARIA

Graduado de la Universidad de El Salvador ó incorporado con maestría.

2. EDUCACION NO FORMAL NECESARIA

Cursos avanzado de idioma inglés
Cursos de relaciones humanas
Cursos de computación básicos
Cursos sobre la legislación universitaria
Cursos sobre la realidad nacional
Cursos sobre formulación y evaluación de proyectos académicos.
Cursos sobre gestión gerencial
Curso sobre la administración de la educación superior

3. EXPERIENCIA LABORAL PREVIA

Haberse desempeñado en la docencia durante diez años.
Haber desempeñado cargos de dirección académica durante tres años mínimos.
Experiencia en presupuestos gubernamentales.

4. CONOCIMIENTOS NECESARIOS

Conocimientos avanzados de idioma inglés
Conocimientos de relaciones humanas
Conocimientos de computación básicos
Conocimientos sobre la legislación universitaria
Conocimientos sobre la realidad nacional
Conocimientos formulación y evaluación de proyectos académicos.
Conocimiento de la Ley SAFI
Conocimientos sobre gestión gerencial
Conocimientos sobre la administración de la educación superior

5. HABILIDADES Y DESTREZAS

Habilidad para la toma de decisiones
Habilidad para coordinar y dirigir grupos de trabajo
Habilidad para resolver problemas
Habilidad para el manejo de información y comunicación efectiva de la institución.
Destreza para el manejo de equipo audiovisual

6. CONDICIONES PERSONALES

Edad: Mayor de 35 años
Genero: Masculino o Femenino
Ubicación Geográfica: Resida en el área en que desempeñara su cargo.

Haber recibido en el país durante los dos últimos años, excepto por cuestiones de trabajo o estudio.

7. OTROS REQUISITOS Y OBSERVACIONES

Ser Salvadoreño
Características de líder
Mentalidad abierta
Visionario

FORMULARIO PARA DESCRIPCION DE PUESTOS
Y CLASES OCUPACIONALES (LADP3)

I- DATOS DE IDENTIFICACION

TITULO DEL PUESTO: **VICEDECANO DE LA FACULTAD** CGEJ

II- DESCRIPCION GENERICA DE TAREAS

Realizar las funciones ejecutadas por el Decano en su ausencia, las cuales son planificar , organizar y controlar el cumplimiento de las actividades académicas y administrativas de la facultad, velando que sean apegadas al cumplimiento de la ley orgánica, estatutos y reglamentos de la Universidad.

III- DESCRIPCION DE TAREAS

1.	Sustituir al Decano en ausencia de éste.
2.	Coordinar el Consejo Asesor de Planificación
3.	Coordinar el Consejo de Becas de la Facultad.
4.	Colaborar con el Decano en la administración de la facultad.

IV- PERFIL DE CONTRATACION

1. EDUCACION FORMAL NECESARIA

Graduado de la Universidad de El Salvador

2. EDUCACION NO FORMAL NECESARIA

Cursos avanzado de idioma inglés
Cursos de relaciones humanas
Cursos de computación básicos
Cursos sobre la legislación universitaria
Cursos sobre la realidad nacional
Cursos sobre formulación y evaluación de proyectos académicos.
Cursos sobre gestión gerencial
Curso sobre la administración de la educación superior

3. EXPERIENCIA LABORAL PREVIA

Haberse desempeñado en la docencia durante diez años.
Haber desempeñado cargos de dirección académica durante tres años mínimos.
Experiencia en presupuestos gubernamentales.

4. CONOCIMIENTOS NECESARIOS

Conocimientos avanzados de idioma inglés
Conocimientos de relaciones humanas
Conocimientos de computación básicos
Conocimientos sobre la legislación universitaria
Conocimientos sobre la realidad nacional
Conocimientos formulación y evaluación de proyectos académicos.
Conocimiento de la Ley SAFI
Conocimientos sobre gestión gerencial
Conocimientos sobre la administración de la educación superior

5. HABILIDADES Y DESTREZAS

Habilidad para la toma de decisiones
Habilidad para coordinar y dirigir grupos de trabajo
Habilidad para resolver problemas
Habilidad para el manejo de información y comunicación efectiva de la institución.
Destreza para el manejo de equipo audiovisual

6. CONDICIONES PERSONALES

Edad: Mayor de 35 años
Genero: Masculino o Femenino
Ubicación Geográfica: Resida en el área en que desempeñara su cargo.
Haber recibido en el país durante los dos últimos años, excepto por cuestiones de trabajo o estudio.

7. OTROS REQUISITOS Y OBSERVACIONES

Ser Salvadoreño
Características de líder
Mentalidad abierta
Visionario

FORMULARIO PARA DESCRIPCION DE PUESTOS
Y CLASES OCUPACIONALES (LADP3)

I- DATOS DE IDENTIFICACION

TITULO DEL PUESTO: SECRETARIO DE FACULTAD	COGL

II- DESCRIPCION GENERICA DE TAREAS

Elaborar actas y acuerdos tomados por las máximos organismos de autoridad de la facultad y apoyar al Decano en actividades administrativas y académicas.

III- DESCRIPCION DE TAREAS

1.	Redactar las actas de las sesiones de los máximos organismos de autoridad de facultad.
2.	Transcribir acuerdos de Junta Directiva y de los máximos organismos de autoridad de la facultad.
3.	Llevar registro de las actas en los libros respectivos.
4.	Llevar control de los acuerdos tomados por los máximas organismos de autoridad de la facultad.
5.	Legalizar documentos académicos de la facultad.
6.	Expedir certificaciones y constancias académicas de los estudiantes, egresados, graduados de la facultad.
7.	Colaborar en coordinación con el Decano su agenda de reuniones y las convocatorias de las mismas.
8.	Comunicar a las instancias respectivas los acuerdos tomados por los máximos organismos de autoridad de la facultad.
9.	Elaborar memoria de labores de la facultad.
10.	Autenticar la firma del Decano y de los demás funcionarios de la facultad.

IV- PERFIL DE CONTRATACION

1. EDUCACION FORMAL NECESARIA

Graduado de la Universidad de El Salvador o incorporado con grado de la respectiva facultad.

2. EDUCACION NO FORMAL NECESARIA

Curso de técnicas de redacción Curso de relaciones humanas Curso de computación básico Curso de Idioma Inglés Curso de Planificación Estratégica Curso de Planificación Curricular Curso de Formulacion y Evaluación de Proyectos Curso de Evaluación Curricular Curso de Didáctica y Pedagogía Seminario de Ley de Educación Superior Curso sobre Leyes y Reglamentos de la UES. Seminario sobre Leyes y Reglamentos del Ministerio de Salud Curso sobre Metodología de la Investigación

3. EXPERIENCIA LABORAL PREVIA

Haberse desempeñado como jefe durante dos años como mínimo

4. CONOCIMIENTOS NECESARIOS

Conocimiento de técnicas de redacción
Conocimiento de relaciones humanas
Conocimiento de computación básico
Conocimiento de Idioma Inglés
Conocimiento de Planificación Estratégica
Conocimiento de Planificación Curricular
Conocimiento de Formulación y Evaluación de Proyectos
Conocimiento de Evaluación Curricular
Conocimiento de Didáctica y Pedagogía
Conocimiento de Ley de Educación Superior
Conocimiento sobre Leyes y Reglamentos de la UES.
Conocimiento sobre Leyes y Reglamentos del Ministerio de Salud
Conocimiento sobre Metodología de la Investigación

5. HABILIDADES Y DESTREZAS

Habilidad para redactar documentos técnicos
Habilidad para trabajar en equipo
Habilidad de análisis y síntesis
Habilidad de liderazgo
Habilidad para coordinar grupos de trabajo
Destreza en manejo de equipo de oficina

6. CONDICIONES PERSONALES

Edad mayor de 30 años
Genero Masculino o Femenino
Ubicación Geográfica: Área Metropolitana

7. OTROS REQUISITOS Y OBSERVACIONES

Buena Relaciones Interpersonales y Laborales
Facilidad de expresión

FORMULARIO PARA DESCRIPCION DE PUESTOS
Y CLASES OCUPACIONALES (LADP3)

I- DATOS DE IDENTIFICACION

TITULO DEL PUESTO: **COLABORADOR DE
ADMINISTRACIÓN ACADEMICA**

II- DESCRIPCION GENERICA DE TAREAS

Verificar, actualizar, registrar y archivar documentos de trámite académico de la facultad.

III- DESCRIPCION DE TAREAS

1.	Actualizar los registros académicos
2.	Atender estudiantes sobre procesos y trámites académicos
3.	Verificar los registros académicos
4.	Revisar la documentación de trámites académicos
5.	Elaboración de documentos
6.	Colaborar en el proceso de inscripción de antiguo y nuevo ingreso.
7.	Archivar documentación
8.	Remitir documentación de trámites académicos

IV- PERFIL DE CONTRATACION

1. EDUCACION FORMAL NECESARIA

Bachillerato en comercio y Administración opción secretariado

2. EDUCACION NO FORMAL NECESARIA

Curso de informática
Curso de relaciones interpersonales
Curso sobre leyes y reglamentos académicos de la Universidad de El Salvador

3. EXPERIENCIA LABORAL PREVIA

Dos años de experiencia en la empresa privada o pública.

4. CONOCIMIENTOS NECESARIOS

Conocimiento en manejo de hojas electrónicas y procesadores de texto
Conocimiento sobre leyes y reglamentos académicos de la Universidad de El Salvador

5. HABILIDADES Y DESTREZAS

Habilidad para atención al público
Habilidad para la redacción y ortografía
Destreza para manejo de equipo de oficina

6. CONDICIONES PERSONALES

Edad: Mayor de 20 años
Genero: Masculino o Femenino
Ubicación Geográfica: Area Metropolitana

7. OTROS REQUISITOS Y OBSERVACIONES

Buenas relaciones interpersonales y laborales

FORMULARIO PARA DESCRIPCION DE PUESTOS
Y CLASES OCUPACIONALES (LADP3)

I- DATOS DE IDENTIFICACION

TITULO DEL PUESTO: **AUXILIAR BIBLIOTECARIO**

II- DESCRIPCION GENERICA DE TAREAS

Dar atención al público en el préstamo del material bibliográfico.

III- DESCRIPCION DE TAREAS

1.	Brindar atención al público
2.	Digitar registros en las bases de datos
3.	Ordenar material bibliográfico
4.	Control de los usuarios morosos
5.	Participar en el inventario de la biblioteca

IV- PERFIL DE CONTRATACION

1. EDUCACION FORMAL NECESARIA

Bachillerato

2. EDUCACION NO FORMAL NECESARIA

Cursos básicos de computación
Curso de relaciones interpersonales

3. EXPERIENCIA LABORAL PREVIA

Ninguna

4. CONOCIMIENTOS NECESARIOS

Conocimientos básicos de computación
Conocimientos sobre relaciones interpersonales

5. HABILIDADES Y DESTREZAS

Destreza en el manejo de equipo de oficina

6. CONDICIONES PERSONALES

Edad: Mayor de 20 años
Genero: Masculino o Femenino
Ubicación Geográfica: Area Metropolitana

7. OTROS REQUISITOS Y OBSERVACIONES

Buenas relaciones interpersonales y laborales

FORMULARIO PARA DESCRIPCION DE PUESTOS
Y CLASES OCUPACIONALES (LADP3)

I- DATOS DE IDENTIFICACION

TITULO DEL PUESTO: **JEFE DE BIBLIOTECA DE LA
FACULTAD**

II- DESCRIPCION GENERICA DE TAREAS

Planificar y coordinación del servicio bibliográfico a los alumnos.

III- DESCRIPCION DE TAREAS

1.	Gestionar el material para incrementar el recurso bibliográfico y equipo.
2.	Dar seguimiento del plan de trabajo
3.	Promover el desarrollo de los servicios de información electrónica para usuarios.
4.	Coordinar el procesamiento del material bibliográfico.
5.	Elaborar el plan de trabajo de la unidad.
6.	Elaborar informes
7.	Elaborar memoria de trabajos

IV- PERFIL DE CONTRATACION

1. EDUCACION FORMAL NECESARIA

Graduado en Técnico en Bibliografía o Licenciado en Ciencia de la Educación.

2. EDUCACION NO FORMAL NECESARIA

Curso sobre paquetes de automatización de biblioteca.
Curso de inglés avanzado
Curso de desarrollo de colecciones
Curso de tecnología educativa
Curso sobre relaciones humanas
Curso básico de computación

3. EXPERIENCIA LABORAL PREVIA

Tres años de experiencia en puestos similares en empresas públicas o privadas.

4. CONOCIMIENTOS NECESARIOS

Conocimientos sobre paquetes de automatización de biblioteca (MICRO ISIS).
Conocimientos de inglés avanzado

Conocimientos de desarrollo de colecciones
Conocimientos de tecnología educativa
Conocimientos sobre relaciones humanas
Conocimientos básico de computación

5. HABILIDADES Y DESTREZAS

Habilidad para la toma de decisiones
Habilidad para redactar documentos técnicos
Habilidad para trabajar en equipo
Habilidad de análisis y síntesis
Habilidad de liderazgo
Habilidad para coordinar grupos de trabajo
Destreza en manejo de equipo de oficina

6. CONDICIONES PERSONALES

Edad: Mayor de 30 años
Genero: Masculino o Femenino
Ubicación Geográfica: Resida en el área en que prestará sus servicios.

7. OTROS REQUISITOS Y OBSERVACIONES

Buenas relaciones interpersonales y laborales.

FORMULARIO PARA DESCRIPCION DE PUESTOS
Y CLASES OCUPACIONALES (LADP3)

I- DATOS DE IDENTIFICACION

TITULO DEL PUESTO: **TECNICO BIBLIOTECARIO**

II- DESCRIPCION GENERICA DE TAREAS

Preparar los materiales bibliográficos de la biblioteca.

III- DESCRIPCION DE TAREAS

1.	Catalogar material bibliográfico
2.	Clasificar material bibliográfico
3.	Mantener actualizada la base de datos
4.	Realizar inventario de los materiales bibliográficos existentes.
5.	Preparar informes
6.	Preparar físicamente el material bibliográfico

IV- PERFIL DE CONTRATACION

1. EDUCACION FORMAL NECESARIA

Bachiller con estudios en bibliotecología o diplomado en bibliotecología

2. EDUCACION NO FORMAL NECESARIA

Cursos de inglés
Cursos de computación
Cursos de relaciones humanas
Cursos de redacción, ortografía

3. EXPERIENCIA LABORAL PREVIA

Dos años de experiencia en puestos similares en la empresa privada o pública.

4. CONOCIMIENTOS NECESARIOS

Conocimientos de inglés
Conocimientos de computación
Conocimientos de relaciones humanas
Conocimientos de redacción, ortografía

5. HABILIDADES Y DESTREZAS

Habilidad para atender al usuario
Habilidad para la clasificación y catalogación de material bibliográfico.
Destreza en el manejo de equipo de oficina

6. CONDICIONES PERSONALES

Edad: Mayor de 30 años
Genero: Masculino o Femenino
Ubicación Geográfica: Resida en el área en que prestará sus servicios.

7. OTROS REQUISITOS Y OBSERVACIONES

Buenas relaciones interpersonales y laborales

FORMULARIO PARA DESCRIPCION DE PUESTOS
Y CLASES OCUPACIONALES (LADP3)

I- DATOS DE IDENTIFICACION

TITULO DEL PUESTO: FONTANERO	MTAN

II- DESCRIPCION GENERICA DE TAREAS

Instalar, reparar y mantener el sistema de tuberías y accesorios de agua potable y negras.

III- DESCRIPCION DE TAREAS

1.	Elaborar presupuesto de trabajos a realizar.
2.	Instalar cañerías de agua potable, aguas negras y accesorios.
3.	Reparar cañerías de agua potable, aguas negras y accesorios.
4.	Dar mantenimiento preventivo a todo lo relacionado a lo hidráulico.
5.	Elaborar reportes de terminación de obras.

IV- PERFIL DE CONTRATACION

1. EDUCACION FORMAL NECESARIA

Noveno Grado

2. EDUCACION NO FORMAL NECESARIA

Curso sobre seguridad industrial Curso sobre relaciones humanas

3. EXPERIENCIA LABORAL PREVIA

De cinco años en puestos similares.

4. CONOCIMIENTOS NECESARIOS

Conocimientos básicos de fontanería Conocimiento del equipo y herramientas que se utilizan en el oficio.

5. HABILIDADES Y DESTREZAS

Habilidad para elaborar presupuestos Destreza en el manejo de equipo y herramientas de la especialidad.

6. CONDICIONES PERSONALES

Edad: Mayor de 25 años

Genero: Masculino

Ubicación Geográfica: Resida en el área en que prestará sus servicios.

7. OTROS REQUISITOS Y OBSERVACIONES

Buenas relaciones interpersonales y laborales.

FORMULARIO PARA DESCRIPCION DE PUESTOS
Y CLASES OCUPACIONALES (LADP3)

I- DATOS DE IDENTIFICACION

TITULO DEL PUESTO: JARDINERO	MT-AM

II- DESCRIPCION GENERICA DE TAREAS

Mantener en buen estado las áreas verdes y jardines en lo que se refiere a la siembra, poda, abono y limpieza.

III- DESCRIPCION DE TAREAS

1.	Cortar maleza de las áreas verdes y jardines.
2.	Regar zonas verdes y jardines
3.	Cultivar árboles y arbustos que contribuyan al ornato de la unidad.
4.	Preparar suelos para la siembra de plantas ornamentales, frutales y césped.
5.	Elaborar y cuidar almácigos e injertos de variedades, vegetales y frutales.
6.	Realizar podas, deshojar plantas y deshierbar jardines y zonas verdes.
7.	Aplicar el abono e insecticida apropiado a las plantas ornamentales y frutas.
8.	hacer modelado de plantas mediante la poda.

IV- PERFIL DE CONTRATACION

1. EDUCACION FORMAL NECESARIA

Noveno Grado.

2. EDUCACION NO FORMAL NECESARIA

Curso sobre seguridad industrial Curso sobre relaciones humanas

3. EXPERIENCIA LABORAL PREVIA

Un año de experiencia en puestos similares.

4. CONOCIMIENTOS NECESARIOS

Conocimientos sobre ornato y limpieza

5. HABILIDADES Y DESTREZAS

Destreza en le manejo de equipo y herramientas de jardinería.

6. CONDICIONES PERSONALES

Edad: Mayor de 25 años Genero: Masculino Ubicación Geográfica: Resida en el área en que prestará sus servicios.

7. OTROS REQUISITOS Y OBSERVACIONES

Buenas relaciones interpersonales y laborales.

FORMULARIO PARA DESCRIPCION DE PUESTOS
Y CLASES OCUPACIONALES (LADP3)

I- DATOS DE IDENTIFICACION

TITULO DEL PUESTO: INTENDENTE	MT-GL

II- DESCRIPCION GENERICA DE TAREAS

Administrar las tareas del personal de servicio de la facultad.

III- DESCRIPCION DE TAREAS

1.	Planificar las actividades del personal de servicio de la facultad.
2.	Coordinar las labores de limpieza y reparaciones de las instalaciones, mobiliario y equipo de la facultad.
3.	Dirigir las tareas de los subalternos.
4.	Controlar el trabajo realizado por los subalternos.
5.	Controlar el uso adecuado de materiales y herramientas de trabajo del personal a su cargo.
6.	Controlar la entrega y recibo de los aparatos audiovisuales y equipo de la facultad.
7.	Elaborar informes y reportes a su jefe inmediato sobre las actividades realizadas del personal a su cargo.

IV- PERFIL DE CONTRATACION

1. EDUCACION FORMAL NECESARIA

Bachiller Industrial o en Comercio.

2. EDUCACION NO FORMAL NECESARIA

Cursos de relaciones humanas Cursos de mantenimiento de maquinaria y equipo de oficina Curso sobre seguridad industrial

3. EXPERIENCIA LABORAL PREVIA

Haberse desempeñado en cargos similares como mínimo por tres años.

4. CONOCIMIENTOS NECESARIOS

Conocimientos de relaciones humanas Conocimientos de mantenimiento de maquinaria y equipo de oficina Conocimientos sobre seguridad industrial

5. HABILIDADES Y DESTREZAS

Habilidad para toma de decisiones
Habilidad para redactar informes
Habilidad para conducir personal
Destreza en el manejo de equipo de oficina

6. CONDICIONES PERSONALES

Edad: Mayor de 25 años
Genero: Masculino
Ubicación Geográfica: Resida en el área en que prestará sus servicios.

7. OTROS REQUISITOS Y OBSERVACIONES

Buenas relaciones interpersonales y laborales.

FORMULARIO PARA DESCRIPCION DE PUESTOS
Y CLASES OCUPACIONALES (LADP3)

I- DATOS DE IDENTIFICACION

TITULO DEL PUESTO: **MOTORISTA** ADTI

II- DESCRIPCION GENERICA DE TAREAS

Conducir todo tipo de vehículo automotor que preste el servicio de transportar personal, materiales y maquinaria de la institución.

III- DESCRIPCION DE TAREAS

1.	Conducir vehículo para las diferentes actividades de la institución.
2.	Realizar actividades de mantenimientos básico del vehículo.
3.	Colaborar en el remolque de otros vehículos con desperfectos mecánicos.
4.	Ayudar a cargar y descargar material o equipo transportado.

IV- PERFIL DE CONTRATACION

1. EDUCACION FORMAL NECESARIA

Bachillerato en cualquier opción.

2. EDUCACION NO FORMAL NECESARIA

Cursos de manejo de vehículos
Curso básico de mecánica
Cursos de relaciones interpersonales
Cursos sobre seguridad industrial

3. EXPERIENCIA LABORAL PREVIA

Un año de experiencia como mínimo

4. CONOCIMIENTOS NECESARIOS

Conocimientos de manejo de vehículos
Conocimientos básico de mecánica
Conocimientos sobre relaciones interpersonales
Conocimientos sobre seguridad industrial
Conocimientos sobre nomenclatura

5. HABILIDADES Y DESTREZAS

Habilidad para identificar fallas mecánicas de el vehículo
Destreza para hacer reparaciones menores de vehículo
Destreza para el manejo de herramientas básicas de vehículo.

6. CONDICIONES PERSONALES

Edad: Mayor de 21 años
Genero: Masculino
Ubicación Geográfica: Resida en el área en que prestará sus servicios.

7. OTROS REQUISITOS Y OBSERVACIONES

Licencia C, B o pesada
Buenas relaciones interpersonales y laborales.

FORMULARIO PARA DESCRIPCION DE PUESTOS
Y CLASES OCUPACIONALES (LADP3)

I- DATOS DE IDENTIFICACION

TITULO DEL PUESTO: **CARPINTERO** MTOB

II- DESCRIPCION GENERICA DE TAREAS

Coordinar y ejecutar trabajos de elaboración y reparación de muebles de madera, así como construir divisiones y encielados internos y externos.

III- DESCRIPCION DE TAREAS

1.	Construir muebles de madera
2.	Construir infraestructura de madera
3.	Construir y reparar cielos falsos
4.	Dar mantenimiento a herramientas y equipo de trabajo
5.	Elaborar obras falsas en construcción
6.	Elaborar presupuesto sobre material de carpintería
7.	Construir divisiones internas de madera
8.	Ejecutar montaje de eventos.
9.	Instalar facias

IV- PERFIL DE CONTRATACION

1. EDUCACION FORMAL NECESARIA

Educación básica, mínimo Tercer Ciclo

2. EDUCACION NO FORMAL NECESARIA

Cursos de carpintería general
Cursos de especialización ebanista
Curso sobre seguridad industrial
Curso de relaciones humanas

3. EXPERIENCIA LABORAL PREVIA

Cinco años mínimo de experiencia

4. CONOCIMIENTOS NECESARIOS

Conocimientos de carpintería general
Conocimientos de especialización ebanista
Conocimientos sobre seguridad industrial
Conocimientos de relaciones humanas

5. HABILIDADES Y DESTREZAS

Habilidad para interpretar dibujos técnicos
Habilidad para interpretar instrucciones verbales
Destreza para el manejo de materiales, herramientas y equipo de su especialidad.

6. CONDICIONES PERSONALES

Edad: Mayor de 25 años

Genero: Masculino

Ubicación Geográfica: Resida en el área en que prestará sus servicios.

7. OTROS REQUISITOS Y OBSERVACIONES

Buenas relaciones interpersonales y laborales

FORMULARIO PARA DESCRIPCION DE PUESTOS
Y CLASES OCUPACIONALES (LADP3)

I- DATOS DE IDENTIFICACION

TITULO DEL PUESTO:	DIRECTOR DE MAESTRIA	UN-02-002

II- DESCRIPCION GENERICA DE TAREAS

Planificar, dirigir y controlar las actividades académicas y financieras de la maestría, establece relaciones interinstitucionales e informar de las autoridades desarrolladas a los órganos de dirección superior de la facultad.

III- DESCRIPCION DE TAREAS

1.	Elaboración del plan de trabajo de la unidad.
2.	Actualizar programas académicos de la maestría
3.	Dar seguimiento a los distintos programas académicos.
4.	Coordinar las reuniones de docentes para la calendarización de las actividades académicas.
5.	Llevar el registro académico local de la MAF
6.	Elaborar presupuesto de la MAF
7.	Controlar los gastos de la MAF para presentar los órganos legales.
8.	Elaborar programas de gestión para docentes nacionales y extranjeros.
9.	Elaborar programas de gestión de fondos nacionales y extranjeros para fortalecer la MAF
10.	Formular y desarrollar eventos académicos a nivel nacional.
11.	Elaborar informes académicos a las instancias superiores.
12.	Seleccionar los candidatos a estudios de posgrado.

IV- PERFIL DE CONTRATACION

1. EDUCACION FORMAL NECESARIA

Graduado en el área de Ciencias Económicas
Maestría en Finanzas o Administración de Empresas

2. EDUCACION NO FORMAL NECESARIA

Curso de formulación y evaluación de proyectos.
Cursos de perfeccionamiento de ciencias y tecnología.
Manejo técnico del idioma inglés
Cursos gerenciales

3. EXPERIENCIA LABORAL PREVIA

Cinco años como profesor universitario III
Cinco años como asesor empresarial
Gerente administrativo por dos años

4. CONOCIMIENTOS NECESARIOS

Conocimiento de formulación y evaluación de proyectos.
Conocimiento de perfeccionamiento de ciencias y tecnología.
Conocimiento técnico del idioma inglés
Conocimiento administración gerencial
Conocimiento post-universitaria
Asesoría empresarial
Ingles técnico
Formulación y evaluación de proyecto

5. HABILIDADES Y DESTREZAS

Habilidad en resolución de problemas
Habilidad para toma de decisiones
Habilidad de análisis y síntesis
Habilidad para estructuración de ideas
Habilidad para liderar grupos de trabajo
Habilidad para coordinar trabajos en grupos

6. CONDICIONES PERSONALES

Edad: Mayor de 35 años
Genero: Masculino o Femenino
Ubicación Geográfica: Area Metropolitana

7. OTROS REQUISITOS Y OBSERVACIONES

Buena presentación
Buenas relaciones interpersonales y laborales
Facilidad de expresión

FORMULARIO PARA DESCRIPCION DE PUESTOS
Y CLASES OCUPACIONALES (LADP3)

I- DATOS DE IDENTIFICACION

TITULO DEL PUESTO:	COLECTOR AUXILIAR	AFTS

II- DESCRIPCION GENERICA DE TAREAS

Control operativo del movimiento diario de dinero de la unidad, custodia valores, recauda fondos, prepara los depósitos bancarios y realiza el informe diario de caja.

III- DESCRIPCION DE TAREAS

1.	Recibir ingresos en concepto de ventas y servicios.
2.	Remesar ingresos diarios a las cuentas bancarias.
3.	Elaborar informes de certificaciones de ingresos mensuales.
4.	Registrar ingresos en libro de caja.
5.	Archivar documentación de Colecturía.
6.	Informe diario de ingresos.
7.	Elaborar reporte de certificación de ingresos utilizados.

IV- PERFIL DE CONTRATACION

1. EDUCACION FORMAL NECESARIA

Bachiller Comercial Opción Contable

2. EDUCACION NO FORMAL NECESARIA

Cursos básicos de computación
Cursos básicos de leyes y reglamentos en las áreas de Captación de fondos.
Cursos básicos de contabilidad

3. EXPERIENCIA LABORAL PREVIA

Haberse desempeñado en puestos similares o en colecturía por lo menos un año.

4. CONOCIMIENTOS NECESARIOS

Conocimientos básicos de computación
Conocimientos básicos de leyes y reglamentos en las áreas de Captación de fondos.
Conocimientos básicos de contabilidad

5. HABILIDADES Y DESTREZAS

Habilidad numérica
Habilidad analítica
Exactitud en el cálculo

6. CONDICIONES PERSONALES

Edad: Mayor de 20 años
Genero: Masculino o Femenino
Ubicación Geográfica: Area Metropolitana

7. OTROS REQUISITOS Y OBSERVACIONES

Buenas relaciones interpersonales y laborales.

FORMULARIO PARA DESCRIPCION DE PUESTOS
Y CLASES OCUPACIONALES (LADP3)

I- DATOS DE IDENTIFICACION

TITULO DEL PUESTO: ENFERMERA DEL AREA DE CIRUGIA ODONTOLOGICA	UN060005

II- DESCRIPCION GENERICA DE TAREAS

Preparar a pacientes que serán intervenidos quirúrgicamente, colaborar con el equipo de trabajo al momento de las cirugías, preparar material e instrumental en la sala de cirugía, además brindar asesoría al estudiante en todo lo relacionado a la asepsia, cuidados y medicamentos pre y post operatorios a los pacientes.

III- DESCRIPCION DE TAREAS

1.	Preparar al paciente antes de cada cirugía.
2.	Colaborar con el equipo de trabajo al momento de la cirugía.
3.	Preparar el instrumental que se utilizará en los procedimientos quirúrgicos.
4.	Verificar la existencia y condiciones optimas del instrumental, material y equipo para el área de cirugía.
5.	Mantener el área de cirugía en condiciones optimas en asepsia.
6.	Preparar los paquetes de instrumentos, material y equipo para ser esterilizados.
7.	Transmitir las indicaciones sobre asepsia, uso cuidado pre y post operatorio de los pacientes; uso del instrumental y medicamentos a los estudiantes asignados a dicha área.
8.	Controlar el expediente clínico de los pacientes que se van atendiendo.
9.	Dar cita al paciente.
10.	Preparar requisiciones de los materiales, equipo y medicamentos para el área de cirugía.
11.	Preparar informes semanales de los pacientes atendidos y tratamientos efectuados en esta área a Dirección de Clínicas.

IV- PERFIL DE CONTRATACION

1. EDUCACION FORMAL NECESARIA

Enfermera graduada

2. EDUCACION NO FORMAL NECESARIA

Curso de esterilización y desinfección Curso de resucitación cardio pulmonar Curso de atención y servicio al cliente Curso sobre trabajo en equipo Curso sobre relaciones humanas y motivación

3. EXPERIENCIA LABORAL PREVIA

Haber desempeñado en cargos similares en instituciones hospitalarias o en universidades en facultades del área de la salud, por lo menos durante dos años.

4. CONOCIMIENTOS NECESARIOS

Conocimientos de esterilización y desinfección
Conocimientos de resucitación cardio pulmonar
Conocimientos de atención y servicio al cliente
Conocimientos sobre trabajo en equipo
Conocimientos sobre relaciones humanas y motivación

5. HABILIDADES Y DESTREZAS

Habilidad para trabajar en equipo
Habilidad para redactar informes
Habilidad para interpretar indicaciones y transmitirlos a los usuarios
Destreza para implementar los primeros auxilios

6. CONDICIONES PERSONALES

Edad: Mayor de 20 años
Genero: Masculino o Femenino
Ubicación Geográfica: Area Metropolitana

7. OTROS REQUISITOS Y OBSERVACIONES

Buenas relaciones interpersonales y laborales
Facilidad de expresión
Con iniciativa

FORMULARIO PARA DESCRIPCION DE PUESTOS
Y CLASES OCUPACIONALES (LADP3)

I- DATOS DE IDENTIFICACION

TITULO DEL PUESTO:	ADMINISTRADOR DE RED DE FACULTAD	INAS

II- DESCRIPCION GENERICA DE TAREAS

Planificar, coordinar, ejecutar y controlar las actividades relacionadas con el funcionamiento adecuado de la res de la facultad.

III- DESCRIPCION DE TAREAS

1.	Planificar las actividades relacionadas con el buen funcionamiento de la red de la facultad.
2.	Coordinar el mantenimiento preventivo y correctivo de los cables y computadoras conectadas a la red y a la INTERNET.
3.	Instalar red de computadoras en la unidad que lo solicite.
4.	Actualizar los programas del computador utilizado como servidor de la red.
5.	Coordinar el proceso de inscripción de asignaturas a través de la red.
6.	Asesorar a las diferentes unidades de la facultad en la adquisición de equipo de computación.
7.	Controlar el trabajo de sus subalternos.

IV- PERFIL DE CONTRATACION

1. EDUCACION FORMAL NECESARIA

Ingeniero en Sistemas Informaticos o Ingeniero Industrial o Licenciado en Matemáticas o Licenciado en Ciencias Físicas.

2. EDUCACION NO FORMAL NECESARIA

Cursos sobre mantenimiento de redes y equipos de computación.
Cursos sobre soportes lógicos de computación.
Cursos sobre formulación y evaluación de proyectos.
Cursos sobre instalación de redes de computación.

3. EXPERIENCIA LABORAL PREVIA

Haberse desempeñado en cargos similares en instituciones públicas o privadas, durante dos

años como mínimo.

4. CONOCIMIENTOS NECESARIOS

Conocimientos sobre mantenimiento de redes y equipos de computación.
Conocimientos sobre soportes lógicos de computación.
Conocimientos sobre formulación y evaluación de proyectos.
Conocimientos sobre instalación de redes de computación.

5. HABILIDADES Y DESTREZAS

Habilidad para trabajar en equipo
Habilidad para toma de decisiones
Habilidad para análisis y síntesis
Destreza para el manejo de equipo de oficina
Destreza para el manejo de instrumentos para reparaciones de equipo de computación.

6. CONDICIONES PERSONALES

Edad: Mayor de 25 años
Genero: Masculino o Femenino
Ubicación Geográfica: Area Metropolitana

7. OTROS REQUISITOS Y OBSERVACIONES

Buenas relaciones interpersonales y laborales
Iniciativa
Aptitud para realizar labores mecánicas o manuales
Cumplir con lo establecido en leyes y reglamentos de la universidad.

FORMULARIO PARA DESCRIPCION DE PUESTOS
Y CLASES OCUPACIONALES (LADP3)

I- DATOS DE IDENTIFICACION

TITULO DEL PUESTO:	SERVICIOS GENERALES	ADSA

II- DESCRIPCION GENERICA DE TAREAS

Hacer limpieza en las instalaciones físicas, mantenimiento de zonas verdes, auxiliar al personal de mantenimiento.

III- DESCRIPCION DE TAREAS

1.	Hacer limpieza en las instalaciones físicas (limpieza de pisos, muebles, vidrios, paredes, techo, canales, tragantes, etc., etc. y equipo en las áreas asignadas.
2.	Mantenimiento de zonas verdes, riego, fertilización, siembra de árboles ornamentales, fumigación, cortar grama, poda de árboles, deshierbe, limpieza en general, transportar la basura a la zona asignada.
3.	Auxiliar al personal de mantenimiento en las tareas de: albañilería, carpintería, fontanería, etc.

IV- PERFIL DE CONTRATACION

1. EDUCACION FORMAL NECESARIA

Estudios mínimos del primer nivel básico

2. EDUCACION NO FORMAL NECESARIA

3. EXPERIENCIA LABORAL PREVIA

En las ramas afines al puesto

4. CONOCIMIENTOS NECESARIOS

Conocimientos generales de Carpintería, jardinería, fontanería y electricidad

5. HABILIDADES Y DESTREZAS

Habilidad para trabajar en equipo y manejo de maquinas y herramientas inherentes la puesto.

6. CONDICIONES PERSONALES

Edad: Mayor de 18 años

Género: Masculino o Femenino

Ubicación Geográfica: Resida en el área en que prestara sus servicios.

7. OTROS REQUISITOS Y OBSERVACIONES

Buenas relaciones interpersonales y laborales

Responsable

Dinámico

1.9.9. Manual de Calidad

MANUAL DE CALIDAD

Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador



☐ COPIA CONTROLADA	No. DE COPIA _____.
☐ COPIA NO CONTROLADA	

TABLA DE REVISIONES		
No. DE REVISION	FECHA	DESCRIPCION DE LA MODIFICACIÓN
0	09/10/2013	ELABORACIÓN INICIAL

ELABORO: R. DE CALIDAD		APROBADO POR: DECANATO	
FECHA	09/10/2013	FECHA	09/10/2013
FIRMA		FIRMA	

LISTA DE CONTROL DE LA DISTRIBUCIÓN

NUMERO DE COPIA	PUESTO	NOMBRE
01	SECRETARIA DEL DECANATO	
02	DIRECTORA DE PLANIFICACIÓN	
03	DIRECTOR DE CLINICAS	
04	JEFE DE LA UNIDAD FINANCIERA	

ÍNDICE

i.	POLÍTICA DE CALIDAD.....	757
ii.	OBJETIVOS DE CALIDAD.....	757
1.	RESPONSABILIDAD GERENCIAL.....	758
1.1.	Política de Calidad.....	758
1.2.	Organización.....	758
2.	NIVELES DE DOCUMENTACIÓN.....	760
3.	CONTROL DEL DISEÑO DE LOS SERVICIOS.....	760
4.	CONTROL DE DOCUMENTOS.....	761
5.	COMPRAS.....	761
6.	CAPACITACION DEL PERSONAL.....	762
7.	PRODUCTOS SUMINISTRADOS POR EL COMPRADOR.....	762
8.	IDENTIFICACION DEL PRODUCTO Y RASTREABILIDAD.....	762
9.	CONTROL DEL PROCESO DE SERVICIO.....	763
10.	INSPECCION Y PRUEBA.....	763
11.	INSPECCIÓN, MEDICIÓN Y PRUEBA DE EQUIPO.....	763
12.	ESTADO DE INSPECCIÓN Y VERIFICACION.....	763
13.	CONTROL DE PRODUCTO NO CONFORME.....	764
14.	ACCION CORRECTIVA.....	764
15.	MANEJO, ALMACENAJE, EMPAQUE.....	764
16.	REGISTROS DE CALIDAD.....	765
17.	AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD.....	765
18.	ACCION PREVENTIVA.....	766

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

El presente manual describe el sistema de aseguramiento de la calidad de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador, este manual sirve para asegurar:

1. La conformidad de los requisitos del cliente
2. La conformidad de los productos comprados.
3. El cumplimiento con los requisitos de la norma ISO 9001:2008

i. POLÍTICA DE CALIDAD

La política de calidad de la FOUES contempla el aseguramiento de la satisfacción de los requisitos de los pacientes en clínicas tanto de los estudiantes de la facultad.

La misma tiene como política la proyección social desde el punto de vista de ofrecer servicios de calidad a la población, asegurarse de que los servicios brindados cumplan con los requerimientos de los pacientes y satisfagan de manera integral sus necesidades.

Los empleados de la FOUES se encuentran consientes y sabedores de la política de calidad y tanto los docentes como los estudiantes están comprometidos con la satisfacción y la conformidad de los requisitos de los clientes.

ii. OBJETIVOS DE CALIDAD

- Elevar las consultas de las clínicas FOUES, al nivel máximo de atención que es de un 69.38% como promedio en el año académico.
- Garantizar la satisfacción del 90% de las personas efectivamente atendidas dentro de las clínicas FOUES.
- Orientar la operación de la FOUES hacia la mejora de la eficacia del sistema de gestión de calidad.

1. RESPONSABILIDAD GERENCIAL

1.1. Política de Calidad

La política de calidad descrita en el principio de este manual representa el compromiso de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador con la población en general, desde el enfoque de la proyección social.

La política de calidad de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador, está a la alcance de cada empleado y dentro de los archivos de cada una de las diferentes áreas, además de entregársele al empleado en la capacitación o reunión de inducción.

1.2. Organización

1.2.1 Responsabilidad y autoridad

1.2.1.1. El organigrama representa la autoridad y jerarquía de mando del mismo.

1.2.1.2 el director de clínicas y de planificación son los responsables de la implantación y la utilización del programa de aseguramiento de la calidad de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador.

1.2.1.3 El director de planificación es el responsable de presidir las reuniones de revisión anuales o semestrales del sistema de gestión de la calidad, los puntos a tratar deben incluir la medición de la eficacia del sistema de gestión de calidad, el control de los registros y del producto no conforme como mínimo y los registros de estas reuniones de revisión deberán ser documentadas por la secretaria del decanato para su posterior almacenamiento y consulta.

La información y registros que deberán presentarse a estas reuniones serán:

- La información de entrada para la revisión.
- Registros de la competencia del personal.
- Registros de que los procesos cumplen con los requisitos /o las no conformidades.
- Registro de los elementos de entrada para el diseño y desarrollo cuando se tenga algún servicio nuevo.
- Registro de auditorías.

Algunos aspectos adicionales de revisión incluyen:

- Registros de las acciones correctivas
- Control de servicios no conformes
- Acciones preventivas.

1.2.1.4 el director de clínicas debe realizar las siguientes actividades:

- Coordinar y enfocar las labores para el cumplimiento de los requisitos de los pacientes y estudiantes de la FOUES.
- Asegurarse de que las capacitaciones brindadas al personal sean comprendidas por todos los miembros de la organización y puestas en práctica.
- Establecer medios de comunicación eficaces que permitan conocer los requerimientos de los clientes.
- Participar en las revisiones del diseño y desarrollo de los servicios así como de su validación y verificación.
- Mantener una comunicación eficaz con toda la organización con el fin de notificar sobre cualquier cambio que afecte la conformidad de los servicios con los requerimientos de los clientes.

1.2.1.5 el encargado del departamento de recursos humanos debe de tener a la mano los manuales de funciones, responsabilidades y jerarquía del personal sobre todo en las funciones que afecten directamente la calidad de los servicios brindados.

SECCION 2

2. NIVELES DE DOCUMENTACIÓN

2.1 Dentro de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador FOUES, existe un sistema de gestión de la calidad basado en la norma ISO 9001:2008 con el fin de cumplir con los requisitos de calidad de sus clientes, dentro de la dirección de clínicas, el director vela por la conformidad de los servicios ofrecidos a los pacientes con el fin de satisfacer las necesidades de los mismos.

2.2 Los niveles de documentación institucionales son los siguientes:

- Manual de funciones de cada uno de los puestos de la facultad
- Manual de organización
- Manual de procedimientos
- Manual de calidad
- Registros de calidad
- Norma ISO 9001:2008 para consulta.

SECCION 3:

3. CONTROL DEL DISEÑO DE LOS SERVICIOS

3.1 la dirección de clínicas de la Facultad de Odontología de la universidad de El Salvador posee los requisitos de diseño de los servicios de clínicas de la misma, con el fin de garantizar la calidad de los servicios de la facultad.

3.2 Las revisiones en el diseño de servicios nuevos se planifican, revisan y validan antes de implementarse para garantizar la conformidad de los mismos con los requisitos del cliente.

3.3 Antes de realizar un nuevo servicio deberá llevarse a cabo una prueba piloto con el fin de verificar todos los aspectos relacionados a la calidad y la satisfacción de los clientes.

3.4 Debe de mantenerse registros sobre el diseño de los servicios con el fin de que estos puedan ser consultados y/o verificados.

3.5 Las revisiones en el diseño de los servicios deberán registrarse junto con los cambios que se implementaran y estar disponibles al alcance de los empleados de la Dirección de clínicas para su consulta y verificación en ediciones vigentes.

SECCION 4

4. CONTROL DE DOCUMENTOS

4.1 Los documentos deberán estar disponibles en los puesto de uso en la cantidad requerida y deberán ser legibles e identificables según su versión vigente.

4.2 los documentos obsoletos deberán ser almacenados para su consulta (de ser necesario) pero deberán ser marcados con un sello que identifique el estado de vigencia de los mismos.

4.3 el director de cada unidad deberá verificar dos veces al año los formatos y documentos que se utilizan en cada uno de los puestos de trabajo con el fin de determinar si estos están siendo utilizados para el fin que fueron diseñados y si se encuentran en su versión vigente.

4.4 El director de cada unidad podrá realizar los cambios necesarios en los documentos de la misma y deberá de encargarse de eliminar los obsoletos.

SECCION 5

5. COMPRAS

5.1 El encargado de compras de la Facultad de Odontología debe de asegurarse del establecimiento de los requisitos de los productos comprados, además de su legibilidad y su oportuna comunicación e información a cada proveedor.

5.2 Requisiciones de compra:

- Las requisiciones de compra son elaboradas por el personal que utilizará estos productos.
- Las requisiciones deben de contener la cantidad de productos, característica de los mismos, calidad aceptable y otras especificaciones que se consideren pertinentes como información adicional que contribuyan a la calidad en la realización de los servicios.
- El encargado de arsenal es el responsable de verificar los productos comprados comprándolos con los requisitos pre establecidos por cada uno de los usuarios.

5.3 Evaluación de los proveedores

- Los criterios de evaluación de proveedores son establecidos por la Unidad de Contrataciones y Adquisiciones Internas UACI y los proveedores son evaluados a través de ellas durante el proceso de licitación.
- Los proveedores que no cumplan con los requisitos de calidad establecidos por la UACI serán automáticamente descartados y notificados para que en próximas

licitaciones puedan corregir las conformidades y participen en procesos exitosos de licitación.

- Las visitas de verificación para los proveedores serán realizadas si el encargado de compras o arsenal así lo considera.

SECCION 6

6. CAPACITACION DEL PERSONAL

6.1 Las capacitaciones al personal nuevo deberán contener la información pertinente según la función a desempeñar que intervenga directamente en la calidad de los servicios y del sistema de gestión.

6.2 Las capacitaciones al personal deberán ser planificadas y calendarizadas por la unidad de recursos humanos.

6.3 El contenido de las capacitaciones al personal deberá ser coherente con las funciones del personal que está siendo capacitado e influir directamente en la mejora de la calidad del sistema de gestión y de los servicios de la FOUES.

6.4 Las capacitaciones al personal deberán ser obligatorias.

6.5 Deberá de mantenerse registros de las capacitaciones con el fin de medir su eficacia en el control y disminución de quejas y otros indicadores del sistema de gestión.

SECCION 7

7. PRODUCTOS SUMINISTRADOS POR EL COMPRADOR

No aplica para la FOUES

SECCION 8

8. IDENTIFICACION DEL PRODUCTO Y RASTREABILIDAD

8.1 Los productos y lotes de productos comprados deberán de registrarse en el inventario de bodega y arsenal con la fecha y cantidad de envío.

8.2 La identificación de los lotes y los productos deberá de realizarse de acuerdo a una codificación que lleve la fecha y hora de recepción y será de doce dígitos.

SECCION 9

9. CONTROL DEL PROCESO DE SERVICIO

9.1 los procedimientos empleados en la prestación de los servicios deberán ser realizados en base a los procedimientos previamente establecidos para garantizar la conformidad de los servicios con los requisitos del cliente y el diseño del mismo.

9.2 las instrucciones de trabajo deberán permanecer al alcance de los empleados para su consulta y revisión de ser necesario.

9.3 el procedimiento de servicio debe de ser revisado periódicamente tomando en cuenta las quejas y sugerencias de los clientes y deberá de documentarse dicha revisión.

9.3 El director de clínicas es el responsable de realizar los cambios justificados en los procedimientos de servicio en clínicas.

SECCION 10

10. INSPECCION Y PRUEBA

10.1 debe de mantenerse registros documentados sobre las revisiones realizadas a los productos comprados.

10.2 Debe de mantenerse registros de las no conformidades en los productos comprados y de las acciones tomadas al respecto.

10.3 De ser necesario el encargado de arsenal podrá programar revisiones en el local y transporte de los proveedores con el fin de asegurarse de que cumpla con los requisitos previamente establecidos.

SECCION 11

11. INSPECCIÓN, MEDICIÓN Y PRUEBA DE EQUIPO

No aplica para la FOUES

SECCION 12

12. ESTADO DE INSPECCIÓN Y VERIFICACION

12.1 Los lotes de productos comprados deberán de ser identificados por su estado de inspección como: revisado y aceptado, revisado no conforme.

12.2 los productos aceptados deberán de ser identificados con un código de doce dígitos como lo especifica el apartado 8.

SECCION 13

13. CONTROL DE PRODUCTO NO CONFORME

13.1 los productos no conformes son tratados según el procedimiento de productos no conformes y devueltos inmediatamente al proveedor mediante una nota de salida de inventario que especifique el motivo de la no conformidad.

13.2 los productos no conformes deberán ser aislados para su no utilización mientras son retirados por el proveedor.

SECCION 14

14. ACCION CORRECTIVA

14.1 las acciones correctivas pueden ser resultados de verificaciones mediante:

- Auditoría interna del sistema de gestión de calidad.
- Identificadas por el comité de calidad
- Auditoría externa del sistema de gestión de calidad

14.2 Las acciones correctivas deberán ser realizadas tras un análisis de causas, eliminando así la causa raíz de la inconformidad.

14.3 Las acciones correctivas deberán ser diseñadas por el responsable del proceso auditado o identificado como no conforme,

14.4 la implementación de la acción correctiva puede ser realizada por los responsables de los procedimientos que componen el proceso identificado como no conforme.

14.5 La revisión de la corrección de la no conformidad deberá ser realizada por el responsable del proceso, de no haber sido corregida deberá de rediseño de la solución.

SECCION 15

15. MANEJO, ALMACENAJE, EMPAQUE

15.1 El almacenaje de los productos comprados deberá de realizarse según las especificaciones del material y bajo las condiciones que este lo requiera.

15.2 los productos deberán ser protegidos de daños durante su manejo dentro de los arsenales o bodegas y durante su traslado a los puestos de trabajo.

SECCION 16

16. REGISTROS DE CALIDAD

16.1 los registros que evidencien a calidad deberán de ser almacenados y documentados.

16.2 la documentación de la calidad de los productos deberá de ser almacenada mínimo cinco años.

SECCION 17

17. AUDITORIA INTERNA DE CALIDAD

17.1 Las auditorías internas de calidad deberán ser programadas a intervalos planificados y notificadas a los jefes de cada área.

17.2 los procesos a auditar serán comunicados a los jefes de cada área y explicados a profundidad.

17.3 El auditor interno deberá ser independiente del área auditada y en el caso de que esto no pueda ser posible deberá de ser independiente del proceso auditado.

SECCION 18

18. ACCION PREVENTIVA

18.1 cuando se identifique una posible no conformidad deberá de realizarse un análisis de causas y posibles consecuencias de su ocurrencia.

18.2 Dependiendo de la gravedad de las consecuencias de la posible no conformidad el director de cada área deberá realizar la acción preventiva pertinente.

18.3 la revisión de la eficacia de la acción correctiva deberá de ser realizada por el director del área involucrada.

1.9.10. Manual de Procedimientos

FO-MAN-03

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador



ELABORADO POR:	REVISADO POR:	AUTORIZADO POR:
Denisse Majico Eva Siguenza		
FECHA:	FECHA:	FECHA:



ÍNDICE DE PROCEDIMIENTOS

Contenido

1.1. PLAN DE MANTENIMIENTO DE LA FACULTAD	772
1.1.1. ELABORACIÓN DE INFORMES TÉCNICOS.....	772
1.1.2. ELABORACIÓN DEL PLAN DE MANTENIMIENTO PARA UNIDADES DENTALES, EQUIPOS AUXILIARES Y VEHÍCULOS.....	776
1.2. DIRECCIÓN ESTRATÉGICA DE CLÍNICAS.....	780
1.2.1. ELABORACIÓN DE POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS.....	780
1.2.2. ELABORACIÓN DEL PLAN DE COMPRAS DE LA UNIDAD	784
1.2.3. ACTUALIZACIÓN DEL ARANCEL DE TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS...	788
1.2.4. ELABORACIÓN DE DOCUMENTACIÓN REFERENTE A LA DIRECCIÓN DE CLÍNICAS Y JEFATURA DE CLÍNICAS INTRAMURALES PARA COMITÉ TÉCNICO ASESOR.....	792
1.2.5. LICITACIÓN DE MATERIALES Y EQUIPOS DENTALES.....	796
1.3. CONTROL PRESUPUESTARIO (PEP)	800
1.3.1. CONTROL PRESUPUESTARIO (PEP)	800
1.3.2. CIERRE DEL EJERCICIO FISCAL (ENERO-DICIEMBRE).....	804
1.3.3. ELABORACIÓN DEL PLAN DE TRABAJO ANUAL Y MEMORIA DE LABORES DE LA UNIDAD	808
1.3.4. ELABORACIÓN DEL ANTEPROYECTO DE PRESUPUESTO DE CADA UNIDAD	812
1.4. ADMINISTRACIÓN FINANCIERA	816
1.4.1. ELABORACIÓN DE INFORMES CONTABLES, FINANCIEROS Y PRESUPUESTARIOS	816
1.4.2. REGISTRO Y CONTROL DE LOS DICTÁMENES TÉCNICOS FINANCIEROS DE LAS DIFERENTES FUENTES DE FINANCIAMIENTO	820
1.4.3. REGISTRO FINANCIERO DE LOS ACUERDOS DEL CSU.....	824
1.4.4. CONTROL DE VALES DE COMBUSTIBLE	828
2.1. ENSEÑANZA APRENDIZAJE	832
2.1.1. EJECUCIÓN DE LA ENSEÑANZA-APRENDIZAJE.....	832
2.1.2. EJECUCIÓN DE PRÁCTICAS EN CLÍNICAS.....	836
2.1.3. EJECUCIÓN DE HORAS SOCIALES.....	840
2.2. PROGRAMACIONES CLÍNICAS	844
2.2.1. PLANIFICACIÓN DE ACTIVIDADES DE CLÍNICAS	844
2.2.2. CONTROL DE ACTIVIDADES DE ESTUDIANTES EN SERVICIO SOCIAL	848



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CÓDIGO: RF-P-1-1-1

VERSIÓN: 001/2013

2.2.3. INGRESO EN ADACAD DE FOLDERS DE EVALUACIÓN Y MATERIAL EXTRA	851
2.2.4. INGRESO EN ADACAD DE LAS OBSERVACIONES Y EVALUACIÓN DE LOS ESTUDIANTES CONTENIDOS EN LOS FOLDERS SE EVALUACIÓN YA LLENOS ENTREGADOS POR LOS TUTORES.....	854
2.2.5. CONTROL DE SUMINISTROS DE BODEGA DE DIRECCIÓN DE CLÍNICAS.....	857
2.2.6. CONTROL DE SOLVENCIA DE LOS ESTUDIANTES PROGRAMADOS.	860
2.3. ATENCIÓN A PACIENTES.....	863
2.3.1. RECEPCIÓN DE PACIENTES.....	863
2.3.2. APERTURA DE EXPEDIENTE.....	867
2.3.3. TRATAMIENTO DE EMERGENCIA	870
2.3.4. ELABORACIÓN DE DIAGNÓSTICO.....	873
2.3.5. PROGRAMACIÓN DE CITA.....	877
2.3.6. EJECUCIÓN DE TRATAMIENTO	880
3.1. CONTROL DE INVENTARIO.....	883
3.1.1. RECEPCIÓN DE MERCADERÍA Y EQUIPO QUE NO NECESITA INSTALACIÓN Y EQUIPO QUE NECESITA INSTALACIÓN QUE TRAEN LOS PROVEEDORES.	883
3.1.2. CONTROLAR LA SALIDA DE LOS MATERIALES DENTALES A ARSENALES....	887
3.1.3. ELABORACIÓN DE INFORME MENSUAL DE EXISTENCIA DE MATERIALES.	890
3.1.4. ELABORACIÓN DEL INFORME DE CONSUMO DE MATERIALES MENSUALES	894
3.1.5. GENERAR EL INFORME GENERAL DE INVENTARIO SEMESTRAL.	897
3.2. COMPRAS INSTITUCIONALES.....	901
3.2.1. GENERACIÓN DE COMPRAS.....	901
3.2.2. REQUISICIONES Y LICITACIONES DE MATERIALES DENTALES Y EQUIPO..	905
3.2.3. CREACIÓN DE UNA OFERTA TÉCNICA, ECONÓMICA Y FINANCIERA PARA LA ADQUISICIÓN O CONTRATACIÓN DE UNA OBRA, BIEN O SERVICIO INSUMOS DENTALES.....	909
3.2.4. PAGO A PROVEEDORES.....	913
3.2.5. ACTUALIZACIÓN DEL ARANCEL DE TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS...	917
3.3. CONTROL DE PLANILLAS	920
3.3.1. ELABORACIÓN DE PLANILLAS.....	920
3.3.2. ACTUALIZACIÓN DE BASE DE DATOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS	924
3.3.3. ELABORACIÓN DE INFORMES DE ASISTENCIA Y PERMISOS DEL PERSONAL	928



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CÓDIGO: RF-P-1-1-1

VERSIÓN: 001/2013

3.3.4. RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN DE DOCENTES DE LA FACULTAD.....	933
3.3.5. ACUERDOS DE NOMBRAMIENTO DE JUNTA DIRECTIVA O DEL DECANO ..	936
3.4. LICITACIÓN DE SERVICIOS DE MANTENIMIENTO	940
3.4.1. LICITACIÓN DE SERVICIO DE MANTENIMIENTO DE AIRES ACONDICIONADOS	940
3.4.2. LICITACIÓN DE SERVICIO DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS DE COMPRESION Y SUCCION	944
3.4.3. LICITACIÓN DE SERVICIO DE MANTENIMIENTO DE VEHÍCULOS	949
3.4.4. LICITACIÓN DE SERVICIO DE MANTENIMIENTO PARA PLANTA DE EMERGENCIA	953
3.5. INVENTARIO DE MATERIALES (ARSENAL PARA CLÍNICAS).....	957
3.5.1. SOLICITUD Y ENTREGA DE MATERIALES A ESTUDIANTES.....	957
3.5.2. CONTROL DE MATERIAL E INSUMOS ENTREGADOS.....	961
3.5.3. ELABORACION DE REQUISICIONES A BODEGA.....	966
3.6. CONTROL DE EXPEDIENTES CLÍNICOS.....	970
3.6.1. ELABORACIÓN DE INFORMES SOBRE MOVIMIENTO DE EXPEDIENTES	970
3.6.2. ELABORACIÓN DE EXPEDIENTES DE NUEVOS PACIENTES.....	974
3.6.3. REGISTRO DE DEUDAS POR ESTUDIANTE	978



PROCESO:

1.1. PLAN DE MANTENIMIENTO DE LA FACULTAD

PROCEDIMIENTO:

1.1.1. ELABORACIÓN DE INFORMES TÉCNICOS

OBJETIVO

Planificar, dirigir, coordinar y supervisar las actividades relacionadas con la construcción y mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura y equipo de la facultad, así como garantizar el apoyo en servicios a las diferentes áreas administrativas y académicas.

ALCANCE

Para el procedimiento “**Elaboración de Informes técnicos**” (RF-P-1.1.1) se tiene definido lo siguiente:

Inicio: Recibir las transferencias internas recibidas.

Fin: Informe Técnico.

El proceso “**Elaboración de Informes técnicos**” (RF-P-1.1.1), contempla las actividades comprendidas entre la recepción de las transferencias internas recibidas y otorgadas. El Jefe de desarrollo físico procesa la información contable y genera el primer informe. Jefe de Administración Financiera revisa el informe y lo envía al Decanato, luego se entrega el informe técnico a Planificación, es revisado y se entrega a Junta Directiva.

RESPONSABLES

Los responsables que intervienen en este proceso son:

Desarrollo Físico

Administración Financiera

Dirección de Planificación

Junta Directiva



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CÓDIGO: RF-P-1-1-1

VERSIÓN: 001/2013

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Descripción

No	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	Jefe de Desarrollo Físico recibe las transferencias internas recibidas
2	Jefe de Desarrollo Físico recibe las transferencias internas otorgadas
3	Jefe de Desarrollo Físico procesa la información contable presupuestaria y genera primer informe
4	Envía informes técnicos a Administración Financiera
5	Decano recibe informes técnicos, verifica y valida el informe y se lo traslada a la Jefatura de Administración Financiera
6	Jefe de Administración Financiera revisa informe, firma de recibido y revisado y se lo entrega a la Dirección de Planificación.
7	Directora de Planificación recibe y revisa informe técnico y entrega a Junta Directiva
8	Se presenta "Informe Técnico" a Junta Directiva para su respectiva validación final y archivo.

No	DESCRIPCIÓN DE LA NORMATIVA LEGAL INVOLUCRADA
1	LEY DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, TITULO VI CAPITULO II
2	DISPOSICIONES ESPECÍFICAS DE PRESUPUESTO PARA LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR. Art. 36
3	REGLAMENTO PARA LA CREACIÓN, ADMINISTRACIÓN Y LIQUIDACIÓN DE LOS FONDOS CIRCULANTES DE MONTO FIJO EN LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.

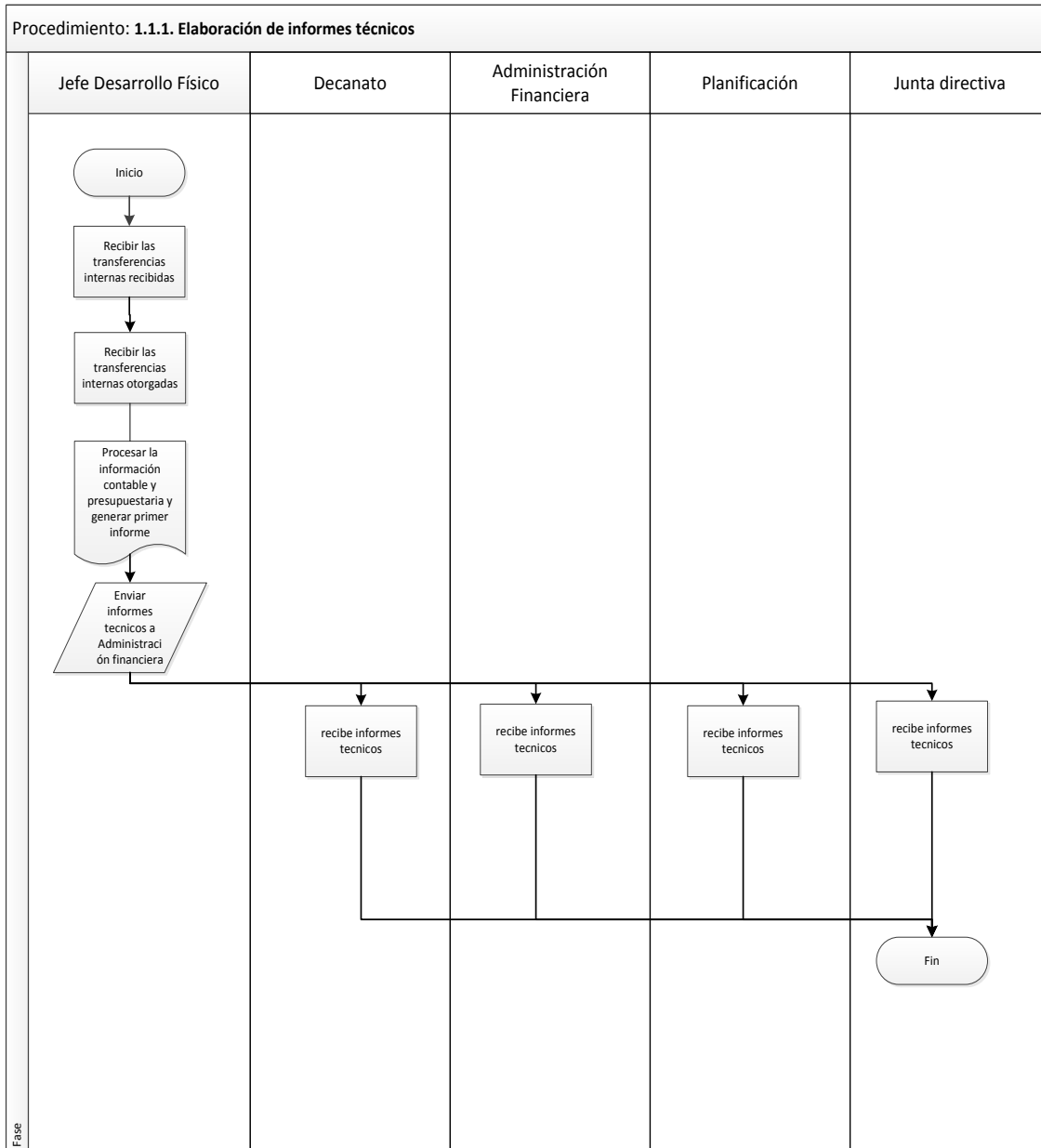


MANUAL DE PROCEDIMIENTOS FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CÓDIGO: RF-P-1-1-1

VERSIÓN: 001/2013

Diagrama de flujo





**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CÓDIGO: RF-P-1-1-1

VERSIÓN: 001/2013

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

REGISTROS

CÓDIGO	Nombre del Documento
RF-DOC-1.1.1	Informe Técnico

INDICADORES

- Efectividad en el cumplimiento del plan de mantenimiento

$$E.C.C = \frac{\text{cantidad de fechas cumplidas}}{\text{cantidad de fechas planeadas}}$$

ANEXOS

No aplica



PROCEDIMIENTO:

1.1.2. ELABORACIÓN DEL PLAN DE MANTENIMIENTO PARA UNIDADES DENTALES, EQUIPOS AUXILIARES Y VEHÍCULOS

OBJETIVO

Planificar, dirigir, coordinar y supervisar las actividades relacionadas con el mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura y equipo de la facultad, así como garantizar el apoyo en servicios a las diferentes áreas administrativas y académicas.

ALCANCE

Para el procedimiento **“Elaboración Del Plan De Mantenimiento Para Unidades Dentales, Equipos Auxiliares Y Vehículos” (RF-P-1-1-2)** se tiene definido lo siguiente:

Inicio: Detección de requerimientos de mantenimiento

Fin: Recepción del Plan de mantenimiento para Unidades dentales.

El proceso **“Elaboración Del Plan De Mantenimiento Para Unidades Dentales, Equipos Auxiliares Y Vehículos” (RF-P-1-1-2)**, contempla las actividades comprendidas entre la detección de los requerimientos de mantenimiento y la estimación de los recursos necesarios para el mantenimiento de las unidades dentales, equipos auxiliares y equipos. El jefe de Desarrollo Físico elabora el presupuesto de mantenimiento. Se formula el plan de mantenimiento de acuerdo a los requerimientos, recursos, políticas e información técnica. Se envía el plan de mantenimiento junto con el cronograma al Decanato, Jefe de Administración Financiera, Dirección de Planificación y Junta Directiva. Se reciben estos informes y se validan.

RESPONSABLES

Los responsables que intervienen en este proceso son:

Desarrollo Físico

Administración Financiera

Dirección de Planificación

Junta Directiva



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CÓDIGO: RF-P-1-1-2

VERSIÓN: 001/2013

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Descripción

No	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	Jefe de Desarrollo Físico detecta los requerimientos de mantenimiento
2	Jefe de Desarrollo Físico estima los recursos necesarios para el mantenimiento
3	Jefe de Desarrollo Físico elabora el presupuesto de mantenimiento
4	Formula el plan de mantenimiento de acuerdo a los requerimientos, recursos, políticas e información técnica
5	Diseñar los programas de mantenimientos de los sistemas (cronogramas)
6	Envía plan de mantenimiento y cronograma a Decanato, Jefe Administración Financiera, Dirección de Planificación y Junta Directiva
7	Decano recibe informes técnicos, verifica y valida el Plan de Mantenimiento y se lo traslada a la Jefatura de Administración Financiera
8	Jefe de Administración Financiera revisa Plan de Mantenimiento, firma de recibido y revisado y se lo entrega a la Dirección de Planificación.
9	Directora de Planificación recibe y revisa Plan de Mantenimiento y entrega a Junta Directiva
10	Se presenta “Plan de Mantenimiento” a Junta Directiva para su respectiva validación final y archivo.

No	DESCRIPCIÓN DE LA NORMATIVA LEGAL INVOLUCRADA
1	NORMAS TECNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECÍFICAS PARA LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR art. 47
2	LEY DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, TITULO VI CAPITULO II
3	DISPOSICIONES ESPECÍFICAS DE PRESUPUESTO PARA LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR. Art. 36
4	REGLAMENTO PARA LA CREACIÓN, ADMINISTRACIÓN Y LIQUIDACIÓN DE LOS FONDOS CIRCULANTES DE MONTO FIJO EN LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.

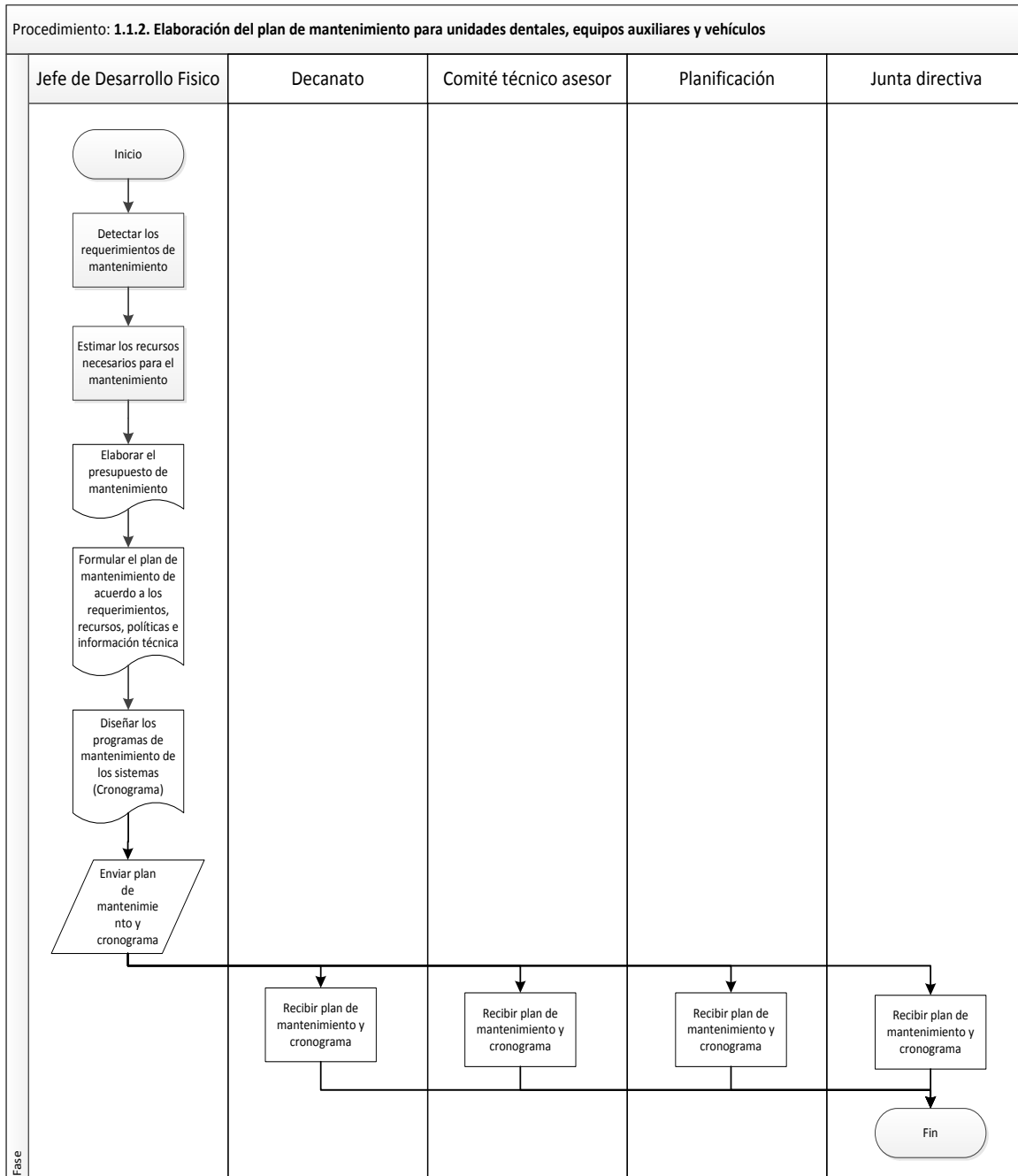


MANUAL DE PROCEDIMIENTOS FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CÓDIGO: RF-P-1-1-2

VERSIÓN: 001/2013

Diagrama de flujo





**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CÓDIGO: RF-P-1-1-2

VERSIÓN: 001/2013

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

REGISTROS

CÓDIGO	Nombre del Documento
RF-DOC-1.1.2	Plan de Mantenimiento

INDICADORES

- Efectividad en el cumplimiento del plan de mantenimiento

$$E.C.C = \frac{\text{cantidad de fechas cumplidas}}{\text{cantidad de fechas planeadas}}$$

ANEXOS

No aplica



PROCESO:

1.2. DIRECCIÓN ESTRATÉGICA DE CLÍNICAS

PROCEDIMIENTO:

1.2.1. ELABORACIÓN DE POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS

OBJETIVO

Planificar, coordinar y supervisar todas las actividades clínicas, tanto académicas como administrativas de acuerdo a las necesidades y demandas de la Facultad.

ALCANCE

Para el procedimiento **“Elaboración de políticas y estrategias” (RF-P-1-2-1)** se tiene definido lo siguiente:

Inicio: Elaboración de políticas y estrategias.

Fin: Documento de Políticas y estrategias.

El proceso **“Elaboración de políticas y estrategias” (RF-P-1-2-1)**, contempla las actividades comprendidas entre la elaboración de políticas y estrategias para la integración de funciones básicas, capacitación de pacientes, excelencia académica y atención al paciente. El Director de Clínicas envía el conjunto de políticas y estrategias a Junta Directiva. Luego de ser aprobado envía una copia a los Coordinadores de cursos, comité técnico asesor y al Decanato.

RESPONSABLES

Los responsables que intervienen en este proceso son:

Dirección de Clínicas

Decanato

Coordinadores de Curso

Comité Técnico asesor



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CÓDIGO: DC-P-1-2-1

VERSIÓN: 001/2013

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Descripción

No	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	Director de Clínica elabora estrategias y políticas para la integración de las funciones básicas
2	Director de Clínica elabora estrategias y políticas para la capacitación de pacientes
3	Director de Clínica elabora estrategias y políticas para la excelencia académica y atención al paciente
4	Director de Clínica envía conjunto de políticas y estrategias a Junta Directiva
5	Director de Clínica entrega una copia de las estrategias y políticas a Coordinadores de curso, comité técnico asesor y al Decanato.

No	DESCRIPCIÓN DE LA NORMATIVA LEGAL INVOLUCRADA
1	NORMAS TECNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECÍFICAS PARA LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR CAPITULO II Sección segunda DEL SISTEMA DE PLANIFICACION
2	LEY ORGANICA DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR CAPÍTULO X DEL RÉGIMEN ECONÓMICO FISCAL Sección Primera Del Planeamiento y del Presupuesto

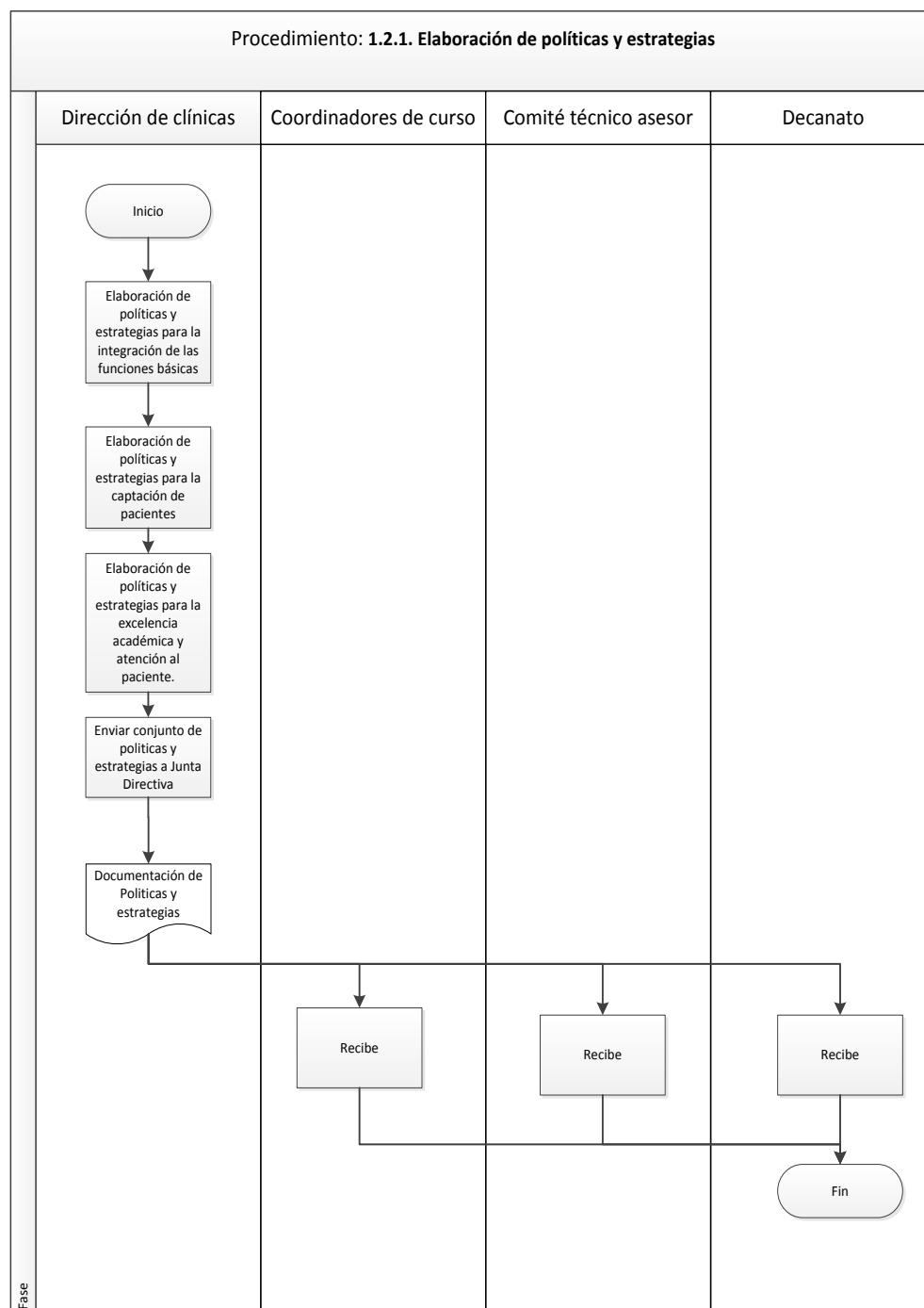


MANUAL DE PROCEDIMIENTOS FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CÓDIGO: DC-P-1-2-1

VERSIÓN: 001/2013

Diagrama de flujo





**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA**

CÓDIGO: DC-P-1-2-1

VERSIÓN: 001/2013

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

REGISTROS

CÓDIGO	Nombre del Documento
DC-DOC-1.2.1	Documento de políticas y estrategias

INDICADORES

Este indicador es clave a la hora de determinar una nueva política o modificar una existente.

- Calidad de los servicios

$$Calidad = \frac{\text{servicios aceptables}}{\text{Total de servicios}}$$

ANEXOS

No aplica



PROCEDIMIENTO:

1.2.2. ELABORACIÓN DEL PLAN DE COMPRAS DE LA UNIDAD

OBJETIVO

Planificar, coordinar y supervisar todas las actividades clínicas, tanto académicas como administrativas de acuerdo a las necesidades y demandas de la Facultad.

ALCANCE

Para el procedimiento **“Elaboración del Plan de Compras de la Unidad” (RF-P-1-2-2)** se tiene definido lo siguiente:

Inicio: Presupuesto definido.

Fin: Plan de compras de la unidad.

El proceso **“Elaboración del Plan de Compras de la Unidad” (RF-P-1-2-2)**, contempla las actividades comprendidas entre el envío del Presupuesto por parte de la UACI a la Dirección de Clínicas. El director de clínicas analiza los requerimientos necesarios para el siguiente año en base a los requerimientos de cada área de Clínicas. Luego informa a cada área de la versión final del plan de compras de la Unidad y envía el consolidado a la UACI.

RESPONSABLES

Los responsables que intervienen en este proceso son:

Director de Clínicas

UACI (Unidad de Adquisiciones y Contrataciones Institucionales)



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CÓDIGO: DC-P-1-2-2

VERSIÓN: 001/2013

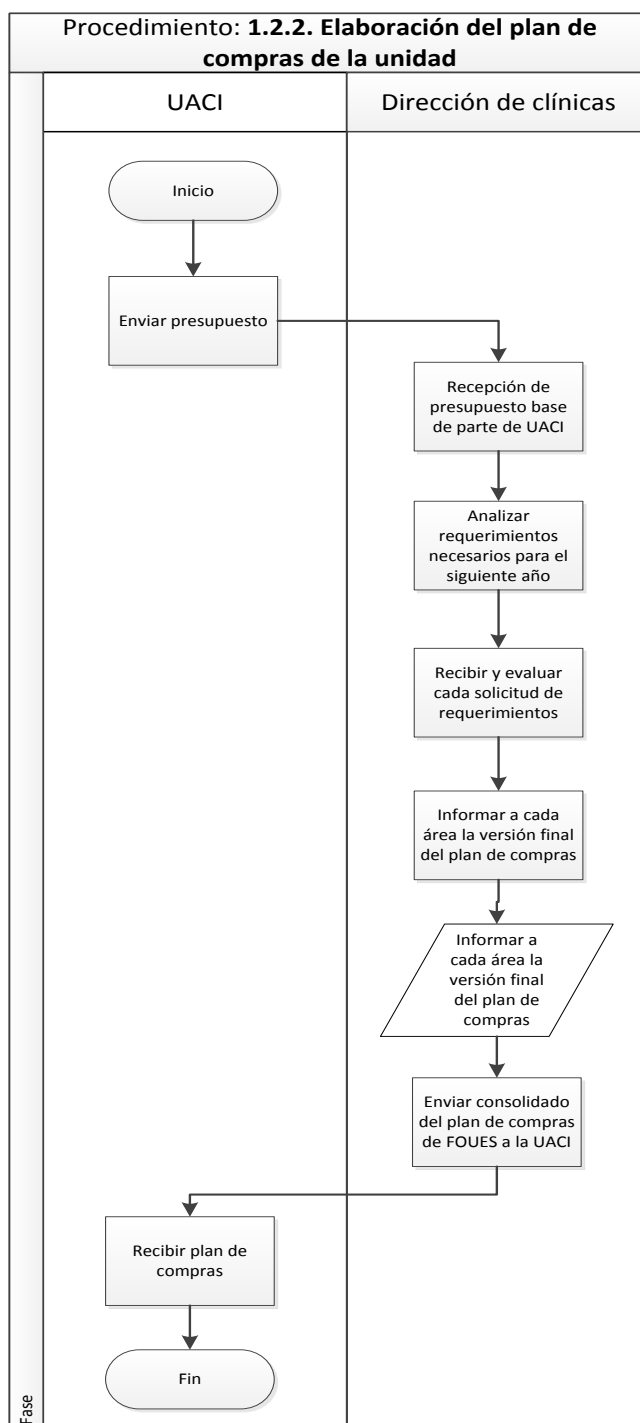
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Descripción

No	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	UACI envía el presupuesto a la Dirección de Clínicas
2	Director de Clínicas recibe el presupuesto base de parte de UACI
3	Director de Clínicas analiza requerimientos necesarios para el siguiente año
4	Director de Clínicas recibe y evalúa cada solicitud de requerimientos de cada área de Clínicas
5	Director de Clínicas informa a cada área la versión final del plan de compras de la Unidad.
6	Director de Clínicas envía el consolidado del plan de compras de FOUES a la UACI
7	UACI recibe el documento del plan de compras

No	DESCRIPCIÓN DE LA NORMATIVA LEGAL INVOLUCRADA
1	NORMAS TÉCNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECÍFICAS PARA LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR CAPITULO II Sección segunda DEL SISTEMA DE PLANIFICACION
2	LEY ORGANICA DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR CAPÍTULO X DEL RÉGIMEN ECONÓMICO FISCAL Sección Primera Del Planeamiento y del Presupuesto

Diagrama de flujo





**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CÓDIGO: DC-P-1-2-2

VERSIÓN: 001/2013

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

REGISTROS

CÓDIGO	Nombre del Documento
DC-DOC-1.2.2	Documento del Plan de Compras

INDICADORES

- Efectividad en el cumplimiento del plan de compras

$$E.P.C = \frac{\text{compras realizadas}}{\text{compras planeadas}}$$

$$E.P = \frac{\text{cantidad gastada en compras}}{\text{cantidad asignada en compras}}$$

ANEXOS

No aplica



PROCEDIMIENTO:

1.2.3. ACTUALIZACIÓN DEL ARANCEL DE TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS

OBJETIVO

Planificar, coordinar y supervisar todas las actividades clínicas, tanto académicas como administrativas de acuerdo a las necesidades y demandas de la Facultad.

ALCANCE

Para el procedimiento **“Actualización del arancel de tratamientos odontológicos” (RF-P-1-2-3)** se tiene definido lo siguiente:

Inicio: Revisión de nuevos precios.

Fin: Publicación y puesta en marcha de nuevos aranceles.

El proceso **“Actualización del arancel de tratamientos odontológicos” (RF-P-1-2-3)**, contempla las actividades comprendidas entre la revisión de los nuevos precios, Junta Directiva autoriza los nuevos aranceles. El Director de Clínicas actualiza los nuevos aranceles y los publica para ponerlos en marcha.

RESPONSABLES

Los responsables que intervienen en este proceso son:

Director de Clínicas

Junta Directiva



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CÓDIGO: DC-P-1-2-3

VERSIÓN: 001/2013

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

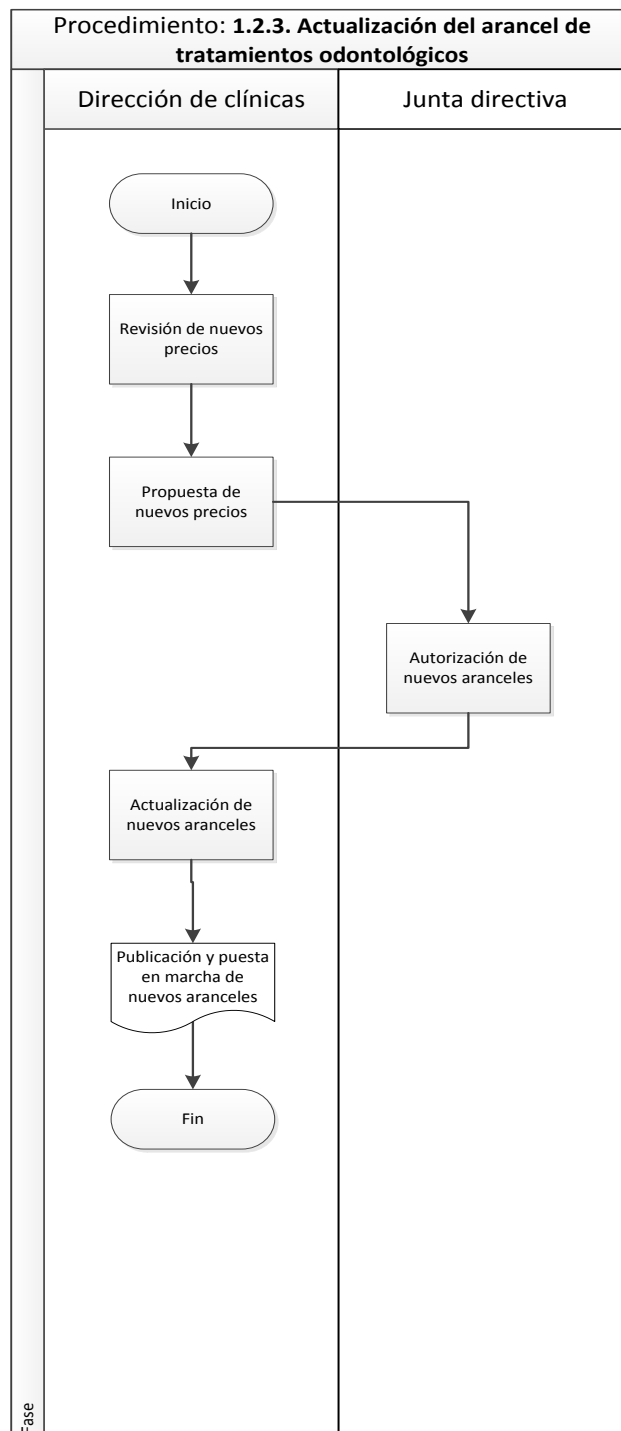
Descripción

No	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	Director de Clínicas revisa los nuevos precios
2	Se hace una propuesta de nuevos precios
3	Junta Directiva autoriza los nuevos aranceles
4	Director de Clínicas actualiza los nuevos aranceles
5	Publicación y puesta en marcha de los nuevos aranceles de los materiales y tratamientos odontológicos.

No	DESCRIPCIÓN DE LA NORMATIVA LEGAL INVOLUCRADA
1	NORMAS TÉCNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECÍFICAS PARA LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR CAPÍTULO II Sección segunda DEL SISTEMA DE PLANIFICACION
2	LEY ORGANICA DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR CAPÍTULO X DEL RÉGIMEN ECONÓMICO FISCAL Sección Primera Del Planeamiento y del Presupuesto



Diagrama de flujo





**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CÓDIGO: DC-P-1-2-3

VERSIÓN: 001/2013

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

REGISTROS

CÓDIGO	Nombre del Documento
DC-DOC-1.2.3	Documento de Aranceles odontológicos

INDICADORES

NA

ANEXOS

No aplica



PROCEDIMIENTO:

1.2.4. ELABORACIÓN DE DOCUMENTACIÓN REFERENTE A LA DIRECCIÓN DE CLÍNICAS Y JEFATURA DE CLÍNICAS INTRAMURALES PARA COMITÉ TÉCNICO ASESOR

OBJETIVO

Planificar, coordinar y supervisar todas las actividades clínicas, tanto académicas como administrativas de acuerdo a las necesidades y demandas de la Facultad.

ALCANCE

Para el procedimiento **“Elaboración de documentación referente a la Dirección de Clínicas y jefatura de clínicas intramurales para Comité técnico asesor” (RF-P-1-2-4)** se tiene definido lo siguiente:

Inicio: Tiraje de formularios y expedientes

Fin: Informe de documentación a Comité.

El proceso **“Elaboración de documentación referente a la Dirección de Clínicas y jefatura de clínicas intramurales para Comité técnico asesor” (RF-P-1-2-4)**, contempla las actividades comprendidas entre el tiraje de formularios y expedientes para las distintas áreas en clínicas odontológicas. Director de Clínicas prepara folder de evaluación de los estudiantes de acuerdo a la programación de clínicas. Luego se entrega la documentación a las distintas áreas.

RESPONSABLES

Los responsables que intervienen en este proceso son:

Director de Clínicas

Comité Técnico Asesor



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CÓDIGO: DC-P-1-2-4

VERSIÓN: 001/2013

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Descripción

No	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	Director de Clínicas hace tiraje de formularios y expedientes para las distintas áreas en clínicas odontológicas
2	Director de Clínicas prepara folder de evaluación de los estudiantes de acuerdo a la programación de las distintas áreas clínicas
3	Director de Clínicas elabora notas de Dirección de Clínicas y Jefatura de Clínica intramurales
4	Director de clínicas entrega la documentación a las distintas áreas.
5	Recepción de documentación de las unidades clínicas y para el Comité Técnico Asesor

No	DESCRIPCIÓN DE LA NORMATIVA LEGAL INVOLUCRADA
1	NORMAS TECNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECÍFICAS PARA LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR CAPITULO II Sección segunda DEL SISTEMA DE PLANIFICACION
2	LEY ORGANICA DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR CAPÍTULO X DEL RÉGIMEN ECONÓMICO FISCAL Sección Primera Del Planeamiento y del Presupuesto

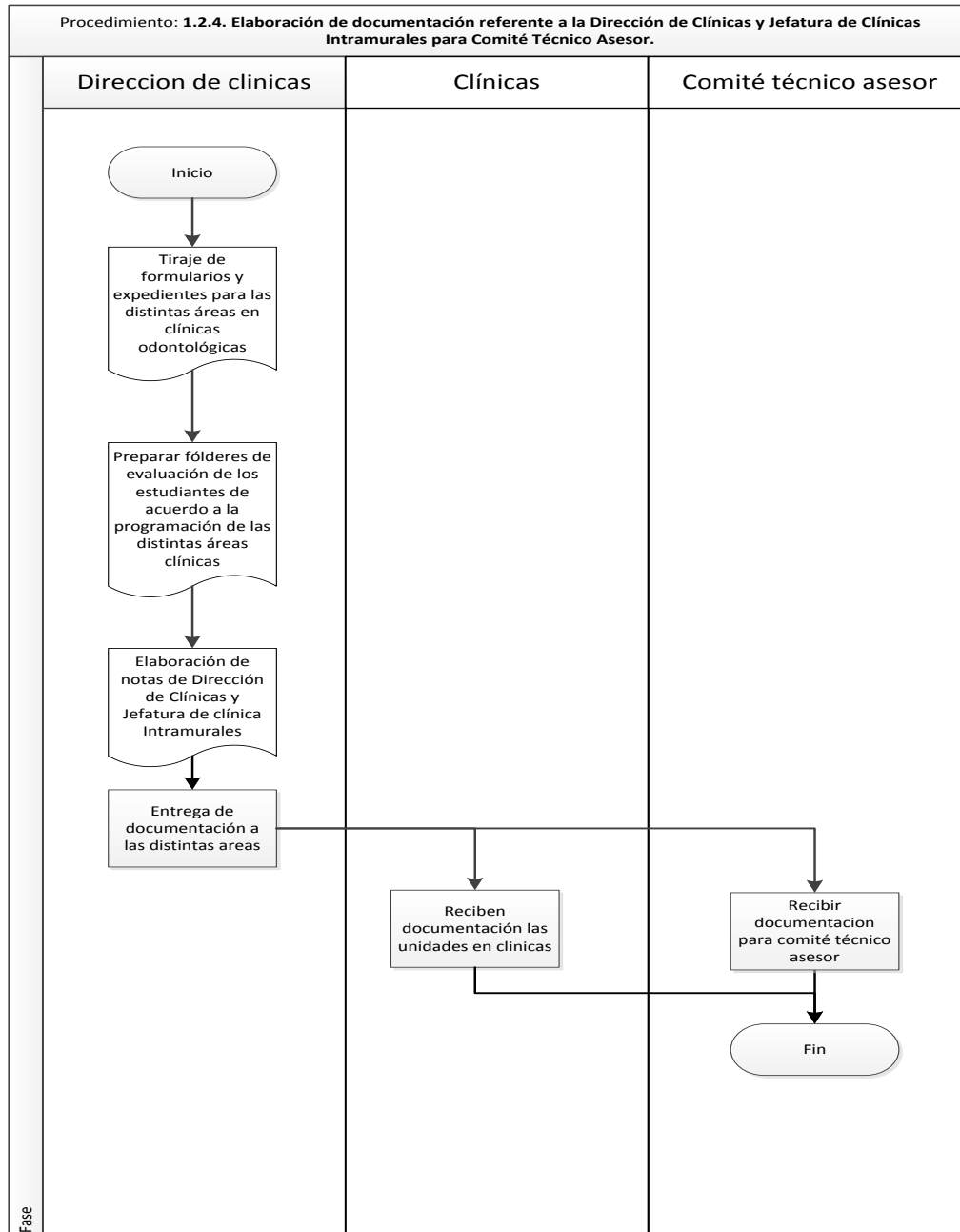


MANUAL DE PROCEDIMIENTOS FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CÓDIGO: DC-P-1-2-4

VERSIÓN: 001/2013

Diagrama de flujo





**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CÓDIGO: DC-P-1-2-4

VERSIÓN: 001/2013

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

REGISTROS

CÓDIGO	Nombre del Documento
DC-DOC-1.2.4	Documentación de Dirección de Clínicas

INDICADORES

E.D.D.

- Efectividad en la Distribución de Documentos para la Dirección de clínicas

$$E.D.D = \frac{\text{No. de areas con documentación completa}}{\text{No. Total de areas auditadas}}$$

ANEXOS

No aplica



PROCEDIMIENTO:

1.2.5. LICITACIÓN DE MATERIALES Y EQUIPOS DENTALES

OBJETIVO

Planificar, dirigir, coordinar y supervisar las actividades relacionadas con el mantenimiento preventivo y correctivo de la infraestructura y equipo de la facultad, así como garantizar el apoyo en servicios a las diferentes áreas administrativas y académicas.

ALCANCE

Para el procedimiento **“Licitación de materiales y equipos dentales” (RF-P-1-2-5)** se tiene definido lo siguiente:

Inicio: Elaboración de proyección de papelería y otros..

Fin: Adjudicación de artículos de la manta de la licitación.

El proceso **“Licitación de materiales y equipos dentales” (RF-P-1-2-5)**, contempla las actividades comprendidas entre la elaboración de la proyección de papelería, mobiliario, equipo y material dental por parte de la Dirección de Clínicas. La Jefatura de Administración financiera inicia la licitación junto con las demás unidades solicitantes y la UACI. UACI crea la manta de licitación para la adjudicación. Con esto la jefe de Administración financiera recibe la manta de licitación y el Director de Clínicas adjudica los artículos de la manta de licitación.

RESPONSABLES

Los responsables que intervienen en este proceso son:

Desarrollo Físico

Administración Financiera

Dirección de Planificación

Junta Directiva



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CÓDIGO: DC-P-1-2-5

VERSIÓN: 001/2013

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

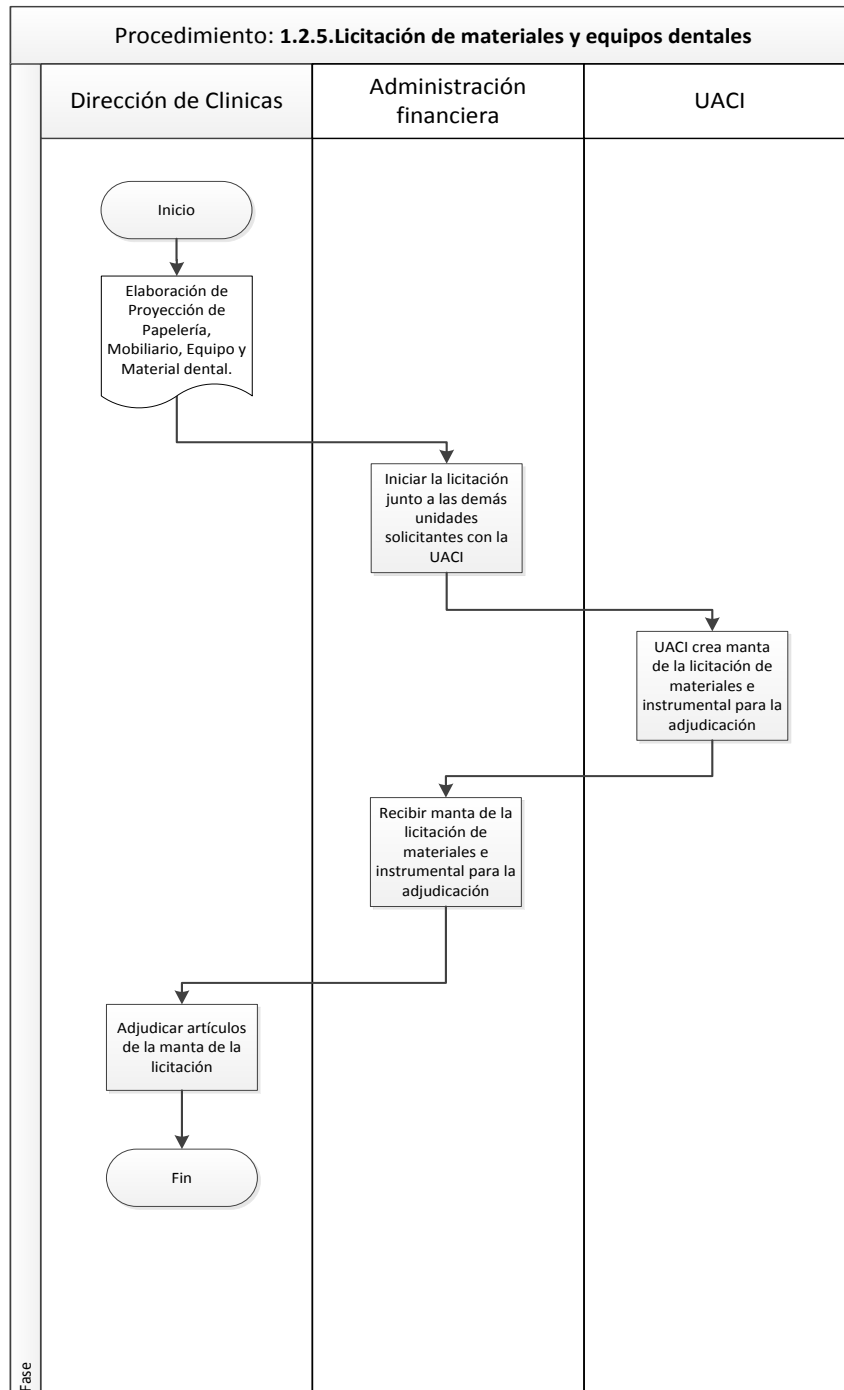
Descripción

No	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	Director de clínicas elabora la proyección de papelería, mobiliario, equipo y material dental.
2	Jefe de Administración Financiera inicia la licitación junto con las demás unidades solicitantes con la UACI
3	UACI crea manta de licitación de materiales e instrumental para la adjudicación
4	Jefe de Administración financiera recibe manta de la licitación de materiales e instrumental para la adjudicación
5	Director de Clínicas adjudica artículos de la manta de licitación

No	DESCRIPCIÓN DE LA NORMATIVA LEGAL INVOLUCRADA
1	NORMAS TECNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECÍFICAS PARA LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR CAPITULO II Sección segunda DEL SISTEMA DE PLANIFICACION
2	LEY ORGANICA DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR CAPÍTULO X DEL RÉGIMEN ECONÓMICO FISCAL Sección Primera Del Planeamiento y del Presupuesto
3	LEY DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA TITULO IV capitulo II



Diagrama de flujo





**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CÓDIGO: DC-P-1-2-5

VERSIÓN: 001/2013

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

REGISTROS

CÓDIGO	Nombre del Documento
DC-DOC-1.2.5	Manta de licitación

INDICADORES

- Licitaciones adjudicadas

$$\text{Licitaciones} = \frac{\text{Licitaciones adjudicadas}}{\text{Total de licitaciones}}$$

ANEXOS

No aplica



PROCESO:

1.3. CONTROL PRESUPUESTARIO (PEP)

PROCEDIMIENTO:

1.3.1. CONTROL PRESUPUESTARIO (PEP)

OBJETIVO

Colaborar en la ejecución de actividades financieras y el manejo del fondo circulante. Coordinar, ejecutar y controlar la ejecución presupuestaria mediante la verificación de documentos contables. Planificar y ejecutar las actividades encaminadas a prever oportunamente y con la calidad requerida de los materiales y suministros para la unidad.

ALCANCE

Para el procedimiento **“Control Presupuestario (PEP)” (RF-P-1-3-1)** se tiene definido lo siguiente:

Inicio: Solicitud de gastos realizados en mes.

Fin: Propuesta del presupuesto para el siguiente año.

El proceso **“Control Presupuestario (PEP)” (RF-P-1-3-1)**, contempla las actividades comprendidas entre la solicitud de gastos realizados por parte de la Administración Financiera. Se comparan los gastos presupuestados versus los gastos reales y comprometidos. Se analiza el sobregiro o ahorro generado en el mes para cada área. Junta Directiva pide las respectivas justificaciones a cada diferencia encontrada en el presupuesto de cada unidad. La Jefe de Administración Financiera traslada gastos contablemente para el siguiente mes si es necesario. Se realiza un informe para cada unidad del Control Presupuestario. Junta Directiva actualiza propuesta del presupuesto para el próximo año.

RESPONSABLES

Los responsables que intervienen en este proceso son:

Administración Financiera

Junta Directiva



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CÓDIGO: AF-P-1-3-1

VERSIÓN: 001/2013

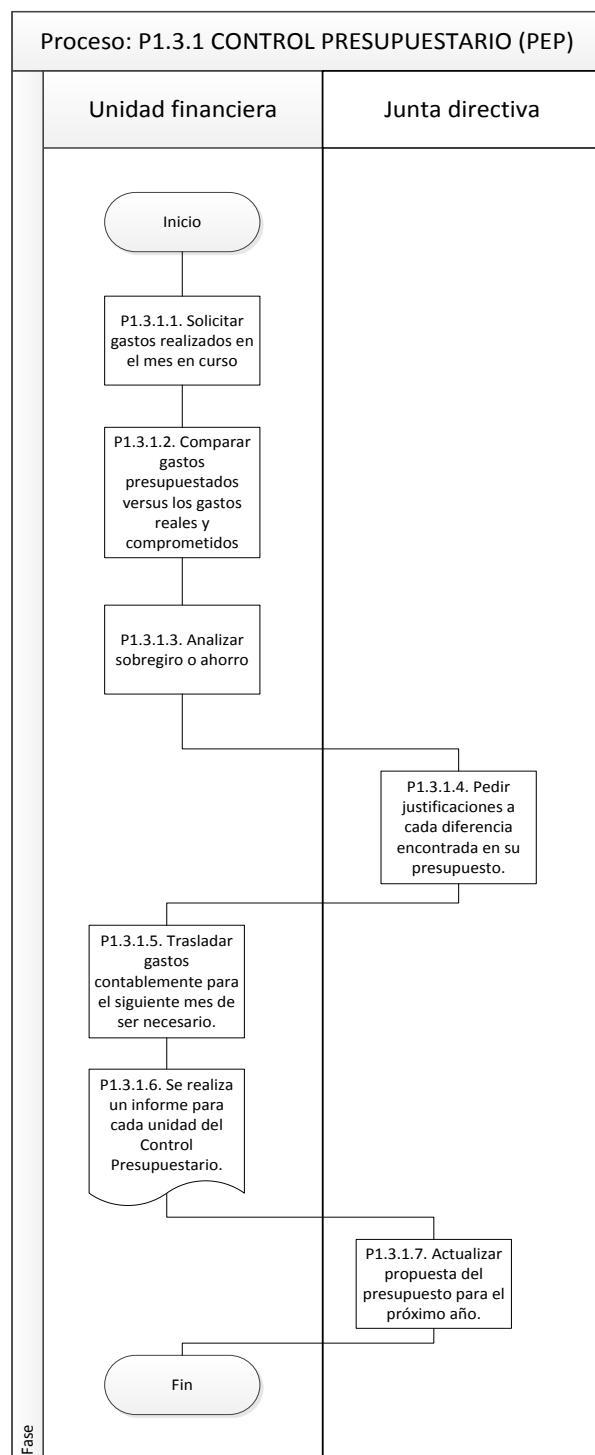
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Descripción

No	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	Administración Financiera solicita los gastos realizados en el mes en curso
2	Se comparan los gastos presupuestados versus los gastos reales y comprometidos
3	Se analiza el sobregiro o ahorro generado en el mes para cada área
4	Junta Directiva pide las respectivas justificaciones a cada diferencia encontrada en el presupuesto de cada unidad
5	Jefe de Administración Financiera traslada gastos contablemente para el siguiente mes si es necesario
6	Se realiza un informe para cada unidad del Control Presupuestario
7	Junta Directiva actualiza propuesta del presupuesto para el próximo año

No	DESCRIPCIÓN DE LA NORMATIVA LEGAL INVOLUCRADA
1	LEY ORGANICA DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR CAPÍTULO X DEL RÉGIMEN ECONÓMICO FISCAL Sección Primera Del Planeamiento y del Presupuesto
2	NORMAS TECNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECÍFICAS PARA LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR CAPITULO III PROGRAMACION Y PRESUPUESTACION
3	DISPOSICIONES ESPECÍFICAS DE PRESUPUESTO PARA LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

Diagrama de flujo





**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CÓDIGO: AF-P-1-3-1

VERSIÓN: 001/2013

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

REGISTROS

CÓDIGO	Nombre del Documento
AF-DOC-1.3.1	Propuesta de Presupuesto

INDICADORES

- Cumplimiento con los presupuestos

$$E.P.C = \frac{\text{compras realizadas}}{\text{compras planeadas}}$$

$$E.P = \frac{\text{cantidad gastada en compras}}{\text{cantidad asignada en compras}}$$

ANEXOS

No aplica



PROCEDIMIENTO:

1.3.2. CIERRE DEL EJERCICIO FISCAL (ENERO-DICIEMBRE)

OBJETIVO:

Colaborar en la ejecución de actividades financieras y el manejo del fondo circulante. Coordinar, ejecutar y controlar la ejecución presupuestaria mediante la verificación de documentos contables. Planificar y ejecutar las actividades encaminadas a prever oportunamente y con la calidad requerida de los materiales y suministros para la unidad.

ALCANCE

Para el procedimiento **“Cierre Del Ejercicio Fiscal (Enero-Diciembre)” (RF-P-1-3-2)** se tiene definido lo siguiente:

Inicio: Revisión de Control presupuestario mensual.

Fin: Emisión de Informe Anual del cierre fiscal.

El proceso **“Cierre Del Ejercicio Fiscal (Enero-Diciembre)” (RF-P-1-3-2)**, contempla las actividades comprendidas entre la respectiva revisión del Control Presupuestario Mensual. Se solicita a las unidades el cierre de operaciones financieras y contables del mes en curso. Administración financiera solicita a todos los Arsenales de Clínicas y bodega tener el inventario actualizado para poder hacer el costeo del inventario. Administración Financiera realiza el Balance General y el Estado de Resultados correspondiente. Con esto se emite el informe anual del Cierre Fiscal.

RESPONSABLES

Los responsables que intervienen en este proceso son:

Administración Financiera

Arsenales



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CÓDIGO: AF-P-1-3-2

VERSIÓN: 001/2013

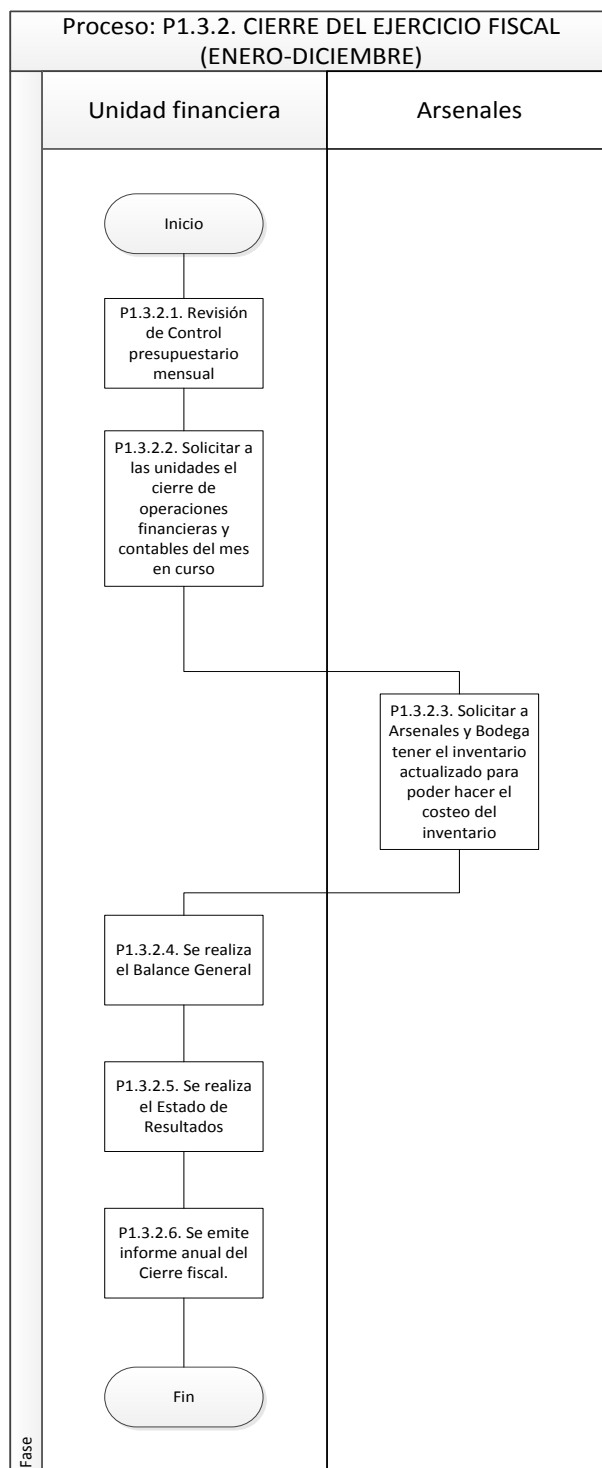
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Descripción

No	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	Administración Financiera hace la respectiva revisión del Control Presupuestario Mensual
2	Se solicita a las unidades el cierre de operaciones financieras y contables del mes en curso
3	Se solicita a todos los Arsenales de Clínicas y bodega tener el inventario actualizado para poder hacer el costeo del inventario
4	Administración Financiera realiza el Balance General
5	Se realiza el Estado de Resultados correspondiente
6	Se emite el informe anual del Cierre Fiscal

No	DESCRIPCIÓN DE LA NORMATIVA LEGAL INVOLUCRADA
1	LEY ORGÁNICA DE LA ADMINISTRACIÓN FINANCIERA DEL ESTADO CAPITULO IV

Diagrama de flujo





**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CÓDIGO: AF-P-1-3-2

VERSIÓN: 001/2013

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

REGISTROS

CÓDIGO	Nombre del Documento
AF-DOC-1.3.2.1	Control Presupuestario mensual
AF-DOC-1.3.2.2	Cierre de operaciones contables y financieras

INDICADORES

No aplica

ANEXOS

No aplica



PROCEDIMIENTO:

1.3.3. ELABORACIÓN DEL PLAN DE TRABAJO ANUAL Y MEMORIA DE LABORES DE LA UNIDAD

OBJETIVO

Colaborar en la ejecución de actividades financieras y el manejo del fondo circulante. Coordinar, ejecutar y controlar la ejecución presupuestaria mediante la verificación de documentos contables. Planificar y ejecutar las actividades encaminadas a prever oportunamente y con la calidad requerida de los materiales y suministros para la unidad.

ALCANCE

Para el procedimiento **“Elaboración Del Plan De Trabajo Anual Y Memoria De Labores De La Unidad” (RF-P-1-3-3)** se tiene definido lo siguiente:

Inicio: Convocatoria de reunión.

Fin: Plan de trabajo anual por unidad.

El proceso **“Elaboración Del Plan De Trabajo Anual Y Memoria De Labores De La Unidad” (RF-P-1-3-3)**, contempla las actividades comprendidas entre la convocación del Decano a reunión a todos los integrantes de las unidades. Se analiza y compara todos los logros alcanzados en el año versus los planeados. Con cada unidad se definen los objetivos para el siguiente año y los logros esperados. Se revisan los objetivos y logros esperados para definir los recursos necesarios y el cronograma de actividades correspondiente. Se presenta Memoria de Labores y el Plan de trabajo por unidad.

RESPONSABLES

Los responsables que intervienen en este proceso son:

Decanato

Administración Financiera

Desarrollo Físico

Recursos Humanos

Dirección de Planificación

Junta Directiva



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CÓDIGO: AF-P-1-3-3

VERSIÓN: 001/2013

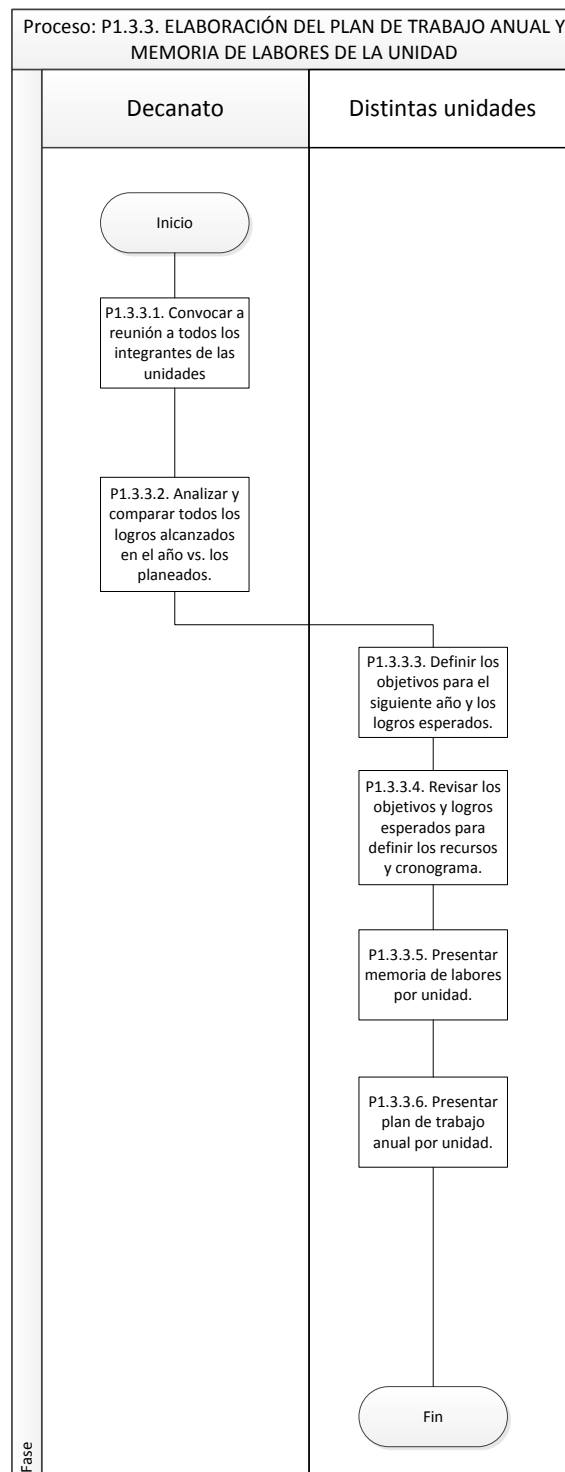
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Descripción

No	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	Decano convoca a reunión a todos los integrantes de las unidades
2	Decano analiza y compara todos los logros alcanzados en el año versus los planeados
3	Con cada unidad se definen los objetivos para el siguiente año y los logros esperados
4	Se revisan los objetivos y logros esperados para definir los recursos necesarios y el cronograma de actividades correspondiente
5	Se presenta Memoria de Labores por unidad
6	Se presenta el plan de trabajo anual por unidad

No	DESCRIPCIÓN DE LA NORMATIVA LEGAL INVOLUCRADA
1	LEY ORGANICA DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR CAPÍTULO X DEL RÉGIMEN ECONÓMICO FISCAL SECCIÓN PRIMERA DEL PLANEAMIENTO Y DEL PRESUPUESTO
2	NORMAS TECNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECÍFICAS PARA LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR CAPITULO II SECCIÓN SEGUNDA DEL SISTEMA DE PLANIFICACION

Diagrama de flujo





**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CÓDIGO: AF-P-1-3-3

VERSIÓN: 001/2013

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

REGISTROS

CÓDIGO	Nombre del Documento
AF-DOC-1.3.3.1	Memoria de Labores
AF-DOC-1.3.3.2	Plan de trabajo

INDICADORES

- Índice de logros alcanzados vs logros planeados

$$L.A.A. = \frac{\text{No. de logros alcanzados en el año}}{\text{No. de logros planeados para ese año}}$$

ANEXOS

No aplica



PROCEDIMIENTO:

1.3.4. ELABORACIÓN DEL ANTEPROYECTO DE PRESUPUESTO DE CADA UNIDAD

OBJETIVO

Colaborar en la ejecución de actividades financieras y el manejo del fondo circulante. Coordinar, ejecutar y controlar la ejecución presupuestaria mediante la verificación de documentos contables. Planificar y ejecutar las actividades encaminadas a prever oportunamente y con la calidad requerida de los materiales y suministros para la unidad.

ALCANCE

Para el procedimiento **“Elaboración Del Anteproyecto De Presupuesto De Cada Unidad” (RF-P-1-3-4)** se tiene definido lo siguiente:

Inicio: Análisis de los recursos necesarios.

Fin: Anteproyecto de la Facultad de Odontología.

El proceso **“Elaboración del Anteproyecto De Presupuesto De Cada Unidad” (RF-P-1-3-4)**, contempla las actividades comprendidas entre el análisis de cada Unidad de todos los recursos necesarios para realizar las actividades planeadas según plan de trabajo anual. Se definen los gastos a realizar para cada mes en función del plan de trabajo anual. Se especifica una cuenta especial para imprevistos, la cual su valor será el mismo para cada mes. Cada unidad presenta un anteproyecto de su presupuesto. Director de Clínicas analiza cada propuesta de anteproyecto en base a prioridades y se emite la versión final del anteproyecto de toda la FOUES

RESPONSABLES

Los responsables que intervienen en este proceso son:

Desarrollo Físico

Administración Financiera

Recursos Humanos

Dirección de Clínicas

Educación Odontológica

Dirección de Planificación

Junta Directiva



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CÓDIGO: AF-P-1-3-4

VERSIÓN: 001/2013

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Descripción

No	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	Cada unidad de FOUES analiza todos los recursos necesarios para realizar las actividades planeadas según plan de trabajo anual
2	Se definen los gastos a realizar para cada mes en función del plan de trabajo anual
3	Se especifica una cuenta especial para imprevistos, la cual su valor será el mismo para cada mes
4	Cada unidad presenta un anteproyecto de su presupuesto
5	Director de Clínicas analiza cada propuesta de anteproyecto en base a prioridades y se emite la versión final del anteproyecto de toda la FOUES

No	DESCRIPCIÓN DE LA NORMATIVA LEGAL INVOLUCRADA
1	LEY ORGANICA DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR ART 12, 32
2	NORMAS TECNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECÍFICAS PARA LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR ART 41

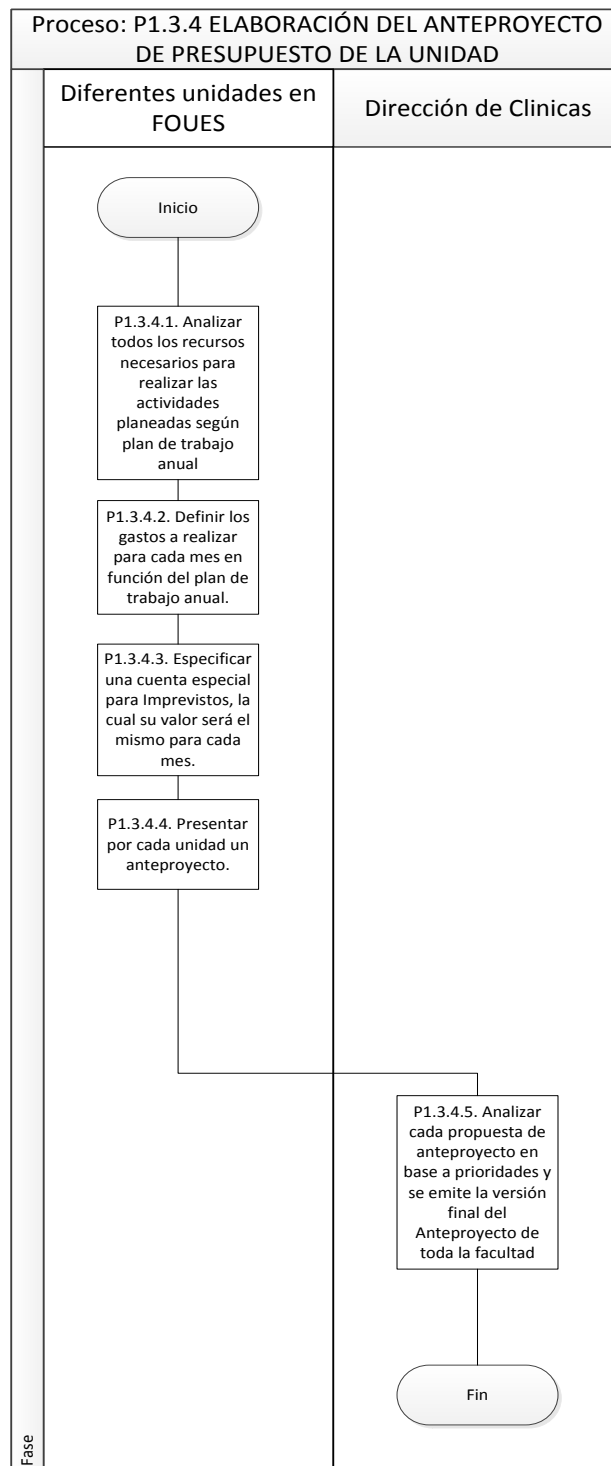


**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CÓDIGO: AF-P-1-3-4

VERSIÓN: 001/2013

Diagrama de flujo





**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CÓDIGO: AF-P-1-3-4

VERSIÓN: 001/2013

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

REGISTROS

CÓDIGO	Nombre del Documento
AF-DOC-1.3.4.1	Plan de Trabajo Anual
AF-DOC-1.3.4.2	Anteproyecto FOUES

INDICADORES

No aplica

ANEXOS

No aplica



PROCESO:

1.4. ADMINISTRACIÓN FINANCIERA

PROCEDIMIENTO:

1.4.1. ELABORACIÓN DE INFORMES CONTABLES, FINANCIEROS Y PRESUPUESTARIOS

OBJETIVO

Colaborar en la ejecución de actividades financieras y el manejo del fondo circulante.

ALCANCE

Para el procedimiento **“Elaboración De Informes Contables, Financieros Y Presupuestarios” (RF-P-1-4-1)** se tiene definido lo siguiente:

Inicio: Recepción de transferencias internas.

Fin: Informe anual de CEF.

El proceso **“Elaboración De Informes Contables, Financieros Y Presupuestarios” (AF-P-1-4-1)**, contempla las actividades comprendidas entre la recepción de las transferencias internas recibidas y otorgadas. Contador procesa la información contable y presupuestaria y genera el primer informe. Se genera el comprobante de Retención Mensual. La Jefe de Administración Financiera elabora el informe generado de CEF mensuales. Con esto la Director ade Planificación crea el informe anual de resumen de CEF.

RESPONSABLES

Los responsables que intervienen en este proceso son:

Desarrollo Físico

Administración Financiera

Recursos Humanos

Dirección de Clínicas

Dirección de Planificación

Junta Directiva



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CÓDIGO: AF-P-1-4-1

VERSIÓN: 001/2013

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Descripción

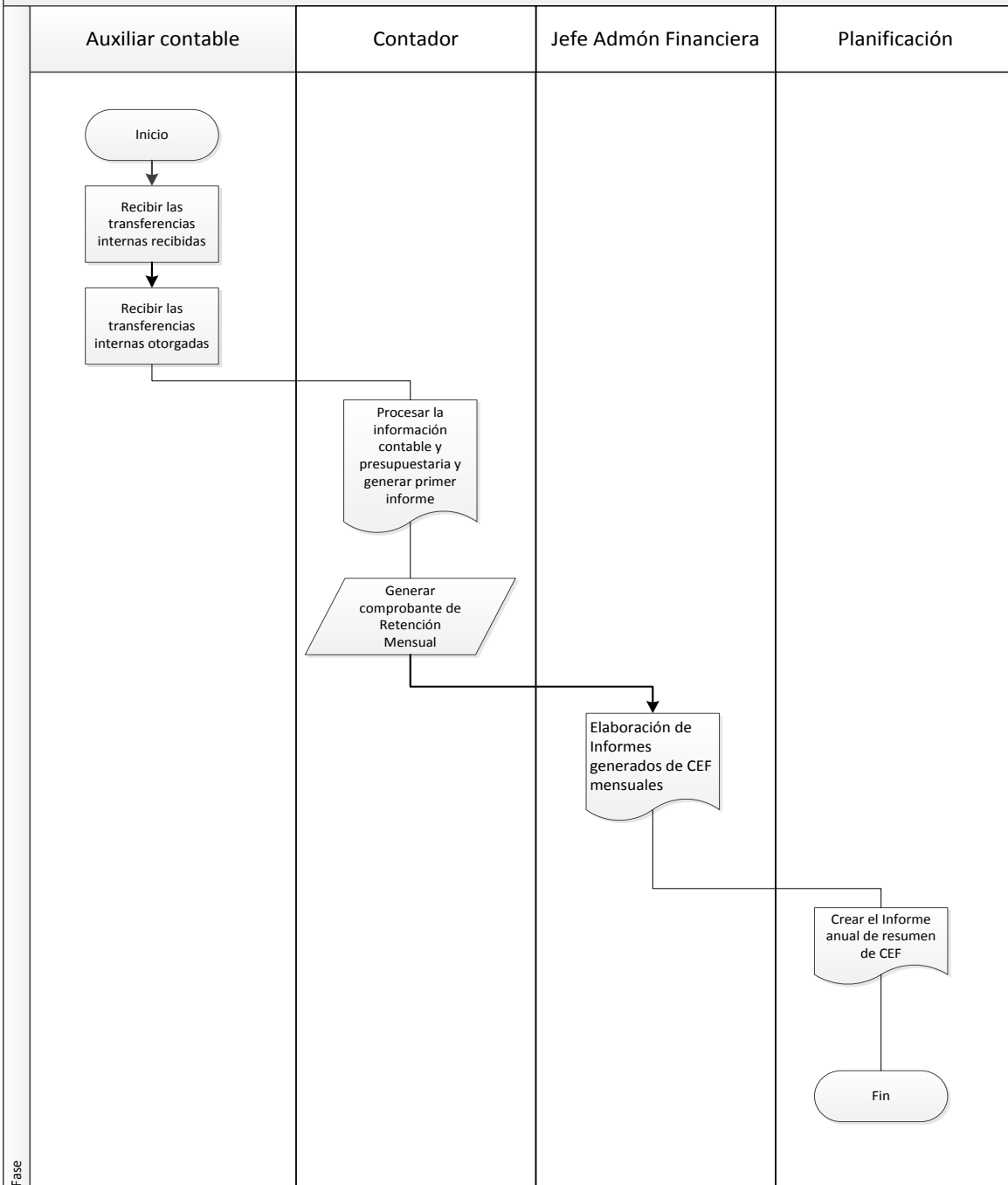
No	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	Auxiliar Contable recibe las transferencias internas recibidas
2	Auxiliar Contable recibe las transferencias internas otorgadas
3	Contador procesa la información contable y presupuestaria y genera el primer informe
4	Contador genera el comprobante de Retención Mensual
5	Jefe de Administración Financiera elabora el informe generado de CEF mensuales
6	Director de Planificación crea el informe anual de resumen de CEF

No	DESCRIPCIÓN DE LA NORMATIVA LEGAL INVOLUCRADA
1	LEY ORGÁNICA DE LA ADMINISTRACIÓN FINANCIERA DEL ESTADO TITULO VI CAPITULO I, CAPITULO II
2	LEY ORGANICA DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR CAPÍTULO X SECCION SEGUNDA
3	NORMAS TECNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECÍFICAS PARA LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR CAPITULO II ARTICULO 56



Diagrama de flujo

Procedimiento: 1.4.1. Elaboración de informes contables, financieros y presupuestarios.





**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CÓDIGO: AF-P-1-4-1

VERSIÓN: 001/2013

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

REGISTROS

CÓDIGO	Nombre del Documento
AF-DOC-1.4.1.1	Informe preliminar CEF
AF-DOC-1.4.1.2	Informe CEF mensual
AF-DOC-1.4.1.3	Informe CEF anual

INDICADORES

No aplica

ANEXOS

No aplica



PROCEDIMIENTO:

1.4.2. REGISTRO Y CONTROL DE LOS DICTÁMENES TÉCNICOS FINANCIEROS DE LAS DIFERENTES FUENTES DE FINANCIAMIENTO

OBJETIVO

Colaborar en la ejecución de actividades financieras y el manejo del fondo circulante.

ALCANCE

Para el procedimiento **“Registro Y Control De Los Dictámenes Técnicos Financieros De Las Diferentes Fuentes De Financiamiento” (AF-P-1-4-2)** se tiene definido lo siguiente:

Inicio: Recepción de requisiciones.

Fin: Dictamen Técnico Financiero.

El proceso **“Registro Y Control De Los Dictámenes Técnicos Financieros De Las Diferentes Fuentes De Financiamiento” (AF-P-1-4-2)**, contempla las actividades comprendidas entre la recepción de requisiciones. Se hace el análisis de requisiciones en base a necesidades y presupuesto. Contador hace el registro correspondiente del Dictamen Financiero. Se genera el archivo de Dictamen Financiero definitivo. Junta Directiva lleva a discusión el dictamen y se llega a una decisión. Contador almacena el Dictamen en la carpeta de Control.

RESPONSABLES

Los responsables que intervienen en este proceso son:

Contador

Administración Financiera

Junta Directiva



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CÓDIGO: AF-P-1-4-2

VERSIÓN: 001/2013

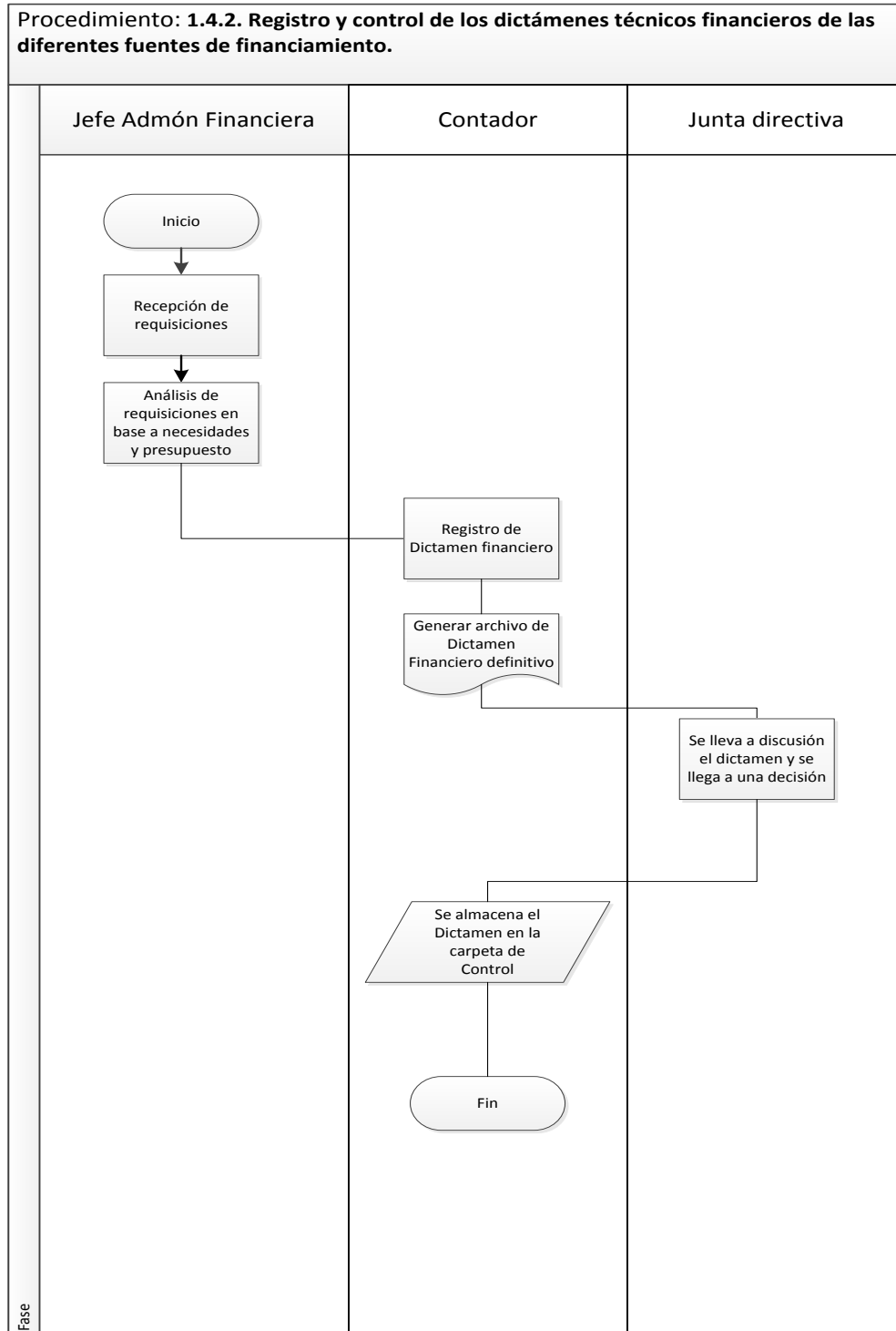
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Descripción

No	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	Jefe de Administración Financiera hace la recepción de requisiciones
2	Se hace el análisis de requisiciones en base a necesidades y presupuesto
3	Contador hace el registro correspondiente del Dictamen Financiero
4	Se genera el archivo de Dictamen Financiero definitivo
5	Junta Directiva lleva a discusión el dictamen y se llega a una decisión
6	Contador almacena el Dictamen en la carpeta de Control

No	DESCRIPCIÓN DE LA NORMATIVA LEGAL INVOLUCRADA
1	LEY ORGÁNICA DE LA ADMINISTRACIÓN FINANCIERA DEL ESTADO TÍTULO VI CAPÍTULO I, CAPÍTULO II
2	LEY ORGANICA DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR CAPÍTULO X SECCION SEGUNDA
3	NORMAS TECNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECÍFICAS PARA LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR CAPITULO II ARTICULO 56

Diagrama de flujo





**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CÓDIGO: AF-P-1-4-2

VERSIÓN: 001/2013

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

REGISTROS

CÓDIGO	Nombre del Documento
AF-DOC-1.4.2	Dictamen Técnico Financiero

INDICADORES

No aplica

ANEXOS

No aplica



PROCEDIMIENTO:

1.4.3. REGISTRO FINANCIERO DE LOS ACUERDOS DEL CSU

OBJETIVO

Colaborar en la ejecución de actividades financieras y el manejo del fondo circulante.

ALCANCE

Para el procedimiento **“Registro Financiero De Los Acuerdos Del CSU” (AF-P-1-4-3)** se tiene definido lo siguiente:

Inicio: Recepción de Acuerdos.

Fin: Dictamen discutido y actualizado.

El proceso **“Registro Financiero De Los Acuerdos Del CSU” (AF-P-1-4-3)**, contempla las actividades comprendidas entre la recepción de Acuerdos y el análisis de implicaciones de Acuerdos. Contador hace el Registro del Dictamen Financiero. Se genera el archivo del Dictamen financiero. Junta Directiva lleva a discusión el dictamen y se llega a una decisión. Contador almacena el Dictamen en la carpeta de Control

RESPONSABLES

Los responsables que intervienen en este proceso son:

Contador

Administración Financiera

Junta Directiva



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CÓDIGO: AF-P-1-4-3

VERSIÓN: 001/2013

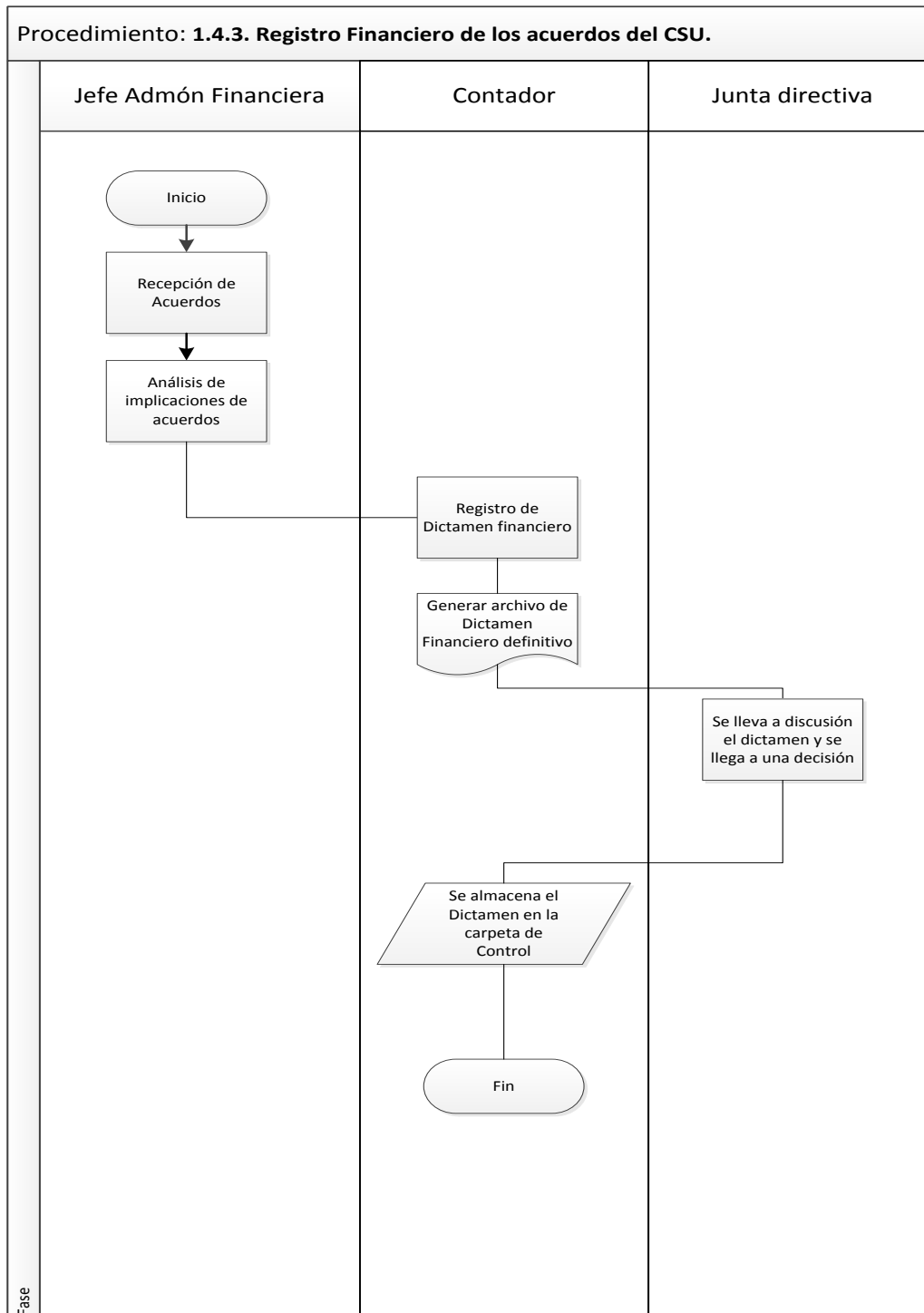
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Descripción

No	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	Jefe de Administración Financiera hace la recepción de Acuerdos
2	Se hace el análisis de implicaciones de Acuerdos
3	Contador hace el Registro del Dictamen Financiero
4	Se genera el archivo del Dictamen financiero
5	Junta Directiva lleva a discusión el dictamen y se llega a una decisión
6	Contador almacena el Dictamen en la carpeta de Control

No	DESCRIPCIÓN DE LA NORMATIVA LEGAL INVOLUCRADA
1	LEY ORGÁNICA DE LA ADMINISTRACIÓN FINANCIERA DEL ESTADO TÍTULO VI CAPÍTULO I, CAPÍTULO II
2	LEY ORGANICA DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR CAPÍTULO X SECCION SEGUNDA
3	NORMAS TECNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECÍFICAS PARA LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR CAPITULO II ARTICULO 56

Diagrama de flujo





**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CÓDIGO: AF-P-1-4-3

VERSIÓN: 001/2013

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

REGISTROS

CÓDIGO	Nombre del Documento
AF-DOC-1.4.3	Acuerdos CSU
AF-DOC-1.4.2	Dictamen Financiero

INDICADORES

No aplica

ANEXOS

No aplica



PROCEDIMIENTO:

1.4.4. CONTROL DE VALES DE COMBUSTIBLE

OBJETIVO

Colaborar en la ejecución de actividades financieras y el manejo del fondo circulante.

ALCANCE

Para el procedimiento **“Control De Vales De Combustible” (AF-P-1-4-4)** se tiene definido lo siguiente:

Inicio: Recepción de solicitud para vale de combustible.

Fin: Revisión de Informe de control de vales de combustible.

El proceso **“Control De Vales De Combustible” (AF-P-1-4-4)**, contempla las actividades comprendidas entre la recepción de la solicitud de Vale de Combustible. Auxiliar Contable hace la revisión de la Solicitud y entrega vales de combustible requeridos. Se ingresa el registro en Bitácora de visitas. Se llena el Formulario para Control de combustible e itinerario para vehículos

Se archiva Bitácora y formulario para control. Se hace un Informe de Control de Vales de combustible. Jefe de Administración Financiera revisa el Informe

RESPONSABLES

Los responsables que intervienen en este proceso son:

Desarrollo Físico

Administración Financiera

Auxiliar Contable



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CÓDIGO: AF-P-1-4-4

VERSIÓN: 001/2013

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Descripción

No	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	Jefe de Desarrollo Físico hace la recepción de la solicitud de Vale de Combustible
2	Auxiliar Contable hace la revisión de la Solicitud y entrega vales de combustible requeridos
3	Se ingresa el registro en Bitácora de visitas
4	Se llena el Formulario para Control de combustible e itinerario para vehículos
5	Se archiva Bitácora y formulario para control
6	Se hace un Informe de Control de Vales de combustible
7	Jefe de Administración Financiera revisa el Informe

No	DESCRIPCIÓN DE LA NORMATIVA LEGAL INVOLUCRADA
1	NORMAS TECNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECÍFICAS PARA LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR CAPÍTULO II ARTICULO 80
2	REGLAMENTO GENERAL DE VIÁTICOS CAPÍTULO II
3	REGLAMENTO PARA CONTROLAR LA DISTRIBUCIÓN DE COMBUSTIBLE EN LAS ENTIDADES DEL SECTOR PÚBLICO

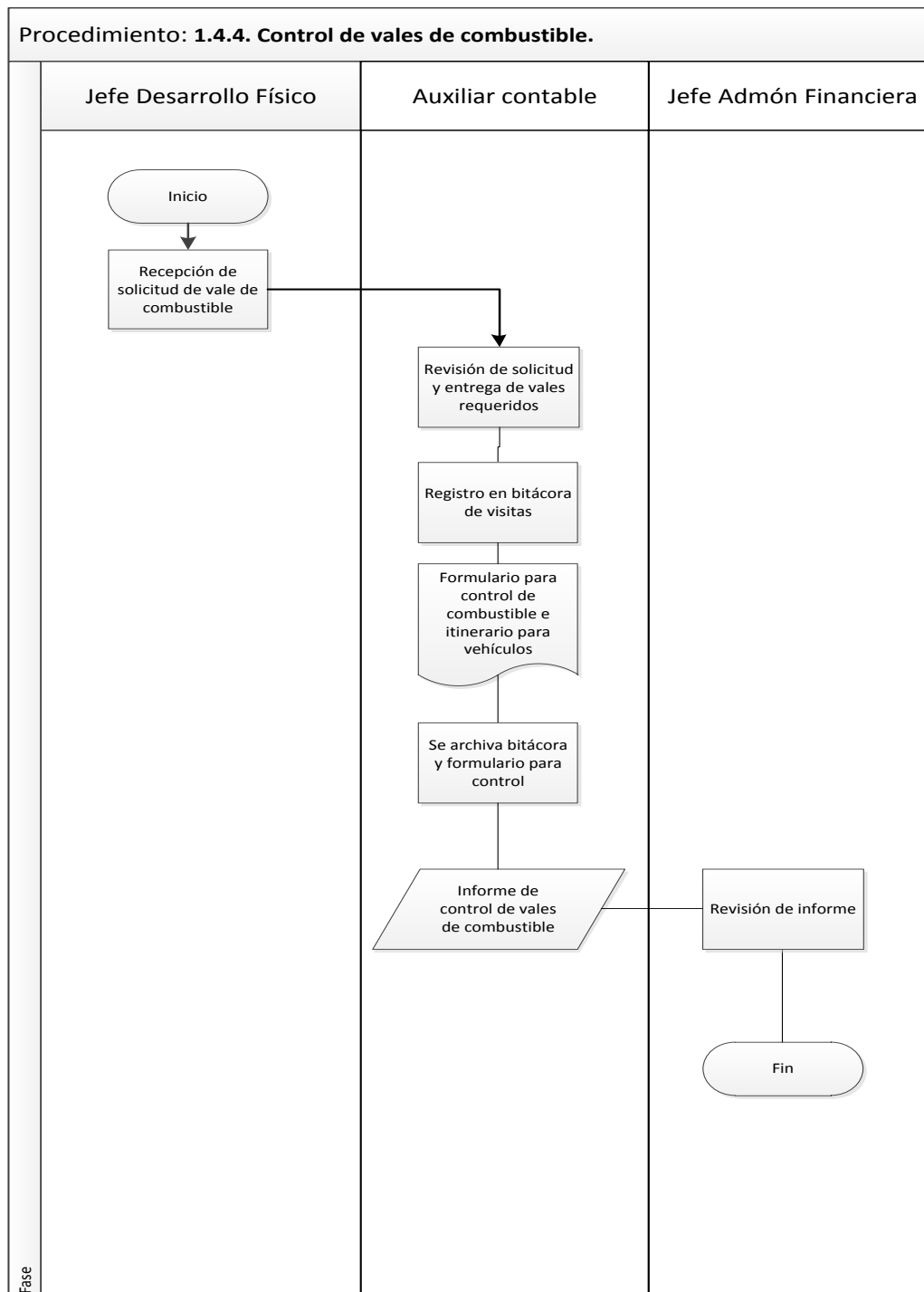


**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CÓDIGO: AF-P-1-4-4

VERSIÓN: 001/2013

Diagrama de flujo





**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CÓDIGO: AF-P-1-4-4

VERSIÓN: 001/2013

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

REGISTROS

CÓDIGO	Nombre del Documento
AF-FOR-1.4.4.1	Vale de Combustible
AF-FOR-1.4.4.2	Bitácora de visitas
AF-FOR-1.4.4.3	Formulario para Control de combustible e itinerario para vehículos
AF-DOC-1.4.4.4	Informe de control de vales de combustible

INDICADORES

No aplica

ANEXOS

No aplica



PROCESO:

2.1. ENSEÑANZA APRENDIZAJE

PROCEDIMIENTO:

2.1.1. EJECUCIÓN DE LA ENSEÑANZA-APRENDIZAJE

OBJETIVO

Planificar, coordinar y supervisar el planeamiento educativo, ejecución metodológica y evaluación curricular.

ALCANCE

Para el procedimiento **“Ejecución De La Enseñanza-Aprendizaje” (EO-P-2-1-1)** se tiene definido lo siguiente:

Inicio: Evaluación Diagnóstica.

Fin: Informe de cursos y estadísticas.

El proceso **“Ejecución De La Enseñanza-Aprendizaje” (EO-P-2-1-1)**, contempla las actividades comprendidas entre la realización de la evaluación diagnóstica de los cursos impartidos para actualizar los programas. Los coordinadores del área presentan programa para cada materia y las ponderaciones de cada evaluación para ser aprobados. Se hace el cronograma de actividades para cada curso en el ciclo correspondiente. Director de Clínicas actualiza los horarios de clases y las aulas utilizadas para cada curso. Coordinadores de área imparten las clases en función del programa de cada curso. Se realizan las evaluaciones sumativas para conocer el desempeño del alumno para cada capítulo del programa. Se controlan las calificaciones y se ingresan en el sistema. Se elabora un examen de reposición al cierre de cada ciclo según ley. Director de clínicas ingresa en el sistema las calificaciones luego de finalizadas todas las evaluaciones. Se realiza un informe de cada curso y sus estadísticas

RESPONSABLES

Los responsables que intervienen en este proceso son:

Dirección de Educación odontológica

Dirección de Clínicas

Coordinadores de área (docentes)



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CÓDIGO: EO-P-2-1-1

VERSIÓN: 001/2013

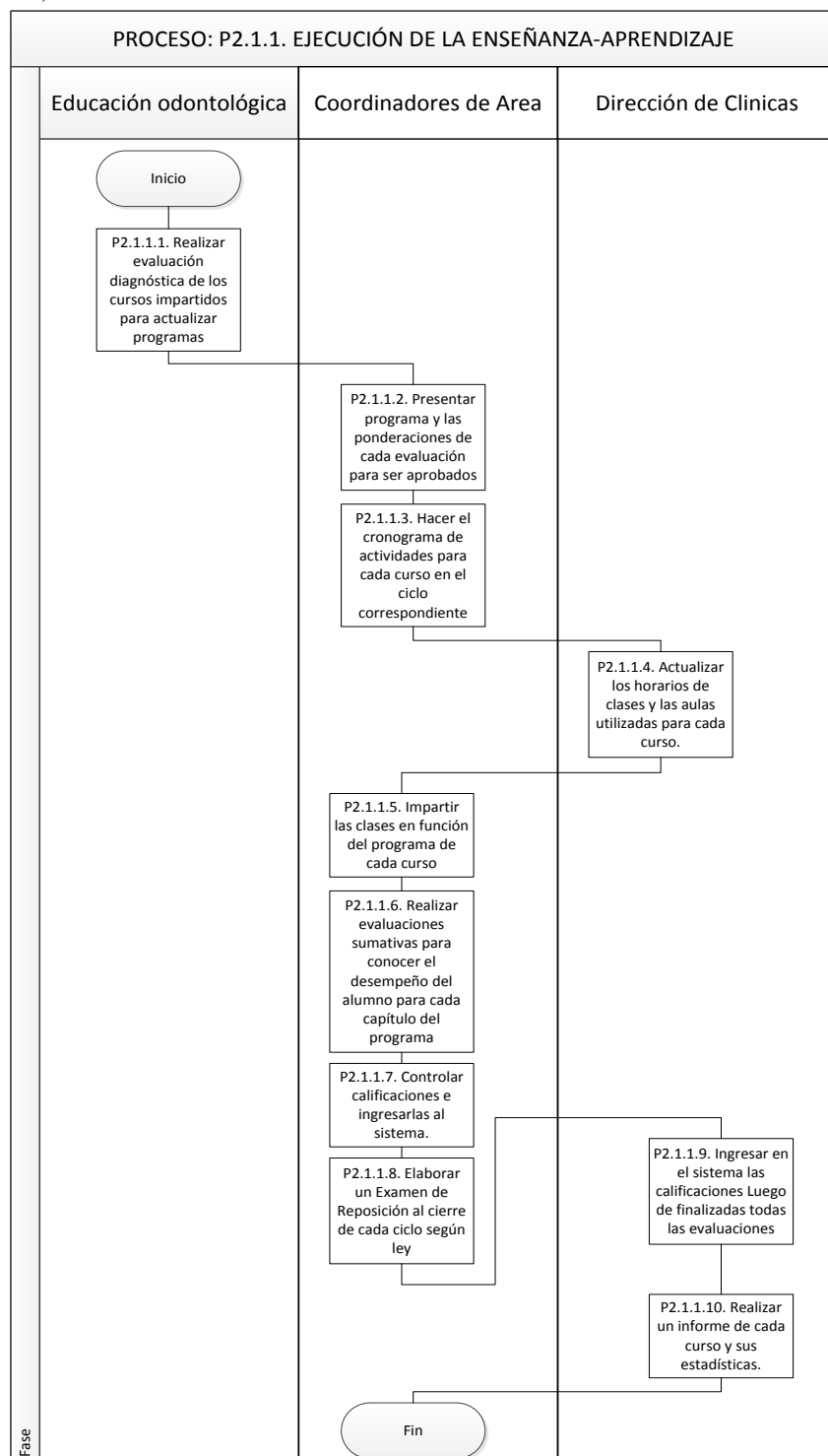
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Descripción

No	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	Dirección de Educación Odontológica realiza la evaluación diagnóstica de los cursos impartidos para actualizar los programas
2	Coordinadores del área presentan programa para cada materia y las ponderaciones de cada evaluación para ser aprobados.
3	Se hace el cronograma de actividades para cada cursos en el ciclo correspondiente
4	Director de Clínicas actualiza los horarios de clases y las aulas utilizadas para cada curso
5	Coordinadores de área imparten las clases en función del programa de cada curso
6	Se realizan las evaluaciones sumativas para conocer el desempeño del alumno para cada capítulo del programa
7	Se controlan las calificaciones y se ingresan en el sistema
8	Se elabora un examen de reposición al cierre de cada ciclo según ley
9	Director de clínicas ingresa en el sistema las calificaciones luego de finalizadas todas las evaluaciones
10	Se realiza un informe de cada curso y sus estadísticas

No	DESCRIPCIÓN DE LA NORMATIVA LEGAL INVOLUCRADA
1	LEY DE EDUCACION SUPERIOR CAPITULO X
2	REGLAMENTO DE LA ADMINISTRACIÓN ACADÉMICA DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR. CAPITULO I ADMINISTRACIONES ACADMICAS LOCALES, CAPITULO III
3	REGLAMENTO ESPECIAL DE EVALUACIÓN DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Diagrama de flujo





**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CÓDIGO: EO-P-2-1-1

VERSIÓN: 001/2013

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

REGISTROS

CÓDIGO	Nombre del Documento
EO-FOR-2.1.1.1	Programa de materia
EO-FOR-2.1.1.2	Informe de cada curso

INDICADORES

- Estudiantes aprobados

$$E.AP. = \frac{Aprobados}{Totaldeestudiantes}$$

ANEXOS

No aplica



PROCEDIMIENTO:

2.1.2. EJECUCIÓN DE PRÁCTICAS EN CLÍNICAS

OBJETIVO

Planificar, coordinar y supervisar el planeamiento educativo, ejecución metodológica y evaluación curricular.

ALCANCE

Para el procedimiento **“Ejecución De Prácticas En Clínicas” (RF-P-2-1-2)** se tiene definido lo siguiente:

Inicio: Evaluación de estudiantes en base a requisitos.

Fin: Análisis de resultados.

El proceso **“Ejecución De Prácticas En Clínicas” (RF-P-2-1-2)**, contempla las actividades comprendidas entre la evaluación de los estudiantes que cumplen los requisitos para iniciar sus prácticas en Clínicas (estudiantes de 5to ciclo ya pueden realizarlas). Se entrega a Dirección de Clínicas el informe con los estudiantes inscritos en cada curso donde es requerida la práctica del alumno. Director de Clínicas ingresa en sistema las evaluaciones sumativas, en función de la fundamentación teórica, desarrollo de habilidades y destrezas en la ejecución de procedimientos, abordaje profesional y aplicación de valores y aspectos éticos. Se hace un análisis de los resultados y las mejoras en el programa de prácticas en Clínicas al finalizar cada ciclo.

RESPONSABLES

Los responsables que intervienen en este proceso son:

Dirección de Clínicas

Educación Odontológica



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CÓDIGO: EO-P-2-1-2

VERSIÓN: 001/2013

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Descripción

No	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	Dirección de Educación Odontológica evalúa los estudiantes que cumplen los requisitos para iniciar sus prácticas en Clínicas (estudiantes de 5to ciclo ya pueden realizarlas)
2	Se entrega a Dirección de Clínicas el informe con los estudiantes inscritos en cada curso donde es requerida la práctica del alumno
3	Director de Clínicas ingresa en sistema las evaluaciones sumativas, en función de la fundamentación teórica, desarrollo de habilidades y destrezas en la ejecución de procedimientos, abordaje profesional y aplicación de valores y aspectos éticos
4	Se hace un análisis de los resultados y las mejoras en el programa de prácticas en Clínicas al finalizar cada ciclo.

No	DESCRIPCIÓN DE LA NORMATIVA LEGAL INVOLUCRADA
1	LEY DE EDUCACION SUPERIOR CAPITULO X
2	REGLAMENTO DE LA ADMINISTRACIÓN ACADÉMICA DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR. CAPÍTULO I ADMINISTRACIONES ACADMICAS LOCALES, CAPÍTULO III
3	REGLAMENTO ESPECIAL DE EVALUACIÓN DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

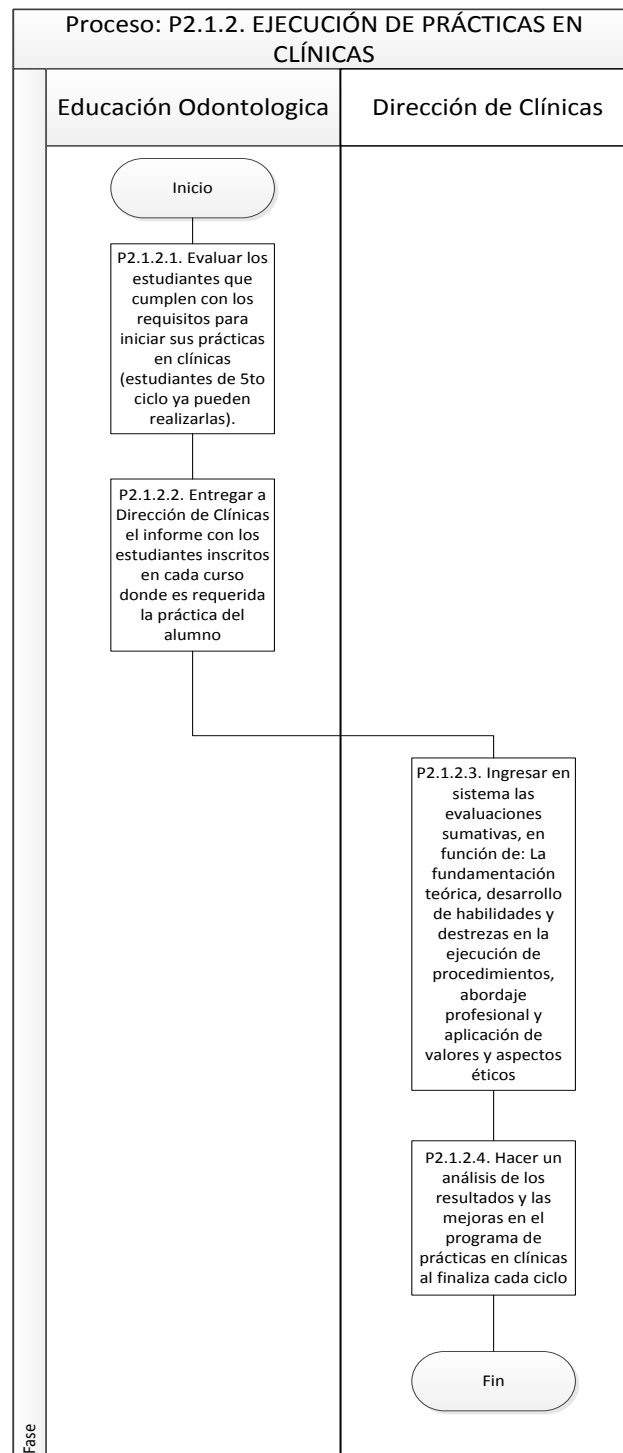


**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CÓDIGO: EO-P-2-1-2

VERSIÓN: 001/2013

Diagrama de flujo





**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA**

CÓDIGO: EO-P-2-1-2

VERSIÓN: 001/2013

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

REGISTROS

CÓDIGO	Nombre del Documento
EO-INS-2.1.2	Instructivo Requisitos para hacer horas sociales

INDICADORES

- Finalización de horas sociales y calidad en los servicios

$$\text{solvensias} = \frac{\text{Estudiantessolventes}}{\text{Totaldeestudiantes}}$$

$$\text{Calidad} = \frac{\text{serviciosaceptables}}{\text{Totaldeservios}}$$

ANEXOS

No aplica



PROCEDIMIENTO:

2.1.3. EJECUCIÓN DE HORAS SOCIALES

OBJETIVO

Planificar, coordinar y supervisar el planeamiento educativo, ejecución metodológica y evaluación curricular.

ALCANCE

Para el procedimiento **“Ejecución De Horas Sociales” (EO-P-2-1-3)** se tiene definido lo siguiente:

Inicio: Evaluación de estudiantes.

Fin: Documento de acreditación de horas sociales

El proceso **“Ejecución De Horas Sociales” (EO-P-2-1-3)**, contempla las actividades comprendidas entre la evaluación de los estudiantes que ya pueden realizar su servicio social. Director de Clínicas hace la recepción de solicitudes para horas sociales. Se evalúa el caso, y si aplica, se procede a ubicar al estudiante en sus prácticas. Coordinador de Cursos hace una evaluación del desempeño del alumno para validar las horas realizadas. Director de Clínicas emite un documento que acredita la realización de las horas sociales.

RESPONSABLES

Los responsables que intervienen en este proceso son:

Coordinadores de cursos (docentes)

Dirección de Clínicas



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CÓDIGO: EO-P-2-1-3

VERSIÓN: 001/2013

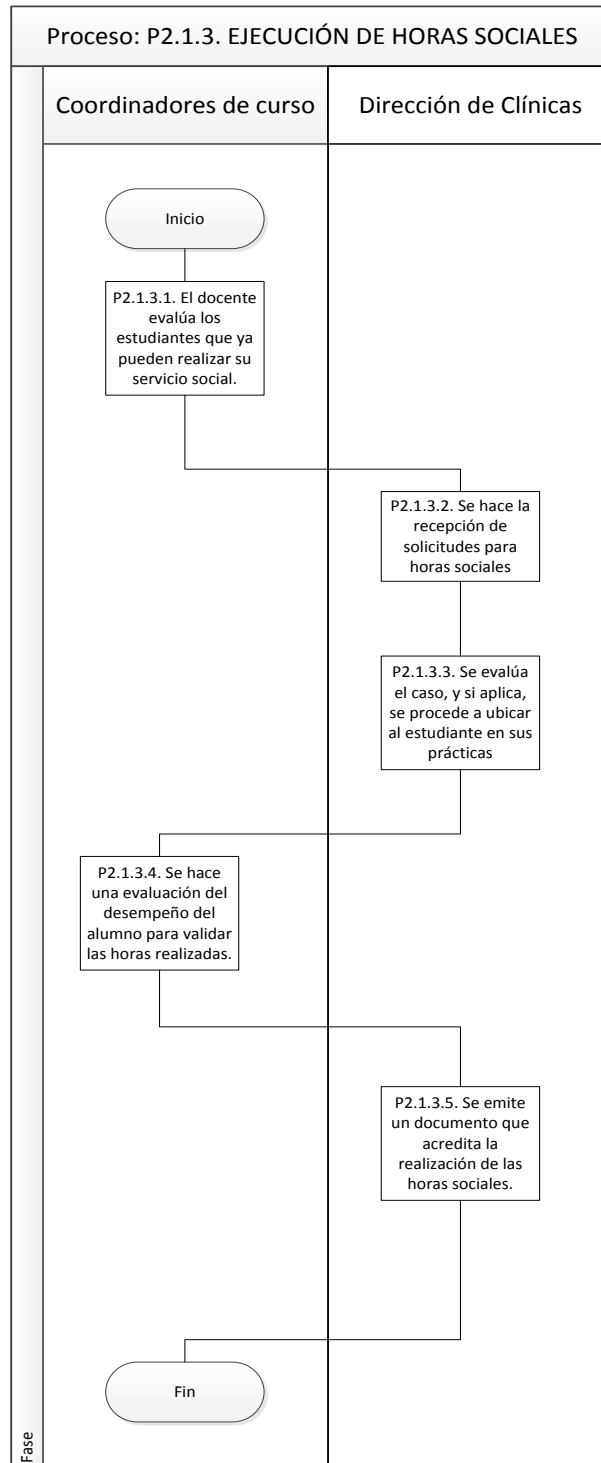
DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Descripción

No	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	Docente (Coordinador de Curso) evalúa los estudiantes que ya pueden realizar su servicio social
2	Director de Clínicas hace la recepción de solicitudes para horas sociales
3	Se evalúa el caso, y si aplica, se procede a ubicar al estudiante en sus prácticas
4	Coordinador de Cursos hace una evaluación del desempeño del alumno para validar las horas realizadas
5	Director de Clínicas emite un documento que acredita la realización de las horas sociales

No	DESCRIPCIÓN DE LA NORMATIVA LEGAL INVOLUCRADA
1	LEY DE EDUCACION SUPERIOR CAPITULO X
2	REGLAMENTO DE LA ADMINISTRACIÓN ACADÉMICA DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR. CAPITULO I ADMINISTRACIONES ACADMICAS LOCALES, CAPITULO III
3	REGLAMENTO ESPECIAL DE EVALUACIÓN DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Diagrama de flujo





**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CÓDIGO: EO-P-2-1-3

VERSIÓN: 001/2013

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

REGISTROS

CÓDIGO	Nombre del Documento
EO-FOR-2.1.3	Formularios de solicitud para horas sociales

INDICADORES

- Ejecución de horas sociales

$$\text{solvensias} = \frac{\text{Estudiantessolventes}}{\text{Totaldeestudiantes}}$$

ANEXOS

No aplica



PROCESO:

2.2. PROGRAMACIONES CLÍNICAS

PROCEDIMIENTO:

2.2.1. PLANIFICACIÓN DE ACTIVIDADES DE CLÍNICAS

OBJETIVO

Planificar, coordinar y supervisar todas las actividades clínicas, tanto académicas como administrativas de acuerdo a las necesidades y demandas de la Facultad.

ALCANCE

Para el procedimiento **“Planificación De Actividades De Clínicas” (DC-P-2-2-1)** se tiene definido lo siguiente:

Inicio: Elaboración de proyección de papelería

Fin: Recepción de políticas y estrategias.

El proceso **“Planificación De Actividades De Clínicas” (DC-P-2-2-1)**, contempla las actividades comprendidas entre la proyección de papelería mobiliario, equipo y material dental. Coordinadores de áreas contribuyen con el plan de trabajo. Director de Clínicas elabora el plan de trabajo de Dirección de Clínicas. Se elabora el plan de compras de la Dirección de Clínicas. El Comité Técnico Asesor contribuye con el plan de compras. Los Coordinadores de áreas contribuyen con la planificación de actividades. Director de Clínicas elabora la planificación de actividades de clínicas intramural y extramural. Coordinadores de área facilitan la información requerida para las Programaciones Clínicas durante el ciclo. Director de Clínicas elabora las Programaciones Clínicas del ciclo en vigencia. Se elaboran las políticas y estrategias para atención al paciente y excelencia académica. Se elaboran las políticas y estrategias para la integración de funciones básicas. Comité Técnico Asesor, Decanato y Junta Directiva reciben documento con políticas y estrategias actualizadas.

RESPONSABLES

Los responsables que intervienen en este proceso son:

Comité Técnico Asesor

Dirección de Clínicas

Junta Directiva

Decanato

Coordinadores de áreas



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CÓDIGO: DC-P-2-2-1

VERSIÓN: 001/2013

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Descripción

No	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	Director de Clínicas elabora la proyección de papelería mobiliario, equipo y material dental
2	Coordinadores de áreas contribuyen con el plan de trabajo
3	Director de Clínicas elabora el plan de trabajo de Dirección de Clínicas
4	Se elabora el plan de compras de la Dirección de Clínicas
5	El Comité Técnico Asesor contribuye con el plan de compras
6	Los Coordinadores de áreas contribuyen con la planificación de actividades
7	Director de Clínicas elabora la planificación de actividades de clínicas intramural y extramural
8	Coordinadores de área facilitan la información requerida para las Programaciones Clínicas durante el ciclo
9	Director de Clínicas elabora las Programaciones Clínicas del ciclo en vigencia.
10	Se elaboran las políticas y estrategias para atención al paciente y excelencia académica
11	Se elaboran las políticas y estrategias para la integración de funciones básicas
12	Comité Técnico Asesor, Decanato y Junta Directiva reciben documento con políticas y estrategias actualizadas.

No	DESCRIPCIÓN DE LA NORMATIVA LEGAL INVOLUCRADA
1	REGLAMENTO ESPECIAL DE EVALUACIÓN DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

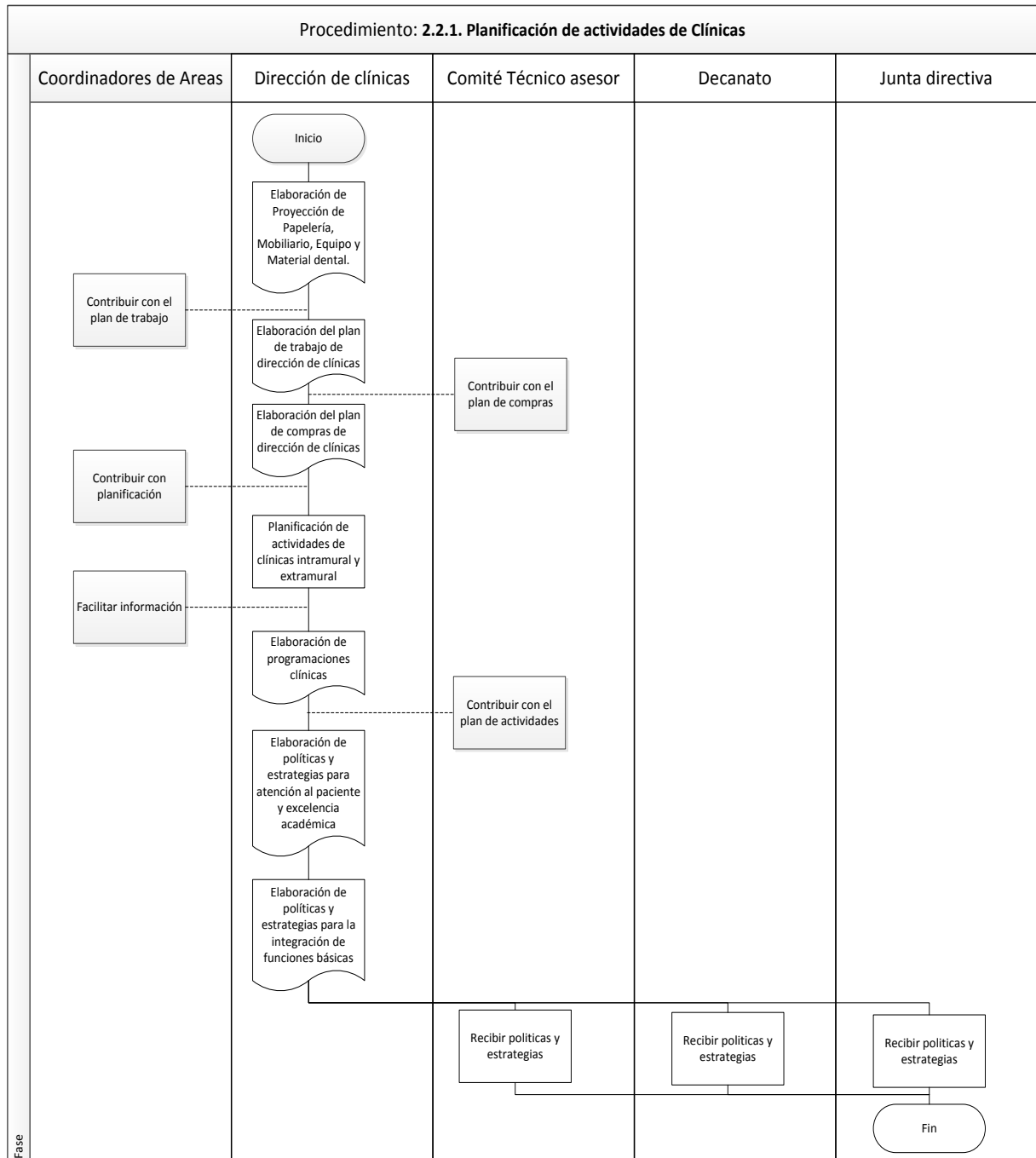


MANUAL DE PROCEDIMIENTOS **FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA**

CÓDIGO: DC-P-2-2-1

VERSIÓN: 001/2013

Diagrama de flujo





**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CÓDIGO: DC-P-2-2-1

VERSIÓN: 001/2013

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

REGISTROS

CÓDIGO	Nombre del Documento
DC-INS-2.2.1	Instructivo para Políticas y Estrategias

INDICADORES

- Calidad en el servicio

$$I.C.S. = \frac{\text{Servicios aceptables}}{\text{Total de servicios}}$$

ANEXOS

No aplica



PROCEDIMIENTO:

2.2.2. CONTROL DE ACTIVIDADES DE ESTUDIANTES EN SERVICIO SOCIAL

OBJETIVO

Asignar y controlar la atención odontológica de pacientes mediante la programación de estudiantes en servicio social.

ALCANCE

Para el procedimiento “**CONTROL DE ACTIVIDADES DE ESTUDIANTES EN SERVICIO SOCIAL**” (DC-P-2-2-2) se tiene definido lo siguiente:

Inicio: Asignación de horarios a los estudiantes.

Fin: Asignación de pacientes para el servicio.

El proceso “**CONTROL DE ACTIVIDADES DE ESTUDIANTES EN SERVICIO SOCIAL**” (DC-P-2-2-2), en este procedimiento primariamente se asigna los horarios en los cuales se atenderá a los pacientes de acuerdo a sus necesidades de tratamientos, posteriormente los alumnos que asisten a su servicio social marcan su asistencia y son controlados por Dirección de Clínicas y les son asignados los pacientes para que realicen su servicio social.

RESPONSABLES

Los responsables que intervienen en este proceso son:

Director de clínicas.

Coordinadores de cada área en clínicas Odontológicas

Secretaria de Departamento.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

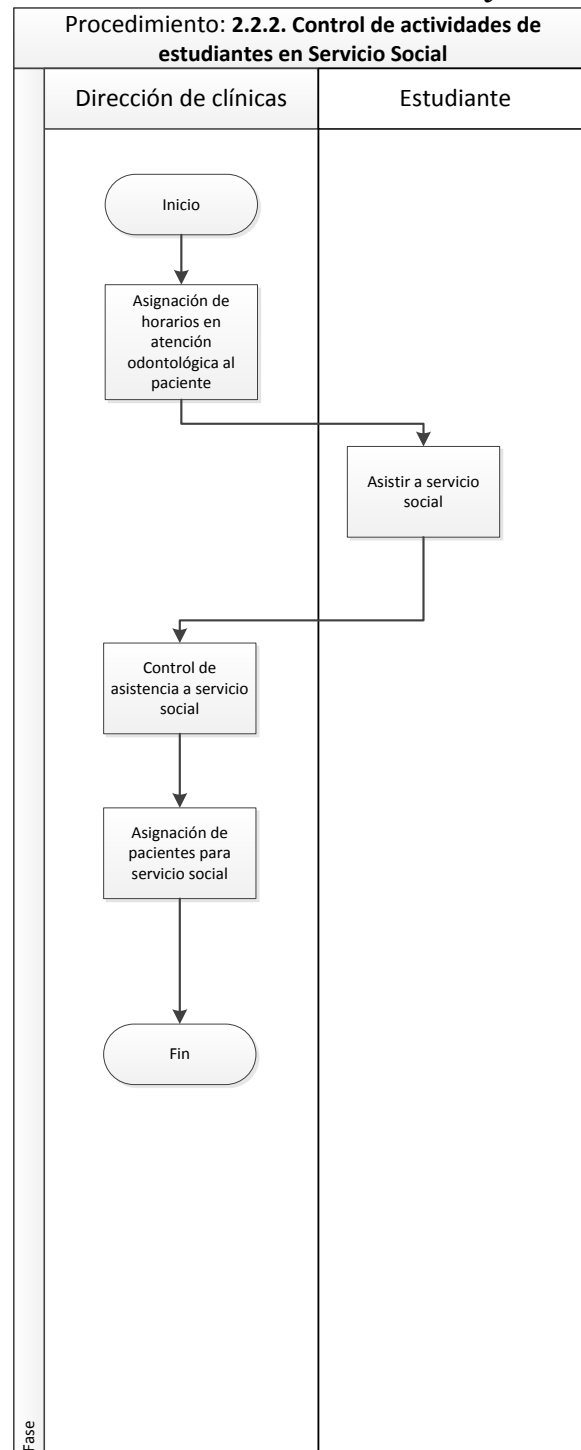
Descripción

No	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	Asignación de horarios en atención odontológica al paciente
2	Asistir a servicio social
3	Control de asistencia a servicio social
4	Asignación de pacientes para servicio social

No	DESCRIPCIÓN DE LA NORMATIVA LEGAL INVOLUCRADA
1	REGLAMENTO ESPECIAL DE EVALUACIÓN DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



DIAGRAMA DE FLUJO





DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

REGISTROS

CÓDIGO	Nombre del Documento
DC-FOR-2.2.2	Expediente del paciente
DC-REG-2.2.2	Control de asistencia a Servicio social
DC-DOC-2.2.2	Programación de Pacientes para servicio social

INDICADORES

- Asistencia a Servicio Social

$$A.S.S. = \frac{\text{Total de asistencias efectivas}}{\text{Total de asistencias Programadas}}$$

ANEXOS

No aplica



PROCEDIMIENTO:

2.2.3. INGRESO EN ADACAD DE FOLDERS DE EVALUACIÓN Y MATERIAL EXTRA

OBJETIVO

Ingresar dentro del sistema ADACAD información referente a notas de evaluaciones, solvencias, material extra.

ALCANCE

Para el proceso **“INGRESO EN ADACAD DE FOLDERS DE EVALUACIÓN Y MATERIAL EXTRA” (DC-P-2-2-3)** se tiene definido lo siguiente:

Inicio: Entrega de vales de material extra

Fin: Actualización de solvencias sobre materiales extra usados por el estudiante en el sistema ADACAD.

El proceso **“INGRESO EN ADACAD DE FOLDERS DE EVALUACIÓN Y MATERIAL EXTRA” (DC-P-2-2-3)**, primariamente arsenales entregan todos los vales de materiales extra ocupados por los estudiantes para que posteriormente Dirección de Clínicas los clasifique para su mejor manejo al procesarlos dentro del Sistema ADACAD. Finalmente Dirección de clínicas actualiza dentro del sistema ADACAD la solvencia sobre materiales extra usados por el estudiante.

RESPONSABLES

Secretaría de Departamento

Arsenalistas

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

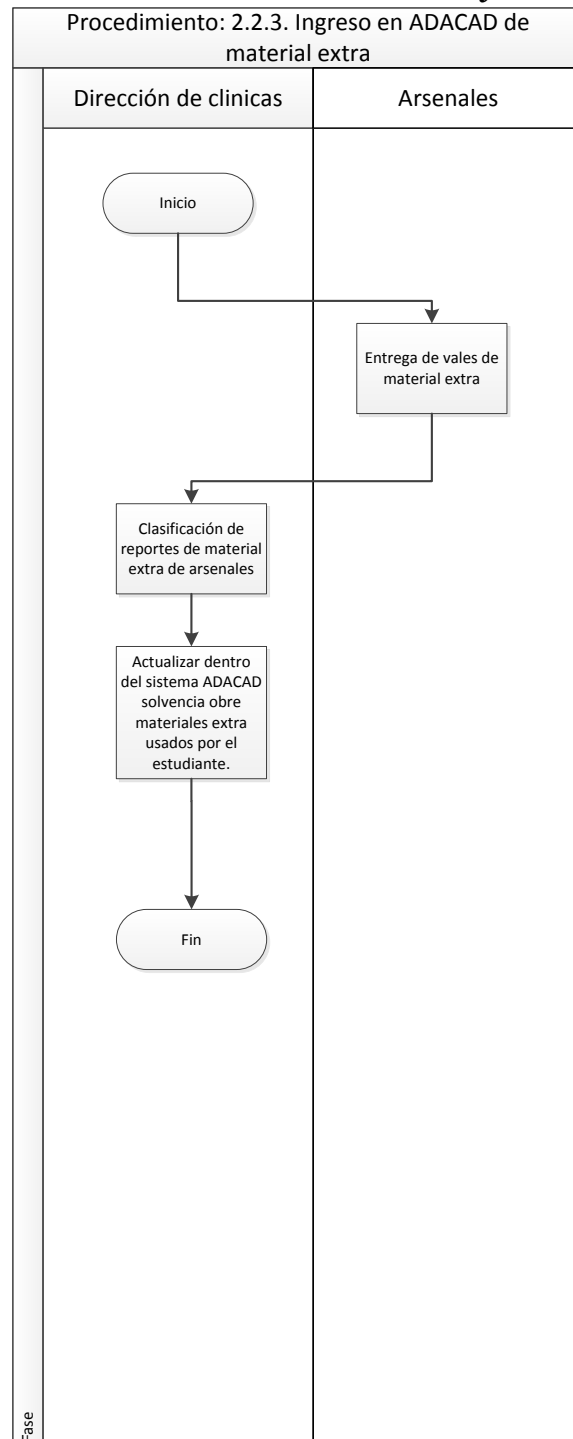
Descripción

No	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	Entrega de vales de material extra
2	Clasificación de reportes de material extra de arsenales
3	Actualizar dentro del sistema ADACAD solvencia sobre materiales extra usados por el estudiante.

No	DESCRIPCIÓN DE LA NORMATIVA LEGAL INVOLUCRADA
1	REGLAMENTO ESPECIAL DE EVALUACIÓN DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



DIAGRAMA DE FLUJO





DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

REGISTROS

CÓDIGO	Nombre del Documento
DC-FOR-2.2.3	Vale de material extra
DC-DOC-2.2.3	Comprobante de pago
DC-REG-2.2.3	Solvencia de estudiante en ADACAD

INDICADORES

Ninguno.

ANEXOS

No aplica



PROCEDIMIENTO:

2.2.4. INGRESO EN ADACAD DE LAS OBSERVACIONES Y EVALUACIÓN DE LOS ESTUDIANTES CONTENIDOS EN LOS FOLDERS SE EVALUACIÓN YA LLENOS ENTREGADOS POR LOS TUTORES.

OBJETIVO

Ingresar en el sistema ADACAD las observaciones y evaluaciones de cada estudiante efectuada por cada tutor.

ALCANCE

Para el proceso **“INGRESO EN ADACAD DE LAS OBSERVACIONES Y EVALUACIÓN DE LOS ESTUDIANTES CONTENIDOS EN LOS FOLDERS SE EVALUACIÓN YA LLENOS ENTREGADOS POR LOS TUTORES” (DC-P-2-2-4)** se tiene definido lo siguiente:

Inicio: Entrega de fólderes de Evaluación

Fin: Publicación de notas de las evaluaciones de los estudiantes

El proceso **“INGRESO EN ADACAD DE LAS OBSERVACIONES Y EVALUACIÓN DE LOS ESTUDIANTES CONTENIDOS EN LOS FOLDERS SE EVALUACIÓN YA LLENOS ENTREGADOS POR LOS TUTORES” (DC-P-2-2-4)**, los tutores entregan los fólderes de evaluación llenos, con los cuales Dirección de clínicas ingresa dentro del sistema ADACAD, para finalmente publicarlas en el mural específico para noticia e interés de los estudiantes.

RESPONSABLES

Secretaría de Departamento

Bodega

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Descripción

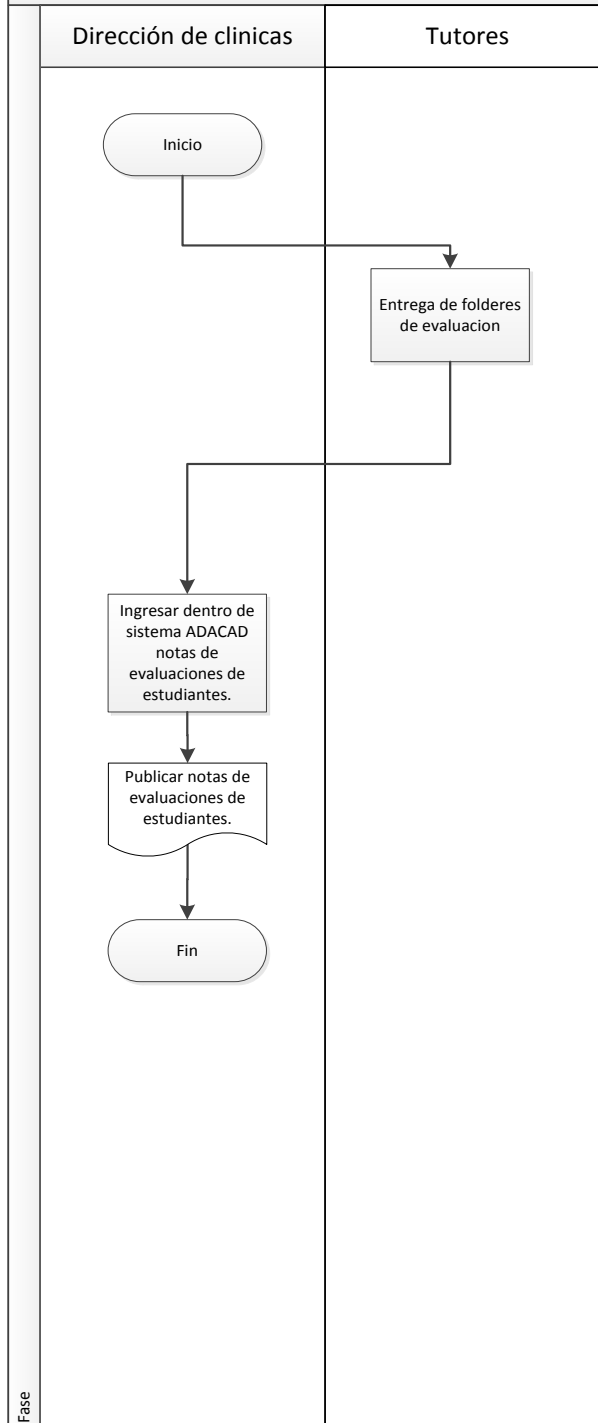
No	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	Entrega de fólderes de evaluación
2	Ingresar dentro de sistema ADACAD notas de evaluaciones de estudiantes.
3	Publicar notas de evaluaciones de estudiantes.

No	DESCRIPCIÓN DE LA NORMATIVA LEGAL INVOLUCRADA
1	REGLAMENTO ESPECIAL DE EVALUACIÓN DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



DIAGRAMA DE FLUJO

Procedimiento: 2.2.4. Ingreso en ADACAD de folders de evaluación





DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

REGISTROS

CÓDIGO	Nombre del Documento
DC-REG-2.2.4	Nota de estudiante en ADACAD
DC-DOC-2.2.4	Publicación de Notas

INDICADORES

No aplica

ANEXOS

No aplica



PROCEDIMIENTO:

2.2.5. CONTROL DE SUMINISTROS DE BODEGA DE DIRECCIÓN DE CLÍNICAS

OBJETIVO

Llevar el control de los suministros que se encuentran en bodega de Dirección de Clínicas

ALCANCE

Para el proceso **“CONTROL DE SUMINISTROS DE BODEGA DE DIRECCIÓN DE CLÍNICAS” (DC-P-2-2-5)** se tiene definido lo siguiente:

Inicio: Recepción de Suministros en la bodega de Dirección de Clínicas

Fin: Proveer de insumos a todo el personal del área de Clínica

El proceso **“CONTROL DE SUMINISTROS DE BODEGA DE DIRECCIÓN DE CLÍNICAS” (DC-P-2-2-5)** inicia cuando Dirección de Clínicas recibe los suministros en la bodega de esta, a la cual lleva un registro de sus entradas y el orden que llevarán dentro de la bodega. Posteriormente los suministros en bodega son controlados por medio del chequeo de las salidas de los materiales dentales a los arsenales. Finalmente se provee de insumos a todo el personal del área clínica que así requiera.

RESPONSABLES

Bodega

Director de Clínicas

Secretaría de Departamento

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Descripción

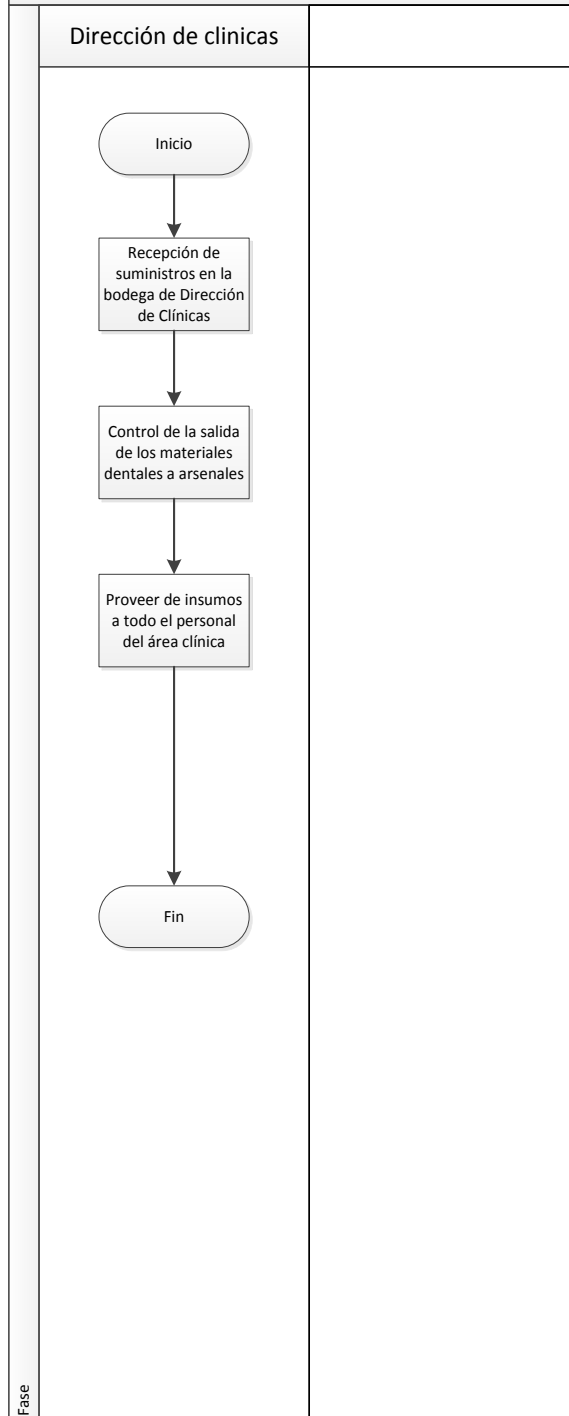
No	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	Recepción de suministros en la bodega de Dirección de Clínicas
2	Control de la salida de los materiales dentales a arsenales
3	Proveer de insumos a todo el personal del área clínica

No	DESCRIPCIÓN DE LA NORMATIVA LEGAL INVOLUCRADA
1	REGLAMENTO ESPECIAL DE EVALUACIÓN DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



DIAGRAMA DE FLUJO

Procedimiento: 2.2.5. Control de suministros de bodega de Dirección de Clínicas





DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

REGISTROS

CÓDIGO	Nombre del Documento
DC-REG-2.2.5	Kardex

INDICADORES

NA

ANEXOS

No aplica



PROCEDIMIENTO:

2.2.6. CONTROL DE SOLVENCIA DE LOS ESTUDIANTES PROGRAMADOS.

OBJETIVO

Llevar el control de la solvencia de cada uno de los estudiantes programados en clínicas.

ALCANCE

Para el proceso **“CONTROL DE SOLVENCIA DE LOS ESTUDIANTES PROGRAMADOS” (DC-P-2-2-6)** se tiene definido lo siguiente:

Inicio: Entrega de expediente de paciente tratado

Fin: Recibir expediente de paciente tratado y archivarlo

El proceso **“CONTROL DE SOLVENCIA DE LOS ESTUDIANTES PROGRAMADOS” (DC-P-2-2-6)** inicia cuando el estudiante entrega expediente del paciente tratado en dirección de Clínicas para que se realice el control de los tratamientos de todos los expedientes archivados (Control de seguimiento), así mismo el control de pago de los tratamientos, pago de material extra y de materiales y arsenales. Posteriormente el alumno verifica su deuda y entrega su expediente a archivo.

RESPONSABLES

Secretaría de departamento

Arsenalistas

Archivos

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

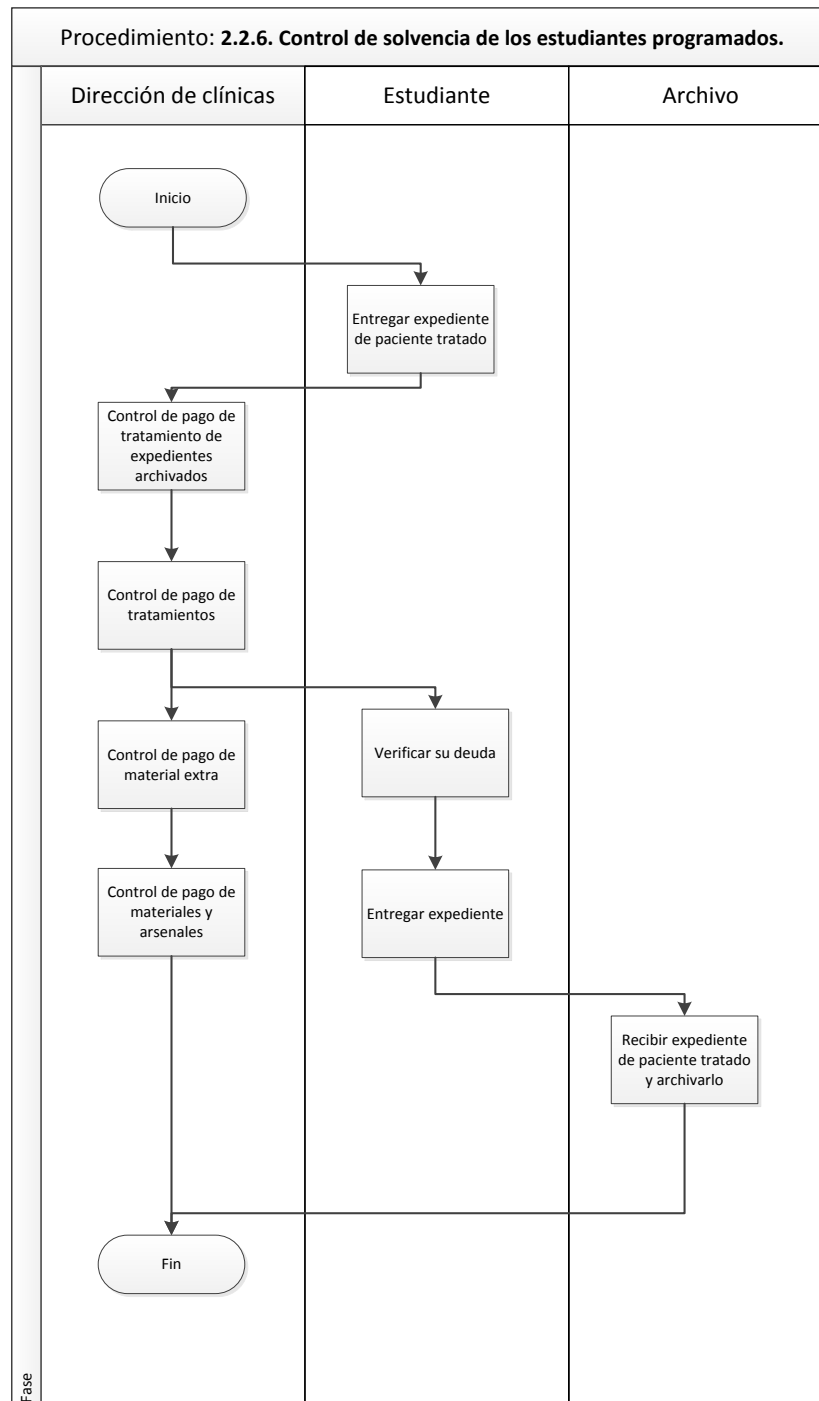
Descripción

No	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	Entregar expediente de paciente tratado
2	Control de pago de tratamiento de expedientes archivados
3	Control de pago de tratamientos
4	Control de pago de material extra
5	Control de pago de materiales y arsenales
6	Entregar expediente
7	Recibir expediente de paciente tratado y archivarlo

No	DESCRIPCIÓN DE LA NORMATIVA LEGAL INVOLUCRADA
1	REGLAMENTO ESPECIAL DE EVALUACIÓN DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



DIAGRAMA DE FLUJO





DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

REGISTROS

CÓDIGO	Nombre del Documento
DC-REG-2.2.6	Solvencia de estudiante en ADACAD

INDICADORES

- Solvencia de estudiantes

$$solvencias = \frac{Estudiantessolventes}{Totaldeestudiantes}$$

ANEXOS

No aplica



PROCESO:

2.3. ATENCIÓN A PACIENTES

PROCEDIMIENTO:

2.3.1. RECEPCIÓN DE PACIENTES

OBJETIVO

Recibir al paciente dándole la información que requiere para iniciar sus tratamientos por primera vez o guiarlo en sus posteriores visitas con el fin de clasificarlo y referirlo de acuerdo a su tratamiento y edad.

ALCANCE

Para el proceso **“RECEPCIÓN DE PACIENTES” (DC-P-2-3-1)** se tiene definido lo siguiente:

Inicio: Recibir al paciente

Fin: Referir al paciente según su cita, su emergencia o edad.

El proceso **“RECEPCIÓN DE PACIENTES” (DC-P-2-3-1)** comienza cuando el paciente llega a Información donde se recibe de una forma amable y cortés y se le pregunta información básica la cual sirve para su clasificación preliminar, además programar la cita para su diagnóstico en caso de ser primera visita. Con la información recabada Citas pre clasifica los pacientes de acuerdo a su padecimiento y edad, posteriormente es referido a colecturía para que cancele su expediente en caso de ser paciente nuevo o cancelar el pago de sus tratamientos. Finalmente si el paciente es de emergencia es programado inmediatamente, si no es emergencia es programado en una cita posterior al abrir su expediente. Cuando el paciente visita la clínica como continuidad de sus tratamientos Citas refiere al paciente según su cita.

RESPONSABLES

Información

Citas

Colecturía



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CÓDIGO: DC-P-2-3-1

VERSIÓN: 001/2013

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

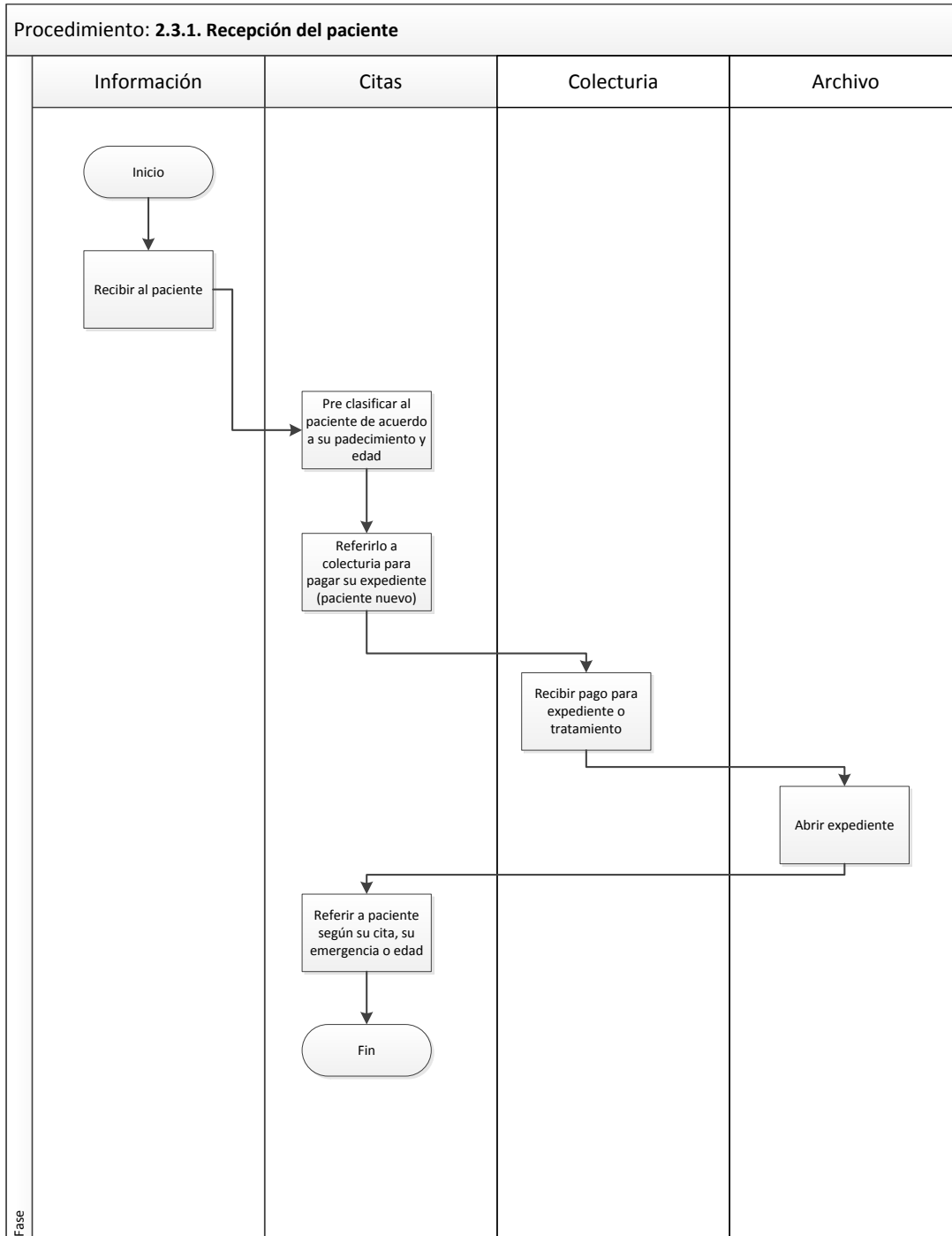
Descripción

No	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	Recibir al paciente
2	Pre clasificar al paciente de acuerdo a su padecimiento y edad
3	Referirlo a colecturía para pagar su expediente (paciente nuevo)
4	Recibir pago para expediente o tratamiento
5	Abrir expediente
6	Referir a paciente según su cita, su emergencia o edad

No	DESCRIPCIÓN DE LA NORMATIVA LEGAL INVOLUCRADA
1	REGLAMENTO ESPECIAL DE EVALUACIÓN DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



DIAGRAMA DE FLUJO





DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

REGISTROS

CÓDIGO	Nombre del Documento
DC-DOC-2.3.1	Comprobante de pago de apertura de expediente
DC-REG-2.3.1	Programación de citas

INDICADORES

No aplica

ANEXOS

No aplica



PROCEDIMIENTO:

2.3.2. APERTURA DE EXPEDIENTE

OBJETIVO

Abrir en archivo de clínicas un expediente con su historial clínico y solvencia.

ALCANCES

Para el proceso **“APERTURA DE EXPEDIENTE” (DC-P-2-3-2)** se tiene definido lo siguiente:

Inicio: Cancelar en colecturía el expediente que se abrirá.

Fin: Escribir la información básica del paciente para su preclasificación

El proceso **“APERTURA DE EXPEDIENTE” (DC-P-2-3-2)** comienza cuando el paciente cancela en Colecturía el valor de su expediente, posteriormente el nuevo expediente es abierto de acuerdo a la edad (paciente adulto u Odontopediatría) y finalmente se escribe la información básica la cual pre clasifica al paciente y lo identifica para sus tratamientos y citas.

RESPONSABLES

Colecturía

Archivo

Información

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

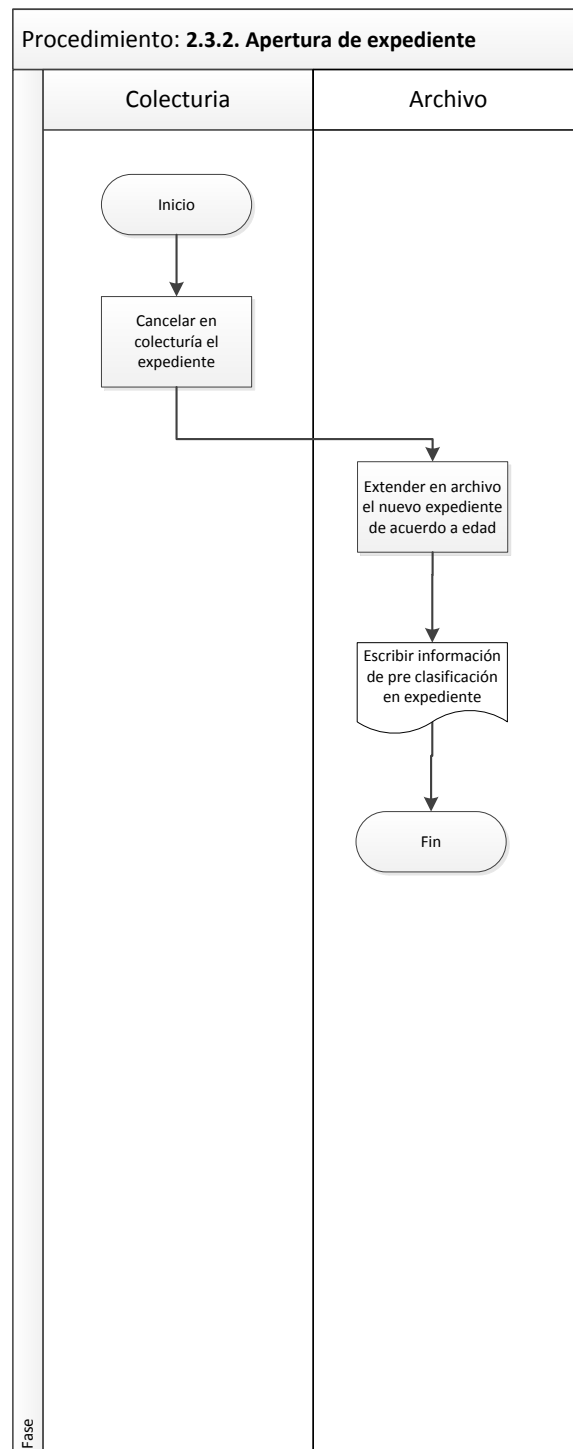
Descripción

No	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	Cancelar en colecturía el expediente
2	Extender en archivo el nuevo expediente de acuerdo a edad
3	Escribir información de pre clasificación en expediente

No	DESCRIPCIÓN DE LA NORMATIVA LEGAL INVOLUCRADA
1	REGLAMENTO ESPECIAL DE EVALUACIÓN DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



DIAGRAMA DE FLUJO





DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

REGISTROS

CÓDIGO	Nombre del Documento
DC-FOR-2.2.2	Expediente del paciente

INDICADORES

No es posible su calculo

ANEXOS

No aplica



PROCEDIMIENTO:

2.3.3. TRATAMIENTO DE EMERGENCIA

OBJETIVO

Ejecutar el tratamiento de emergencia para pacientes que requieren esta clase de atención debido a su estado de salud.

ALCANCE

Para el proceso **“TRATAMIENTO DE EMERGENCIA” (DC-P-2-3-3)** se tiene definido lo siguiente:

Inicio: Cancelar en colecturía el costo del tratamiento

Fin: Ejecución del tratamiento de emergencia

El proceso **“TRATAMIENTO DE EMERGENCIA” (DC-P-2-3-3)** comienza cuando el paciente en Colecturía cancela el costo de su tratamiento, posteriormente este se dirige a ventanilla de Citas y es programado para su tratamiento de emergencia para ser atendido lo más rápido posible, finalmente se ejecuta el tratamiento de emergencia en Clínicas de acuerdo a su emergencia.

RESPONSABLES

Colecturía

Citas

Información

Coordinadores de Área

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

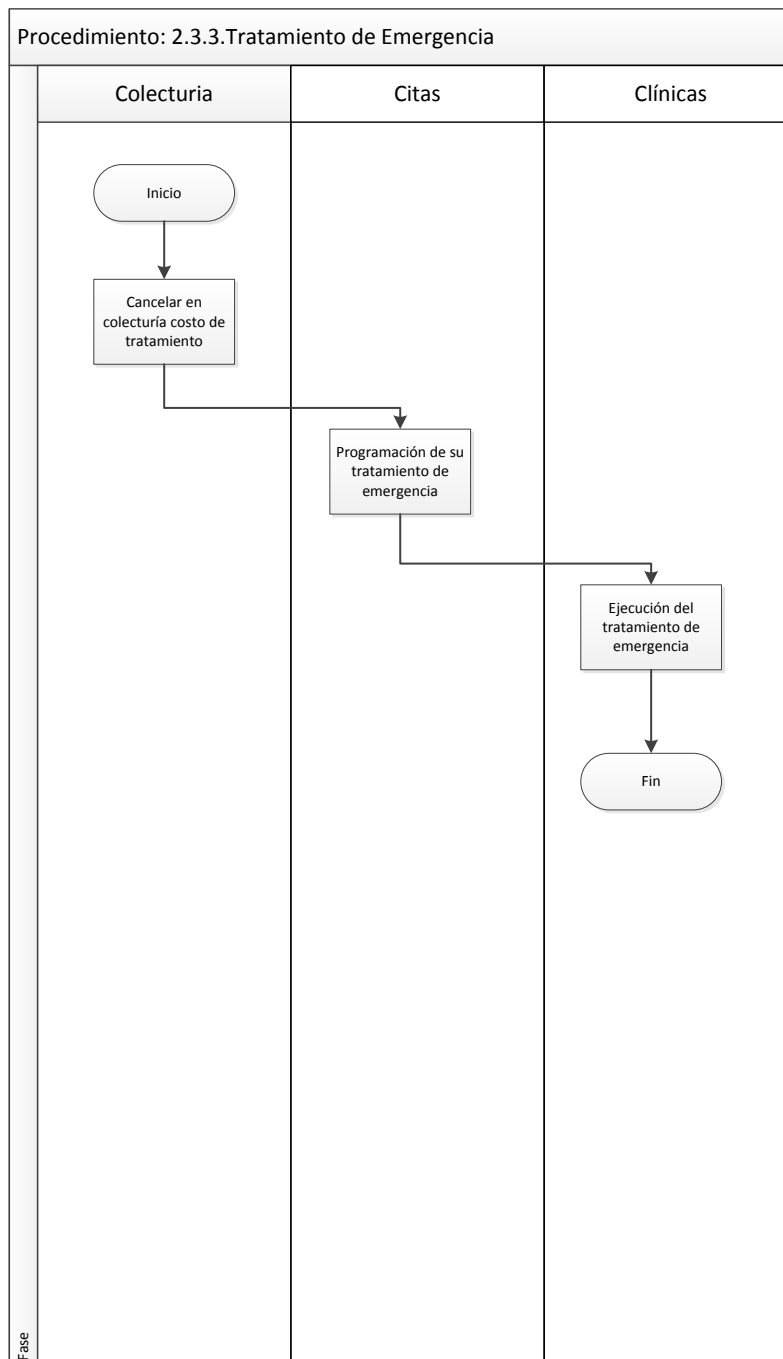
Descripción

No	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	Cancelar en colecturía costo de tratamiento
2	Programación de su tratamiento de emergencia
3	Ejecución del tratamiento de emergencia

No	DESCRIPCIÓN DE LA NORMATIVA LEGAL INVOLUCRADA
1	REGLAMENTO ESPECIAL DE EVALUACIÓN DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



DIAGRAMA DE FLUJO





DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

REGISTROS

CÓDIGO	Nombre del Documento
DC-FOR-2.2.2	Expediente del paciente
DC-REG-2.2.3	Programación de citas

INDICADORES

- Calidad en el servicio

$$Calidad = \frac{\text{servicios aceptables}}{\text{Total de servicios}}$$

ANEXOS

No aplica



PROCEDIMIENTO:

2.3.4. ELABORACIÓN DE DIAGNÓSTICO

OBJETIVO

Elaborar un diagnóstico con el fin de clasificar el paciente de acuerdo al área de tratamiento adecuada para su condición.

ALCANCE

Para el proceso **“ELABORACIÓN DE DIAGNÓSTICO” (DC-P-2-3-4)** se tiene definido lo siguiente:

Inicio: Ejecución del examen de diagnóstico en el Área de Diagnóstico

Fin: Clasificación del paciente de acuerdo al área de tratamiento.

El proceso **“ELABORACIÓN DE DIAGNÓSTICO” (DC-P-2-3-4)** comienza con la ejecución del examen de diagnóstico en el Área de Diagnóstico por un estudiante, el cual registra los hallazgos clínicos en su expediente, además saca las radiografías para su análisis radiográfico, posteriormente se realiza un examen clínico y de las radiografías, finalmente se elabora el diagnóstico y se clasifica al paciente de acuerdo al área de tratamiento para su condición.

RESPONSABLES

Estudiantes

Docente (Tutor)

Laboratorista

Citas



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CÓDIGO: DC-P-2-3-4

VERSIÓN: 001/2013

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

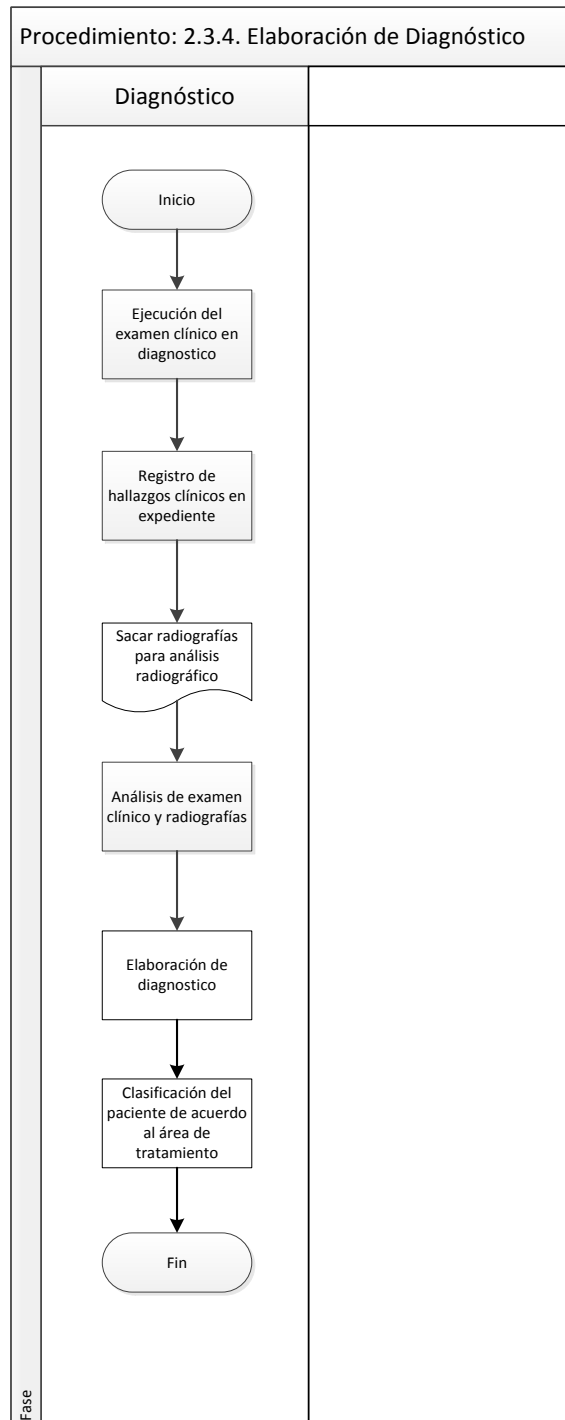
Descripción

No	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	Ejecución del examen clínico en diagnóstico
2	Registro de hallazgos clínicos en expediente
3	Sacar radiografías para análisis radiográfico
4	Análisis de examen clínico y radiografías
5	Elaboración de diagnóstico
6	Clasificación del paciente de acuerdo al área de tratamiento

No	DESCRIPCIÓN DE LA NORMATIVA LEGAL INVOLUCRADA
1	REGLAMENTO ESPECIAL DE EVALUACIÓN DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



DIAGRAMA DE FLUJO





DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

REGISTROS

CÓDIGO	Nombre del Documento
DC-FOR-2.2.2	Expediente del paciente
DC-DOC-2.3.4	Evaluación de alumno

INDICADORES

- Conformidad en el servicio

$\text{Inconformidades} = \text{total de inconformidades} / \text{cantidad de productos ó servicios ofrecidos}$

ANEXOS

No aplica



PROCEDIMIENTO:

2.3.5. PROGRAMACIÓN DE CITA

OBJETIVO

Programar paciente de acuerdo a la disponibilidad vigente de horarios al analizar los expedientes de los pacientes y requerimientos de los alumnos.

ALCANCE

Para el proceso **“PROGRAMACIÓN DE CITA” (CT-P2-3-5)** se tiene definido lo siguiente:

Inicio: Analizar el expediente del paciente y los requerimientos de los alumnos

Fin: Programar pacientes de acuerdo a la disponibilidad de horarios

El proceso **“PROGRAMACIÓN DE CITA” (CT-P-2-3-5)** comienza cuando Citas analiza los expedientes de los pacientes y los requerimientos de los alumnos en su ciclo académico, posteriormente los expedientes son elegidos de acuerdo a los requerimientos. Los pacientes que cumplen con los requerimientos son llamados para programar cita y son finalmente programados de acuerdo a la disponibilidad de horario de los alumnos.

RESPONSABLES

Citas

Archivo

Docentes

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

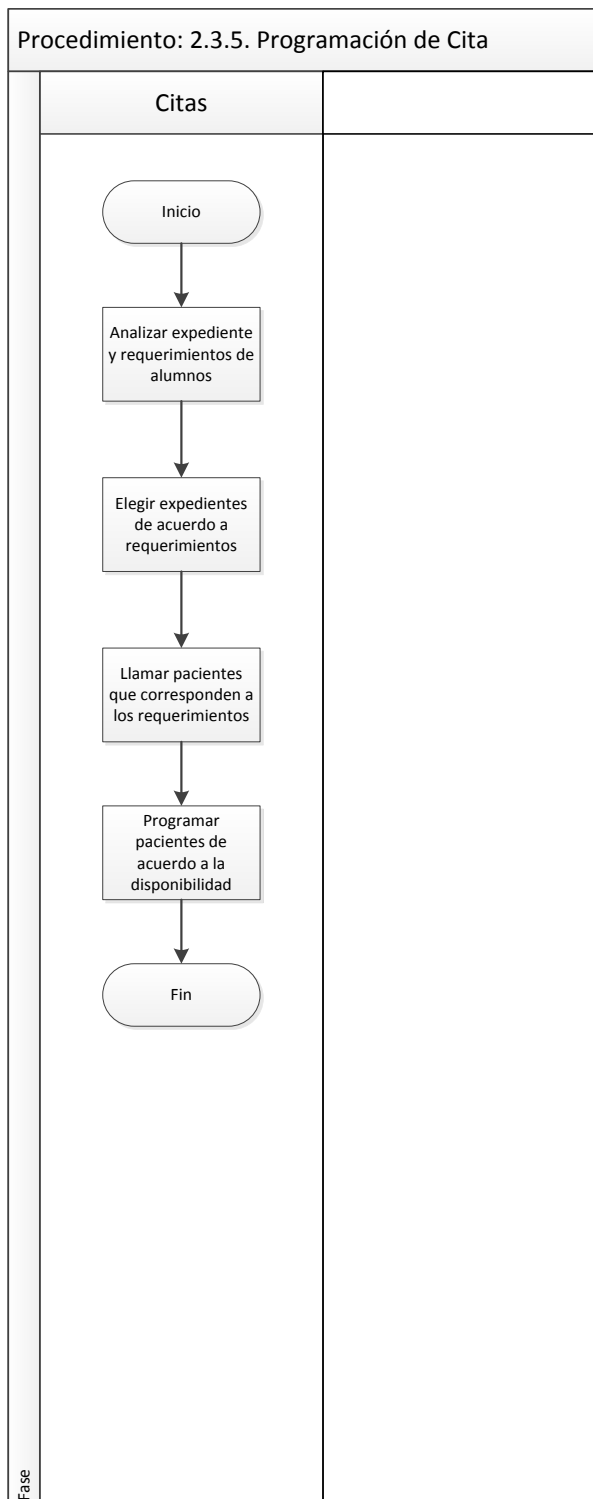
Descripción

No	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	Analizar expediente y requerimientos de alumnos
2	Elegir expedientes de acuerdo a requerimientos
3	Llamar pacientes que corresponden a los requerimientos
4	Programar pacientes de acuerdo a la disponibilidad

No	DESCRIPCIÓN DE LA NORMATIVA LEGAL INVOLUCRADA
1	REGLAMENTO ESPECIAL DE EVALUACIÓN DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



DIAGRAMA DE FLUJO





DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

REGISTROS

CÓDIGO	Nombre del Documento
DC-DOC-2.3.5	Programación de citas

INDICADORES

- Citas programadas

$$E.P. = \frac{\text{citas recibidas a tiempo}}{\text{total de programaciones}}$$

ANEXOS

No aplica



PROCEDIMIENTO:

2.3.6. EJECUCIÓN DE TRATAMIENTO

OBJETIVO

Efectuar el tratamiento al paciente con el fin de curar o aliviar las enfermedades o síntomas en su sistema estomatognático.

ALCANCE

Para el proceso “EJECUCIÓN DE TRATAMIENTO” (DC-P-2-3-6) se tiene definido lo siguiente:

Inicio: Realizar promoción y prevención

Fin: pagar en colecturía el costo del tratamiento

El proceso “EJECUCIÓN DE TRATAMIENTO” (DC-P-2-3-6) comienza con la promoción y prevención del paciente, posteriormente en distintas etapas se realiza el detaltraje, la operatoria dental, la endodoncia y/o cirugía de acuerdo a su condición y tratamientos específicos determinados en su diagnóstico y acuerdos de pago de tratamientos del paciente. Finalmente el paciente paga en colecturía el costo de los tratamientos que se le efectuaron.

RESPONSABLES

Estudiantes

Docente Tutor

Colecturía

Archivo

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

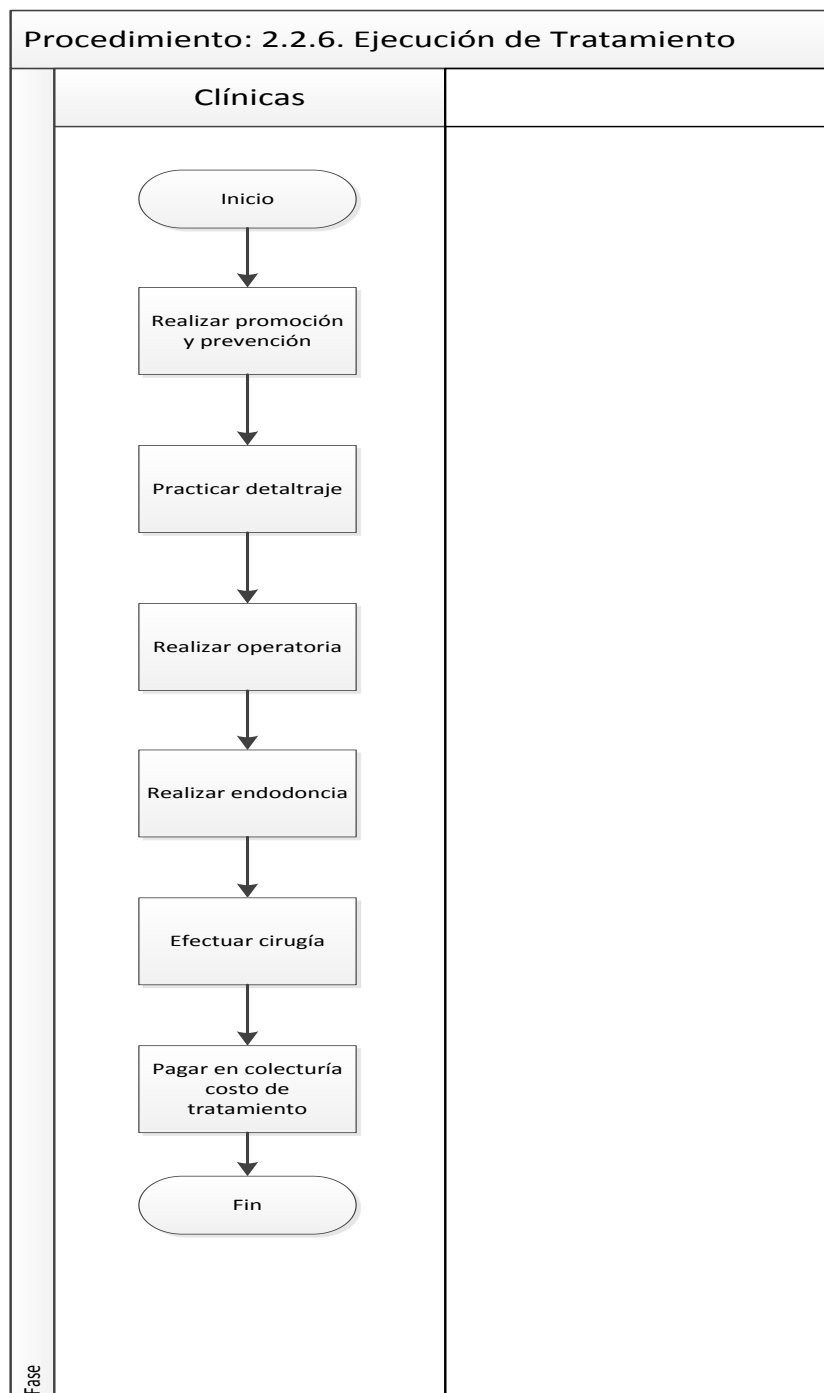
Descripción

No	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	Realizar promoción y prevención
2	Practicar detaltraje
3	Realizar operatoria
4	Realizar endodoncia
5	Efectuar cirugía
6	Pagar en colecturía costo de tratamiento

No	DESCRIPCIÓN DE LA NORMATIVA LEGAL INVOLUCRADA
1	REGLAMENTO ESPECIAL DE EVALUACIÓN DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA



DIAGRAMA DE FLUJO





DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

REGISTROS

CÓDIGO	Nombre del Documento
DC-FOR-2.2.2	Expediente del paciente
DC-DOC-2.3.5	Programación de citas
DC-REG-2.2.6	Solvencia de estudiante en ADACAD

INDICADORES

- Programación de tratamientos

$$E.P. = \frac{\text{citas recibidas a tiempo}}{\text{total de programaciones}}$$

ANEXOS

No aplica



PROCESO:

3.1. CONTROL DE INVENTARIO

PROCEDIMIENTO:

3.1.1. RECEPCIÓN DE MERCADERÍA Y EQUIPO QUE NO NECESITA INSTALACIÓN Y EQUIPO QUE NECESITA INSTALACIÓN QUE TRAEN LOS PROVEEDORES.

OBJETIVO

Ingresar materiales e insumos además de equipo al inventario de bodega que cumplen con las especificaciones requeridas según la orden de compra y notas de remisión que proporciona el proveedor.

ALCANCE

Para el proceso **“RECEPCIÓN DE MERCADERÍA Y EQUIPO QUE NO NECESITA INSTALACIÓN Y EQUIPO QUE NECESITA INSTALACIÓN QUE TRAEN LOS PROVEEDORES” (AF-P-3-1-1)** se tiene definido lo siguiente:

Inicio: Recibir nota de remisión de la mercadería o equipo que proporcione el proveedor

Fin: Ingresar mercadería y/o equipo en el inventario de bodegas

El proceso **“RECEPCIÓN DE MERCADERÍA Y EQUIPO QUE NO NECESITA INSTALACIÓN Y EQUIPO QUE NECESITA INSTALACIÓN QUE TRAEN LOS PROVEEDORES” (AF-P-3-1-1)** comienza al recibir las notas de remisión de los materiales e insumos que proporcionan los proveedores, posteriormente se revisa que todo el producto cumpla con las especificaciones requeridas según la orden de compra para finalmente ingresar los materiales e insumos y/o equipo en el inventario de bodega.

RESPONSABLES

Bodega

Expertos requeridos dependiendo de la mercadería: Jefe de Recursos Físicos, Activo Fijo, Arsenalistas.

Compras



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CÓDIGO: AF-P-3-1-1

VERSIÓN: 001/2013

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

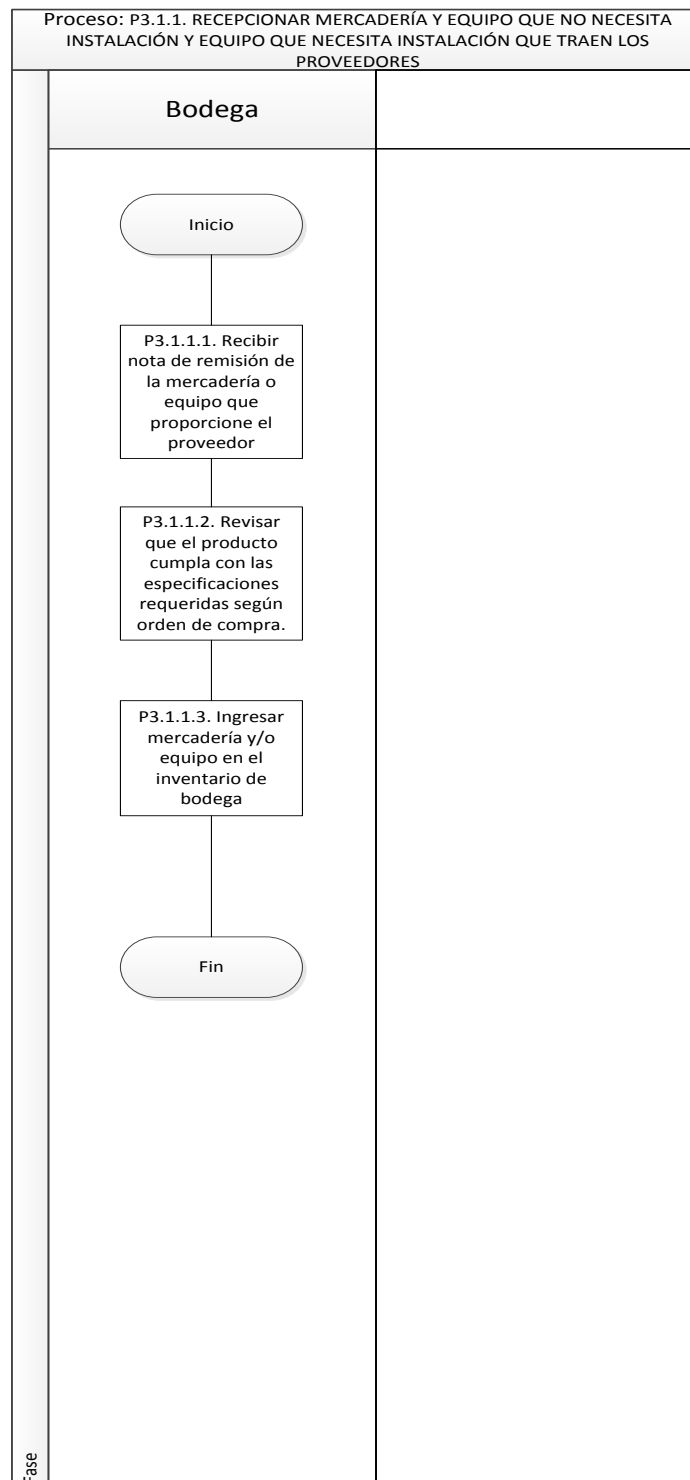
Descripción

No	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	Recibir nota de remisión de la mercadería o equipo que proporcione el proveedor
2	Revisar que el producto cumpla con las especificaciones requeridas según orden de compra.
3	Ingresar mercadería y/o equipo en el inventario de bodega

No	DESCRIPCIÓN DE LA NORMATIVA LEGAL INVOLUCRADA
1	NORMAS TÉCNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECÍFICAS PARA LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR ARTICULOS 86, 87, 92, 108



DIAGRAMA DE FLUJO





DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

REGISTROS

CÓDIGO	Nombre del Documento
AF-DOC-3.1.1	Acta de recepción
DC-REG-2.2.5	Kardex

INDICADORES

- Calificación del proveedor

$$\text{Pedidos aceptados} = \frac{\text{Pedidos aceptados}}{\text{Pedidos adjudicados}}$$

ANEXOS

No aplica



PROCEDIMIENTO:

3.1.2. CONTROLAR LA SALIDA DE LOS MATERIALES DENTALES A ARSENALES.

OBJETIVO

Controlar la entrega de materiales solicitados por arsenales.

ALCANCE

Para el proceso **“CONTROLAR LA SALIDA DE LOS MATERIALES DENTALES A ARSENALES.” (DC-P-3-1-2)** se tiene definido lo siguiente:

Inicio: Recibir la hoja de solicitud de materiales emitida por Dirección de Clínicas

Fin: Entregar materiales solicitados según inventarios de materiales por medio de una hoja de entrega de materiales.

El proceso **“CONTROLAR LA SALIDA DE LOS MATERIALES DENTALES A ARSENALES.” (DC-P-3-1-2)** empieza cuando bodega recibe una hoja de solicitud de materiales emitida por Dirección de Clínicas, posteriormente se entregan los materiales solicitados según los inventarios vigentes, llevando el control por medio de una hoja de entrega de materiales.

RESPONSABLES

Director de Clínicas

Secretaria del Departamento de Dirección de Clínicas

Bodega

Arsenales

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

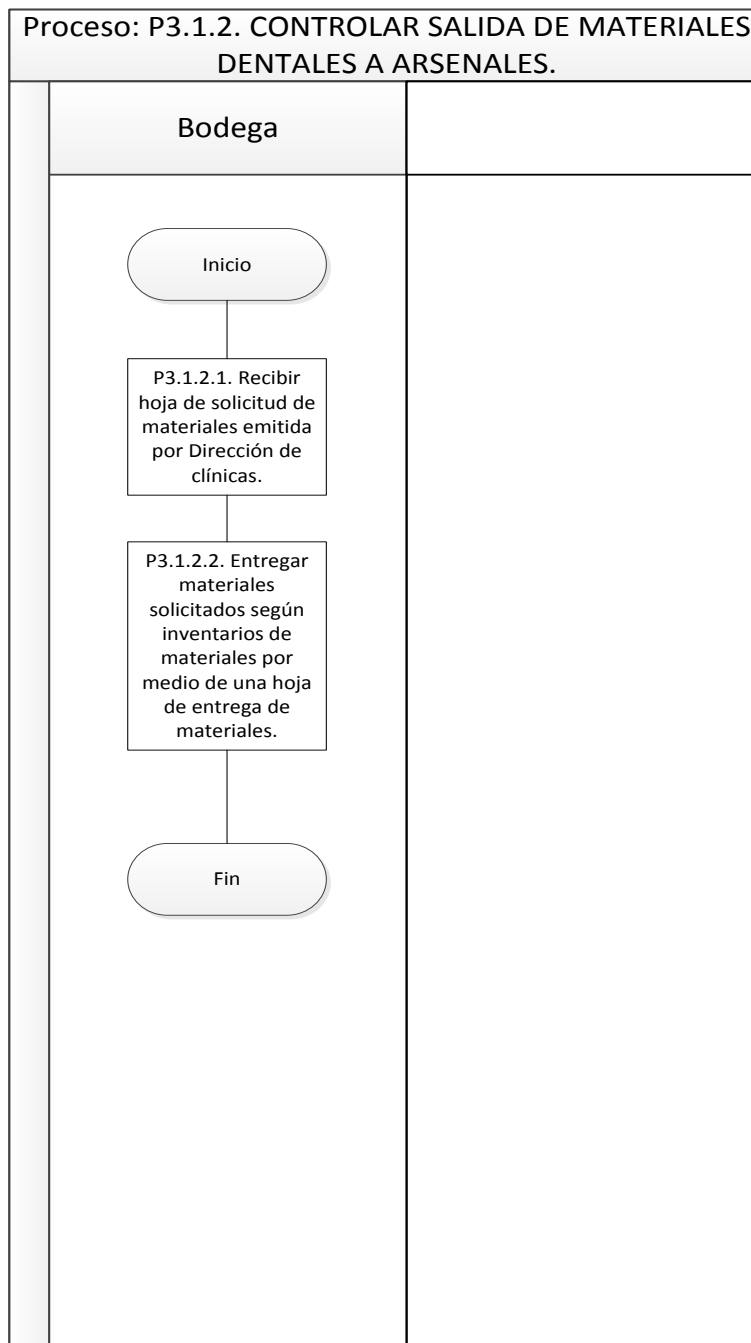
Descripción

No	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	Recibir hoja de solicitud de materiales emitida por Dirección de clínicas.
2	Entregar materiales solicitados según inventarios de materiales por medio de una hoja de entrega de materiales.

No	DESCRIPCIÓN DE LA NORMATIVA LEGAL INVOLUCRADA
1	NORMAS TECNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECÍFICAS PARA LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR ARTICULOS 86, 87, 92, 108
2	LEY DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA. ART 12



DIAGRAMA DE FLUJO





**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CÓDIGO: DC-P-3-1-2

VERSIÓN: 001/2013

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

REGISTROS

CÓDIGO	Nombre del Documento
AF-FOR-3.1.2	Solicitud de Materiales Dentales
DC-REG-2.2.5	Kardex
DC-DOC-3.1.2	Informe de Consumo de materiales

INDICADORES

No se cuenta con información suficiente para su cálculo

ANEXOS

No aplica



PROCEDIMIENTO:

3.1.3. ELABORACIÓN DE INFORME MENSUAL DE EXISTENCIA DE MATERIALES.

OBJETIVO

Emitir un informe mensual de existencia de materiales que incluye el valor del inventario y las salidas (stock out) que se han tenido durante el mes.

ALCANCE

Para el proceso **“ELABORACIÓN DE INFORME MENSUAL DE EXISTENCIA DE MATERIALES” (DC-P-3-1-3)** se tiene definido lo siguiente:

Inicio: Revisar salidas y entradas de materiales durante el mes

Fin: Emitir un informe mensual de existencia de materiales, que incluye el valor del inventario y el stock out que se pudo tener durante el mes.

El proceso **“ELABORACIÓN DE INFORME MENSUAL DE EXISTENCIA DE MATERIALES” (DC-P-3-1-3)** comienza con la revisión de las salidas y entradas de materiales que se han efectuado en todo el mes, así se procede con el inventario de los materiales físicos y aquellos que el sistema indica. Posteriormente se actualiza el inventario con los hallazgos y se emite finalmente un informe mensual de las existencias que incluye el valor del inventario y las salidas que se han realizado durante todo el mes.

RESPONSABLES

Bodega

Arsenalistas



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CÓDIGO: DC-P-3-1-3

VERSIÓN: 001/2013

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

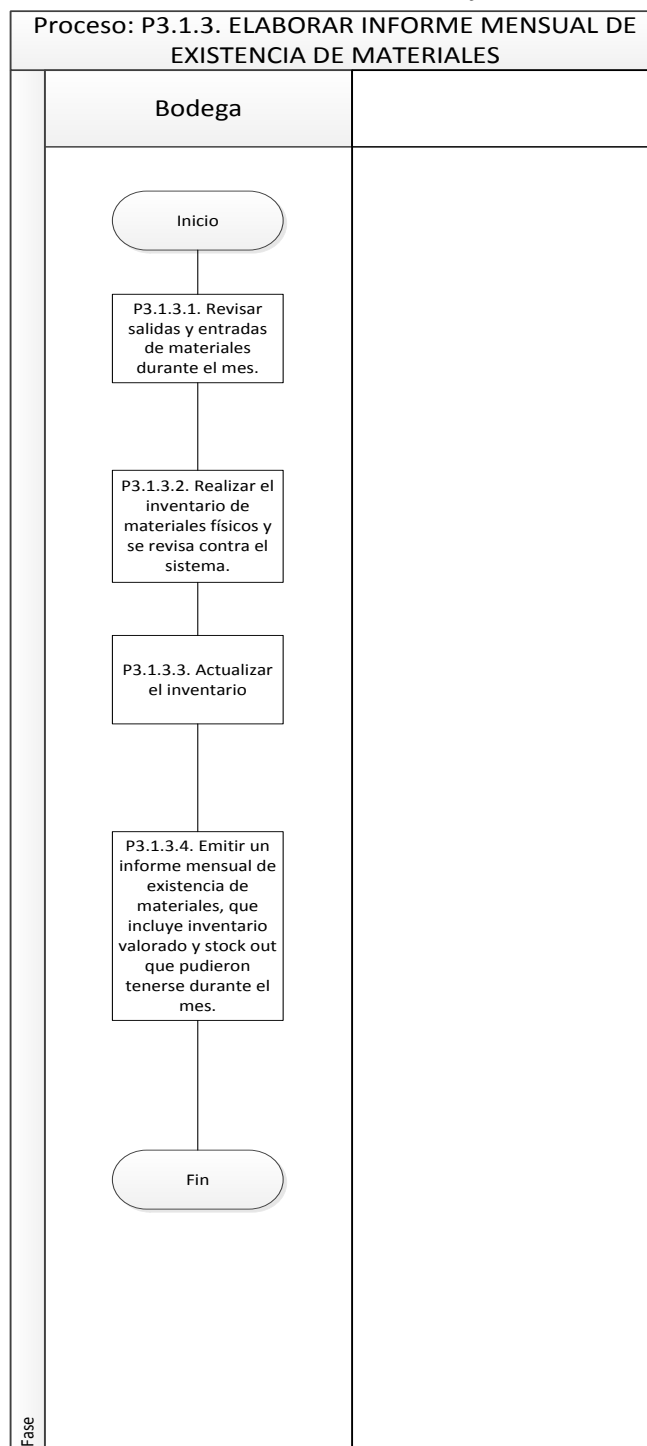
Descripción

No	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	Revisar salidas y entradas de materiales durante el mes.
2	Realizar el inventario de materiales físicos y se revisa contra el sistema.
3	Actualizar el inventario
4	Emitir un informe mensual de existencia de materiales, que incluye inventario valorado y stock out que pudieron tenerse durante el mes.

No	DESCRIPCIÓN DE LA NORMATIVA LEGAL INVOLUCRADA
1	NORMAS TECNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECÍFICAS PARA LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR ARTICULOS 86, 87, 92, 108
2	LEY DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA. ART 12



DIAGRAMA DE FLUJO





**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CÓDIGO: DC-P-3-1-3

VERSIÓN: 001/2013

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

REGISTROS

CÓDIGO	Nombre del Documento
DC-REG-2.2.5	Kardex
AF-DOC-3.1.3.	Informe de Inventarios
DC-DOC-3.1.2	Informe de consumo de materiales

INDICADORES

Ninguno.

ANEXOS

No aplica



PROCEDIMIENTO:

3.1.4. ELABORACIÓN DEL INFORME DE CONSUMO DE MATERIALES MENSUALES

OBJETIVO

Realizar un consolidado del inventario de arsenales y el comportamiento de consumo de los mismos durante un mes en específico.

ALCANCE

Para el proceso **“ELABORACIÓN DEL INFORME DE CONSUMO DE MATERIALES MENSUALES” (DC-P-3-1-4)** se tiene definido lo siguiente:

Inicio: Revisar el inventario de arsenales cada semana

Fin: Realizar un consolidado del inventario de arsenales y el comportamiento del consumo de los mismos durante el mes en curso

El proceso **“ELABORACIÓN DEL INFORME DE CONSUMO DE MATERIALES MENSUALES” (DC-P-3-1-4)** comienza con la revisión semanal de arsenales que arsenales realiza del inventario, además se revisa las solicitudes de los alumnos las cuales refieren al material usado en las practicas contrastándolos con el inventario. Finalmente Arsenales realiza un informe consolidando su inventario y el comportamiento del consumo de los mismos del mes en estudio.

RESPONSABLES

Director de Clínicas

Secretaria de Departamento de Dirección de Clínicas

Arsenalistas

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Descripción

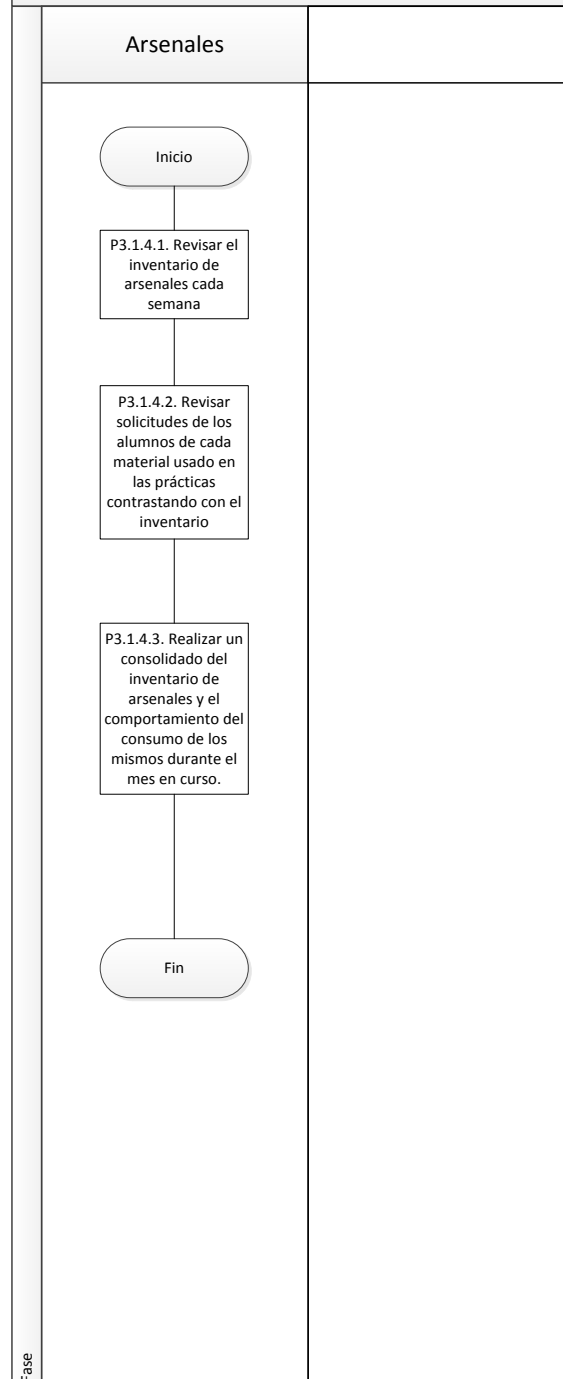
No	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	Revisar el inventario de arsenales cada semana
2	Revisar solicitudes de los alumnos de cada material usado en las prácticas contrastando con el inventario
3	Realizar un consolidado del inventario de arsenales y el comportamiento del consumo de los mismos durante el mes en curso.

No	DESCRIPCIÓN DE LA NORMATIVA LEGAL INVOLUCRADA
1	NORMAS TECNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECÍFICAS PARA LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR ARTICULOS 86, 87, 92, 108
2	LEY DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA. ART 12



DIAGRAMA DE FLUJO

Proceso: P3.1.4. ELABORAR INFORME DE CONSUMO
DE MATERIALES MENSUALES





**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CÓDIGO: DC-P-3-1-4

VERSIÓN: 001/2013

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

REGISTROS

CÓDIGO	Nombre del Documento
DC-REG-2.2.5	Kardex
AF-DOC-3.1.3.	Informe de Inventarios
DC-DOC-3.1.2	Informe de Consumo de materiales

INDICADORES

Ninguno.

ANEXOS

No aplica



PROCEDIMIENTO:

3.1.5. GENERAR EL INFORME GENERAL DE INVENTARIO SEMESTRAL.

OBJETIVO

Emitir un informe final del inventario general de todo el semestre.

ALCANCE

Para el proceso **“GENERAR EL INFORME GENERAL DE INVENTARIO SEMESTRAL” (AF-P-3-1-5)** se tiene definido lo siguiente:

Inicio: Solicitar el valor actualizado de los inventarios de bodegas y arsenales revisando los informes mensuales para cada uno

Fin: Emitir el informe final de inventario general del semestre.

El proceso **“GENERAR EL INFORME GENERAL DE INVENTARIO SEMESTRAL” (AF-P-3-1-5)** comienza con la solicitud de Decanato, Planificación y Recursos Físicos de los inventarios actualizados de bodegas y arsenales para su revisión mensual necesaria para la planeación de los gastos. Posteriormente Bodega revisa los inventarios, movimientos de materiales que coincidan con el inventario de la fecha. Finalmente Bodega actualiza los archivos de inventario de cada unidad para poder emitir el informe final de inventario general del semestre.

RESPONSABLES

Bodega

Arsenalistas

Recursos Físicos

Activo Fijo

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Descripción

No	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	Solicitar los inventarios valorados actualizados de bodegas y arsenales, revisando los informes mensuales para cada uno.
2	Revisar los inventarios, movimientos de materiales que coincidan con el inventario a la fecha.
3	Actualizar los archivos de inventario de cada unidad
4	Emitir el informe final del inventario general en el semestre

No	DESCRIPCIÓN DE LA NORMATIVA LEGAL INVOLUCRADA
1	NORMAS TECNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECÍFICAS PARA LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR ARTICULOS 86, 87, 92, 108



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CÓDIGO: AF-P-3-1-5

VERSIÓN: 001/2013

No	DESCRIPCIÓN DE LA NORMATIVA LEGAL INVOLUCRADA
2	LEY DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA. ART 12

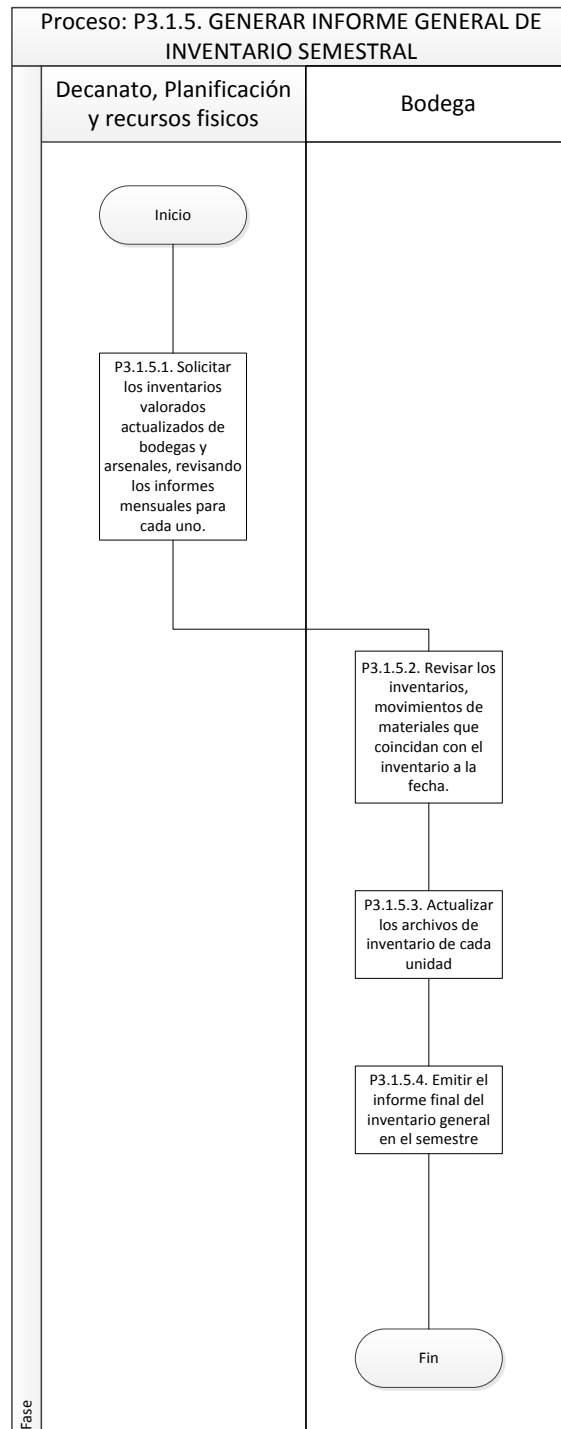
DIAGRAMA DE FLUJO



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

CÓDIGO: AF-P-3-1-5

VERSIÓN: 001/2013





**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CÓDIGO: AF-P-3-1-5

VERSIÓN: 001/2013

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

REGISTROS

CÓDIGO	Nombre del Documento
DC-REG-2.2.5	Kardex
AF-DOC-3.1.3	Informe general de Inventarios

INDICADORES

Ninguno.

ANEXOS

No aplica



PROCESO:

3.2. COMPRAS INSTITUCIONALES

PROCEDIMIENTO:

3.2.1. GENERACIÓN DE COMPRAS.

OBJETIVO

Generar los requerimientos de compra dentro del SIGAC con el fin que la UACI inicie la compra de acuerdo a estos.

ALCANCE

Para el proceso **“GENERACIÓN DE COMPRAS” (AF-P-3-2-1)** se tiene definido lo siguiente:

Inicio: Emisión de dictámenes por el administrador financiero

Fin: Activar las compras con los requerimientos generados en el SIGAC una vez recibido en la UACI

El proceso **“GENERACIÓN DE COMPRAS” (AF-P-3-2-1)** inicia con la emisión de dictámenes por el Administrador Financiero, luego el/la encargado(a) de compras registra los dictámenes en el SIGAC y genera el requerimiento de compra, este se envía para que pueda iniciarse el proceso de compra. Finalmente la UACI activa las compras con los requerimientos generados en el SIGAC.

RESPONSABLES

Todas las Áreas de FOUES

Jefe(a) de planificación

Administrador Financiero(a)

Compras



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CÓDIGO: AF-P-3-2-1

VERSIÓN: 001/2013

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Descripción

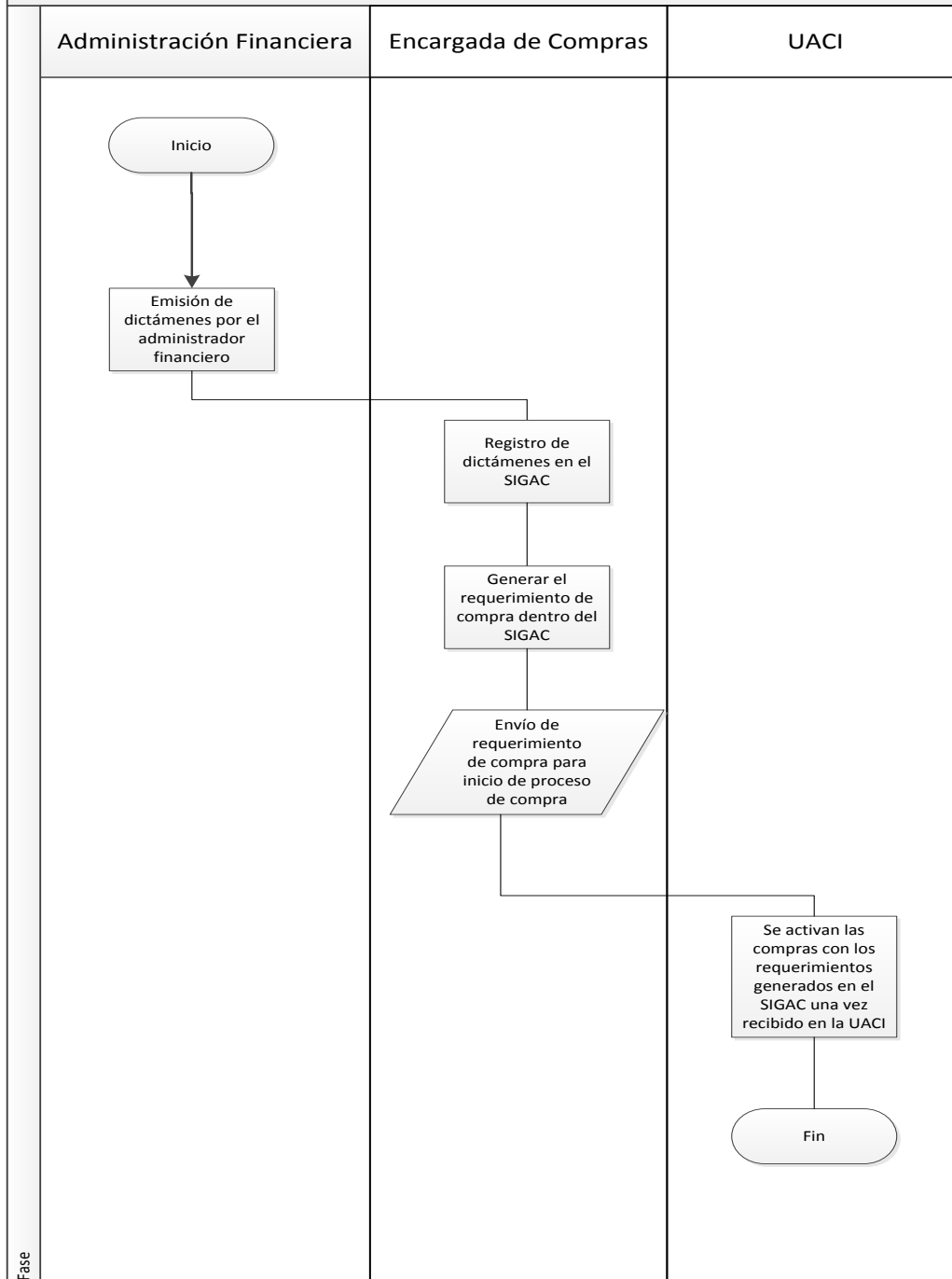
No	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	Emisión de dictámenes por el administrador financiero
2	Registro de dictámenes en el SIGAC
3	Generar el requerimiento de compra dentro del SIGAC
4	Enviar requerimiento de compra para inicio de proceso de compra
5	Se activan las compras con los requerimientos generados en el SIGAC una vez recibido en la UACI

No	DESCRIPCIÓN DE LA NORMATIVA LEGAL INVOLUCRADA
1	LEY DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA TITULO XI CAPITULO II y TITULO IX
2	DISPOSICIONES GENERALES DE PRESUPUESTO CAPITULO IV
3	DISPOSICIONES ESPECÍFICAS DE PRESUPUESTO PARA LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR ART 36
4	NORMAS TECNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECÍFICAS PARA LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR CAPITULO II SECCION SEGUNDA , SECCION TERCERA- ÁREA DE ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS MATERIALES



DIAGRAMA DE FLUJO

Procedimiento: 3.2.1. Generación de Compras.





DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

REGISTROS

CÓDIGO	Nombre del Documento
AF-DOC-1.4.2	Dictamen Técnico-Financiero
AF-DOC-3.2.1	Informe de Compras Anuales

INDICADORES

- Licitaciones

$$Licitaciones = \frac{\text{licitaciones adjudicadas}}{\text{Total de licitaciones}}$$

ANEXOS

No aplica



PROCEDIMIENTO:

3.2.2. REQUISICIONES Y LICITACIONES DE MATERIALES DENTALES Y EQUIPO.

OBJETIVO

Realizar requisiciones y licitaciones de materiales dentales y equipos por medio de un formato especial de bodega de acuerdo a la existencias de bodegas.

ALCANCE

Para el proceso **“REQUISICIONES Y LICITACIONES DE MATERIALES DENTALES Y EQUIPO” (AF-P-3-2-2)** se tiene definido lo siguiente:

Inicio: Revisar información de existencias de bodega

Fin: Autorización de requisición de parte de Decanato y Bodega

El proceso **“REQUISICIONES Y LICITACIONES DE MATERIALES DENTALES Y EQUIPO” (AF-P-3-2-2)** se inicia cuando Bodegas revisa la información de existencias de bodega y posteriormente dirección de Clínicas llena el formato para Requisiciones de Material Dental o Equipo, finalmente Bodega autoriza la requisición posterior autorización de Decanato.

RESPONSABLES

Bodega

Director de Clínicas

Secretaria de Departamento de Dirección de Clínicas



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CÓDIGO: AF-P-3-2-2

VERSIÓN: 001/2013

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

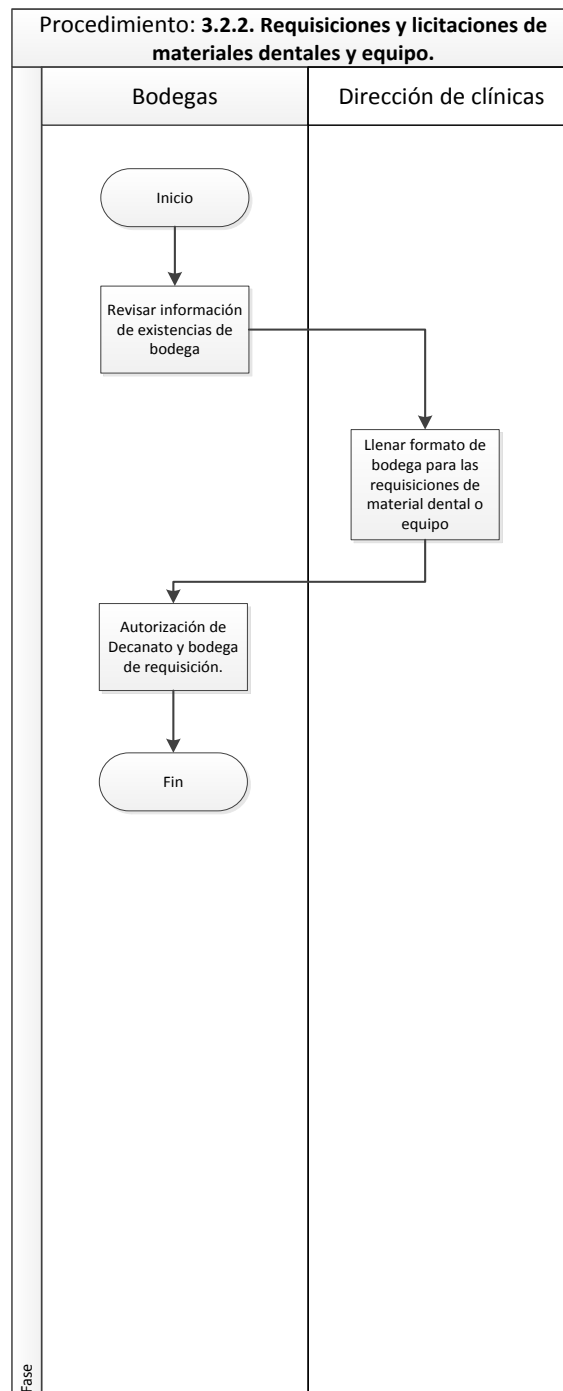
Descripción

No	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	Revisar información de existencias de bodega
2	Llenar formato de bodega para las requisiciones de material dental o equipo
3	Emitir autorización de Decanato y bodega de requisición.

No	DESCRIPCIÓN DE LA NORMATIVA LEGAL INVOLUCRADA
1	LEY DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA TÍTULO XI CAPÍTULO II y TÍTULO IX
2	DISPOSICIONES GENERALES DE PRESUPUESTO CAPÍTULO IV
3	DISPOSICIONES ESPECÍFICAS DE PRESUPUESTO PARA LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR ART 36
4	NORMAS TÉCNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECÍFICAS PARA LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR CAPÍTULO II SECCIÓN SEGUNDA , SECCIÓN TERCERA- ÁREA DE ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS MATERIALES



DIAGRAMA DE FLUJO





**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CÓDIGO: AF-P-3-2-2

VERSIÓN: 001/2013

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

REGISTROS

CÓDIGO	Nombre del Documento
AF-DOC-3.2.2	Oferta Técnica-Económica para compras
AF-DOC-1.4.2	Dictamen Técnico Financiero

INDICADORES

Ninguno.

ANEXOS

No aplica



PROCEDIMIENTO:

3.2.3. CREACIÓN DE UNA OFERTA TÉCNICA, ECONÓMICA Y FINANCIERA PARA LA ADQUISICIÓN O CONTRATACIÓN DE UNA OBRA, BIEN O SERVICIO INSUMOS DENTALES.

OBJETIVO

Adjudicar de entre las de Obras, Bienes o Servicios perfilados en la MANTA las ofertas que mejor se adapten a los criterios Técnicos, Económicos y Financieros para que la unidad solicitante cree un formato con la orden de compra solicitada.

Para el proceso **“CREACIÓN DE UNA OFERTA TÉCNICA, ECONÓMICA Y FINANCIERA PARA LA ADQUISICIÓN O CONTRATACIÓN DE UNA OBRA, BIEN O SERVICIO INSUMOS DENTALES” (AF-P-3-2-3)** se tiene definido lo siguiente:

Inicio: Recepción de solicitud para adquisición o contratación de obra, bien o servicio

Fin: Se emite un correlativo de la orden de compra y se crea el formato.

El proceso **“CREACIÓN DE UNA OFERTA TÉCNICA, ECONÓMICA Y FINANCIERA PARA LA ADQUISICIÓN O CONTRATACIÓN DE UNA OBRA, BIEN O SERVICIO INSUMOS DENTALES” (AF-P-3-2-3)** comienza con la recepción de solicitudes para la adquisición o contratación de obras, bienes o servicios de parte de el(la) jefe(a) de Administración Financiera, posteriormente en la UACI y el auxiliar contable revisa las solicitudes y la entrega de los vales requeridos, la UACI invita a las empresas a participar en la licitación por medio de una publicación oficial en el periódico de mayor circulación. Se abren las cotizaciones en COMPRASAL y se reciben las ofertas de los proveedores creando posteriormente un documento denominado MANTA. Se adjudica entonces según la necesidad de la Unidad Solicitante al proveedor. UACI entonces publica en el periódico de mayor circulación la adjudicación. Finalmente se emite un correlativo de la orden de compra y se llena el formato para la unidad solicitante.

RESPONSABLES

Jefe(a) de Administración Financiera

Auxiliar contable

Distintas Unidades de Clínicas (Unidad Solicitante)



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CÓDIGO: AF-P-3-2-3

VERSIÓN: 001/2013

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Descripción

No	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	Recepción de solicitud para adquisición o contratación de obra, bien o servicio
2	Revisión de solicitud y entrega de vales requeridos
3	Invitar a empresas a participar en licitación por medio de una publicación oficial en el periódico de mayor circulación
4	Abrir cotizaciones en COMPRASAL
5	Recibir ofertas de proveedores y se crea el documento MANTA
6	Adjudicar el proveedor según la necesidad de la Unidad solicitante
7	Adjudicar publicando en el periódico de mayor circulación
8	Emitir un correlativo de la orden de compra y se crea el formato

No	DESCRIPCIÓN DE LA NORMATIVA LEGAL INVOLUCRADA
1	LEY DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA TITULO XI CAPITULO II y TITULO IX
2	DISPOSICIONES GENERALES DE PRESUPUESTO CAPITULO IV
3	DISPOSICIONES ESPECÍFICAS DE PRESUPUESTO PARA LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR ART 36
4	NORMAS TECNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECÍFICAS PARA LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR CAPITULO II SECCION SEGUNDA , SECCION TERCERA- ÁREA DE ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS MATERIALES

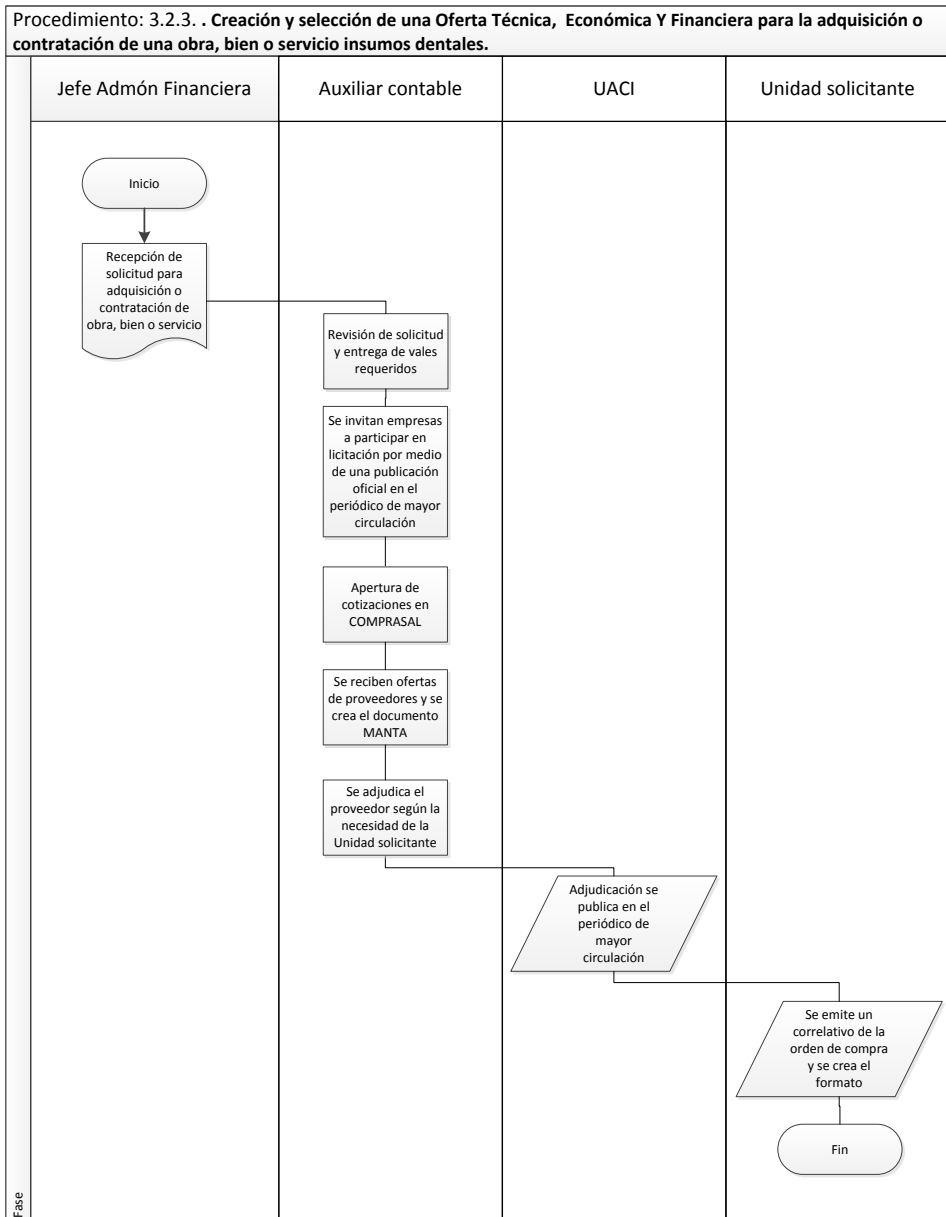


**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA**

CÓDIGO: AF-P-3-2-3

VERSIÓN: 001/2013

DIAGRAMA DE FLUJO





**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CÓDIGO: AF-P-3-2-3

VERSIÓN: 001/2013

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

REGISTROS

CÓDIGO	Nombre del Documento
AF-DOC-3.2.2	Oferta Técnica-Económica para compras
AF-DOC-1.4.2	Dictamen Técnico Financiero

INDICADORES

Ninguno.

ANEXOS

No aplica



PROCEDIMIENTO:

3.2.4. PAGO A PROVEEDORES

OBJETIVO

Realización del pago a los diferentes proveedores de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador.

1. ALCANCE

Para el proceso “**pago a proveedores**” (AF-P 3.2.4) se tiene definido lo siguiente:

Inicio: El proveedor entrega el material a bodega

Fin: se emite el comprobante de crédito fiscal.

El procedimiento “**pago a proveedores**” (AF-P 3.2.4), comprende las actividades que van desde la entrega de los materiales, insumos, mobiliario o equipo a la bodega, luego la generación de las actas de recepción correspondiente para dejar constancia de dicha entrega, la encargada de compras recibe el acta de recepción y el comprobante y posteriormente emite el quedan para el pago al proveedor y la emisión del comprobante de egreso fiscal,

2. RESPONSABLES

- Jefe de administración financiera
- Auxiliar contable
- UACI
- Unidad solicitante



3. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

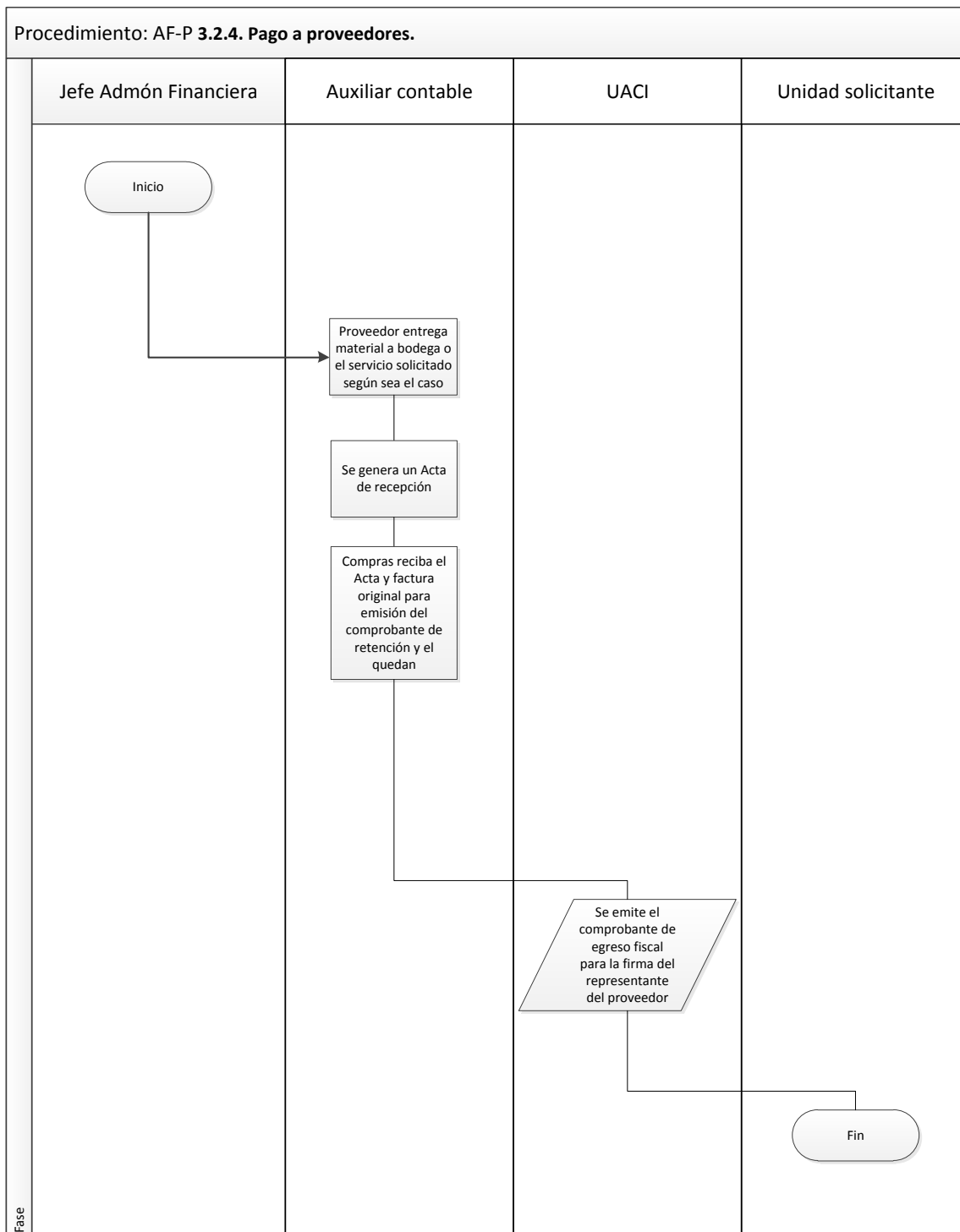
3.1 Descripción

No	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	El proveedor entrega al auxiliar contable las materias primas, equipo, mobiliario o insumo para la realización del acta de recepción.
2	El auxiliar contable genera el acta de recepción
3	Compras recibe el acta de retención
4	Emite el quedan para el pago.

No	DESCRIPCIÓN DE LA NORMATIVA LEGAL INVOLUCRADA
1	LEY DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA TITULO XI CAPITULO II y TITULO IX
2	DISPOSICIONES GENERALES DE PRESUPUESTO CAPITULO IV
3	DISPOSICIONES ESPECÍFICAS DE PRESUPUESTO PARA LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR ART 36
4	NORMAS TECNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECÍFICAS PARA LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR CAPITULO II SECCION SEGUNDA , SECCION TERCERA- ÁREA DE ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS MATERIALES



3.2 Diagrama de flujo





4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

5. REGISTROS

CÓDIGO	Nombre del Documento
AF-DOC-3.2.4.1	Formato de órdenes de compra
AF-DOC-3.2.4.2	Formato de requerimiento de materiales

6. INDICADORES

Ninguno.

7. ANEXOS

No aplica.



PROCEDIMIENTO:

3.2.5. ACTUALIZACIÓN DEL ARANCEL DE TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS

1. OBJETIVO

Actualización del arancel de tratamientos odontológicos.

2. ALCANCE

Para el proceso “**actualización del arancel de tratamientos odontológicos**” (DC-P 3.2.5) se tiene definido lo siguiente:

Inicio: Se revisan las actualizaciones y modificaciones a la “Ley Relativa a las Tarifas y Otras Disposiciones Administrativas del Registro de la propiedad Raíz e Hipotecas”

Fin: Informar a Junta Directiva y a Decanato de los nuevos cambios

El procedimiento “**actualización del arancel de tratamientos odontológicos**” (DC-P 3.2.5), comprende las actividades que van desde la revisión y modificación a la “Ley Relativa a las Tarifas y Otras Disposiciones Administrativas del Registro de la propiedad Raíz e Hipotecas”, luego la verificación de los servicios de arancel, Actualización de registro de aranceles y aplicación a materiales dentales realizados por el director de clínicas y luego Informar a Junta Directiva y a Decanato de los nuevos cambios.

3. RESPONSABLES

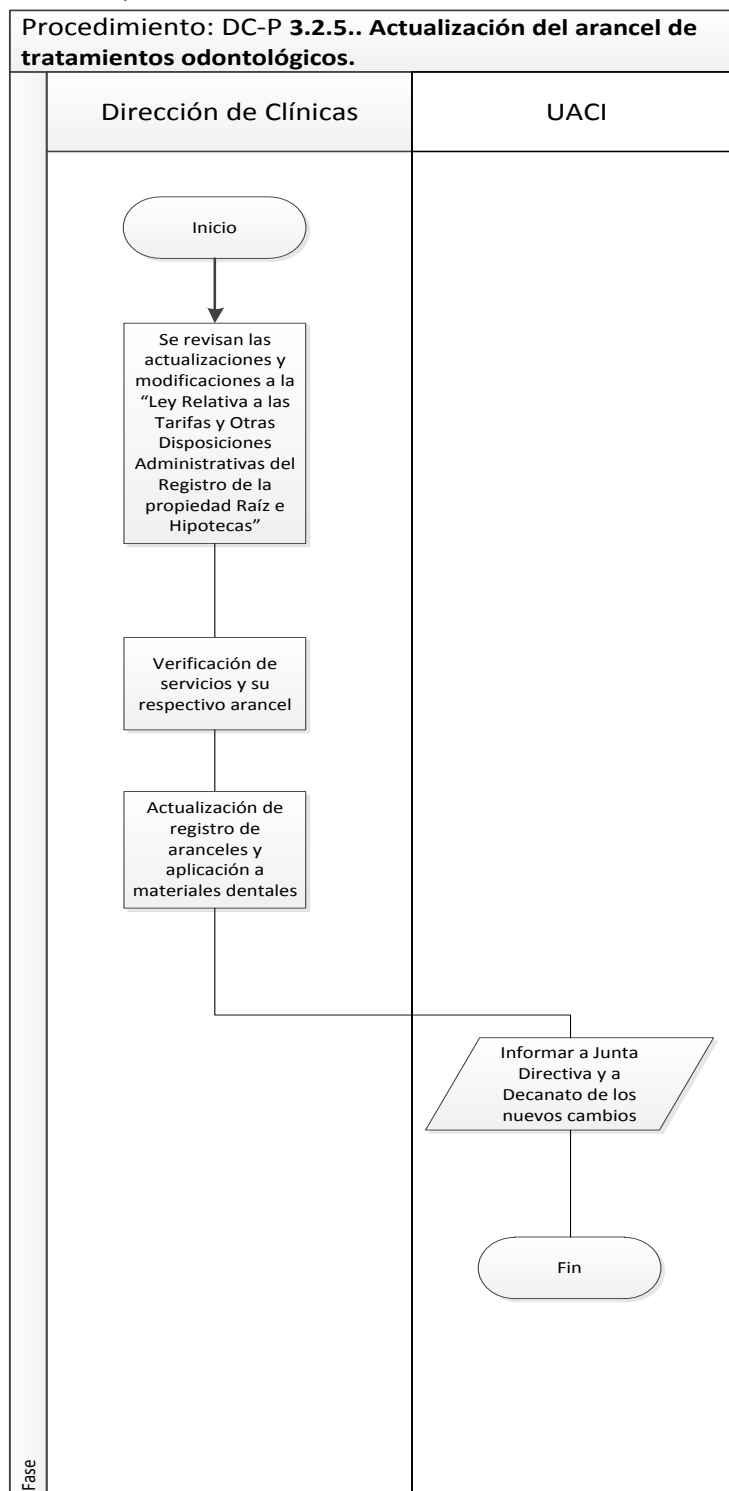
- Director de clínicas
- Junta directiva de la facultad

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

No	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	El director de clínicas revisa las actualizaciones y modificaciones a la “Ley Relativa a las Tarifas y Otras Disposiciones Administrativas del Registro de la propiedad Raíz e Hipotecas”
2	Verificación de servicios y su respectivo arancel
3	Actualización de registro de aranceles y aplicación a materiales dentales
4	Informar a Junta Directiva y a Decanato de los nuevos cambios

4.2 Diagrama de flujo





5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

6. REGISTROS

CÓDIGO	Nombre del Documento
AF-DOC-3.2.4.2	Formato de requerimiento de materiales

7. INDICADORES

Ninguno.

8. ANEXOS

No aplica.



PROCESO:

3.3. CONTROL DE PLANILLAS

PROCEDIMIENTO

3.3.1. ELABORACIÓN DE PLANILLAS

1. OBJETIVO

Elaboración de planilla para el pago a los empleados y sus respectivos descuentos.

2. ALCANCE

Para el proceso **“Elaboración de planillas (RH-P-3-3-1)”** se tiene definido lo siguiente:

Inicio: ordenar la papelería para nómina.

Fin: cotejar la nómina con el pago en banco.

El procedimiento **“Elaboración de planillas”(RH-P-3-3-1)**, comprende las actividades que van desde el ordenamiento de la papelería, posteriormente ingreso al sistema de información, envío de la planilla borrador a auditoría, superar observaciones de auditoría, envío de planillas a contaduría, reenvío de planilla a recursos humanos, cotejar la nómina con el pago en bancos y realizar el pago.

3. RESPONSABLES

- Jefe de recursos humanos
- Contador
- Auxiliar contable



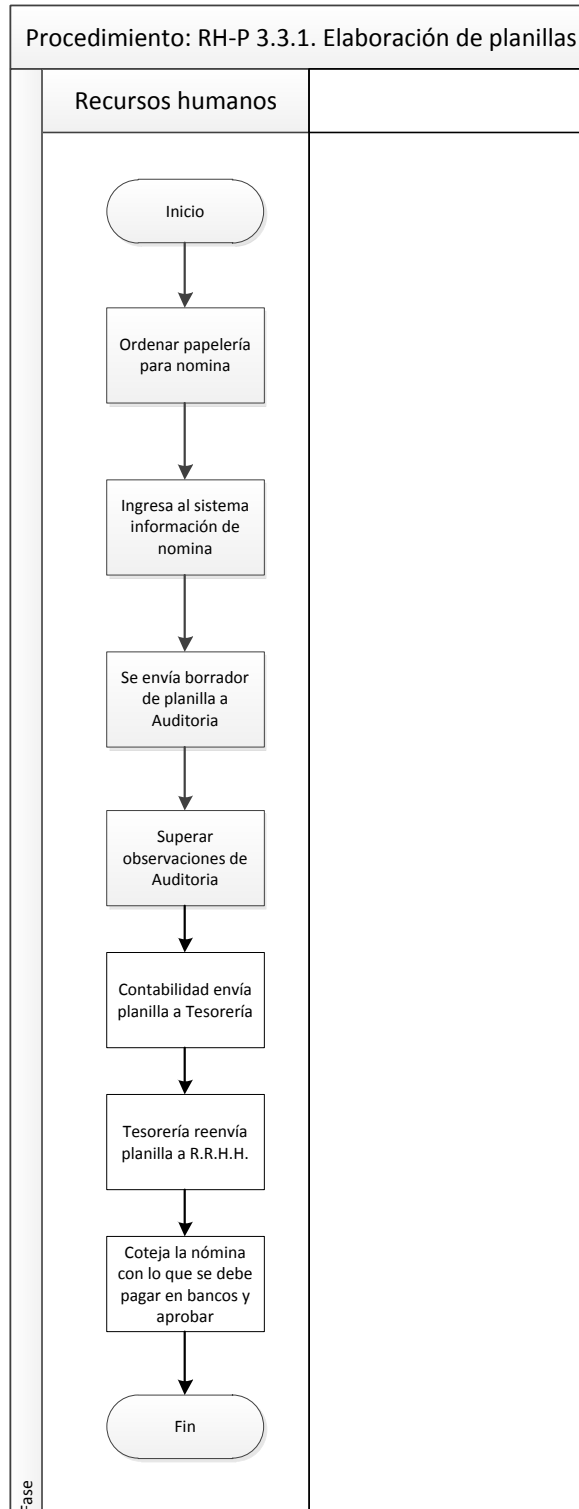
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

No	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	Ordenar papelería para nomina
2	Ingresar al sistema información de nomina
3	Se envía borrador de planilla a Auditoria
4	Superar observaciones de Auditoria
5	Contabilidad envía planilla a Tesorería
6	Tesorería reenvía planilla a R.R.H.H.
7	Coteja la nómina con lo que se debe pagar en bancos y aprobar

No	DESCRIPCIÓN DE LA NORMATIVA LEGAL INVOLUCRADA
1	NORMAS TECNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECÍFICAS PARA LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR CAPITULO III SECCION TERCERA ÁREA DE RECURSOS HUMANOS

4.2 Diagrama de flujo





DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

5. REGISTROS

CÓDIGO	Nombre del Documento
RH-DOC-3.3.1.1	Formato de solicitud de permisos

6. INDICADORES

No aplica

7. ANEXOS

No aplica.



PROCESO:

3.3.2. ACTUALIZACIÓN DE BASE DE DATOS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

1. OBJETIVO

Actualizar base de datos del sistema de información de recursos humanos

2. ALCANCE

Para el proceso “**actualización de base de datos del sistema de información de recursos humanos**” (RH-P-3-3-2) se tiene definido lo siguiente:

Inicio: Integración de datos de planillas de salario depuradas luego de cuadro del Sub-sistema de presupuesto.

Fin: Preparación de planillas previsionales y reporte de fondos ajenos, por línea de financiamiento

El procedimiento “**actualización de base de datos del sistema de información de recursos humanos**” (RH-P-3-3-2-), comprende las actividades que van desde la integración de datos de planillas de salario depuradas luego de cuadro del Sub-sistema de presupuesto, Integración de planilla previsionales, fondos ajenos, por línea de trabajo y fuente de financiamiento, Preparación de planillas previsionales y reporte de fondos ajenos, por línea de financiamiento.

3. RESPONSABLES

- Jefe de recursos humanos
- Contador
- Auxiliar contable

4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

No	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	Integración de datos de planillas de salario depuradas luego de cuadro del Sub-sistema de presupuesto.
2	Integración de planilla previsionales, fondos ajenos, por línea de trabajo y fuente de financiamiento
3	Preparación de planillas previsionales y reporte de fondos ajenos, por línea de financiamiento

No	DESCRIPCIÓN DE LA NORMATIVA LEGAL INVOLUCRADA



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CÓDIGO: RH-P-3-3-2

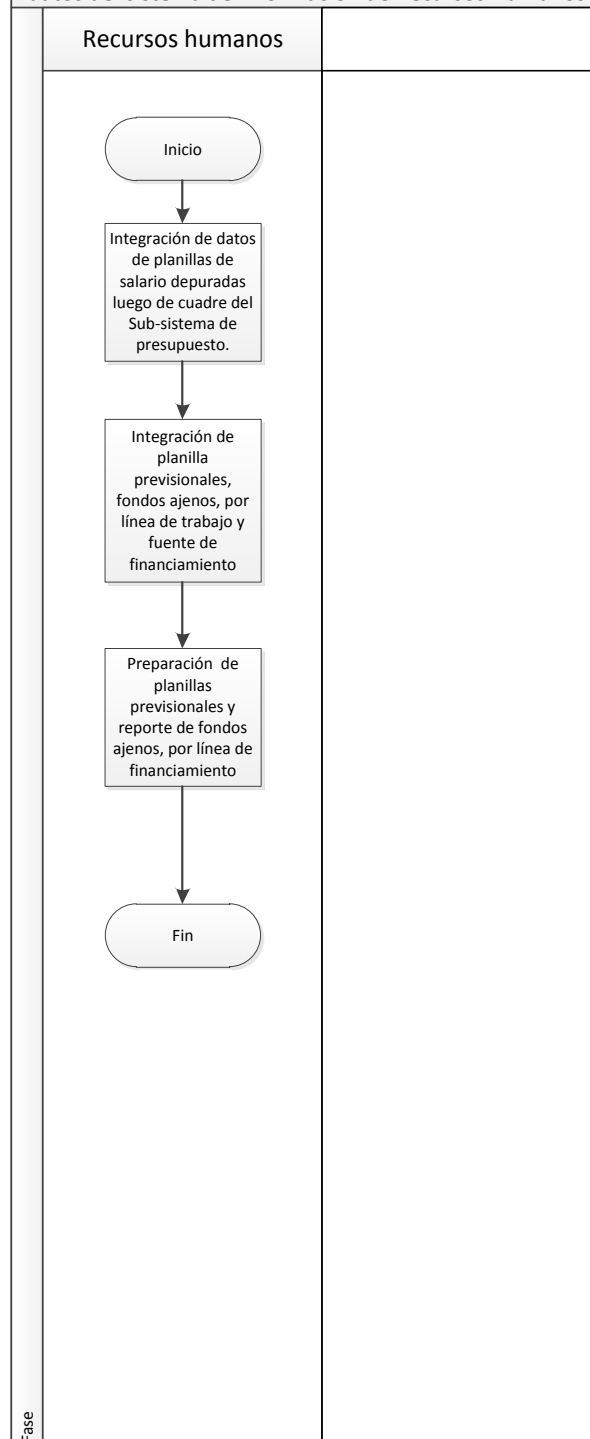
VERSIÓN: 001/2013

No	DESCRIPCIÓN DE LA NORMATIVA LEGAL INVOLUCRADA
1	NORMAS TECNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECÍFICAS PARA LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR CAPITULO III SECCION TERCERA ÁREA DE RECURSOS HUMANOS

4.2 Diagrama de flujo



Procedimiento: RH-P-3.3.2. Actualización de base de datos del sistema de información de Recursos Humanos





DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

5. REGISTROS

CÓDIGO	Nombre del Documento
RH-DOC-3.3.1.1	Formato de solicitud de permisos

6. INDICADORES

Ninguno.

7. ANEXOS

No aplica.



PROCEDIMIENTO:

3.3.3. ELABORACIÓN DE INFORMES DE ASISTENCIA Y PERMISOS DEL PERSONAL

1. OBJETIVO

Elaborar los informes de asistencia y permisos del personal

2. ALCANCE

Para el proceso “**Elaboración de informes de asistencia y permisos del personal (RH-P-3-3-3)**” se tiene definido lo siguiente:

Inicio: Recibir permisos para ausentarse

Fin: Elaboración de informe de asistencia y permisos de personal

El procedimiento “**Elaboración de informes de asistencia y permisos del personal (RH-P-3-3-3)**”, comprende las actividades que van desde Recibir permisos para ausentarse, Realizar notificación, Supervisar que los empleados de FOUES cumplan con el horario de trabajo, firmar y sellar la nómina de asistencia, presentación de altas y bajas en planillas de salarios por movimientos de personal, elaboración de cronograma de salario de un mes específico, y finaliza con elaboración de informe de asistencia y permisos de personal.

3. RESPONSABLES

- Jefe de recursos humanos
- Jefes de unidad.



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CÓDIGO: RH-P-3-3-3

VERSIÓN: 001/2013

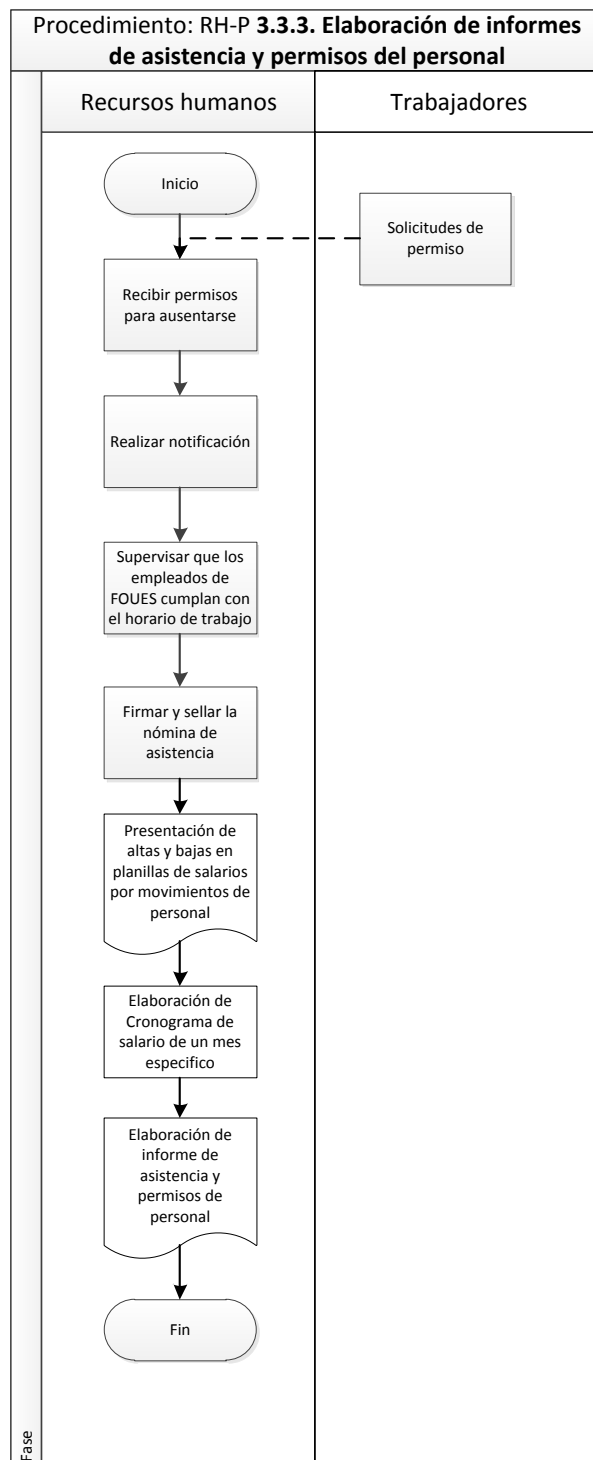
4. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

4.1 Descripción

No	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	Recibir permisos para ausentarse
2	Realizar notificación
3	Supervisar que los empleados de FOUES cumplan con el horario de trabajo
4	Firmar y sellar la nómina de asistencia
5	Presentación de altas y bajas en planillas de salarios por movimientos de personal
6	Elaboración de Cronograma de salario de un mes específico
7	Elaboración de informe de asistencia y permisos de personal

No	DESCRIPCIÓN DE LA NORMATIVA LEGAL INVOLUCRADA
1	NORMAS TÉCNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECÍFICAS PARA LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR CAPITULO III SECCION TERCERA ÁREA DE RECURSOS HUMANOS

4.2 Diagrama de flujo





DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

5. REGISTROS

CÓDIGO	Nombre del Documento
RH-DOC-3.3.1.1	Formato de solicitud de permisos

6. INDICADORES

Ninguno.

7. ANEXOS

No aplica.



PROCEDIMIENTO:

3.3.4. RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN DE DOCENTES DE LA FACULTAD

1. OBJETIVO

Reclutamiento y selección de docentes de la facultad

2. ALCANCE

Para el proceso **“Reclutamiento y selección de docentes de la facultad (RH-P-3-3-4)”** se tiene definido lo siguiente:

Inicio: recibir expediente completo del docente.

Fin: se archiva la notificación.

El procedimiento **“Reclutamiento y selección de docentes de la facultad (RH-P-3-3-4)”**, comprende las actividades desde la recepción del expediente del docente, redacción del acuerdo y presentación a recursos humanos, ingreso del nuevo docente al SIRIHI, se archiva la notificación.

RESPONSABLES

- Jefe de recursos humanos.
- Junta directiva de la facultad.

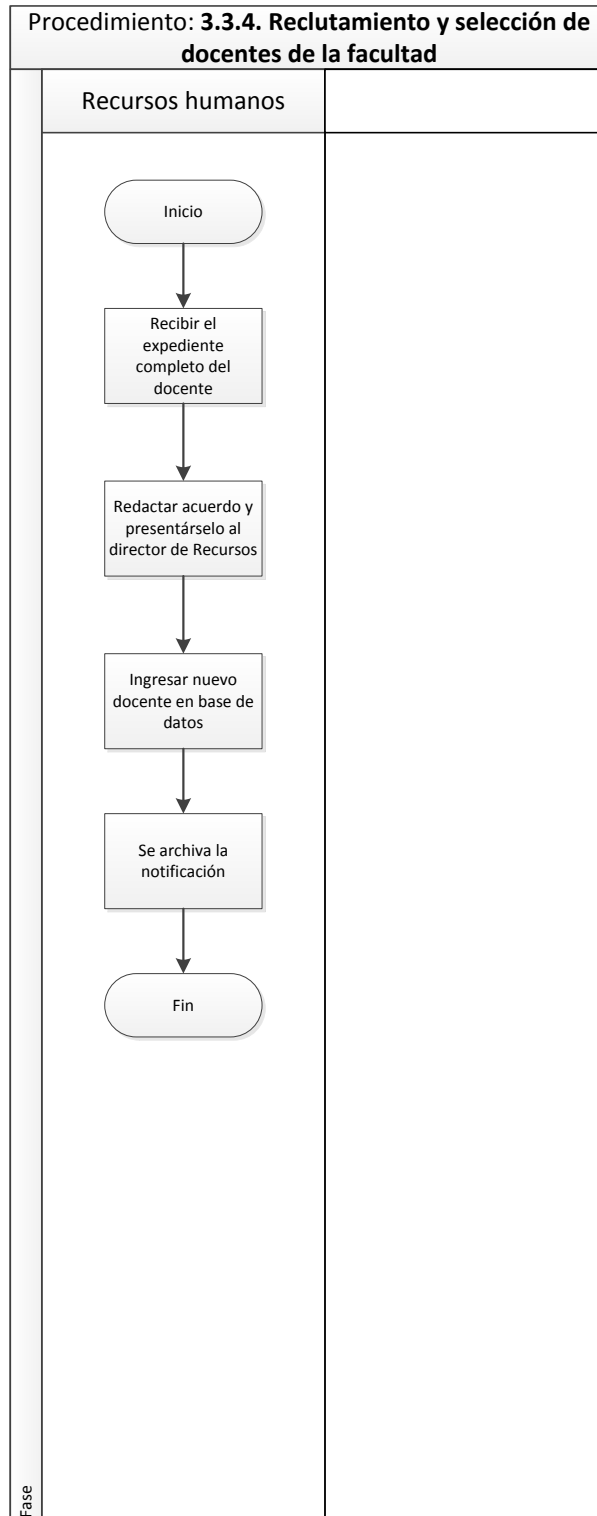
3. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

3.1 Descripción

No	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	Recibir el expediente del docente
2	Redactar acuerdo y presentarlo al director de recursos
3	Ingresar al nuevo docente a la base de datos
4	Se archiva la notificación

No	DESCRIPCIÓN DE LA NORMATIVA LEGAL INVOLUCRADA
1	NORMAS TECNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECÍFICAS PARA LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR CAPITULO III SECCION TERCERA ÁREA DE RECURSOS HUMANOS

3.2 Diagrama de flujo





DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

4. REGISTROS

CÓDIGO	Nombre del Documento
RH-DOC-3.3.4.1	Formato de expediente de personal

5. INDICADORES

Ninguno.

6. ANEXOS

No aplica.



PROCEDIMIENTO:

3.3.5. ACUERDOS DE NOMBRAMIENTO DE JUNTA DIRECTIVA O DEL DECANO

1. OBJETIVO

Nombramiento de junta directiva o decano de la FOUES.

2. ALCANCE

Para el proceso “**acuerdos de nombramiento de junta directiva o del decano(RH-P-3-3-5)**” se tiene definido lo siguiente:

Inicio: acuerdo del nombramiento de junta directiva

Fin: Enviar copia de acuerdo a miembros de junta personal titular o decano.

El procedimiento “**acuerdos de nombramiento de junta directiva o del decano(RH-P-3-3-5)**”, comprende las actividades desde el acuerdo del nombramiento de junta directiva, luego la redacción del acuerdo de junta directiva, ingreso de información al sistema SIRIHI y finalmente el envío de copias del acuerdo a miembros de junta directiva y decano.

RESPONSABLES

- Jefe de recursos humanos.
- Junta directiva de la facultad.



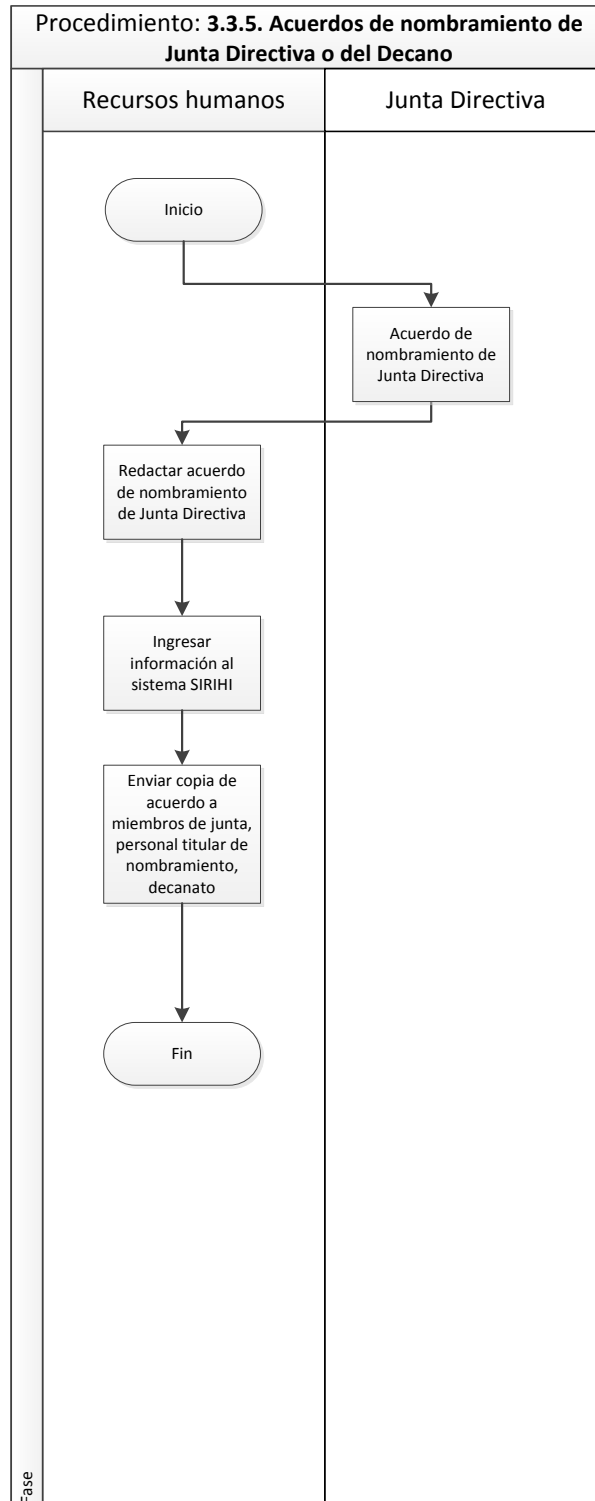
3. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

3.1 Descripción

No	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	acuerdo del nombramiento de junta directiva
2	Acuerdo de nombramiento de junta directiva
3	Redacción de acuerdo de junta directiva
4	Ingreso de información al sistema SIRHI
5	Enviar copia de acuerdo a miembros de junta personal titular o decano.

No	DESCRIPCIÓN DE LA NORMATIVA LEGAL INVOLUCRADA
1	NORMAS TECNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECÍFICAS PARA LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR CAPITULO III SECCION TERCERA ÁREA DE RECURSOS HUMANOS

3.2 Diagrama de flujo





DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

4. REGISTROS

CÓDIGO	Nombre del Documento
	Actas de junta directiva

5. INDICADORES

Ninguno.

6. ANEXOS

No aplica.



PROCESO:

3.4. LICITACIÓN DE SERVICIOS DE MANTENIMIENTO

PROCEDIMIENTO:

3.4.1. LICITACIÓN DE SERVICIO DE MANTENIMIENTO DE AIRES ACONDICIONADOS

1. OBJETIVO

Recepción de licitaciones de los servicios de mantenimiento de los aires acondicionados de la FOUES.

2. ALCANCE

Para el proceso “licitación de servicio de mantenimiento de aires acondicionados(RDF-P3-4-1)” se tiene definido lo siguiente:

Inicio: pedir a la UASI la licitación de los servicios de mantenimiento.

Fin: Analizar ofertas y seleccionar la mejor

El procedimiento “licitación de servicio de mantenimiento de aires acondicionados(RDF-P-3-4-1)”, comprende las actividades desde la petición a la UASI la licitación de los servicios de mantenimiento, se solicitan los requerimientos a la unidad de recursos y desarrollo físico, envío de los requerimientos técnicos y dictámenes financieros, recepción de las ofertas de los participantes.

RESPONSABLES

- Jefe de la unidad de recursos y desarrollo físico.
- Jefe de la unidad financiera.



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CÓDIGO: RF-P-3-4-1

VERSIÓN: 001/2013

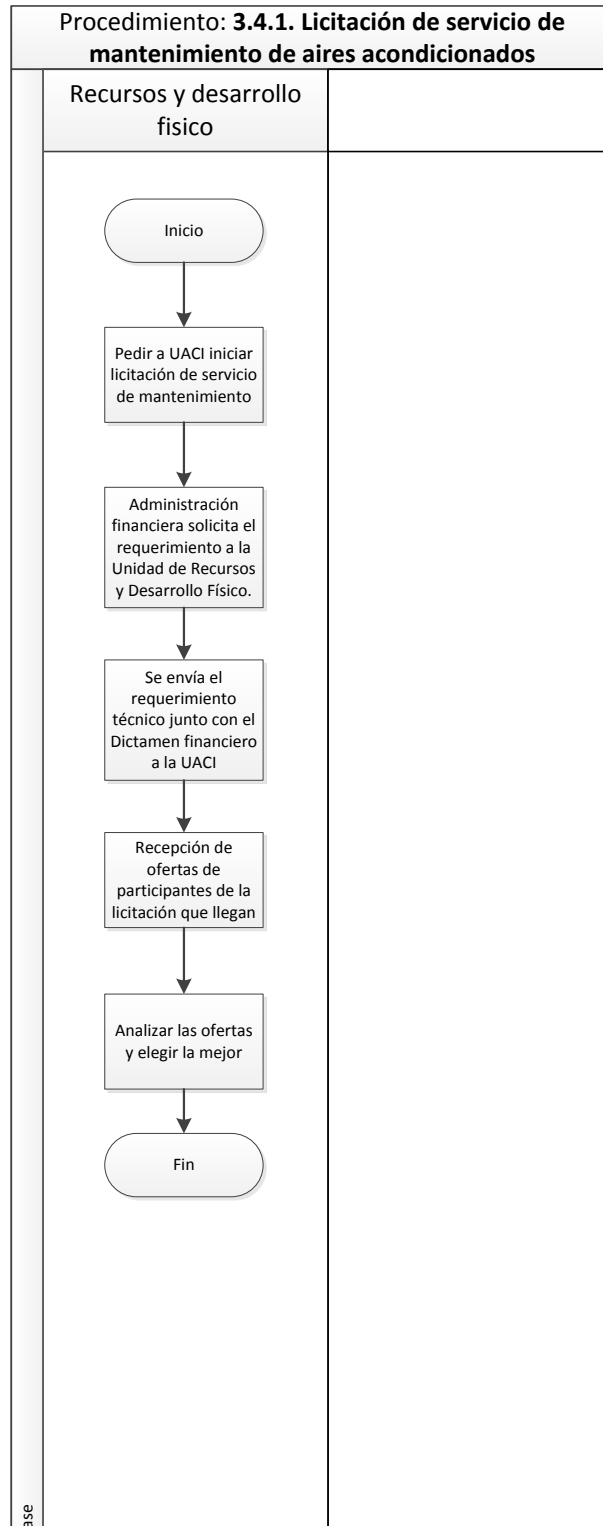
3. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

3.1 Descripción

No	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	Pedir a la UASI iniciar licitación de servicios de mantenimiento
2	Solicitud de los requerimientos
3	Envío de requerimientos a recursos financiero y UASI
4	Recepción de ofertas de participantes
5	Análisis de ofertas y selección.

No	DESCRIPCIÓN DE LA NORMATIVA LEGAL INVOLUCRADA
1	NORMAS TECNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECÍFICAS PARA LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR CAPITULO II Sección segunda DEL SISTEMA DE PLANIFICACION
2	LEY ORGANICA DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR CAPÍTULO X DEL RÉGIMEN ECONÓMICO FISCAL Sección Primera Del Planeamiento y del Presupuesto
3	LEY DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA TITULO IV capitulo II

3.2 Diagrama de flujo





DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

4. REGISTROS

CÓDIGO	Nombre del Documento
RDF-DOC- 3.4.1.1	Formato de plan de mantenimiento de equipos

5. INDICADORES

Efectividad en el cumplimiento del plan de mantenimiento

$$E.C.C = \frac{\text{cantidad de fechas cumplidas}}{\text{cantidad de fechas planeadas}}$$

6. ANEXOS

No aplica.



PROCEDIMIENTO

3.4.2. LICITACIÓN DE SERVICIO DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS DE COMPRESION Y SUCCION

1. OBJETIVO

Recepción de licitaciones de los servicios de mantenimiento de equipos de compresión y succión FOUES.

2. ALCANCE

Para el proceso **“licitación de servicio de mantenimiento de equipos de compresión y succión(RDF-P-3-4-2)”** se tiene definido lo siguiente:

Inicio: Solicitar a la UASI licitación de servicios de mantenimiento.

Fin: analizar las ofertas y selección.

El procedimiento **“licitación de servicio de mantenimiento de equipos de compresión y succión(RDF-P 3-4-2)”**, comprende las actividades desde la solicitud de las licitaciones de mantenimiento, se solicitan los requerimiento a la unidad de recursos y desarrollo físico, recepción de la ofertas de los participantes, analizar las ofertas y selección.

RESPONSABLES

- Jefe de la unidad de recursos y desarrollo físico.
- Jefe de la unidad financiera.



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CÓDIGO: RF-P-3-4-2

VERSIÓN: 001/2013

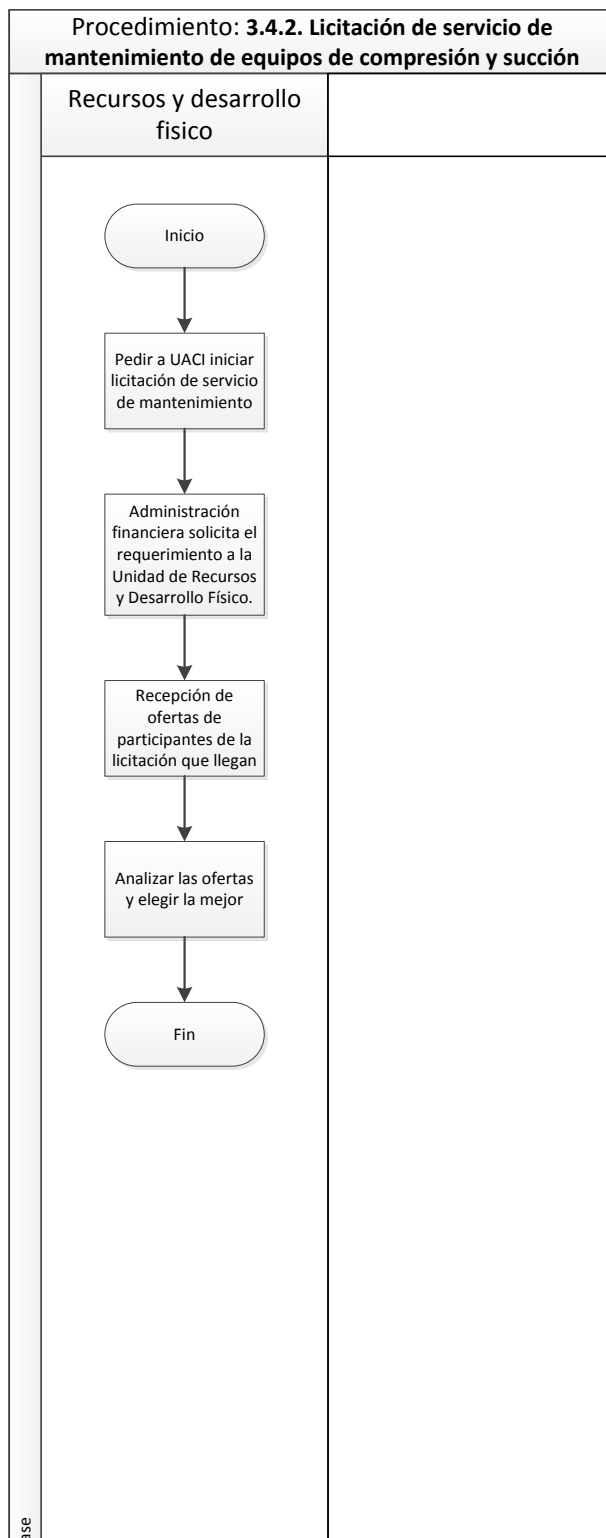
3. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

3.1 Descripción

No	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	Pedir a la UASI iniciar licitación de servicios de mantenimiento
2	Solicitud de los requerimientos
3	Envío de requerimientos a recursos financiero y UASI
4	Recepción de ofertas de participantes
5	Análisis de ofertas y selección.

No	DESCRIPCIÓN DE LA NORMATIVA LEGAL INVOLUCRADA
1	NORMAS TECNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECÍFICAS PARA LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR CAPITULO II Sección segunda DEL SISTEMA DE PLANIFICACION
2	LEY ORGANICA DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR CAPÍTULO X DEL RÉGIMEN ECONÓMICO FISCAL Sección Primera Del Planeamiento y del Presupuesto
3	LEY DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA TITULO IV capitulo II

3.2 Diagrama de flujo





DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

4. REGISTROS

CÓDIGO	Nombre del Documento
RDF-DOC- 3.4.1.1	Formato de plan de mantenimiento de equipos

5. INDICADORES

Efectividad en el cumplimiento del plan de mantenimiento

$$E.C.C = \frac{\text{cantidad de fechas cumplidas}}{\text{cantidad de fechas planeadas}}$$

6. ANEXOS

No aplica.



PROCEDIMIENTO:

3.4.3. LICITACIÓN DE SERVICIO DE MANTENIMIENTO DE VEHÍCULOS

1. OBJETIVO

Recepción de licitaciones de los servicios de mantenimiento de vehículos FOUES.

2. ALCANCE

Para el proceso “**licitación de servicio de mantenimiento vehículos(RDF-P-3-4-3)**” se tiene definido lo siguiente:

Inicio: Solicitar a la UASI licitación de servicios de mantenimiento de vehículos.

Fin: analizar las ofertas y selección.

El procedimiento “**licitación de servicio de mantenimiento de vehículos (RDF-P-3-4-3)**”, comprende las actividades desde la solicitud de las licitaciones de mantenimiento, se solicitan los requerimiento a la unidad de recursos y desarrollo físico, recepción de la ofertas de los participantes, analizar las ofertas y selección.

RESPONSABLES

- Jefe de la unidad de recursos y desarrollo físico.
- Jefe de la unidad financiera.



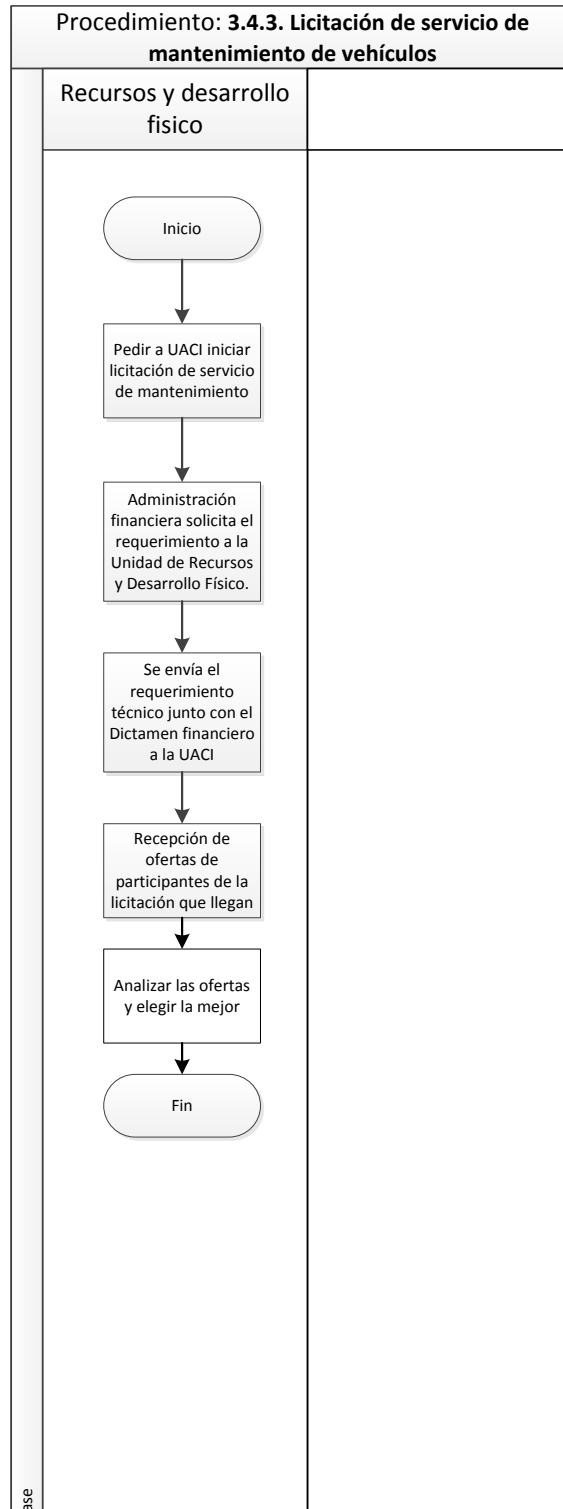
3. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

3.1 Descripción

No	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	Pedir a la UASI iniciar licitación de servicios de mantenimiento
2	Solicitud de los requerimientos
3	Envío de requerimientos a recursos financiero y UASI
4	Recepción de ofertas de participantes
5	Análisis de ofertas y selección.

No	DESCRIPCIÓN DE LA NORMATIVA LEGAL INVOLUCRADA
1	NORMAS TECNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECÍFICAS PARA LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR CAPITULO II Sección segunda DEL SISTEMA DE PLANIFICACION
2	LEY ORGANICA DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR CAPÍTULO X DEL RÉGIMEN ECONÓMICO FISCAL Sección Primera Del Planeamiento y del Presupuesto
3	LEY DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA TITULO IV capitulo II

3.2 Diagrama de flujo





DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

4. REGISTROS

CÓDIGO	Nombre del Documento
RDF-DOC- 3.4.1.1	Formato de plan de mantenimiento de equipos

5. INDICADORES

6. Efectividad en el cumplimiento del plan de mantenimiento

$$E.C.C = \frac{\text{cantidad de fechas cumplidas}}{\text{cantidad de fechas planeadas}}$$

7. ANEXOS

No aplica.



PROCEDIMIENTO:

3.4.4. LICITACIÓN DE SERVICIO DE MANTENIMIENTO PARA PLANTA DE EMERGENCIA

1. OBJETIVO

Recepción de licitaciones de los servicios de mantenimiento para la planta de emergencia FOUES.

2. ALCANCE

Para el proceso “licitación de servicio de mantenimiento para la planta de emergencia(RDF-P-3-4-4)” se tiene definido lo siguiente:

Inicio: Solicitar a la UASI licitación de servicios de mantenimiento para planta de emergencia..

Fin: analizar las ofertas y selección.

El procedimiento “licitación de servicio de mantenimiento de vehículos (RDF-P-3-4-4)”, comprende las actividades desde la solicitud de las licitaciones de mantenimiento, se solicitan los requerimiento a la unidad de recursos y desarrollo físico, recepción de la ofertas de los participantes, analizar las ofertas y selección.

RESPONSABLES

- Jefe de la unidad de recursos y desarrollo físico.
- Jefe de la unidad financiera.



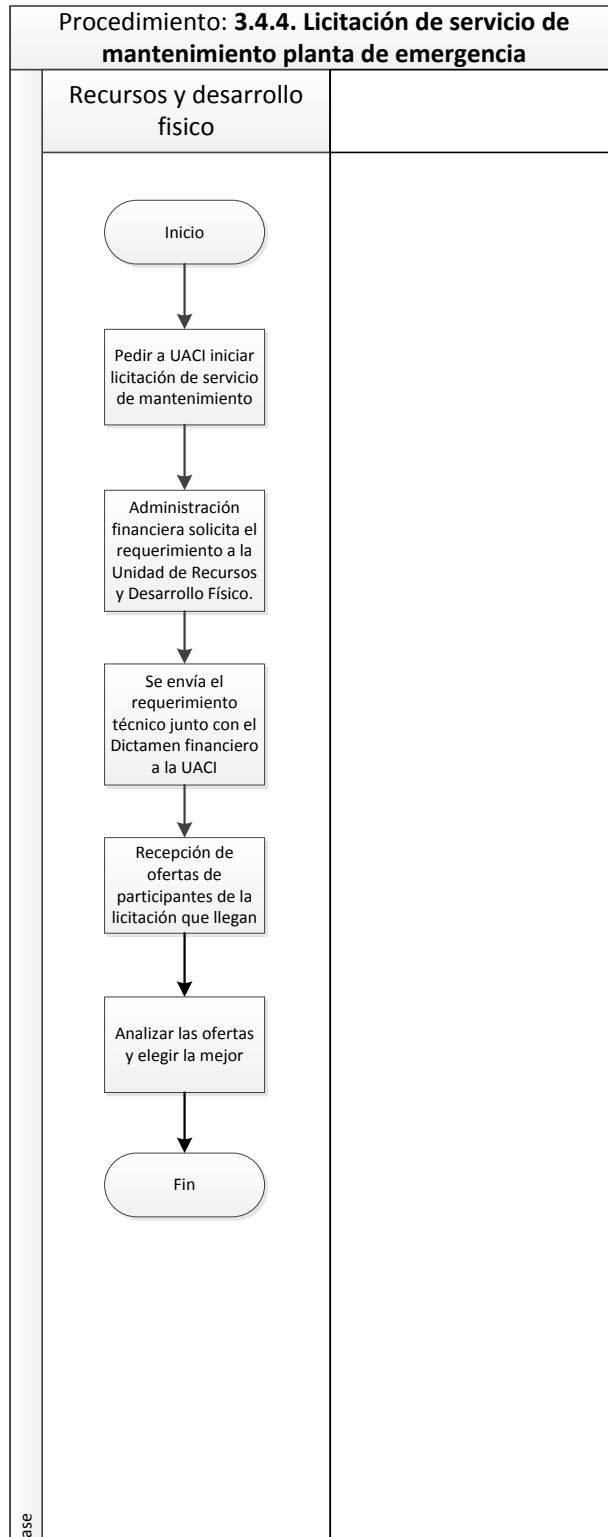
3. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

3.1 Descripción

No	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	Pedir a la UASI iniciar licitación de servicios de mantenimiento
2	Solicitud de los requerimientos
3	Envío de requerimientos a recursos financiero y UASI
4	Recepción de ofertas de participantes
5	Análisis de ofertas y selección.

No	DESCRIPCIÓN DE LA NORMATIVA LEGAL INVOLUCRADA
1	NORMAS TECNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECÍFICAS PARA LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR CAPITULO II Sección segunda DEL SISTEMA DE PLANIFICACION
2	LEY ORGANICA DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR CAPÍTULO X DEL RÉGIMEN ECONÓMICO FISCAL Sección Primera Del Planeamiento y del Presupuesto
3	LEY DE ADQUISICIONES Y CONTRATACIONES DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA TITULO IV capitulo II

3.2 Diagrama de flujo





DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

4. REGISTROS

CÓDIGO	Nombre del Documento
RDF-DOC- 3.4.1.1	Formato de plan de mantenimiento de equipos

5. INDICADORES

Ninguno.

6. ANEXOS

No aplica.



PROCESO:

3.5. INVENTARIO DE MATERIALES (ARSENAL PARA CLÍNICAS)

PROCEDIMIENTO:

3.5.1. SOLICITUD Y ENTREGA DE MATERIALES A ESTUDIANTES

1. OBJETIVO

Entregar de materiales a estudiantes para el uso en clínicas.

2. ALCANCE

Para el proceso **“solicitud y entrega de materiales a estudiantes (RDF-P-3-5-1.)”** se tiene definido lo siguiente:

Inicio: Solicitar a la UASI licitación de servicios de mantenimiento para planta de emergencia..

Fin: analizar las ofertas y selección.

El procedimiento **“licitación de servicio de mantenimiento de vehículos (RDF-P-3-5-1)”**, comprende las actividades desde la solicitud de las licitaciones de mantenimiento, se solicitan los requerimiento a la unidad de recursos y desarrollo físico, recepción de la ofertas de los participantes, analizar las ofertas y selección.

RESPONSABLES

- Jefe de la unidad de recursos y desarrollo físico.
- Jefe de la unidad financiera.



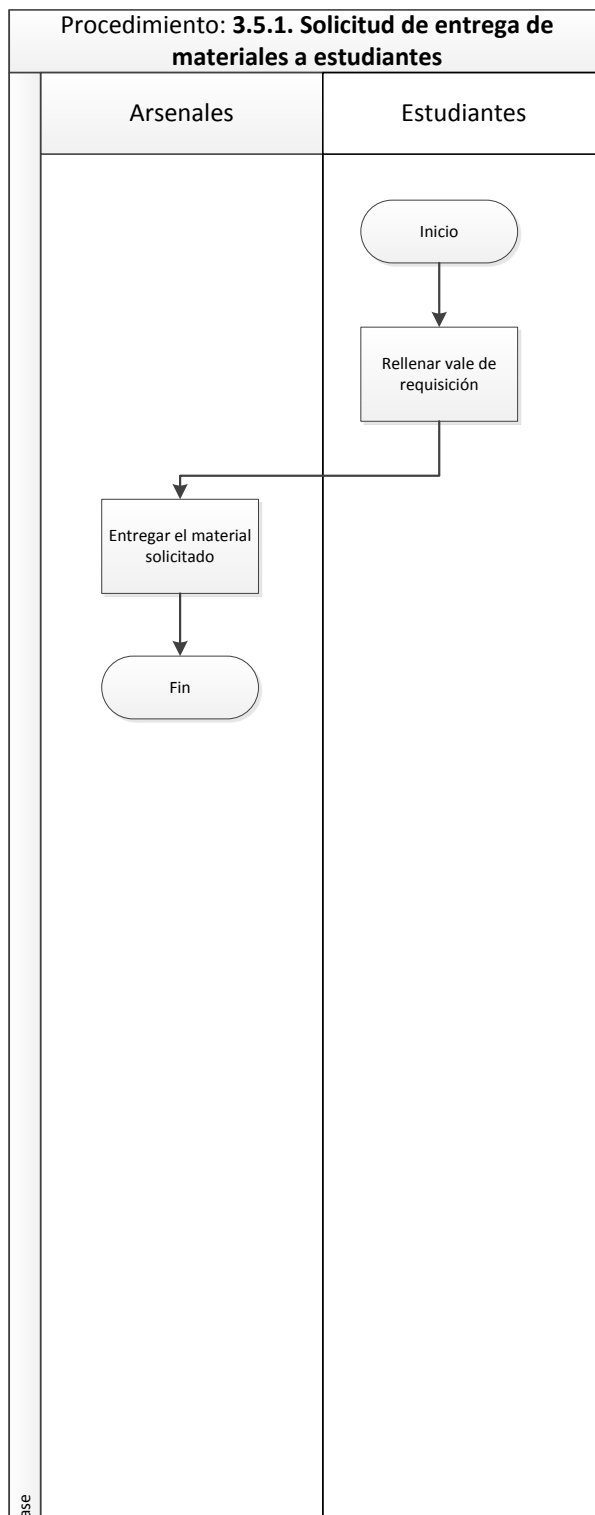
3. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

3.1 Descripción

No	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	Pedir a la UASI iniciar licitación de servicios de mantenimiento
2	Solicitud de los requerimientos
3	Envío de requerimientos a recursos financiero y UASI
4	Recepción de ofertas de participantes
5	Análisis de ofertas y selección.

No	DESCRIPCIÓN DE LA NORMATIVA LEGAL INVOLUCRADA
1	NORMAS TECNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECÍFICAS PARA LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR ARTICULOS 86, 87, 92, 108

3.2 Diagrama de flujo





4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

5. REGISTROS

CÓDIGO	Nombre del Documento
RDF-DOC-3.5.1.1	Formato de solicitud de materiales
RDF-DOC-3.5.1.2	Formato de solicitud de equipo

6. INDICADORES

Ninguno.

7. ANEXOS

No aplica.



PROCEDIMIENTO

3.5.2. CONTROL DE MATERIAL E INSUMOS ENTREGADOS

1. OBJETIVO

Controlar y contabilizar los materiales entregados a los estudiantes y docentes dentro del área de clínicas

2. ALCANCE

Para el proceso **“Control de material e insumos entregados (DC-P-3-5-2)”** se tiene definido lo siguiente:

Inicio: Envío de vales d materiales a Dirección de Clínicas.

Fin: Realizar el reporte de insumos gastados y entregarlos a dirección de clínicas.

El procedimiento **“Control de material e insumos entregados (DC-P-3-5-2)”**, comprende las actividades desde el envío de vales d materiales a Dirección de Clínicas, llevar el control de los vales de materiales, y como finalización, realizar el reporte de insumos gastados y entregarlos a dirección de clínicas.

RESPONSABLES

- Arsenalista
- Director de clínicas



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CÓDIGO: DC-P-3-5-2

VERSIÓN: 001/2013

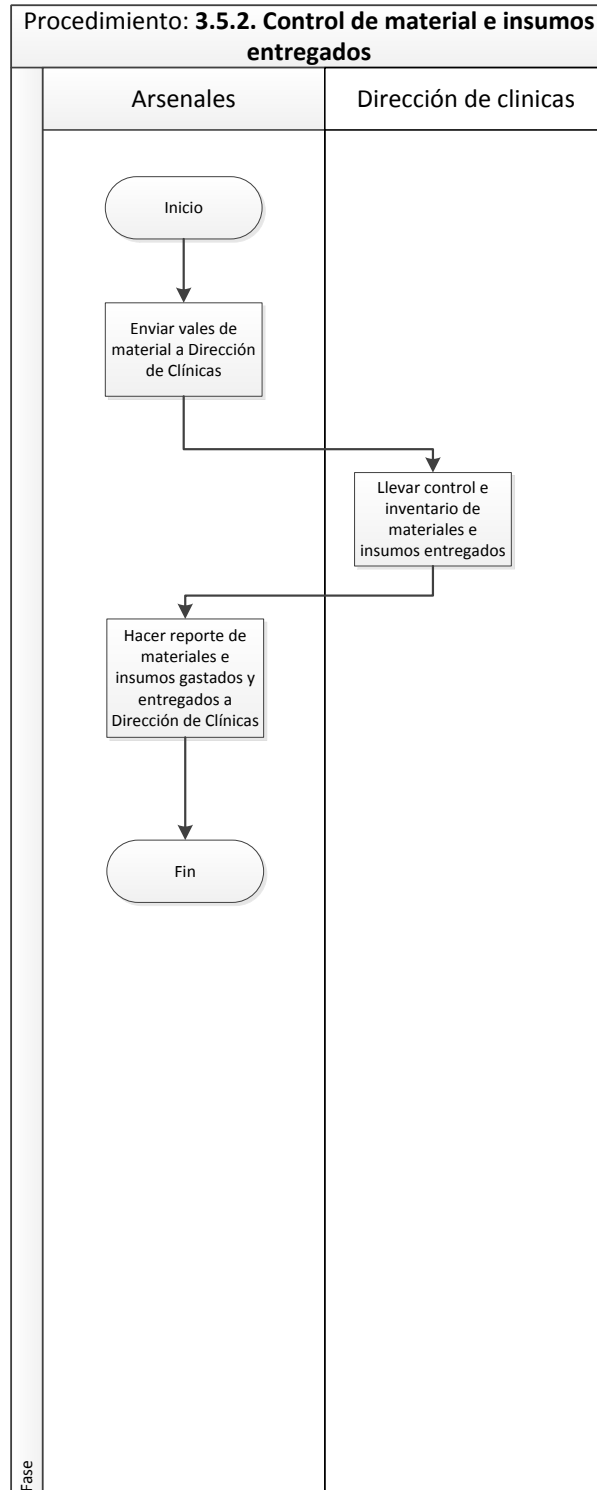
3. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

3.1 Descripción

No	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	Envío de vales d materiales a Dirección de Clínicas.
2	Llevar el control de inventario de los materiales recibidos.
3	Realizar el reporte de insumos gastados y entregarlos a dirección de clínicas.

No	DESCRIPCIÓN DE LA NORMATIVA LEGAL INVOLUCRADA
1	NORMAS TECNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECÍFICAS PARA LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR ARTICULOS 86, 87, 92, 108

3.2 Diagrama de flujo





4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

5. REGISTROS

CÓDIGO	Nombre del Documento
DC-DOC-3.5.2.1	Formato de reporte de inventario de materiales
DC-DOC-3.5.3.1	Formato de reporte de inventario de equipos

6. INDICADORES

Ninguno.

7. ANEXOS

No aplica.



PROCEDIMIENTO

3.5.3. ELABORACION DE REQUISICIONES A BODEGA

1. OBJETIVO

Elaborar las requisiciones de materiales para entregarlo en bodega o arsenal

2. ALCANCE

Para el proceso **“Elaboración de requisiciones a bodega (DC-P-3-5-3)”** se tiene definido lo siguiente:

Inicio: Revisar existencias en bodega

Fin: envío de requisición a bodega

El procedimiento **“Elaboración de requisiciones a bodega (DC-P-3-5-3)”**, comprende las actividades desde la revisión de existencia de materiales en bodega, llenar el formato de la requisición para entregar en bodega y finalmente su envío y recepción.

RESPONSABLES

- Arsenalista
- Director de clínicas



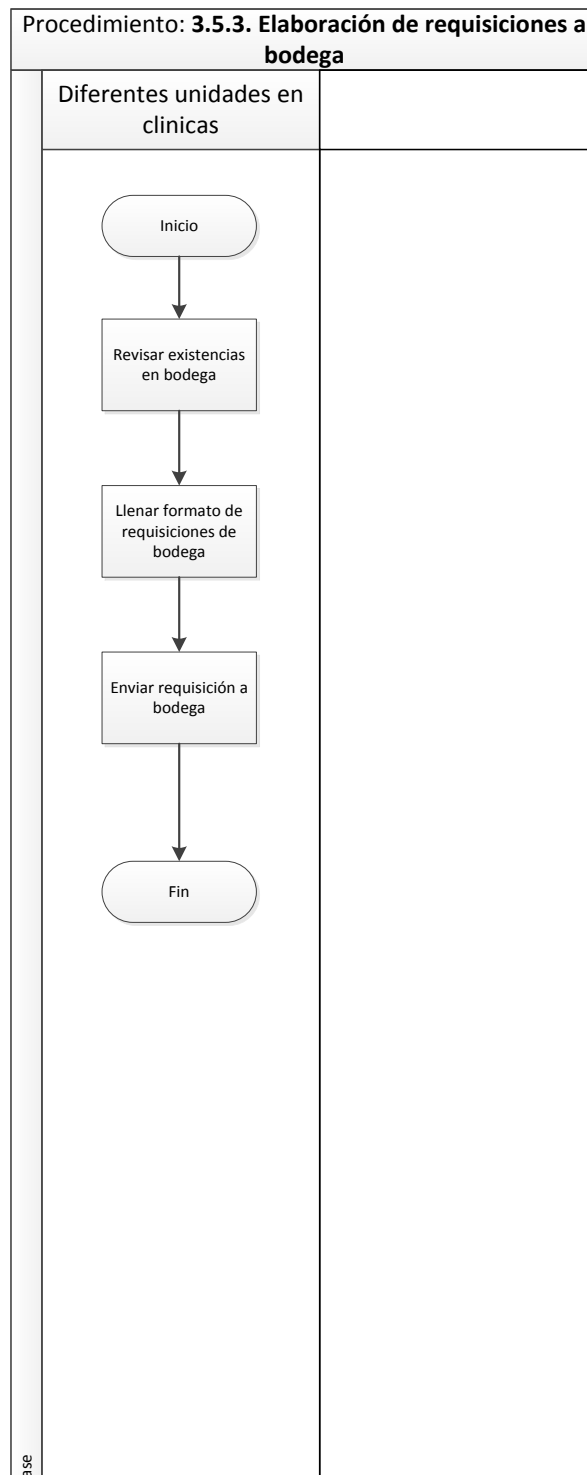
3. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

3.1 Descripción

No	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	Revisar existencias en bodega
2	Llenar el formato de requisiciones en bodega
3	Envío de requisición a bodega

No	DESCRIPCIÓN DE LA NORMATIVA LEGAL INVOLUCRADA
1	NORMAS TECNICAS DE CONTROL INTERNO ESPECÍFICAS PARA LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR ARTICULOS 86, 87, 92, 108

3.2 Diagrama de flujo





4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

5. REGISTROS

CÓDIGO	Nombre del Documento
DC-DOC-3.5.3.1	Formato de requisiciones a bodega

6. INDICADORES

Ninguno.

7. ANEXOS

No aplica.



PROCESO:

3.6. CONTROL DE EXPEDIENTES CLÍNICOS

PROCEDIMIENTO

3.6.1. ELABORACIÓN DE INFORMES SOBRE MOVIMIENTO DE EXPEDIENTES

1. OBJETIVO

Elaboración de informes de movimiento de archivos de pacientes.

2. ALCANCE

Para el proceso **“Elaboración de informes de movimiento de archivos de (DC-P-3-6-1)”** se tiene definido lo siguiente:

Inicio: llevar el control sobre los expedientes creados, entregados y devueltos.

Fin: elaborar informes de tabulación de resultados.

El procedimiento **“Elaboración de informes de movimiento de archivos de (DC-P-3-6-1)”**, comprende las actividades desde llevar el control sobre los expedientes creados, entregados y devueltos y elaborar informes de tabulación de resultados.

RESPONSABLES

- Encargado de archivo clínico



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CÓDIGO: DC-P-3-6-1

VERSIÓN: 001/2013

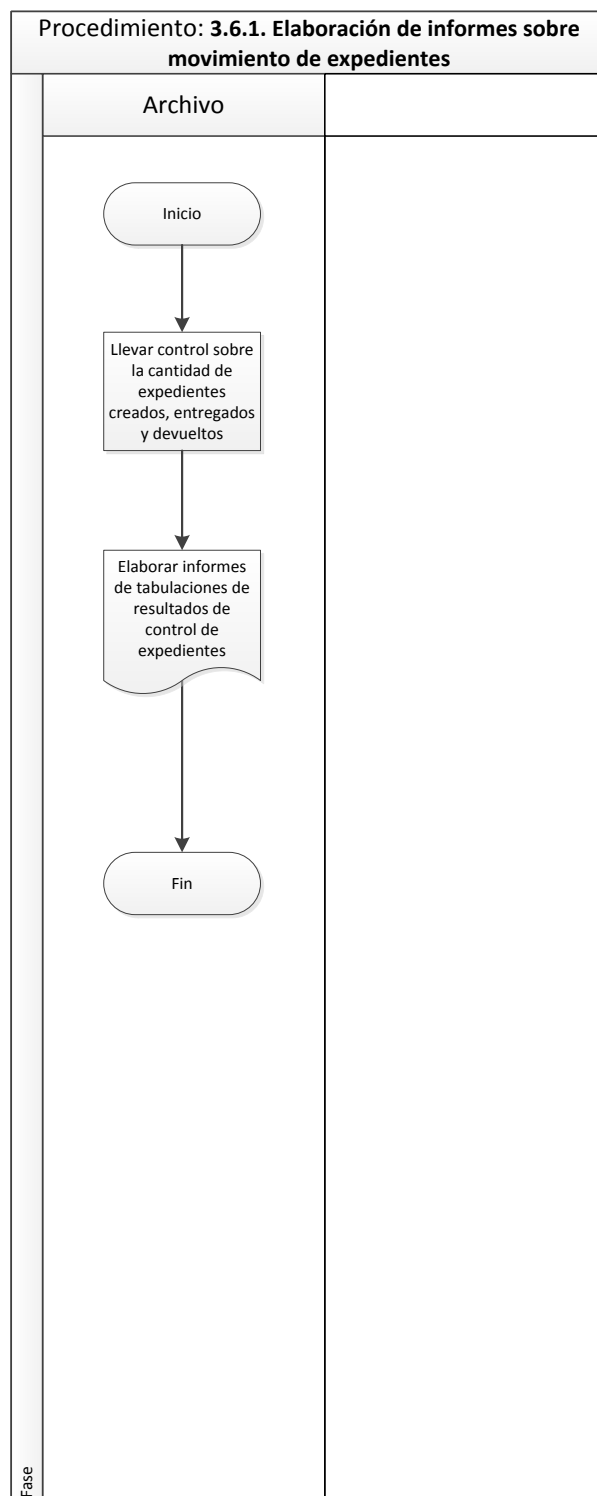
3. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

3.1 Descripción

No	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	Llevar el control sobre los expedientes creados, entregados y devueltos.
2	Elaborar informes de tabulación de resultados.

No	DESCRIPCIÓN DE LA NORMATIVA LEGAL INVOLUCRADA
1	REGLAMENTO ESPECÍFICO DEL PROCESO DE GRADUACIÓN DE LA FACULTAD DE QUÍMICA Y FARMACIA DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR ARTICULO 20 y 22

3.2 Diagrama de flujo





4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

5. REGISTROS

CÓDIGO	Nombre del Documento
DC-DOC-3.6.1.1	Formato de evaluación por el docente
DC-DOC-3.6.1.2	Formato de expedientes de pacientes

6. INDICADORES

Ninguno.

7. ANEXOS

No aplica.



PROCEDIMIENTO

3.6.2. ELABORACIÓN DE EXPEDIENTES DE NUEVOS PACIENTES

1. OBJETIVO

Elaboración de de expedientes de nuevos pacientes

2. ALCANCE

Para el proceso “Elaboración de de expedientes de nuevos pacientes (DC-P-3-6-2)” se tiene definido lo siguiente:

Inicio: Recepción del paciente con el ticket de cancelación respectivo

Fin: apertura de expediente

El procedimiento “Elaboración de de expedientes de nuevospacientes (DC-P-3-6-2)”, comprende las actividades desde la recepción del paciente con el ticket de cancelación respectivo y la apertura del expediente.

RESPONSABLES

- Encargado de archivo clínico



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

CÓDIGO: DC-P-3-6-2

VERSIÓN: 001/2013

3. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

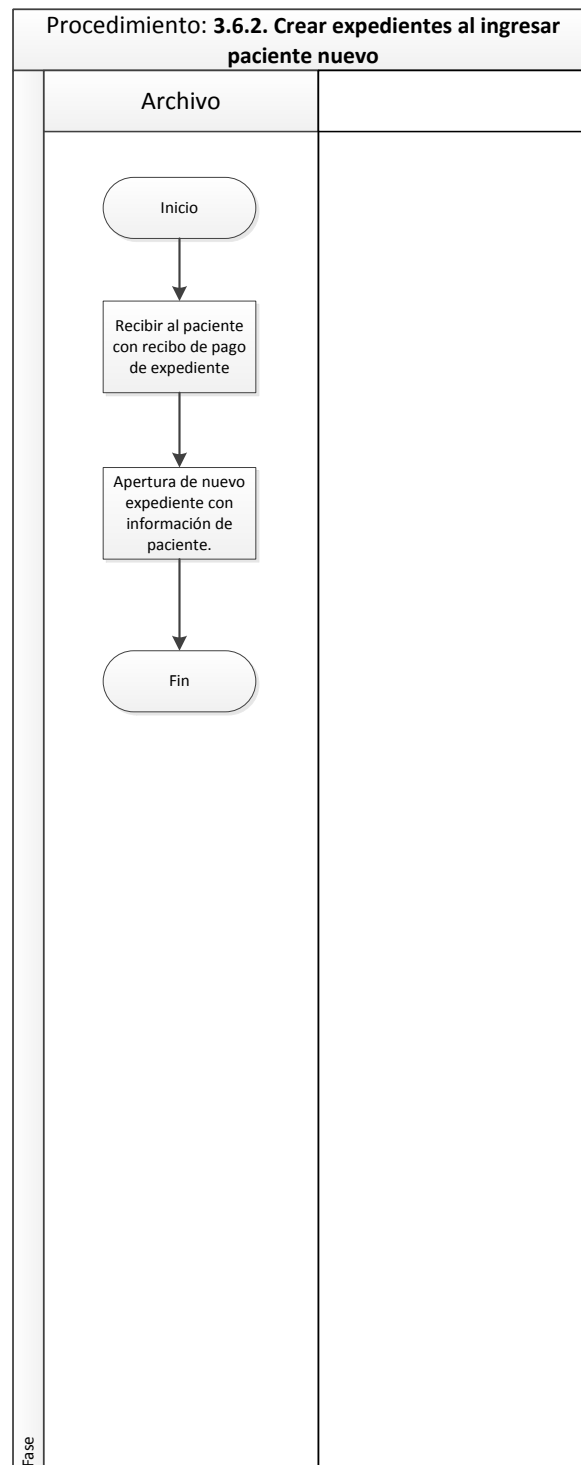
3.1 Descripción

No	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	Recepción del paciente con el ticket de cancelación respectivo
2	apertura de expediente

No	DESCRIPCIÓN DE LA NORMATIVA LEGAL INVOLUCRADA
1	REGLAMENTO ESPECÍFICO DEL PROCESO DE GRADUACIÓN DE LA FACULTAD DE QUÍMICA Y FARMACIA DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR ARTICULO 20 y 22



3.2 Diagrama de flujo





4. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

5. REGISTROS

CÓDIGO	Nombre del Documento
DC-DOC-3.6.1.2	Formato de expedientes de pacientes

6. INDICADORES

Ninguno.

7. ANEXOS

No aplica.



PROCEDIMIENTO:

3.6.3. REGISTRO DE DEUDAS POR ESTUDIANTE

1. OBJETIVO

Documentar las deudas de los estudiantes con respecto a los tratamientos de los pacientes.

ALCANCE Para el proceso **“Registro de deudas por estudiante (DC-P-3-6-3)”** se tiene definido lo siguiente:

Inicio: ingreso de deuda del estudiante a partir del ingreso de cada paciente

Fin: actualizar la solvencia del pago de los estudiantes.

El procedimiento **“Registro de deudas por estudiante (DC-P-3-6-3)”**, comprende las actividades desde ingreso de deuda del estudiante a partir del ingreso de cada paciente, corroborar vales y tratamientos en expedientes y finaliza con la solvencia en el pago..

RESPONSABLES

- Encargado de archivo clínico



1. DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

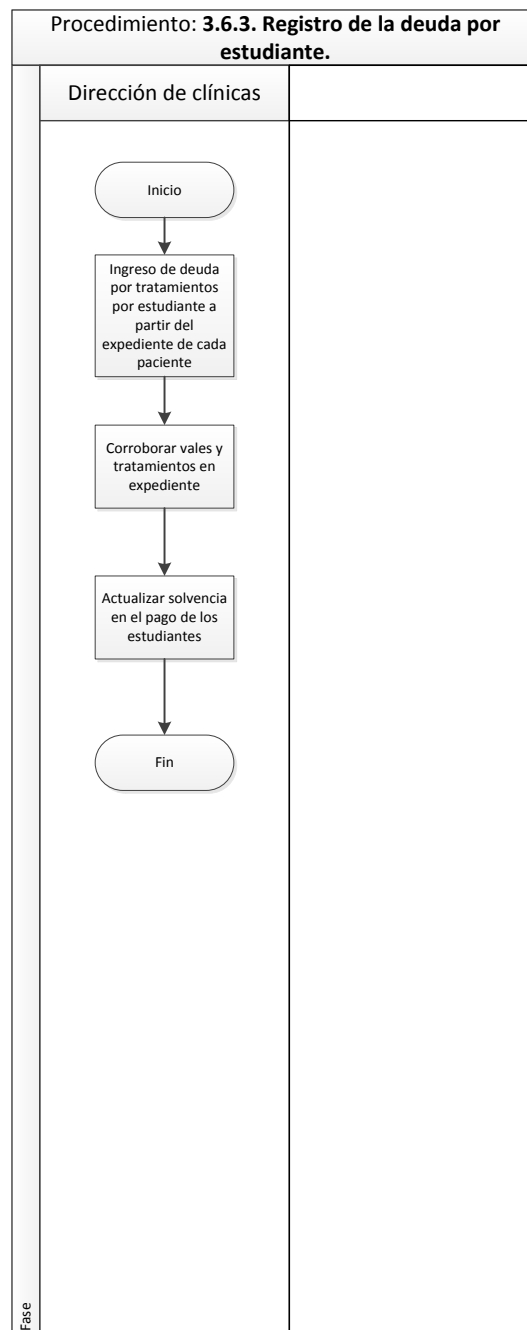
1.1 Descripción

No	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
1	ingreso de deuda del estudiante a partir del ingreso de cada paciente
2	Corroborar vales y tratamientos
3	Solvencia y actualización del estudiante

No	DESCRIPCIÓN DE LA NORMATIVA LEGAL INVOLUCRADA
1	REGLAMENTO ESPECÍFICO DEL PROCESO DE GRADUACIÓN DE LA FACULTAD DE QUÍMICA Y FARMACIA DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR ARTICULO 20 y 22



1.2 Diagrama de flujo





2. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Listado Maestro de Documentos

3. REGISTROS

CÓDIGO	Nombre del Documento
DC-DOC-3.6.1.2	Formato de expedientes de pacientes

4. INDICADORES

- Solvencia de estudiantes

$$\text{solvencias} = \frac{\text{Estudiantessolventes}}{\text{Totaldeestudiantes}}$$

ANEXOS

No aplica.

1.10. Plan de Mejora del Sistema de Gestión de Calidad.

Para garantizar el funcionamiento y mantenimiento eficaz del sistema de gestión de la calidad este debe de ser medido y revisado a través de los indicadores de calidad que establece la norma ISO 9001.

1.10.1. Establecimiento de indicadores del sistema de gestión de la calidad FOUES

Un indicador es utilizado para recoger información de modo sistemático para evidenciar la evolución de una serie de datos, comprobar y medir la eficiencia y eficacia basado en criterios y comparaciones previamente establecidas, son representaciones cuantificables del desempeño que se evidencian en base a cálculos matemáticos que pueden ser:

- Razones y Tasas
- Porcentajes.
- Posición y Dispersión
- Niveles.
- Cualificaciones.
- Otras.

1.10.1.1. Tipos de indicadores de calidad

- **Indicador de calidad del proceso / actividad:** Reflejan el nivel de cumplimiento de las especificaciones previstas en la realización de las actividades de uso Público, basándose en los datos generados por las mismas.
- **Indicador de calidad del servicio:** Reflejan las características del servicio final ofrecido al visitante, a partir de los datos de inspección o verificación recogidos internamente.
- **Indicador de calidad de la percepción del cliente:** Reflejan la opinión del visitante respecto al servicio recibido, recogiendo mediante encuestas o métodos afines.

1.10.1.2. Beneficios de la medición de indicadores

Algunos beneficios de la medición de indicadores y su planificación son:

- Evaluar la necesidad de cambio.
- Evaluar el impacto.
- Establecer prioridades.
- Elaborar programas realistas.

- Garantizar que se generan beneficios y no pérdidas.
- Corregir las condiciones que se salen de control.
- Detectar evidencias de Brechas de Competencias.
- Planear para satisfacer las expectativas del cliente.

Los indicadores de calidad son instrumentos de medición, basados en hechos y datos, que permiten evaluar la calidad de los procesos, productos y servicios para asegurar la satisfacción de los clientes, es decir, miden el nivel de cumplimiento de las especificaciones establecidas para una determinada actividad o proceso empresarial. Los indicadores de calidad, idealmente pocos aunque representativos de las áreas prioritarias o que requieren supervisión constante de la gestión, deben ser:

- **Realistas:** relacionados con las “dimensiones” significativas de la calidad del proceso, producto o servicio
- **Efectivos:** que se centren en el verdadero impacto de la calidad
- **Visibles:** en forma de gráficos de fácil interpretación, accesibles a las personas involucradas en las actividades medidas
- **Sensibles:** a las variaciones del parámetro que se está midiendo
- **Económicos:** sencillos de calcular y gestionar

1.10.1.3. Criterios de selección de indicadores

Los criterios establecidos para la selección de los indicadores del sistema de gestión de la calidad son los siguientes:

Tabla 32 criterios de selección de indicadores

Criterios	Descripción
Calidad en el servicio	Las variables que intervienen en la calidad de los servicios
Influencia en los resultados	La medida en que afectan los resultados deseados y previamente planificados
Mejora continua	La mejora de los procesos y servicios
Corrección y prevención	El aporte a la corrección o prevención de inconformidades.
Fuente: elaboración propia	

Los pasos para la selección de los indicadores del sistema de gestión de la calidad para la Facultad de odontología de la Universidad de El Salvador son los siguientes:



1.10.2. Cuadro de mando integral para el establecimiento de indicadores del Sistema de Gestión

El Cuadro de Mando Integral (CMI) o Balanced Scorecard (BSC) es una herramienta de control organizacional empleada por la alta dirección para realizar un seguimiento a cerca del cumplimiento de los objetivos en cada una de las áreas de la organización, y cuya consecución la llevará a cumplir los objetivos estratégicos fijados.

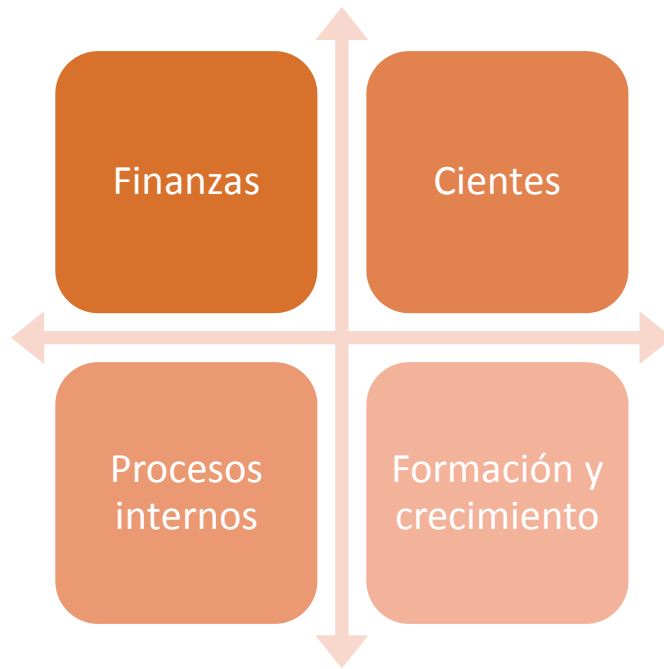
El **CMI** está compuesto por una serie de **indicadores** diferentes para cada área funcional y representativos de la marcha de esa parte del negocio, que muestran cuándo los responsables de esa área alcanzan sus objetivos y por tanto, cuando la organización va por buen camino hacia el cumplimiento de su estrategia además de mostrar cuando hay desviaciones para tomar medidas correctivas.

Estos **indicadores** deben ser actualizados periódicamente para poder ir viendo su evolución.

Fases para el desarrollo de un CMI:

7. Análisis externo del entorno
8. Análisis interno de la organización
9. Elaboración de mapa de procesos
10. Fijar objetivos estratégicos congruentes con la Misión, visión y valores

11. Programa estratégico: Planes de acción definir objetivos y medios necesarios para el cumplimiento y mejora de los indicadores.
12. Cuadro de Mando Integral (CMI): establecer indicadores (operativos y estratégicos)



1.10.3. Indicadores de gestión

Tabla 33 Cuadro de mando integral para el establecimiento de indicadores

PROCESO	OBJETIVOS	INDICADOR	PERSPECTIVA	FÓRMULA	Periodicidad de la medición	Responsable	objetivo	Mínimo aceptable	Máximo posible
1.1 Plan de Mantenimiento de la Facultad	Garantizar el cumplimiento en general del plan de mantenimiento de la facultad.	Efectividad en el cumplimiento del cronograma del plan de mantenimiento de equipos	-Clientes - Procesos internos	$E.C.C = \frac{\text{cantidad de fechas cumplidas}}{\text{cantidad de fechas planeadas}}$	Seis meses	Director de desarrollo físico	0.8	0.6	0.85
1.2. Dirección Estratégica de Clínicas	Verificar que las políticas y estrategias cumplan con el cometido de proveer un buen servicio	Calidad de los servicios	-clientes -Procesos internos	$Calidad = \frac{\text{servicios aceptables}}{\text{Total de servicios}}$	Cada 3 meses	Director de Clínica	0.7	0.6	0.8
	Medir el cumplimiento del plan de compras	Efectividad en el cumplimiento del plan de	-Clientes - Financiera	$E.P.C = \frac{\text{compras realizadas}}{\text{compras planeadas}}$	Una vez al año	Jefe de compras	0.7	0.65	0.9

	de la unidad	compras de la unidad.							
	Comprobar que la documentación ha llegado completa a las clínicas respectivas	Efectividad en la Distribución de Documentos para la Dirección de clínicas	-Clientes -Procesos internos	$E. D. D$ $= \frac{\text{No. de areas con doc. copleta}}{\text{No. Total de areas auditadas}}$	Cada 6 meses	Director de clínicas	1	1	1
	Determinar la cobertura de las licitaciones adjudicadas versus las licitaciones totales	Licitaciones Adjudicadas	-Procesos internos	$Licitaciones$ $= \frac{Licitaciones adjudicadas}{Total de licitaciones}$	Cada 6 meses	Director de clínicas	0.80	0.75	0.85
1.3. Control Presupuestario (PEP)	Determinar el cumplimiento entre lo presupuestado y lo gastado.	Efectividad en el cumplimiento del presupuesto de las compras de la facultad.	- Financiera	$E. P$ $= \frac{cantidadgastadaencompras}{cantidadasignadaencompras}$	Una vez al año	Jefe de compras	0.7	0.65	0.9
	Determinar la razón de logros alcanzados en un año	Índice de logros alcanzados versus logros	-Clientes -Procesos internos	$L. A. A.$ $= \frac{\text{No. de logros alcanzados en el}}{\text{No. de logros planeados para es}}$	Una vez al año	Decano	0.85	0.8	1

	respecto al número de logros planeados para ese mismo periodo	planeados							
2.1. Educación Odontológica	Determinar la efectividad en el proceso de enseñanza aprendizaje.	Efectividad de la educación	- Aprendizaje - Procesos internos	$E.A.P. = \frac{Aprobados}{Totaldeestudiantes}$	Seis meses	Jefe de docencia	0.75	0.6	0.9
2.2. Programaciones Clínicas	Determinar el número de estudiantes que completan exitosamente sus horas sociales por ciclo en las clínicas odontológicas FOUES.	Efectividad de las programaciones de horas sociales.	- Clientes - Crecimiento y aprendizaje	$E.E.S = \frac{Estudiantesquefinalizaron}{Estudiantesqueinicianproceso}$	Una vez al año	Jefe de proyección social y director de clínicas	1	0.8	1
	Determinar la calidad de los	Calidad del servicio	-Clientes	$Calidad = \frac{serviciosaceptables}{Totaldeservicios}$	Anual	Director de planificac	0.7	0.6	0.8

	servicios a pacientes de las clínicas FOUES					ión			
	Determinar la satisfacción de los clientes de las clínicas odontológi cas FOUES	Inconformidad es en los servicios	-Clientes	$\text{Inconformidades} = \frac{\text{total de inconformidades}}{\text{Total de servicios ofrecidos}}$	Cada 3 meses	Director de planificac ión	0.7	0.6	0.5
	Determinar el porcentaje de estudiantes aprobados	Efectividad de la educación	- Aprendizaje - Procesos internos	$E.A.P. = \frac{\text{Aprobados}}{\text{Total de estudiantes}}$	Seis meses	Director de planificac ión	0.75	0.6	0.9
	Determinar si las asistencia de los alumnos en servicio social cumple con un mínimo aceptable	Asistencia a Servicio o Social	-Cleintes -Procesos nternos	$A.S.S. = \frac{\text{Total de asitencias efectiva}}{\text{Total de asistencias Programadas}}$	Cada 6 meses	Director de Clínicas	0.95	0.90	1

2.3. Atención a pacientes	Determinar el cumplimiento de las fechas en las programaciones de citas	Efectividad de las programaciones de citas	- Clientes - Procesos internos	$E.P. = \frac{citas\ recibidas\ a\ tiempo}{total\ de\ programaciones}$	Anual	Director de clínicas y proyección social	0.68	0.5	0.75
3.1. Control de Inventario	Determinar si los materiales recibidos en bodega concuerdan tanto en tipo, cantidad y calidad según especificaciones del plan de compras.	Calificación del proveedor	-Procesos internos	$Calificación = \frac{Pedidos\ aceptados}{pedidos\ adjudicados}$	Seis meses	Arsenalista, director de clínicas	0.8	0.75	0.98
3.2. Compras Institucionales	Determinar el porcentaje de ofertantes que cumplen	Situación de las licitaciones	- Financiera - Procesos internos	$Licitaciones = \frac{Licitaciones\ adjudicadas}{Total\ de\ licitaciones}$	Anual	Encargado de compras	0.80	0.75	0.85

	con los requerimientos de la FOUES								
3.4. Licitación de Servicios de Mantenimiento	Determinar el porcentaje de proveedores de servicios que cumplen con los requerimientos	Situación de las licitaciones	- Financiera - Procesos internos	$\frac{\text{Licitaciones adjudicadas}}{\text{Total de licitaciones}}$	Anual	Encargado de compras, jefe de desarrollo físico	0.80	0.75	0.85
3.5. Inventario de Materiales (Arsenal para clínicas)	Determinar si las requisiciones a bodega cumplen con los requisitos establecidos en cantidad y clase de insumo	Pedidos aceptados	- Procesos internos. - Clientes	$\frac{\text{pedidos aceptados}}{\text{total de pedidos}}$	Seis meses	Arsenalista	0.80	0.75	0.90
3.6. Control de Expediente	Determinar la solvencia de los	Solvencia	-Procesos internos	$\frac{\text{solvencias Estudiantes solventes}}{\text{Total de estudiantes}}$	Seis meses	Director de clínicas y	0.85	0.80	0.98

s Clínicos	estudiantes					proyección social			
Fuente: elaboración propia									

1.10.3.1. Justificación de los indicadores de gestión

Se ha establecido un mínimo aceptable, máximo alcanzable y objetivo para la medición de los indicadores, a continuación se presenta la justificación de los valores asignados:

FÓRMULA	Periodicidad de la medición	Responsable	objetivo	Mínimo aceptable	Máximo posible	Observación
$E.C.C = \frac{\text{cantidad de fechas cumplidas}}{\text{cantidad de fechas planeadas}}$	Seis meses	Director de desarrollo físico	0.8	0.6	0.85	Este indicador no puede llegar a un 100% de cumplimiento debido a que la gestión de la universidad y las actividades se ven afectadas por agentes externos y fuera del alcance del personal.
$E.P.C = \frac{\text{compras realizadas}}{\text{compras planeadas}}$	Una vez al año	Jefe de compras	0.7	0.65	0.9	Este indicador puede ser alcanzado a un máximo de 90% debido a que durante el año surgen imprevistos

$E.P = \frac{\text{cantidad gastada en compras}}{\text{cantidad asignada en compras}}$	Una vez al año	Jefe de compras	0.7	0.65	0.9	El cumplimiento de los presupuestos es un factor crítico debido a que depende de la utilización y requisición de todas las unidades de la FOUES.
$E.E.S = \frac{\text{Estudiantes que finalizaron}}{\text{Estudiantes que inician procesos}}$	Una vez al año	Jefe de proyección social y director de clínicas	1	0.8	1	Este indicador deberá tener rigurosamente un cumplimiento del 100% debido a que es necesario para que el estudiante pueda graduarse.
$\text{Calidad} = \frac{\text{servicios aceptables}}{\text{Total de servicios}}$	Anual	Director de planificación	0.7	0.6	0.8	Para el primer año de implementación se aceptara como objetivo un 70%
Inconformidades=total de inconformidades/cantidad de productos ó servicios ofrecidos	Anual	Director de planificación	0.7	0.6	0.5	Para el primer año de implementación se aceptara

						como objetivo un 70%
$E.A.P. = \frac{\text{Aprobados}}{\text{Total de estudiantes}}$	Seis meses	Director de planificación	0.75	0.6	0.9	El objetivo de cumplimiento de este indicador es 75%.
$E.P. = \frac{\text{citas recibidas a tiempo}}{\text{total de programaciones}}$	Anual	Director de clínicas y proyección social	0.68	0.5	0.75	El objetivo para este indicador es de 68% ya que actualmente es inferior a 40% y deberá reservarse anualmente.
$E.A.P. = \frac{\text{Aprobados}}{\text{Total de estudiantes}}$	Seis meses	Jefe de docencia	0.7	0.6	0.9	El máximo alcanzable se ha establecido de un 90% debido a que algunos estudiantes abandonan sus estudios o no lo aprueban
$\text{Calificación} = \frac{\text{Pedidos aceptados}}{\text{pedidos adjudicados}}$	Seis meses	Arsenalista, director de clínicas	0.8	0.75	0.98	Con respecto a los pedidos aceptados el máximo alcanzable será un 98% y como

						mínimo 80% de lo contrario el proveedor será descartado.
$\frac{\text{Licitaciones adjudicadas}}{\text{Total de licitaciones}}$	Anual	Encargado de compras	0.80	0.75	0.85	Este indicador únicamente representa un parámetro para medir el cumplimiento de los proveedores con los requisitos de la FOUES.
$\text{pedidos aceptados} = \frac{\text{pedidos aceptados}}{\text{total de pedidos}}$	Seis meses	Arsenalista	0.80	0.75	0.90	El mínimo aceptable es de 75% de lo contrario el proveedor es descartado
$\text{solvencias} = \frac{\text{Estudiantes solventes}}{\text{Total de estudiantes}}$	Seis meses	Director de clínicas y proyección social	0.85	0.80	0.98	El máximo alcanzable es 98% debido a que muchos estudiantes abandonan el proceso antes de terminarlo.
Fuente: elaboración propia						

1.10.4. Indicadores de los procedimientos de norma

Tabla 34 Indicadores del sistema de gestión

PROCESO	OBJETIVOS	INDICADOR	PERSPECTIVA	FÓRMULA	Periodicidad de medición	Responsable	Objeto	Mínimo aceptable	Máximo alcanzable
Manejo de no conformidades	Determinar la cantidad de acciones correctivas a las no conformidades con respecto al número de estas	Porcentaje de acciones correctivas emprendidas	- Procesos internos	$M.D.C = \frac{\text{cantidad de acciones correctivas}}{\text{cantidad de no conformidades}}$	Seis meses	Representante de la alta dirección, líder auditor	0.8	0.6	0.85
AUDITORIAS INTERNAS	Medir el cumplimiento del plan de auditoria	Efectividad en el cumplimiento de las fechas del plan de auditoria	-procesos internos	$E.A = \frac{\text{cantidad de fechas cumplidas}}{\text{cantidad de fechas}}$	Seis meses	Representante de la alta dirección, líder auditor	0.7	0.65	0.9
ACCIONES CORRECTIVAS	Determinar la efectividad de las acciones correctivas	Efectividad de la acción correctiva	- Procesos internos	$E.A.C = \frac{\text{no conformidades solucionadas}}{\text{cantidad de acciones correctivas}}$	Seis meses	Representante de la alta dirección, líder auditor	0.7	0.65	0.9

Fuente: elaboración propia

1.10.4.1. Justificación de los indicadores de norma

FÓRMULA	Periodicidad de la medición	Responsable	Objetivo	Mínimo aceptable	Máximo alcanzable	Observación
$M.D.C = \frac{\text{cantidad de acciones correctivas}}{\text{cantidad de no conformidades}}$	Seis meses	Representante de la alta dirección, líder auditor	0.8	0.6	0.85	El objetivo en el primer año es 80% este deberá ser revisado año a año.
$E.A = \frac{\text{cantidad de fechas cumplidas}}{\text{cantidad de fechas}}$	Seis meses	Representante de la alta dirección, líder auditor	0.7	0.65	0.9	El nivel aceptable será de un 65% para el primer año
$E.A.C = \frac{\text{no conformidades solucionadas}}{\text{cantidad de acciones correctivas}}$	Seis meses	Representante de la alta dirección, líder auditor	0.7	0.65	0.9	El cumplimiento aceptable es de 65% como mínimo pero deberá ser revisado después de cada auditoria del sistema de gestión

	Fuente: elaboración propia

1.10.4.2. Cálculo de indicadores

A continuación se presenta el cálculo individual de indicadores:

Tabla 35: calculo de indicadores para el plan de mantenimiento de la facultad

PROCESO	INDICADOR	PERSPECTIVA	FÓRMULA	Fechas cumplidas	Fechas planeadas	Cálculo
1.1 Plan de Mantenimiento de la Facultad	Efectividad en el cumplimiento del cronograma del plan de mantenimiento de equipos	- Clientes - Procesos - internos	$E. C. C = \frac{\text{cantidad de fechas cumplidas}}{\text{cantidad de fechas planeadas}}$	Se contabilizaron 12 mantenimientos de equipos	Se cumplieron con 12 mantenimientos en las fechas estipuladas	$E. C. C = \frac{12}{12}$ $= 1$ *Se realizan al 100% ya que son subcontratados con fechas estipuladas y se cumplen a cabalidad. No se han dado incidentes de no cumplimiento

Tabla 36: calculo de indicadores para dirección estratégica de clínicas

PROCESO	INDICADOR	PERSPECTIVA	FÓRMULA	Compras realizadas	Compras planeadas	Cálculo
1.2. Dirección Estratégica de Clínicas	Efectividad en el cumplimiento del plan de compras de la unidad.	-Clientes - Financiera	$E.P.C = \frac{comprasrealizadas}{comprasplaneadas}$			*No se cuenta con información para calcular el índice

Tabla 37: calculo de indicadores presupuestarios

PROCESO	INDICADOR	PERSPECTIVA	FÓRMULA	CANTIDAD GASTADA	CANTIDAD ASIGNADA	CALCULO
1.3. Control Presupuestario (PEP)	Efectividad en el cumplimiento del presupuesto de las compras de la facultad.	- Financiera	$E.P = \frac{cantidadgastadaencompras}{cantidadasignadaencompras}$	No se contaba con la cantidad gastada en compras, ya que esto esta automatizado en sistema y no hay acceso. Pero si con la cantidad gastada en el detalle de ejecución	Asignación presupuestaria total = 2,125,353.	$E.P = \frac{2,161,463.00}{2,125,353.54} = 1.016$

				presupuestaria y financiera. Que incluye todas las cuentas incluyendo compras = egresos totales = 2,161,463.00		

Tabla 38: calculo de indicadores para programaciones clínicas

PROCESO	INDICADOR	PERSPECTIVA	FÓRMULA	ESTUDIANTES QUE FINALIZAN	ESTUDIANTES QUE INICIAN	CALCULO
2.1. Programaciones Clínicas	Efectividad de las programaciones de horas sociales.	- Clientes - Crecimiento y aprendizaje	$E.E.S = \frac{\text{Estudiantes que finalizaron}}{\text{Estudiantes que inician procesos}}$	50 estudiantes Se asegura que el 100% de los estudiantes reciben su año social salen con este servicio	50 estudiantes	$E.P = 50/50 = 1.00$
	Calidad del servicio	• Clientes	$Calidad = \frac{\text{servicios aceptables}}{\text{Total de servicios}}$			*No se cuenta con información

						para realizar este cálculo
	Inconformidades en los servicios	-Clientes	$I = \frac{\text{Totaldeinconformidades}}{\text{cantidaddeservicios}}$			*No se cuenta con información para realizar este cálculo
	Efectividad de la educación	-Aprendizaje - Procesos internos	$E.AP. = \frac{\text{Aprobados}}{\text{Totaldeestudiantes}}$	198 *se dice que globalmente los primeros ciclos sufren hasta un 30% de reprobados mientras que los últimos ciclos no presentan este inconveniente	242	$E.AP. = \frac{198}{242} = 0.82$
	Asistencia a Servicio Social	-Clientes -Proceso internos	$A.S.S. = \frac{\text{Total de asistencias efectivas}}{\text{Total de asistencias Programadas}}$			*No se cuenta con información para realizar este cálculo

Tabla 39: calculo de indicadores para atención a pacientes

PROCESO	INDICADOR	PERSPECTIVA	FÓRMULA	CITAS RECIBIDAS	TOTAL DE PROGRAMACIONES	CÁLCULO

				A TIEMPO		
2.2. Atención a pacientes	Efectividad de las programaciones de citas	- Clientes - Procesos internos	$E.P. = \frac{\text{citas recibidas a tiempo}}{\text{total de programaciones}}$	151	83	$E.P. = \frac{83}{151} = 0.55$

Tabla 40: Calculo de indicadores para control de inventario

PROCESO	INDICADOR	PERSPECTIVA	FÓRMULA	PEDIDOS ACEPTADOS	PEDIDOS ADJUDICADOS	CÁLCULO
3.1. Control de Inventario	Calificación del proveedor	-Procesos internos	$\text{Calificación} = \frac{\text{Pedidos aceptados}}{\text{pedidos adjudicados}}$	*todos los pedidos se aceptan, se dijo que no hay devoluciones y sin un artículo no cumple con especificaciones se redacta carta a UACI para que se acepte.		*no existen datos para calcular este indice

Tabla 41: calculo de indicadores para compras institucionales

PROCESO	INDICADOR	PERSPECTIVA	FÓRMULA	LICITACIONES ADJUDICADAS	TOTAL DE LICITACIONES	CÁLCULO
3.2. Compras Institucionales	Situación de las licitaciones	- Financiera - Procesos internos	$\text{Licitaciones} = \frac{\text{Licitaciones adjudicadas}}{\text{Total de licitaciones}}$	*Se dice que este dato solo está disponible por la		*no se encuentra información disponible

				UACI		para cálculo de este índice

Tabla 42: Calculo de indicadores para licitación de servicios de mantenimiento

PROCESO	INDICADOR	PERSPECTIVA	FÓRMULA	LICITACIONES ADJUDICADAS	TOTAL DE LICITACIONES	CÁLCULO
3.4. Licitación de Servicios de Mantenimiento	Situación de las licitaciones	-Financiera - Procesos internos	$\frac{\text{Licitaciones adjudicadas}}{\text{Total de licitaciones}}$	*Se dice que este dato solo está disponible por la UACI		*no se encuentra información disponible para el cálculo de este índice

Tabla 43: Calculo de indicadores para arsenal de clínicas

PROCESO	INDICADOR	PERSPECTIVA	FÓRMULA	PEDIDOS ACEPTADOS	TOTAL DE PEDIDO	CÁLCULO
3.5. Inventario de Materiales (Arsenal para clínicas)	Pedidos aceptados	- Procesos internos. - Clientes	$\frac{\text{pedidos aceptados}}{\text{total de pedidos}}$	*se dice que la totalidad de materiales para arsenal es aceptado, y es demasiado raro que haya material rechazado		*no se encuentra información disponible para el cálculo de este índice

Tabla 44: Calculo de indicadores para control de expediente clínico

PROCESO	INDICADOR	PERSPECTIVA	FÓRMULA	ESTUDIANTES SOLVENTES	TOTAL DE ESTUDIANTES	SOLVENCIA
3.6. Control de Expedientes Clínicos	Solvencia	- Procesos internos	$\frac{\text{solvencias}}{\text{Total de estudiantes}}$	$\frac{\text{Estudiantes solventes}}{= 50}$	$\frac{\text{Total de estudiantes}}{= 250}$	$\text{solvencias} = \frac{50}{250} = 0.2$ *Insolvencias en su mayoría por biblioteca, en la finalización del ciclo en su mayoría los estudiantes siempre pagan las insolvencias

1.10.5. Programa estratégico: Planes de acción definir objetivos y medios necesarios para el cumplimiento y mejora de los indicadores.

Los Planes de mejor involucran las acciones que se tomaran luego de realizar el cálculo de un indicador. Por lo que se detallan a continuación las acciones a tomar cuando cada indicador este fuera de los límites aceptables que se definieron antes.

PLANES DE ACCION DE INDICADORES INVOLUCRADOS EN EL PLAN DE MANTENIMIENTO		
Objetivo Indicador	Indicadores	Acciones
Garantizar el cumplimiento en general del plan de mantenimiento de la facultad.	$E.C.C = \frac{\text{cantidad de fechas cumplidas}}{\text{cantidad de fechas planeadas}}$	- Reuniones de trabajo sobre cumplimiento de fechas Jefe de Desarrollo-Electricista-Técnico dental - Cumplimiento de tareas atrasadas.

PLANES DE ACCION DE INDICADORES INVOLUCRADOS EN EL LA DIRECCION ESTRATEGICA DE CLINICAS

Objetivo Indicador	Indicadores	Acciones
Verificar que las políticas y estrategias cumplan con el cometido de proveer un buen servicio	$Calidad = \frac{servicios\text{aceptables}}{Total\text{deservios}}$	- Reunión entre Director de clínica, Jefe de clínica intramural, Docentes y técnicos dentales - Definir principales áreas que requieren mejora inmediata para la atención al paciente - Modificar según la necesidad las políticas y estrategias actuales en busca de la mejora del servicio - Capacitar a los alumnos practicantes en la mejora del servicio - Realizar evaluación luego de la implementación de acciones correctivas
Medir el cumplimiento del plan de compras de la unidad	$E.P.C = \frac{comprasrealizadas}{comprasplaneadas}$	- Catalogar y cuantificar las compras que se realizaron en el año y que no estaban contempladas en el plan de compras anual. - Documentar los factores que se vieron involucrado para la amplia variación en el plan de compras - Incluir o eliminar aquellas compras que sea necesario

		para el nuevo plan anual de compras
Comprobar que la documentación ha llegado completa a las clínicas respectivas	$E.D.D = \frac{\text{No. de areas con doc. copleta}}{\text{No. Total de areas auditadas}}$	- Identificar las áreas que no poseen la documentación completa - Reunir a los involucrados en el control documentario de las áreas donde no se encontró documentación completa. - Realizar una amonestación verbal - Capacitar al personal del área que incurrió en la falta sobre la identificación, manejo, actualización y cuidados que se debe tener con la documentación de registros necesarios para el buen funcionamiento de la clínica y evaluaciones de estudiantes en prácticas. - Guardar record de personas que se enviaron a dichas capacitaciones luego de no encontrárseles la documentación incompleta
Determinar la cobertura de las licitaciones adjudicadas versus las licitaciones totales	$\frac{\text{Licitaciones adjudicadas}}{\text{Total de licitaciones}}$	- Notificara la UACI los incumplimientos por parte de los proveedores para que esta tome las acciones requeridas.

PLANES DE ACCION DE INDICADORES INVOLUCRADOS EN EL CONTROL PRESUPUESTARIO

Objetivo Indicador	Indicadores	Acciones
Determinar el cumplimiento entre lo presupuestado y lo gastado.	$E.P = \frac{\text{cantidad gastada en compras}}{\text{cantidad asignada en compras}}$	- Administración financiera reporta a junta directiva - Junta directiva notifica a cada área y pide detalle de las razones para la diferencia presupuestaria. - Jefe de Administración Financiera traslada gastos contablemente para el siguiente mes si es necesario - Se realiza un informe para cada unidad del Control Presupuestario
Determinar la razón de logros alcanzados en un año respecto al número de logros planeados para ese mismo periodo	$L.A.A. = \frac{\text{No. de logros alcanzados en el año}}{\text{No. de logros planeados para ese año}}$	- Reunión a todos los integrantes de las unidades - Analiza y compara todos los logros alcanzados en el año versus los planeados. - Con cada unidad se definen los objetivos para el siguiente año y los logros esperados - Se generan estrategias para el alcance de los logros que no se alcanzaron en el año. - Se revisan los objetivos y logros esperados para definir los recursos necesarios y el cronograma de actividades correspondiente

PLANES DE ACCION DE INDICADORES INVOLUCRADOS EN LA ENSEÑANSA-APRENDISAJE

Objetivo Indicador	Indicadores	Acciones
Determinar la efectividad en el proceso de enseñanza aprendizaje.	$E.A.P. = \frac{Aprobados}{Totaldeestudiantes}$	- Reunión de Docentes para exponer resultado de estudiantes aprobados - Pedir explicaciones para el incremento en las reprobaciones - Acordar cuales son las áreas en las cuales los estudiantes requieren refuerzos. - Capacitar en estas áreas deficientes a los estudiantes que ya están en proceso de práctica. - Enviar memo a todos los docentes de las áreas cuyos conocimientos en los estudiantes son deficientes - Formular estrategias pedagógicas para capacitar mejor alumnos en estas áreas.

PLANES DE ACCION DE INDICADORES INVOLUCRADOS EN LAS PROGRAMACIONES CLINICAS

Objetivo Indicador	Indicadores	Acciones
Determinar el número de estudiantes que completan exitosamente sus horas sociales por ciclo en las clínicas odontológicas FOUES.	$E.E.S = \frac{\text{Estudiantes que finalizaron}}{\text{Estudiantes que inician procesos}}$	- Reunión a coordinadores de área - Pedir explicación de las razones que evitaron que una buena cantidad de alumnos no terminaran su practica - Diseñar estrategias que permitan la continuidad de los estudiantes en el proceso, siempre que existan razones que competan a la facultad. - Realizar charla de concientización sobre responsabilidad y ética profesional a estudiantes que actualmente cursan el curso práctico.
Determinar la calidad de los servicios a pacientes de las clínicas FOUES	$Calidad = \frac{\text{servicios aceptables}}{\text{Total de servicios}}$	- Convocar a reunión entre Director de clínica, Jefe de clínica intramural, Docentes y técnicos dentales - Pedir opiniones sobre principales áreas que requieren mejora inmediata para la atención al paciente - Modificar según la necesidad las políticas s y

		estrategias actuales en busca de la mejora del servicio - Capacitar a los alumnos practicantes en la mejora del servicio - Realizar evaluación luego de la implementación de acciones correctivas
Determinar la satisfacción de los clientes de las clínicas odontológicas FOUES	Inconformidade . $= \frac{\text{total de inconformidades}}{\text{Total de servicios ofrecidos}}$	- Reunión entre Director de clínica, Jefe de clínica intramural, Docentes y técnicos dentales. - Notificar sobre las inconformidades expresadas - Pedir opiniones sobre principales áreas que requieren mejora inmediata para la atención al paciente - Modificar según la necesidad las políticas s y estrategias actuales en busca de la mejora del servicio - Capacitar a los alumnos practicantes en la mejora del servicio - Realizar evaluación luego de la implementación de acciones correctivas
Determinar el porcentaje de estudiantes aprobados	$E.A.P. = \frac{\text{Aprobados}}{\text{Total de estudiantes}}$	- Convocar a Docentes para exponer resultado de estudiantes aprobados

		- Pedir explicaciones para el incremento en las reprobaciones - Acordar cuales son las áreas en las cuales los estudiantes requieren refuerzos. - Capacitar en estas áreas deficientes a los estudiantes que ya están en proceso de práctica. - Enviar memo a todos los docentes de las áreas cuyos conocimientos en los estudiantes son deficientes - Formular estrategias pedagógicas para capacitar mejor alumnos en estas áreas.
Determinar si la asistencia de los alumnos en servicio social cumple con un mínimo aceptable	A.S.S. $= \frac{\text{Total de asistencias efectivas}}{\text{Total de asistencias Programadas}}$	- Reunión de Docentes y Estudiantes practicantes - Exponer los datos de inasistencia. - Recordar sobre el requisito de asistencia para el proceso de práctica en las clínicas - Exponer las causas justificadas para inasistencia. - Pedir a estudiantes que firmen compromiso de asistencia a las prácticas.

PLANES DE ACCION DE INDICADORES INVOLUCRADOS EN LA ATENCION A PACIENTES

Objetivo Indicador	Indicadores	Acciones
Determinar el cumplimiento de las fechas en las programaciones de citas	$E.P. = \frac{\text{citas recibidas a tiempo}}{\text{total de programaciones}}$	- Reunión a encargados de área. - Evaluar la razones para las reprogramaciones - Realizar ajustes en horarios, cantidad de practicantes y planes de mantenimiento, para evitar no cumplir con las citas. - Publicar nota a pacientes sobre la importancia de la puntualidad en sus citas.

PLANES DE ACCION DE INDICADORES INVOLUCRADOS EN EL CONTROL DE INVENTARIOS

Objetivo Indicador	Indicadores	Acciones
Determinar si los materiales recibidos en bodega concuerdan tanto en tipo, cantidad y calidad según especificaciones del plan de compras.	$\text{Calificación} = \frac{\text{Pedidos aceptados}}{\text{pedidos adjudicados}}$	- Determinar el detalle de la cantidad, proveedores y razones para los pedidos no aceptados - Enviar informe a la UACI para que tome acciones.

PLANES DE ACCION DE INDICADORES INVOLUCRADOS EN LAS COMPRAS INSTUCIONALES

Objetivo Indicador	Indicadores	Acciones
Determinar el porcentaje de ofertantes que cumplen con los requerimientos de la FOUES	$\text{Licitaciones} = \frac{\text{Licitaciones adjudicadas}}{\text{Total de licitaciones}}$	- Notificara la UACI los incumplimientos por parte de los proveedores para que esta tome las acciones requeridas.

PLANES DE ACCION DE INDICADORES INVOLUCRADOS EN LA LICITACION DE SERVICIOS DE MANTENIMIENTO		
Objetivo Indicador	Indicadores	Acciones
Determinar el porcentaje de proveedores de servicios que cumplen con los requerimientos	$\frac{\text{Licitaciones adjudicadas}}{\text{Total de licitaciones}}$	- Notificara la UACI los incumplimientos por parte de los proveedores para que esta tome las acciones requeridas.
PLANES DE ACCION DE INDICADORES INVOLUCRADOS EN EL INVETARIO DE MATERIALES (ARSENAL PARA CLINICAS)		
Objetivo Indicador	Indicadores	Acciones
Determinar el porcentaje de proveedores de servicios que cumplen con los requerimientos	$\frac{\text{pedidos aceptados}}{\text{total de pedidos}}$	- Notificara la UACI los incumplimientos por parte de los proveedores para que esta tome las acciones requeridas.

PLANES DE ACCION DE INDICADORES INVOLUCRADOS EN EL CONTROL DE EXPEDIENTES CLINICOS		
Objetivo Indicador	Indicadores	Acciones
Determinar la solvencia de los estudiantes	$\frac{\text{Estudiantessolventes}}{\text{Total de estudiantes}}$	- Reunion de encargados de cada área y Docentes - Pedir a Docentes que chequeen la documentación generada por los practicantes y que les realice observaciones en casos de documentación incompleta - Capacitar a alumnos sobre los controles documentarios en la atención a pacientes

1.10.5.1. Seguimiento de los planes de mejora

Luego de que se han identificado las acciones a realizar para la mejora en el caso de que los indicadores estén fuera de los rangos aceptables se hace necesario tener una forma de poder dar seguimiento y dejar establecido y documentado la identificación de la Tarea, responsable y tiempo: Qué, quién y cuándo. A continuación se deja el formato que deberá ser utilizado para este seguimiento.

PLAN DE ACCION Y SEGUMIENTO						
(AREA DE MEJORA)				Acciones: 1. 2. 3.		
Objetivo:						
Indicador:						
	Tareas	Responsable de las tareas	Tiempos	Indicador del seguimiento/logro	Verificación	Resultados Nivel de seguimiento
1						
2						
3						

DEFINICIÓN DE CAMPOS DEL FORMATO:

- **Área de Mejora:** referido a la identificación del área la cual está a cargo de realizar la mejora.
- **Objetivo:** define cuales es el objetivo a conseguir con los planes de acción.

- **Indicador:** identificar el indicador que dio origen al plan de mejora.
- **Acciones:** Listar las acciones o planes de mejora que se han definido realizar para retornar los indicadores a los valores esperados
- **Tareas:** Listar todas las tareas que deben realizarse para poder dar como completa la acción de mejora establecida.
- **Responsable de las Tareas:** identificar a los responsables de realizar cada tarea que se ha definido.
- **Tiempos:** colocar los tiempos que se ha estimado para el desarrollo de cada tarea o los periodos en los cuales se espera cumplir
- **Indicador del seguimiento/ logro:** esto se refiere a instrumentos que servirán para monitorear que cada tarea está generando avances de mejora, cada uno de estos instrumentos deberá ser cuantificable.
- **Verificación:** Se refiere al registro de cada uno de los indicadores de seguimiento mencionados.
- **Resultado:** Previsión de resultado de mejora visible a través del cálculo de los indicadores de seguimiento.

1.10.5.2. Ejemplo de la aplicación de un plan de Acción y Seguimiento:

Para una mejor comprensión de los planes de seguimiento se ejemplifica como llenar el formato establecido:

PLAN DE ACCION Y SEGUMIENTO						
PLAN DE MANTENIMIENTO				Acciones:	1. Revisión de planes de mantenimiento y Cronogramas 2. Cumplimiento de tareas atrasadas.	
Objetivo: Garantizar el cumplimiento en general del plan de mantenimiento de la facultad.						
Indicador: $E.C.C = \frac{cantidaddefechascumplidas}{cantidaddefechasplaneadas}$						
	Tareas	Responsable de las tareas	Tiempos	Indicador del seguimiento/logro	Verificación	Resultados Nivel de seguimiento
1	Dedicar 30 min a la semana a la revisión del cumplimiento de las tareas de mantenimiento programadas en la última semana	Jefe de Desarrollo Físico, Electricista y técnicos dentales	- 30 min a la semana - Durante dos meses	- No. de sesiones dedicadas - Reducción de tareas de mantenimiento atrasadas	Registro de reuniones y del número de tareas de mantenimiento atrasadas encontradas en cada reunión	- 5 Sesiones dedicadas - 0% de tareas de mantenimiento atrasadas
2	Distribución y cumplimiento de las tareas atrasadas	Electricista y técnicos dentales	- Una semana	- Numero de tareas atrasadas completadas	Registro de las tareas atrasadas que fueron cumplidas	- 100% de las tareas atrasados

1.11. Mediciones, Análisis y Mejora

1.11.1. Análisis de resultados de las auditorías internas

Un adecuado control del nivel de calidad en el desarrollo de cada una de las etapas del proceso de auditoría interna, permitirá al auditor obtener un informe con niveles de calidad adecuados. Sin embargo, queda todavía asegurarse que la dirección ha tomado todas las medidas necesarias para tratar los riesgos informados como altos o no aceptables, ya que sólo mediante la adecuada implementación de soluciones a los hallazgos se logrará un impacto positivo mediante la agregación de valor a los procesos en la organización.

Para lograr dicho impacto, el auditor interno debe asegurar la adecuación, eficacia y oportunidad de las medidas adoptadas, asegurándose que se corrigen las desviaciones y se logran los resultados deseados en la forma y en los tiempos previstos.

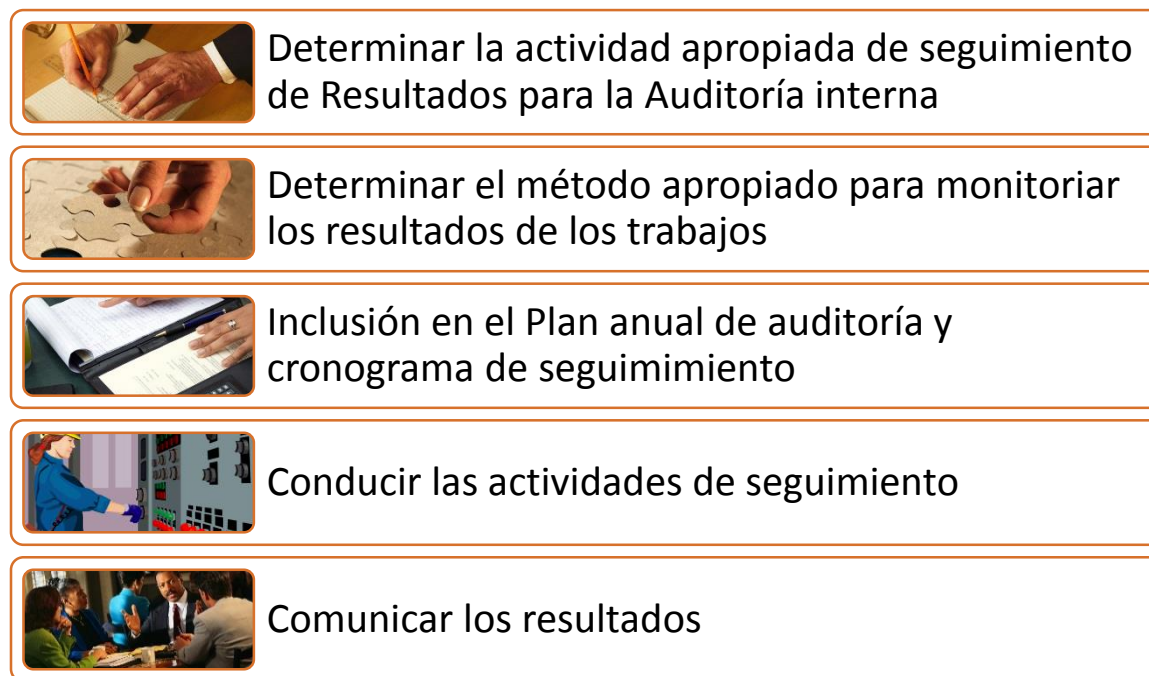
Dado lo anterior, se ha querido sistematizar el seguimiento de los resultados de auditoría, de manera de fijar un estándar mínimo que debe cumplirse en el desarrollo de esta importante etapa del proceso de auditoría interna.

El auditor no es el responsable de tomar acciones pero su actividad debe propender a la modificación de conductas y al apoyo a la mejora de la gestión. Esto debe verificarse a través del seguimiento efectivo que lleve a cabo, de las debilidades expuestas en los informes emitidos.

El seguimiento de los resultados permite al auditor asegurarse que se están adoptando medidas adecuadas para solucionar las debilidades detectadas. A través del seguimiento se podrá evaluar no sólo lo acertado del asesoramiento, sino también si los resultados obtenidos de tales soluciones se corresponden con las expectativas.

1.11.1.1. Fases para el Seguimiento de los Resultados de Auditoría

Figura: Fases que Componen el Seguimiento de los Resultados de Auditoría



PRIMERA FASE: DETERMINAR ACTIVIDAD APROPIADA DE SEGUIMIENTO DE RESULTADOS PARA AUDITORÍA INTERNA

En aquellos casos, en que el informe de auditoría contenga recomendaciones para la unidad auditada, y el auditado no haya respondido antes de la emisión del informe, será responsabilidad del Director de Clínicas establecer procedimientos que tiendan a asegurar que el auditado responda a esas recomendaciones.

Para lo anterior, debe establecerse procedimientos que incluyan:

- El marco o período de tiempo dentro del cual el auditado debe responder a las observaciones y recomendaciones requeridas.
- Una evaluación de las respuestas del auditado.
- La verificación de las respuestas (si fuera apropiado).
- El desarrollo de un trabajo de seguimiento (si fuera apropiado).

El procedimiento debe considerar además una dinámica de comunicación que detalle el accionar de auditoría interna ante las respuestas/acciones insatisfactorias, del auditado y autoridad, incluida la

aceptación del riesgo. Esta dinámica implica que deben existir instrucciones formales y conocidas por toda la organización, respecto de la forma como se deben responder los informes de auditoría. Además, los plazos máximos y estructura para la respuesta formal, deben estar aprobados por la autoridad.

La unidad de auditoría tiene la obligación de informar oportunamente a la autoridad acerca de las unidades auditadas que no cumplen los plazos o envían respuestas deficientes.

SEGUNDA FASE: DETERMINAR MÉTODO APROPIADO PARA MONITOREAR LOS RESULTADOS DE LOS TRABAJOS

Es necesario que el Director de Clínicas determine cómo monitorear los resultados de los trabajos de auditoría.

El Universo del seguimiento de la auditoría comprende las recomendaciones que se hayan definido en el informe, los compromisos contenidos en las respuestas del auditado y los que se contienen en el plan de acción en caso de haber sido remitido por el auditado. Una adecuada planificación de los trabajos de auditoría que van a ser objeto de seguimiento será clave para el éxito en el resultado del mismo. Esta planificación debe estar basada en el riesgo y en el nivel de exposición involucrada, como también en la dificultad e importancia de la oportunidad en la implementación de la acción correctiva.

En síntesis, los puntos clave en materia de planificación del seguimiento en la auditoría interna son:

- Definir qué materias deberán ser monitoreadas en el seguimiento.
- Determinar quién realizará el seguimiento de los resultados de las medidas para implementar las recomendaciones.
- Determinar cómo será cumplido el seguimiento.

Definir Qué Materias Deberán ser Monitoreadas en el Seguimiento

El Director de Clínicas debe determinar la naturaleza, oportunidad y extensión del seguimiento considerando entre otras variables, las siguientes:

- Importancia de las observaciones o recomendaciones informadas.
- Grado de esfuerzo y costo necesario para corregir las condiciones informadas.
- Consecuencias que pueden resultar si falla la acción correctiva.
- Período de tiempo involucrado.

Es posible, que se haga seguimiento a todas las materias de auditoría, sin embargo, lo usual será que se priorice en base a criterios, una parte de ellas que sean las más relevantes. Uno de los criterios a

aplicar es la de definición de factores críticos de seguimiento. La priorización de las materias a hacer seguimiento puede hacerse por procesos auditados, considerando los diversos procesos, programas, proyectos, materias o funciones auditadas.

1.- Definición de Factores Críticos de Seguimiento

Para definir qué materias deben ser monitoreadas en el seguimiento, un método que puede utilizar el Director de Clínicas para priorizar los procesos, programas, proyectos, funciones o áreas a seguir (en el caso que no tenga los recursos materiales, humanos, financieros y de tiempo para hacer seguimiento a todas), se denomina, Matriz de Factores Críticos de Seguimiento. A través de la aplicación de este cuadro, se pueden seleccionar aquellas materias más importantes para comprobar su implementación.

La Matriz de Factores Críticos de Seguimiento considera las variables críticas, su descripción y su valor. En base a este cuadro deberían analizarse todos los procesos, programas, proyectos, áreas o funciones revisadas y definirse los de mayor criticidad para su seguimiento.

Tabla 45: Matriz de Factores Críticos de Seguimiento a Nivel Global

Factor Crítico	Descripción del Factor	Criterios de Evaluación
Importancia de las observaciones o hallazgos de la comunicación de auditoría.	Se refiere a la criticidad que revisten en general, las observaciones contenidas en la comunicación de auditoría.	■ Los hallazgos u observaciones, en su mayoría afectan gravemente al proceso, programa, proyecto, área o función auditada: 5 ■ Los hallazgos u observaciones, en su mayoría afectan medianamente al proceso, proyecto, programa, área o función auditada: 3 ■ Los hallazgos u observaciones en general afectan en forma menor al proceso, proyecto, programa, área o función auditada: 1

Relevancia del proceso, programa, proyecto, área o función auditada para la FOUES.	Se refiere a la importancia que tiene el proceso, programa, proyecto, área o función auditada para el cumplimiento de los objetivos y metas de la FOUES.	■ El proceso, programa, proyecto, área o función auditada es crítica para el cumplimiento de los objetivos de la FOUES: 5 ■ El proceso, programa, proyecto, área o función auditada es importante para el cumplimiento de los objetivos de la FOUES: 3 ■ El proceso, programa, proyecto, área o función auditada coadyuva indirectamente al cumplimiento de los objetivos de la FOUES: 1
Período del seguimiento.	Se refiere a la periodicidad de los seguimientos que se han realizado.	■ En los último 3 años no se han hecho actividades de seguimiento sobre estas observaciones: 5 ■ En los últimos 2 años no se han hecho actividades de seguimiento sobre estas observaciones: 3 ■ El seguimiento sobre estas observaciones se realizó hace un año o menos: 1
Solución de observaciones y hallazgos.	Se relaciona con la solución de hallazgos contenidos en auditorías anteriores.	■ La auditoría anterior reveló que las observaciones de auditorías pasadas no se habían superado: 5 ■ La auditoría anterior reveló que algunas observaciones habían sido solucionadas, pero en su mayoría subsistían: 3 ■ La auditoría anterior reveló que la mayoría de

		las observaciones habían sido solucionadas: 1
Alcance de las auditorías.	Alcance de las auditorías realizadas en los procesos institucionales en los dos últimos años al periodo planificado.	■ La auditoría ha sido realizada en el nivel central y 3 o más departamentos: 5 Nivel General ■ La auditoría ha sido realizada en el nivel central y 2 departamentos: 3 Nivel medio ■ La auditoría ha sido realizada en el nivel central y 1 departamento o sólo a nivel central : 1 Nivel particular o específico

Ponderación de Factores Críticos de Seguimiento

Hay que considerar que no todos los factores críticos tienen la misma importancia ni el mismo peso específico para la FOUES. Debido a ello deben ser valorados y ponderados, de acuerdo a la relevancia que tenga cada uno de estos factores. Una ponderación adecuada, se presenta en el cuadro a continuación:

Tabla 46: Ponderación de Factores Críticos de Seguimiento

Factor Crítico	Ponderación por Factor
Importancia de las observaciones o hallazgos de la comunicación de auditoría.	30%
Relevancia del proceso, programa, proyecto, área o función auditada para el organismo.	30%
Periodos del seguimiento.	15%
Solución de observaciones y hallazgos.	15%

Alcance de las auditorías.	10%

Tabla 47: Criticidad para el seguimiento

Nivel de Criticidad	Valor de Criticidad
Alta criticidad	3,7 a 5
Mediana criticidad	2,2 a 3,6
Criticidad baja	1,0 a 2,1

Aplicación de la Metodología de Priorización

Considerando que están definidos los factores críticos, su ponderación y la tabla que determina el valor y el nivel de la criticidad, en este punto, el auditor deberá pasar por la Matriz de Factores Críticos de Seguimiento, todos los procesos, programas, proyectos, áreas o funciones que fueron auditadas y que constituyan el universo del seguimiento, multiplicar la cantidad del factor obtenido por la ponderación definida y, comparar el resultado con la tabla previamente establecida, como se indica en el ejemplo que se presenta en el cuadro siguiente:

Tabla 48: Ejemplo de Aplicación de Matriz Factores Críticos de Seguimiento

Proceso, programa, proyecto, área o función	Factor 1 X ponderación	Factor 2 X ponderación	Factor 3 X ponderación	Factor 4 X ponderación	Factor 5 X ponderación	Total
Materia 1	5 X 30%	5 X 30%	3 X 15%	3 X 15%	1 X 10%	4,0
Materia 2	3 X 30%	3 X 30%	1 X 15%	3 X 15%	3 X 10%	2,7
Materia 3	5 X 30%	1 X 30%	5 X 15%	1 X 15%	5 X 10%	2,6
Materia 4	3 X 30%	5 X 30%	3 X 15%	5 X 15%	1 X 10%	3,9
Materia 5	1 X 30%	3 X 30%	1 X 15%	1 X 15%	3 X 10%	2,1

De acuerdo a la tabla del cuadro precedente, y suponiendo que existen cinco (5) procesos, programas, proyectos, áreas o funciones auditadas que conforman el universo para hacer seguimiento, los procesos,

programas, proyectos, funciones o áreas críticos a ser seguidos, deberían corresponder a la materia 1 y la materia 4, ya que ambas tienen criticidad alta. Si se tienen recursos disponibles en la UACI, puede hacerse seguimiento a las materias de mediana criticidad, esto es, la materia 2 y la materia 3.

En base a este modelo, el auditor interno puede analizar los procesos, programas, proyectos, áreas o funciones priorizadas para hacerles seguimiento y definir si le hace un seguimiento a todas las recomendaciones contenidas en los informes o comunicaciones asociadas, o también selecciona y prioriza algunas recomendaciones de alta criticidad. Para valorar y priorizar las recomendaciones, debe utilizar su criterio, pero considerando que para definir a cuáles recomendaciones debe hacerse seguimiento, deben tenerse en cuenta especialmente aquellas cuya implementación agreguen valor a la FOUES, de manera que su cumplimiento por parte del auditado, mejore en forma real el proceso, programa, proyecto, área o función en que fueron detectadas las deficiencias o brechas entre el criterio y la condición.

Para determinar y evaluar si las recomendaciones agregan valor a la organización es posible que el auditor interno analice cada recomendación a seguir, a la luz de las siguientes preguntas:

Tabla 49: Análisis de la Relevancia de las Recomendaciones de Auditoría

PREGUNTA	SÍ	NO	OBSERVACIONES
¿Es posible implementar esta recomendación en base a los recursos del organismo?	X		Es relevante su seguimiento
		X	No es relevante su seguimiento
¿La recomendación es aún válida?	X		Es relevante su seguimiento
		X	No es relevante su seguimiento
¿Pueden los objetivos de la recomendación ser alcanzados por un enfoque alternativo?	X		Al hacer seguimiento, debe considerar que el auditado puede hacer implementado acciones alternativas
		X	Es relevante su seguimiento
¿Deben implementarse las recomendaciones atrasadas?	X		Es relevante su seguimiento
		X	No es relevante su seguimiento

¿La consecuencia de no implementar la recomendación es grave?	X		Es relevante su seguimiento
		X	No es relevante su seguimiento
¿Es esta la recomendación clave para resolver los temas de control en esta área?	X		Es relevante su seguimiento
		X	No es relevante su seguimiento

A estas preguntas, el auditor puede agregar otros análisis y razonamientos. Lo importante, es que a través de todo este estudio, el auditor interno se asegure que está concentrando sus esfuerzos en seguir la implementación de las recomendaciones tendientes a subsanar los hallazgos y observaciones más críticos para el organismo y además aquellas que crean valor, ya que tienden a mejorar en forma efectiva el proceso, programa, proyecto, área o función auditada.

1. Determinar Quién Realizará el Seguimiento de los Resultados de las Medidas para Implementar las Recomendaciones

El Director de Clínicas deberá definir el equipo de auditoría que deberá realizar los seguimientos, designando a los miembros del comité de calidad de la FOUES que serán parte de este equipo y al responsable del mismo, entregando obligaciones específicas para ellos.

2. Cómo será Cumplido el Seguimiento

El Director de Clínicas deberá definir la forma cómo debe cumplirse el seguimiento, estableciendo por ejemplo la frecuencia de las actividades de seguimiento, los plazos en los que deben ejecutarse tales actividades, los tipos y cantidad de informes de seguimiento, los temas que deben ser informados, la forma de presentar la información, entre otros aspectos.

TERCERA FASE:

Es necesario incluir en el Plan Anual de Auditoría, las actividades de Seguimiento con su correspondiente cronograma, indicando a qué se le va a hacer seguimiento, cómo y cuándo se realizará.

Las actividades de seguimiento consideradas en el Plan Anual de Auditoría deberían al menos detallar los siguientes elementos:

- Alcance, señalando los procesos, programas, proyectos, áreas o funciones que se incluyen en las actividades de seguimiento.

- Equipo de trabajo que será responsable de ejecutar el seguimiento.
- Horas de auditoría estimadas para desarrollar las actividades de seguimiento.
- Identificación de las fechas para las actividades y las comunicaciones que deban emitirse.
- Explicación sobre si se van a seguir todas las recomendaciones o se va a priorizar por los procesos, programas, proyectos, áreas o funciones.
- En el caso de priorizar por procesos, programas, proyectos, áreas o funciones y/o recomendaciones críticas, se debe señalar la metodología utilizada y acompañar los antecedentes de su aplicación (por ejemplo acompañar la aplicación del Cuadro de Factores Críticos de Seguimiento).
- Debe señalarse la recomendación y el compromiso o plan de acción definido por el auditado que va a seguirse. Por lo anterior se sugiere identificar el informe o comunicación al que se va a hacer el seguimiento, las materias sobre las que recae, las recomendaciones de auditoría y los compromisos asumidos por el auditado.

Todos estos elementos y análisis, es recomendable que sean considerados en un anexo al Plan Anual de Auditoría, el que debe ser debidamente referenciado en dicho Plan.

A continuación se indica el formato para presentar, en anexo, las actividades de Seguimiento, en el cuadro siguiente:

Formato Actividades de Seguimiento.

Actividad de Seguimiento N°:					
Fecha Emisión					
Objetivos					
Alcance					
Se considera realizar seguimiento sobre:	Todas las recomendaciones		Las recomendaciones priorizadas		
	☐		☐		
La metodología que se ha utilizado para la priorización (si se utiliza) es la Matriz de Factores Críticos de Seguimiento.					
El equipo de auditoría que va a realizar las acciones de seguimiento está compuesto por:					
Las horas de auditoría consideradas para la ejecución del presente seguimiento son:					
Acciones de Seguimiento Año					
Acción de Seguimiento 1					
Informe N°					
Fecha Informe					
Fecha Respuesta Auditado					
Informe			Respuesta Auditado		
Materia	Hallazgo	Recomendación	Compromiso	Plazo para implementación	Responsable

Acciones de Seguimiento Año					
Acción de Seguimiento 2					
Informe N°					
Fecha Informe					
Fecha Respuesta Auditado					
Informe			Respuesta Auditado		
Materia	Hallazgo	Recomendación	Compromiso	Plazo para implementación	Responsable
Hecho por:		Validado por:		Aprobado por:	
Fecha:		Fecha:		Fecha:	

CUARTA FASE: CONDUCIR LAS ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO

En base al Plan de Auditoría y durante la actividad de seguimiento de los resultados de auditoría, la FOUES deberá obtener datos para verificar o confirmar el estado de las recomendaciones por parte de la dirección. Esto implica la recolección de evidencia que permita asegurar el nivel de cumplimiento de la recomendación.

La conducción de actividades de seguimiento, requiere monitorear los temas directamente en terreno por la auditoría interna, pero también incluye la revisión de informes periódicos del progreso, emitidos por la dirección u otras unidades con responsabilidad de tomar medidas correctivas.

Al conducir actividades de seguimiento, el auditor interno se puede encontrar en dos situaciones. Una primera situación se produce cuando hay progresos o avances en la implementación de medidas. Una segunda situación se produce cuando no existe dicho avance.

Si hay progreso en la implementación de medidas, el avance se debe documentar en forma adecuada, a través de documentos o datos, pruebas, u observación directa; emitiendo preferentemente una

comunicación o informe de seguimiento al Comité de Calidad o al Decanato, de manera de mantenerlos informados del desarrollo de la implementación de las medidas.

Si no hay progreso en la implementación de medidas, los auditores internos deben realizar un análisis adicional para descubrir y documentar las razones para ello; por ejemplo:

1. ¿La unidad auditada se resiste a la implementación de las recomendaciones?
2. ¿Han encontrado dificultades imprevistas?
3. ¿Han cambiado las condiciones de tal manera que la recomendación no es necesaria actualmente?
4. ¿La implementación de la recomendación ha sido demorada debido a la presión de operaciones diarias y crisis?
5. ¿Está la recomendación mal formulada? ¿En qué forma?

De esta situación, con las conclusiones de este análisis realizado por la auditoría interna, también debería emitirse una comunicación al Comité de Calidad y a Junta Directiva de manera que se puedan tomar las acciones necesarias para obtener la implementación de las medidas o informar el cambio o modificación de circunstancias o acciones.

QUINTA FASE: COMUNICAR LOS RESULTADOS

La naturaleza de la comunicación de la actividad de Seguimiento y los resultados depende de si el Director de Clínicas ha determinado que el auditado ha respondido en forma adecuada o inadecuada.

1.- Informe con Respuestas Adecuadas del Auditado

Como ya se señaló: *“El Director de Clínicas, debe informar al menos dos veces por año al Comité y a Junta Directiva de la eficacia de las auditorías internas y del avance de los planes de acción que se hubieran implementado.”*

Estos informes deben reflejar los resultados de la implementación de las acciones surgidas de las recomendaciones.

El informe debe comunicar el seguimiento, usando el conjunto de criterios contenidos en las recomendaciones originales. Deben comunicarse los niveles de implementación de las recomendaciones y los resultados del seguimiento, que pueden ser cualitativos o cuantitativos, tanto si son resultados positivos como si son negativos y aún no se logran los niveles de implementación deseados. Además, deben enfatizarse los beneficios logrados para la organización debido a la implementación de las recomendaciones.

Se sugiere que el informe sea breve, una o dos páginas de resumen de objetivos, actividad de seguimiento, y resultados, con evidencia en anexos si es necesario. Si el auditor interno constata que han surgido otros problemas que interfieren con las recomendaciones, entonces se requiere hacer cambios a estas, o sugerir nuevas relacionadas con los temas de control o riesgos surgidos. Estas materias deben ser discutidas completamente en la comunicación.

2.- Informe con Respuestas Inadecuadas del Auditado

Existen situaciones en que las respuestas del auditado pueden ser consideradas inadecuadas por parte del Director de Clínicas, debido a que no se responden todas las observaciones, no se comprometen medidas para poder subsanar las mismas o no se responde el informe de auditoría. En estos casos, en el informe de seguimiento debe comunicarse al Comité de Calidad o a Junta Directiva que la unidad auditada no ha respondido el informe y no ha comprometido ninguna medida para poder mitigar los riesgos detectados por la auditoría interna. Ante ello, la autoridad puede reiterar a la unidad auditada la necesidad de definir un plan de acción para salvar las deficiencias observadas o aceptar el riesgo que estas implican. En este último caso, si la autoridad acepta un nivel de riesgo, que a juicio del señalado Director de Clínicas es inaceptable, debe dejar constancia de ello en una comunicación escrita al Comité y a Junta Directiva.

De acuerdo a lo anteriormente señalado, la responsabilidad del seguimiento de parte del Director de clínicas es evaluar las acciones tomadas por el auditado o la Dirección para mitigar los riesgos y la del auditado y/o la Dirección es tomar las medidas respectivas o aceptar los riesgos.

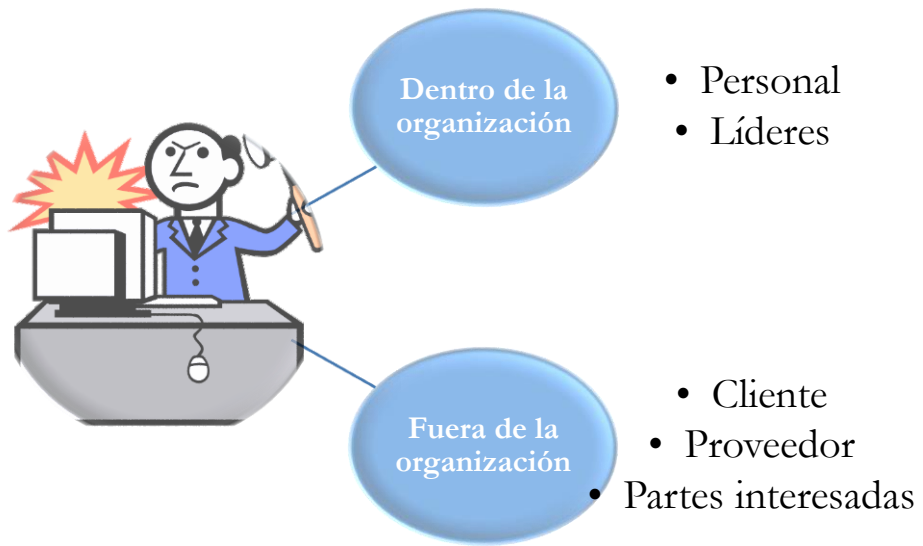
1.11.2. Resolución de inconformidades

1.11.2.1. Identificación del problema

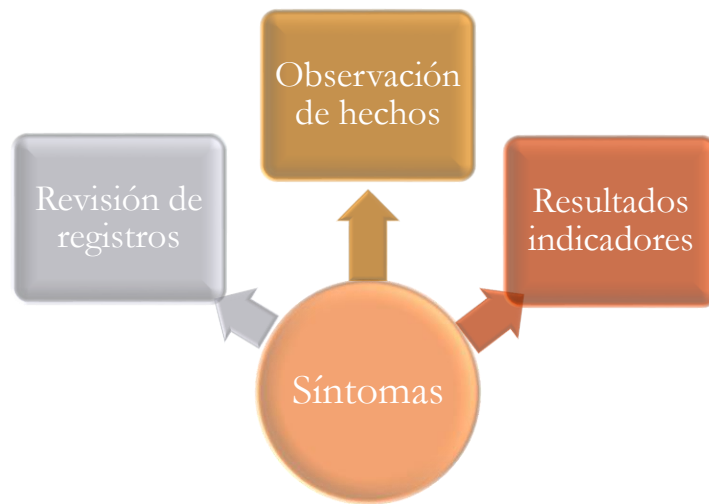
¿Qué es un problema?

Es el no cumplimiento de un requisito (no conformidad).

■ *¿Quiénes pueden identificar los **PROBLEMAS**?*



■ **¿Cómo identificar los *PROBLEMAS*?**



Porqué? Quién? Cuándo? Cómo? Dónde?

■ **¿En dónde identificar los *PROBLEMAS*?**



■ **Redacción de la No Conformidad**

La redacción de la No conformidad debe cumplir con las siguientes características:

- ✓ Con la menor cantidad de palabras, cortas y precisas
- ✓ Describe el incumplimiento
- ✓ Describe en forma objetiva sin aspectos subjetivos
- ✓ Clara y entendible

Ejemplo. “La orden de compra OC 8888 del Proveedor XXX que implicó modificaciones en la presentación y forma de la entrega NO se revisó, según lo establecido en el Procedimiento RF-P-1.3.4”

1.11.2.2. Identificar tratamiento del problema

El problema requiere:

- **Corrección** (Acción tomada para eliminar un problema detectado): Elimino el problema de bajo impacto para el proceso

Ejemplo: Reproceso, reclasificación, reparación, permiso de desviación, desecho, concesión.

- **Acción correctiva** (Acción tomada para eliminar la causa de un problema detectado u otra situación indeseable): Elimino la causa raíz del problema de alto impacto para el proceso

Ejemplo: Capacitación, modificación del procedimiento, entrenamiento, controles, creación de formatos.

1.11.2.3. Etapas de solución de las No conformidades.



Acción preventiva: Actividad emprendida para eliminar la causa de una no conformidad potencial u otra situación potencialmente indeseable y evitar que no suceda una no conformidad.

Ejemplos:

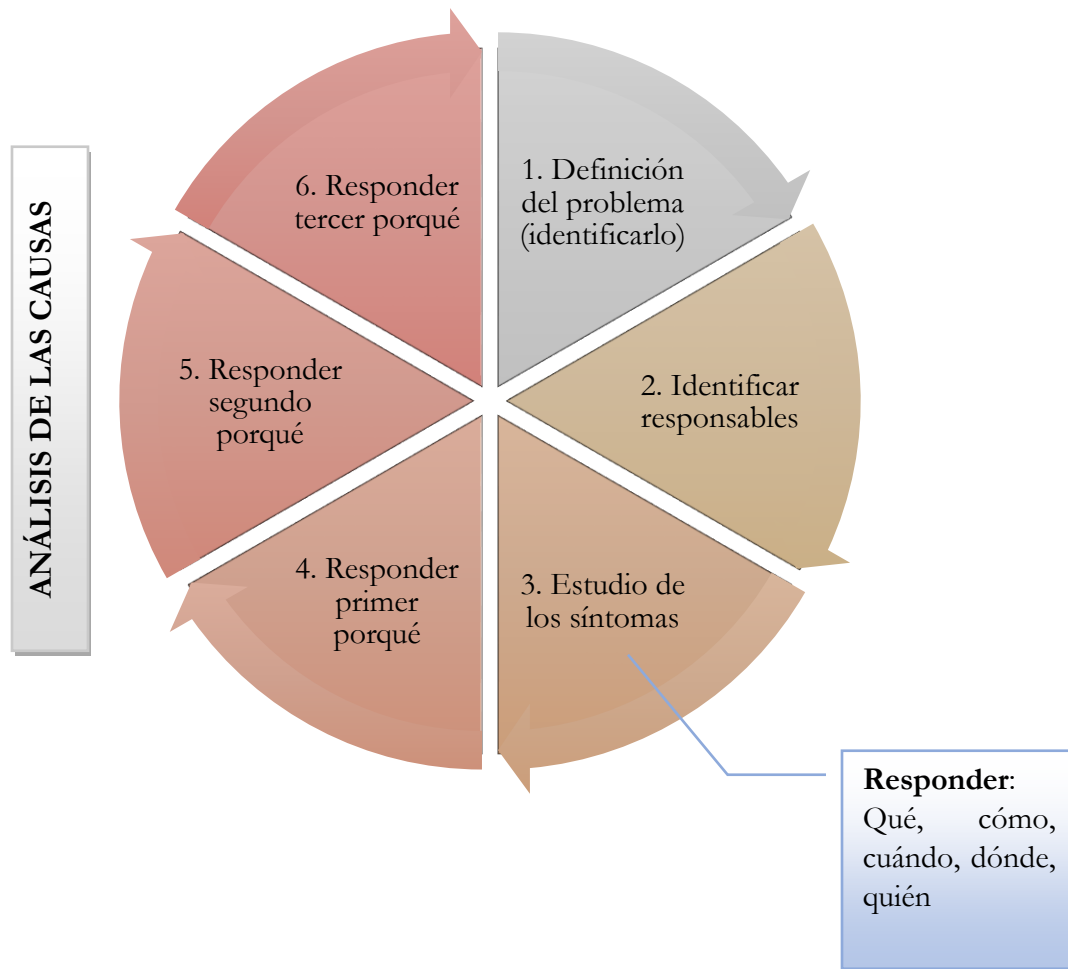
- ✓ Excluir, apartar, quitar
- ✓ Incumplimiento a un requisito. Falta de cumplimiento de los requisitos especificados
- ✓ Viable, probable, posible, latente
- ✓ Escenario, ambiente, circunstancia
- ✓ Arriesgado, peligroso
- ✓ Gestión, labor, operación, trabajo

Redacción de la No Conformidad Potencial

“Posible envío de información errónea a la Administración Académica sobre los estudiantes distinguidos que se deben proclamar en la ceremonia de grados”.

1.11.2.4. *Análisis de las causas*

Los tres ¿por qué?



1.11.3. *Manejo de Implementación de acciones preventivas y correctivas*

1.11.3.1. *Definición del plan de acción*

En el planteamiento de las acciones:

- Redactar las acciones en infinitivo y claramente, por ejemplo:
- Elaborar, aprobar e implementar el procedimiento para la recepción y almacenamiento de los productos
- Elaborar el procedimiento.
- Para cada causa analizada debe existir una acción, en algunos casos con una acción apunta a varias causas.
- Asignar responsable por el cargo o en caso de varios involucrados por el nombre
- Establecer fechas reales de límite de la acción y acordes con la acción definida.

1.11.3.2. Ejecución de acciones

1. Aspectos claves a tener en cuenta para la ejecución de acciones:

- Comunicar al responsable las acciones que debe realizar y las respectivas fechas límite.
- Identificar los recursos (económicos, humanos, técnicos) requeridos si las acciones lo requieren.
- Solicitar al responsable la evidencia del cumplimiento de las acciones.

1. Verificación: Cumplimiento del plan de acción y eficacia

2. Aspectos claves para verificar el cumplimiento del plan de acciones:

- Describir en la actividad la evidencia de cumplimiento:
 - ✓ Se evidenció el procedimiento de capacitación AF-P-1.2.3 aprobado con fecha 12/Nov/13 y el registro de asistencia de capacitación del procedimiento RH-P-1.3.2 con fecha 15/Nov/13.
 - ✓ Se hizo el procedimiento de capacitación.
- Registre el cargo responsable del seguimiento de la acción.
- Registre la fecha en la que realizó el seguimiento, teniendo en cuenta que sea después de la fecha de ejecución de la acción.

3. Aspectos claves para verificar la EFICACIA de la acción

- De acuerdo a la no conformidad presentada establecer el tiempo adecuado para efectuar el monitoreo de la eficacia, es decir asegurar que el problema no se ha repetido.
- La evidencia del monitoreo de la eficacia se registra, así:
 - ✓ Se evidenció que durante los meses de diciembre-12 y enero-13 no se han presentado quejas en relación a la atención de pacientes.
 - ✓ No evidenciar el monitoreo de la eficacia
- En algunos casos se puede observar la eficacia de la acción de forma simultánea con la verificación del cumplimiento del plan de acciones correctivas.

2. VALIDACIÓN DEL DISEÑO DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

2.1. Reducción de la brecha existente con el SGC

Debido a que el diseño del sistema de gestión se realizara a este nivel (diseño) y no implementación algunos requisitos no podrán ser cumplidos, es por ello que no es posible cumplir al cien por ciento con los requisitos de la norma ISO 9001: 2008, a continuación se muestra una tabla con puntuaciones de “1” si el requisito puede ser cumplido y de “0” si este no puede ser cumplido:

Tabla 50 Reducción de la brecha existente

REQUERIMIENTO	POSIBILIDAD DE SU CUMPLIMIENTO	PUNTAJE	% DE CUMPLIMIENTO
4. SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD			
¿Se encuentran identificados los procesos internos de la facultad?	SI	1	100%
¿Son identificados y controlan los procesos subcontratados externamente por la FOUES?	SI	1	
4.2 Requisitos de la documentación			
4.2.1 Generalidades			
¿cuenta la FOUES con una declaración documentada de visión?	SI	1	100%
¿cuenta la FOUES con una declaración documentada de misión?	SI	1	
¿La FOUES cuenta con un manual de organización?	SI	1	
¿La FOUES cuenta con un manual de puestos?	SI	1	
¿La FOUES cuenta con un manual de funciones?	SI	1	
¿La FOUES cuenta con un manual de procedimientos?	SI	1	
¿Los documentos antes mencionados y existentes en la FOUES están al alcance de todo el personal de la misma?	SI	1	

¿Los empleados de su unidad trabajan en base a procedimientos establecidos?	SI	1	
4.2.2 Manual de la calidad			
¿Cuenta la FOUES con un manual de calidad?	SI	1	50%
¿El manual de calidad incluye el alcance del sistema de gestión de la calidad?	NO	0	
¿El manual incluye o cita a todos los procedimientos documentados?	SI	1	
¿El manual de calidad incluye una descripción de las interacciones entre los procesos de la facultad?	NO	0	
4.2.3 Control de los documentos			
¿Existe un procedimiento documentado para el control de los documentos tales como: manual de calidad, manual de funciones, manual de procesos etc.?	SI	1	75%
¿Existe una metodología documentada adecuada para la aprobación de los documentos tales como: manual de calidad, manual de funciones, manual de procesos etc.?	SI	1	
¿Existe una metodología documentada adecuada para la revisión y actualización de documentos?	SI	1	
¿Existe una metodología documentada adecuada para la identificación de los cambios de los documentos y el estado de la versión vigente?	SI	1	
¿Existe una metodología documentada adecuada para la distribución de los documentos que los haga disponibles en los puestos de trabajo?	SI	1	
¿Los documentos son legibles e identificables?	SI	1	
¿Existe una metodología adecuada para evitar el uso de documentos obsoletos?	NO	0	
¿Los documentos obsoletos han sido tratados según la metodología definida?	NO	0	
4.2.4 Control de los registros			
¿Existe un procedimiento documentado para el control de los registros en general?	SI	1	100%

¿Existe una metodología para la identificación, almacenamiento, protección, recuperación y disposición de los registros?	SI	1	
¿El procedimiento describe la conservación y protección de registros en formato digital?	SI	1	
¿Se realizan copias de seguridad de los registros informáticos?	SI	1	
5. Responsabilidad de la dirección			
5.1 Compromiso de la dirección			
¿La alta dirección comunica a la organización la importancia de satisfacer los requisitos de los clientes y los requisitos legales correspondientes a los servicios ofertados dentro de la FOUES?	SI	1	
Existe un compromiso con la satisfacción de los usuarios de la FOUES por parte de la alta dirección:	SI	1	
¿La alta dirección establece los objetivos y políticas que tienen que ver con la calidad de los servicios brindados?	SI	1	
Si su respuesta anterior fue “Si”, se encarga la alta dirección de comunicarlos al resto de la FOUES	SI	1	
¿Se asegura la alta dirección de disponibilidad de recursos para un desempeño eficiente de los procesos en la FOUES?	SI	1	
			100%
5.2 Enfoque al cliente			
¿La alta dirección está realmente comprometida con el incremento de la satisfacción de los clientes?	SI	1	
¿Se cuenta con algún mecanismo de control que permita analizar la satisfacción de los clientes de la FOUES?	SI	1	
			100%
5.3 Política de la calidad			
¿Se encarga la alta dirección (jefes de unidad y decanato) de la difusión de la misión y visión de la FOUES	SI	1	
¿Cuenta la Institución con objetivos y políticas de calidad establecidas?	SI	1	
¿Estas políticas y objetivos se encuentran acordes a la misión y visión de la FOUES?	SI	1	
existe una persona o unidad delegada para velar por la calidad de los servicios de la institución	SI	1	
			100%

5.4 Planificación			
5.4.1 Objetivos de la calidad			
¿Los objetivos de calidad son formulados para cada uno de los niveles de la FOUES?	SI	1	100%
¿Los objetivos de la calidad están de acuerdo a las directrices de la política de la FOUES?	SI	1	
¿Los objetivos son medibles y están asociados a un indicador?	SI	1	
¿Los objetivos se encuentran desarrollados en planes de actividades para su cumplimiento?	SI	1	
¿Se encuentran definidos los recursos, las fechas previstas y responsabilidades para las actividades del plan de objetivos?	SI	1	
5.4.2 Planificación del sistema de gestión de la calidad			
¿Se encuentran planificados los procesos del sistema de gestión de la calidad?	SI	1	100%
¿Se encuentran planificados los objetivos del sistema de gestión de a calidad?	SI	1	
5.5 Responsabilidad, autoridad y comunicación			
5.5.1 Responsabilidad y autoridad			
¿Están correctamente definidas las responsabilidades y autoridades dentro de las unidades de la FOUES?	SI	1	100%
¿Existe un documento que contenga un organigrama de la institución?	SI	1	
¿Las relaciones jerárquicas concuerdan realmente con las definidas en el organigrama?	SI	1	
5.5.2 Representante de la dirección			
¿Se encuentra documentada la asignación de representante de la dirección a algún cargo o puesto de la organización?	SI	1	80%
¿Dentro de las responsabilidades del puesto de trabajo de representante de la dirección se incluye el aseguramiento del establecimiento, implementación y mantenimiento de los procesos del sistema?	SI	1	
¿Dentro de las responsabilidades del puesto de trabajo de representante de la dirección se incluye la de informar a la alta dirección sobre el desempeño del sistema y de las necesidades de mejora?	SI	1	

¿Dentro de las responsabilidades del puesto de trabajo de representante de la dirección se incluye la de asegurarse de la promoción de la toma de conciencia de los requisitos del cliente?	SI	1	
¿Existen evidencias documentadas del cumplimiento de las responsabilidades?	NO	0	
5.5.3 Comunicación interna			
¿Existe una eficaz comunicación interna en la FOUES que permita el buen desempeño de los procesos?	SI	1	100%
5.6 Revisión por la dirección			
5.6.1 Generalidades			
¿Se encuentran definida la frecuencia de realización de las revisiones del sistema por la dirección?	NO	0	67%
¿Se incluye en el registro de informe de revisión el análisis de oportunidades de mejora, la necesidad de cambios en el sistema y el análisis de la política y los objetivos de la calidad?	NO	0	
¿Se identifican y mantienen los registros de la revisión por la dirección?	SI	1	
5.6.2 Información de entrada para la revisión			
¿El informe de revisión del sistema de gestión de calidad contiene los resultados de las auditorías internas?	NO	0	0%
¿El informe de revisión del sistema de gestión de calidad contiene los resultados de satisfacción del cliente y sus reclamos?	NO	0	
¿El informe de revisión contiene el análisis de indicadores de desempeño de cada uno de los procesos?	NO	0	
¿El informe de revisión del sistema de gestión de calidad contiene el estado de las acciones correctivas y preventivas?	NO	0	
¿El informe de revisión contiene el análisis de las acciones resultantes de revisiones anteriores?	NO	0	
¿El informe de revisión del sistema de gestión de calidad contiene la necesidad de cambios que afecten al sistema de gestión de la calidad?	NO	0	
¿El informe de revisión contiene las recomendaciones para la mejora?	NO	0	
5.6.3 Resultados de la revisión			

¿El informe de revisión del sistema de gestión de calidad contiene las decisiones y acciones relacionadas con la mejora de la eficacia del sistema de gestión de la calidad?	NO	0	0%
El informe de revisión del sistema de gestión de calidad contiene las decisiones y acciones relacionadas con la mejora del producto?	NO	0	
¿El informe de revisión define los recursos necesarios para el desarrollo de estas acciones?	NO	0	
6 GESTIÓN DE LOS RECURSOS			
6.1 Provisión de recursos			
¿Dispone la organización de los recursos necesarios para mantener el sistema de gestión de la calidad y aumentar la satisfacción del cliente?	NO	0	0%
6.2 Recursos humanos			
6.2.1 Generalidades			
¿Es el personal competente para la realización de sus trabajos?	SI	1	100%
Se encuentra definida la competencia necesaria para cada puesto de trabajo teniendo en cuenta la educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas?	SI	1	
¿Existe un plan de formación o de logro de competencias?	SI	1	
¿Existe una metodología definida para la evaluación de la eficacia de las acciones formativas emprendidas?	SI	1	
¿Existen registros de plan de formación, competencia necesaria de cada puesto, ficha de empleado y actos o certificados de formación, o similares?	SI	1	
¿Existe evidencia documentada del cumplimiento de los requisitos de competencia para cada empleado de la organización?	SI	1	
6.2.2 Competencia, formación y toma de conciencia			
¿La alta dirección se asegura de que el personal que se encuentra en cada puesto cumpla con los requerimientos en cuanto a formación académica y conocimientos para desempeñar dicho puesto o función?	SI	1	100%

¿Se tiene un plan de capacitación para el personal recién contratado?	SI	1	
¿Es realmente utilizado este plan?	SI	1	
¿Se cuenta con un plan de capacitación continua al personal?	SI	1	
¿Es realmente utilizado este plan?	SI	1	
¿Se llevan por escrito registros de estas capacitaciones?	SI	1	
6.3 Infraestructura			
¿Se encuentra identificada la infraestructura necesaria (edificios, áreas, oficinas) y existente para la realización de los procesos de trabajo de la facultad?	SI	1	100%
¿Existen planes o rutinas de mantenimiento preventivo para cada uno de los equipos (equipos de clínicas, computadoras, etc.)?	SI	1	
¿Existen registros de las acciones de mantenimiento correctivo y preventivo para los equipos (equipos de clínicas, computadoras, etc.)?	SI	1	
¿Existe una metodología definida para la realización de estas tareas de mantenimiento?	SI	1	
6.4 Ambiente de trabajo			
¿Existe condiciones ambientales adecuadas para la realización del trabajo (temperatura, limpieza de las áreas, ordenamiento específico)?	SI	1	100%
7. Realización del producto			
7.1 Planificación de la realización del producto			
¿Existe una planificación de los servicios que presta la FOUES?	SI	1	100%
¿Esta planificación es realizada por los jefes de cada unidad?	SI	1	
7.2 Procesos relacionados con el cliente			
7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el producto			
¿Se encuentran documentados los requisitos de servicio del cliente, incluyendo condiciones de inicio y finalización del servicio en clínicas?	SI	1	100%
¿Se han definido requisitos no especificados por el cliente pero propios del servicio?	SI	1	

¿Existe una metodología definida para la determinación de estos requisitos?	SI	1	
7.2.2 Revisión de los requisitos relacionados con el producto			
¿Son revisados los requisitos relacionados con el servicio?	SI	1	100%
7.2.3 Comunicación con el cliente			
¿Existe una metodología que permita una comunicación eficaz con los clientes y/o alumnos de la facultad?	SI	1	100%
¿Se registran los resultados de satisfacción del cliente y sus quejas?	SI	1	
7.3 Diseño y desarrollo			
7.3.1 Planificación del diseño y desarrollo			
¿La organización planifica y controla el diseño y desarrollo de los servicios que brinda la FOUES?	SI	1	100%
¿Existe una persona o unidad encargada del diseño y desarrollo de los servicios que brinda la FOUES?	SI	1	
7.3.2 Elementos de entrada para el diseño y desarrollo			
¿Para el diseño y desarrollo de los servicios de la FOUES se tienen en cuenta los requisitos del cliente?	SI	1	100%
¿Para el diseño y desarrollo de los servicios de la FOUES se tienen en cuenta los requisitos legales correspondientes?	SI	1	
7.3.3 Resultados del diseño y desarrollo			
¿Los resultados del diseño y desarrollo de los servicios reflejan los verdaderos requisitos de los mismos?	SI	1	100%
7.3.4 Revisión del diseño y desarrollo			
¿Se evalúa la capacidad de los resultados diseño y desarrollo para cumplir con los requisitos de servicio?	SI	1	100%
¿Se realizan revisiones sistemáticas para identificar problemas y emprender las acciones necesarias?	SI	1	
7.3.5 Verificación del diseño y desarrollo			

¿Se realiza la verificación del diseño y desarrollo de los servicios bajo el enfoque del cumplimiento de lo planeado?	SI	1	100%
7.3.6 Validación del diseño y desarrollo			
¿Se confirma que el diseño y desarrollo de los servicios cumplen con los requerimientos de los clientes?	SI	1	100%
7.3.7 Control de los cambios del diseño y desarrollo			
¿se realizan cambios en el diseño y desarrollo de los servicios de la FOUES?	SI	1	100%
7.4 Compras			
7.4.1 Proceso de compras			
¿Son establecidos previamente los requisitos que deben cumplir los productos que planean comprarse?	SI	1	100%
¿Existen criterios de selección para proveedores?	SI	1	
¿Existe evidencia de los criterios que se utilizan para seleccionar a los proveedores?	SI	1	
7.4.2 Información de las compras			
¿Los pedidos de compras (artículos, insumos, maquinaria, equipo, papelería) contienen información de los requisitos y especificaciones?	SI	1	100%
¿Existe una metodología y planeación acerca de los pedidos de compra?	SI	1	
7.4.3 Verificación de los productos comprados			
¿Existe una metodología definida para la inspección de los productos comprados?	SI	1	100%
¿Son realmente inspeccionados los productos comprados al recibirlos?	SI	1	
7.5 producción y prestación del servicio			
7.5.1 Control de la producción y de la prestación del servicio			
Para la prestación de los servicios de la FOUES ¿existen instrucciones definidas o protocolos de trabajo?	SI	1	100%
7.5.2 Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio			

¿Existen registros de la validación de los procesos?	SI	1	100%
7.5.3 Identificación y trazabilidad			
En el caso que se necesita, ¿es identificable el estado de un proceso (iniciado, en revisión, retroceso, etc.)?	SI	1	100%
7.5.4 Propiedad del cliente			
¿Se encarga la FOUES de identificar, archivar y proteger los datos de expediente tanto de alumnos como de los pacientes de la misma?	SI	1	100%
¿Se encarga la FOUES de verificar los datos de expediente tanto de alumnos como de los pacientes de la misma?	SI	1	
7.5.5 Preservación del producto			
¿durante los servicios odontológicos, ¿es preservada y protegida la integridad física de los pacientes?	SI	1	100%
7.6 control de los equipos de seguimiento y de medición			
¿Existe un equipo que brinde seguimiento y medición de la calidad y satisfacción de los clientes al recibir servicios?	SI	1	100%
8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA			
8.2 Seguimiento y Medición			
8.2.1 Satisfacción del cliente			
¿Se realiza un seguimiento en cuanto al desempeño de sistema de gestión relativo a la percepción del cliente respecto de sus requisitos en el servicio?	NO	0	75%
¿Determinan los métodos para establecer el seguimiento y medición de los requisitos y satisfacción de los clientes?	SI	1	
¿Está satisfecho con los servicios recibidos dentro de las clínicas FOUES? (pregunta para pacientes)	SI	1	
¿Recomendaría los servicios de las clínicas FOUES a amigos y familiares?	SI	1	
8.2.2 Auditoría interna			
¿Son las auditorías internas programadas de acuerdo a una calendarización?	SI	1	100%
8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos			

¿Existen indicadores adecuados para cada uno de los procesos dentro de la FOUES?	SI	1	
Está definida la responsabilidad y la frecuencia para la realización del seguimiento de los indicadores?	SI	1	
¿Se emprenden acciones a partir del análisis de indicadores?	SI	1	
8.2.4 Seguimiento y medición del producto (servicio)			
¿Se encuentran definidas las pautas de inspección final de los servicios?	SI	1	100%
¿Existen registros de estas inspecciones finales?	SI	1	
8.3 Control del producto no conforme			
¿Existe un procedimiento documentado para el control de los servicios no conformes y el tratamiento de las no conformidades?	SI	1	100%
¿Se toman acciones para la solución de las no conformidades?	SI	1	
8.4 Análisis de datos			
¿Existe evidencia del análisis de datos del sistema (resultados de auditorías, satisfacción del cliente etc.)?	SI	1	100%
¿Se emprenden acciones a partir de este análisis?	SI	1	
8.5 Mejora			
8.5.1 Mejora continua			
¿Existe evidencia de acciones emprendidas para la mejora continua de los servicios de la FOUES?	SI	1	100%
8.5.2 Acción correctiva			
¿Existe procedimiento documentado para las acciones correctivas dentro de la FOUES?	SI	1	100%
¿Existe análisis de causas de los problemas?	SI	1	
8.5.3 Acción preventiva			
¿Existe procedimiento documentado para las acciones preventivas dentro de la FOUES?	SI	1	
¿Existe análisis de causas de los posibles problemas dentro de la FOUES?	SI	1	
Total de Cumplimiento			87.13%

Conclusión: el nivel de cumplimiento esperado para la etapa de diseño del sistema de gestión de calidad de la Norma ISO 9001:2008 será de hasta 87.13%. Debido a que su cumplimiento sería de un 100% se si tratara de la implementación y no del diseño del sistema.

2.2. Resumen de la conceptualización del Diseño

Tabla 51: Resumen de la conceptualización del diseño

Requisito	Diseño/documento
Documentación de los procesos	• Mapas de procesos • Flujos de procesos • Diagramas PEPSU • Documentación de los procesos (Manual de Procedimientos) • Estandarización y denominación adecuada de los procesos • Manual de Organización
Generalidades de la norma	• Misión y visión • Objetivos y políticas de calidad
Procedimientos obligatorios de norma	• Procedimientos de auditorías • Control de registros y documentos • Procedimiento para las acciones correctivas • Procedimiento para las acciones correctivas • Control de producto no conforme • Procedimientos de Comunicación Interna • Guía para la Elaboración de documentos • Guía de conformación del Comité de Calidad • Procedimiento de Seguimiento de Resultados de Auditoría • Procedimiento de Distribución de Documentos
Registros obligatorios de norma	• Información de entrada para la revisión del sistema de gestión de calidad (resultados de auditorías, procesos, procedimientos) (5.6.1). • Registros de educación y formación del personal (registros, planes,

	calendarización) (6.2.2 e). • Registro del cumplimiento de los procesos con respecto a los requisitos (indicadores) (7.1). • Registros de los resultados de las revisiones y las acciones de las revisiones.(7.2.2). • Registros de los elementos de entrada para el diseño y desarrollo de los servicios (7.3.2 a. d.). • Registro de las revisiones del diseño y desarrollo (7.3.4). • Registros de la verificación (7.3.5). • Registros sobre la validación del diseño y desarrollo (7.3.6). • Control de cambios del diseño y desarrollo (7.3.7). • Registro de evaluación de los proveedores (7.4.1). • Validación de los procesos de producción y prestación del servicio (7.5.2 d). • Identificación y trazabilidad de los productos, materiales y equipos (7.5.3). • Registros de la propiedad del cliente (7.5.4). • Registros de calibración de equipos y planes de mantenimiento anuales. (7.6 a.). • Registro de auditorías (8.2.2). • Seguimiento y medición de los servicios (8.2.4). • Registros del control de producto no

	conforme(8.3). • Registros de las acciones correctivas (8.5.2 e.). • Registros de las acciones preventivas. (8.5.3 d). • Listado Maestro de Documentos
Comunicación con el cliente	• Buzón de sugerencias
Responsabilidad y autoridad	• Asignación de funciones • Elección del representante de la alta dirección • Formación del comité de calidad

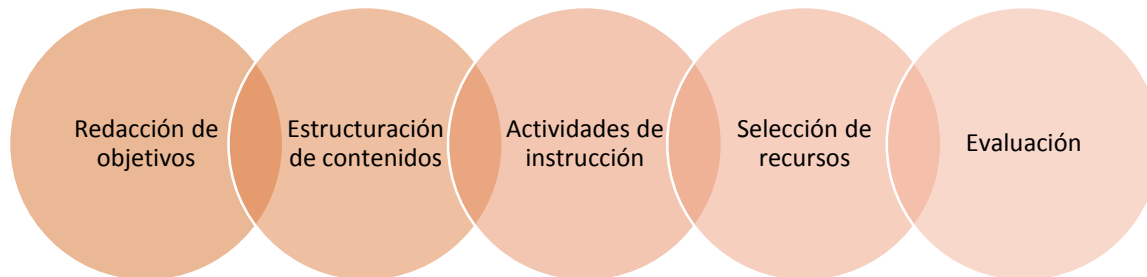
2.3. Capacitaciones

2.3.1. Gestión de las capacitaciones

Gestión de las capacitaciones es la asunción y ejercicio de responsabilidades sobre el sistema de gestión de calidad, que contempla el aseguramiento de que dicho sistema sea entendido y aplicado por todos los miembros de la organización y debe garantizar:

Las capacitaciones deberán garantizar el mantenimiento y consecución del sistema de gestión de calidad y deberán de ser programas a intervalos planificados, además de esto las capacitaciones deben de ser diseñadas en base al grupo de personas que las recibirá, dichos grupos son:

- Personal de la organización
- Auditores internos de calidad
- Comité de calidad y líder (representante)de la alta dirección
- La metodología empleada para los planes de capacitación se presenta a continuación, en el siguiente esquema:



2.3.1.1. Capacitación de los auditores

Los programas de capacitación son la respuesta a los problemas que se encuentran en los diagnósticos previos a su elaboración y son la base para orientar acciones posteriores.

Para lograr los objetivos y metas de la empresa, así como aprovechar óptimamente los recursos de que disponen, se requiere planificar y sistematizar sus actividades. Es aquí en donde la función de elaborar programas de capacitación adquiere mayor importancia, al considerar que a través de su adecuada aplicación se capacite a los trabajadores para que realicen sus actividades en forma efectiva.

El programa de capacitación de los auditores se define como:

La descripción detallada de un conjunto de actividades de instrucción-aprendizaje estructuradas de tal forma que conduzcan a alcanzar una serie de objetivos previamente determinados

Funciones de la capacitación:

Orientar las actividades de capacitación al señalar los objetivos, actividades, técnicas y recursos que se aplicarán durante el proceso instrucción- aprendizaje, para garantizar una optima evaluacion del sistema de gestión de la calidad.

Seleccionar los contenidos al tener como parámetro el análisis de actividades de manera organizada y sistemática con base en el diagnóstico de necesidades.

Ofrecer al instructor la visión de conjunto del evento, permitiéndole conocer la estructura del mismo y auxiliado en la elaboración del plan de sesión.

Brindar al capacitando la visión total respecto a cómo será el proceso instrucción-aprendizaje durante el período establecido.

Proporcionar las bases para efectuar la evaluación del programa: es decir, la forma en que está estructurado respecto a la selección y organización de contenidos y su ubicación en relación al plan de capacitación del cual forma parte.

Redacción de objetivos:

Los objetivos para la capacitación del equipo de auditores internos de calidad se realiza en base a los conocimientos que deben ser transmitidos a estos, con el fin de garantizar en lo posible que las auditorías sean coherentes con el contenido de la norma ISO y garanticen el mantenimiento del sistema de gestión de la calidad, entre los objetivos de la capacitación están:

- Conocer e interpretar los requisitos de las normas ISO 9001 como criterio de la realización de auditorías de cualquier organización.
- Conocer la metodología de planeación, ejecución, verificación y control de las auditorías internas de calidad.
- Desarrollar habilidades para la preparación de documentos y técnicas de auditorías de calidad.

Estructuración de contenidos:

Para la estructuración de los contenidos de las capacitaciones se tienen:

- Definición de auditorías
- Introducción a los sistemas de gestión de calidad integrados:
 - Que es un sistema de gestión
 - Objeto y campo de aplicación de las normas ISO 9001.
- Enfoque basado en procesos de los sistemas de gestión de calidad
- Gestión de auditorías basadas en las directrices de la norma ISO/19011:2011.

El desarrollo de cada temática abarcara una serie de sub temas y secciones como sigue:

Definición de las auditorías:

- Definiendo la auditoría

- El ciclo de auditoría
- Auditoría de primera, segunda y tercera parte.
- Ejercicios relacionados.

Durante este tema se llevara a cabo el desarrollo y explicación de cada una de las etapas de las auditorías que son básicamente cuatro: preparación, realización de auditorías, reporte, seguimiento.

Además se desarrollaran y explicaran los tipos de auditoría según las partes a auditar, representadas por el siguiente esquema:



Introducción a los sistemas de gestión de calidad:

Los tópicos a desarrollar serán los siguientes:

- Definiciones según ISO 9000
- Políticas y objetivos de calidad
- El ciclo de mejora
- Interpretación de la norma ISO 9001
- Conceptos de calidad
- Los ocho principios del sistema de gestión de calidad
- Análisis de la norma ISO

Técnicas de la auditoria:

Los tópicos a desarrollar serán los siguientes;

- Programación de las auditorias
- Contenido de los programas de auditoria
- Objetivos del programa de auditorias
- Competencias del responsable de la gestión del programa de auditorias
- Identificación y evaluación de los riesgos del programa de auditorias
- Registros del programa de auditorias
- Selección de los miembros del equipo auditor
- Asignación de responsabilidades del líder auditor
- Conducción de las revisiones de auditoria
- Definición de alcances de las auditorias
- Herramientas del auditor
- Muestreo para auditores
- Comportamiento interpersonal de los auditores
- Tratamiento de las no conformidades del sistema de gestión
- Como redactar las observaciones y hallazgos
- Conducción de las reuniones de cierre de las auditorias.

Selección de recursos de capacitación:

Para la selección de los recursos de la capacitación deben de tenerse en cuenta los siguientes aspectos:

- Duración de las capacitaciones
- Instalaciones físicas
- Cantidad de personal a capacitar
- Competencias y habilidades del personal a capacitar
- Amplitud de los contenidos.

En base esto puede llevarse a cabo la selección de los recursos didácticos a utilizar, en el caso de la FOUES, podrán utilizarse herramientas tales como:

- Equipo audiovisual
- Pizarras
- Documentos físicos
- Casos de estudio
- Libretas de papel
- Etc.

Evaluación de las capacitaciones:

La evaluación de las capacitaciones para el equipo auditor, deberá llevarse a cabo al finalizar la misma mediante un examen escrito en donde se pondrán a prueba los conocimientos adquiridos a lo largo del curso.

2.3.1.2. Capacitaciones al personal de la organización

Las capacitaciones al personal de la organización deberán estar enfocadas hacia el entendimiento, utilización de la norma y la mejora continua de la organización, el personal deberá ser consciente y responsable de la calidad de los servicios y la satisfacción de los clientes de la misma y deberá estar preparado para las auditorías internas y externas.

El desarrollo de las capacitaciones del personal seguirá la estructura detallada en el esquema anterior así:

Redacción de objetivos:

Los objetivos para la capacitación personal se realizará en base a los conocimientos que deben ser transmitidos a estos, con el fin de garantizar en lo posible que la norma ISO 9001:2008 sea entendida y aplicada por todos, algunos objetivos de las capacitaciones son:

- Conocer e interpretar los requisitos de las normas ISO 9001 como base para la gestión de calidad, la satisfacción del cliente y la mejora continua
- Aplicar los conocimientos a las labores diarias dentro de la organización.
- Garantizar el eficaz funcionamiento del sistema de gestión de la calidad.

Estructuración de contenidos:

Para la estructuración de los contenidos de las capacitaciones se tienen:

- Definición de sistema de gestión de calidad.
- Introducción a los sistemas de gestión de calidad integrados:
 - Que es un sistema de gestión
 - Objeto y campo de aplicación de las normas ISO 9001.
- Enfoque basado en procesos de los sistemas de gestión de calidad
- Importancia de la norma ISO 9001:2008 y los sistemas de gestión de calidad.
- Norma ISO 9001:2008

Introducción a los sistemas de gestión de calidad:

Los tópicos a desarrollar serán los siguientes:

- Definiciones según ISO 9000
- Los ocho principios del sistema de gestión de calidad
- Apartados de la norma ISO 9001:2008 e interpretación
- Análisis de la norma ISO 9001:2008

Selección de recursos de capacitación:

Para la selección de los recursos de la capacitación deben de tenerse en cuenta los siguientes aspectos:

- Duración de las capacitaciones
- Instalaciones físicas
- Cantidad de personal a capacitar
- Competencias y habilidades del personal a capacitar
- Amplitud de los contenidos.

En base esto puede llevarse a cabo la selección de los recursos didácticos a utilizar, en el caso de la FOUES, podrán utilizarse herramientas tales como:

- Equipo audiovisual
- Pizarras
- Documentos físicos
- Casos de estudio
- Libretas de papel
- Etc.

Evaluación de las capacitaciones:

La evaluación de las capacitaciones para el equipo del personal administrativo, deberá llevarse a cabo al finalizar la misma mediante un estudio de casos en donde se pondrán a prueba los conocimientos adquiridos a lo largo del curso.

2.3.1.3. Capacitación para el comité de calidad

El comité de calidad debe velar por el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001 dentro de la organización, es por ello que la capacitación para este personal será la misma que para el resto del personal administrativo salvo que la periodicidad de las capacitaciones será menos espaciada.

2.3.1.4. Calendarización de las capacitaciones

Mes	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Personal												
Audidores												
Personal administrativo												
Comité de calidad												

2.3.2. Comunicar sobre la implantación del sistema

Se convocará a una reunión general con todas las Jefaturas para dar a conocer la implementación del sistema. Cada Jefe de Unidad deberá comunicar las actividades a seguir para la implementación del SGC a todos sus colaboradores.

Además de esto se anunciará en carteleras y boletines para dar a conocer a toda la comunidad universitaria de la FOUES (alumnos y pacientes).

2.3.3. Concientización sobre la necesidad del Sistema de Gestión de la Calidad

Esto se logrará a través de las capacitaciones que se le brinde a todo el personal involucrado.

Es importante destacar que se debe crear una Cultura de Calidad, la cual tiene como objetivos:

- Integrar en un todo armónico y coherente los factores claves de éxito para la instalación del Sistema de Gestión de Calidad en la FOUES.
- Tomando el marco de conocimientos teóricos, que permitan a los involucrados comprender su papel y participar efectivamente en las etapas de sensibilización al cambio.

Para lograr esto se debe lograr la Calidad por medio de:

- Detectar las expectativas y necesidades de los clientes y usuarios
- Trabajando en equipo
- Midiendo los resultados obtenidos

CAPÍTULO IV

**PLAN DE
IMPLEMENTACIÓN**

CAPÍTULO IV: PLAN DE IMPLEMENTACIÓN

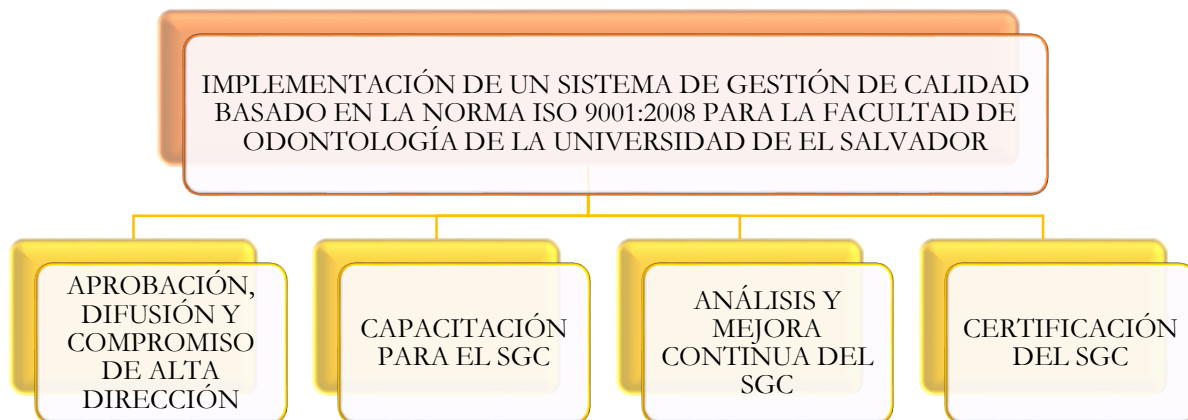
1. PLAN DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO

1.1. Planificación de la fase implementación.

1.1.1. Desglose Analítico

Para el desarrollo del plan de implementación se realiza un desglose analítico de sus principales estructuras, las cuales están divididas en cuatro niveles:

Nivel 0	Objetivo del proyecto
Nivel 1	Sub-sistemas
Nivel 2	Paquetes de trabajo
Nivel 3	Actividades por paquete



a. Subsistema: 1.0 Aprobación, difusión y compromiso de Alta Dirección

La Alta Dirección de la Facultad de Odontología está integrada por el Decanato, Junta Directiva y el Comité Técnico Asesor, quienes tienen la función de crear un ambiente en el que el personal se encuentre completamente involucrado en el SGC y puedan operar libremente.

Se debe lograr mediante:

- Comunicar a la organización la importancia de satisfacer los requisitos del cliente (los legales y los reglamentarios).
- Establecer la política de calidad y los objetivos de calidad.
- Asegurar los recursos necesarios al servicio de la organización.
- Revisar directamente si se cumplen los objetivos marcados.

El Subsistema del papel de la alta dirección, se divide a su vez en los siguientes paquetes de trabajo:



i. PAQUETE “Compromiso de implantación”

La alta dirección debe comunicar a toda la organización, la decisión de implementar el SGC bajo la norma ISO 9001:2008 y el compromiso que adopta en llevar a cabo este proyecto.

Actividad	Duración requerida (días)
Girar memorándum de convocatoria a reunión	1
Reservación de local de reuniones	1
Ejecución de reunión	1

ii. PAQUETE “Capacitación”

La capacitación tiene como objetivo proveer de información a los jefes de todas las áreas y la alta Dirección, en el contenido de la ISO9001:2008; con esto los involucrados tendrán un conocimiento general de los elementos indispensables en la implantación del SGC.

Las actividades requeridas se presentan en el siguiente cuadro con sus respectivos pasos:

Actividad	Duración requerida (días)
Licitación de servicios de capacitación	2
Recepción de ofertas	1
Evaluación de ofertas y adjudicación.	2
Ejecución de capacitación	15

Las actividades anteriores se realizarán para abordar las siguientes temáticas de capacitación:

- Capacitación sobre estructura, contenido y la importancia de las normas ISO 9001:2008.
- Capacitación sobre formación del comité de calidad.
- Capacitación sobre enfoque de procesos de la norma ISO 9001:2008.

iii. PAQUETE “Designación del representante y comité.”

Se nombra al representante de la alta dirección quien será responsable del funcionamiento y mantenimiento del SGC, Asimismo se forma el Comité de Calidad, quienes son responsables de planear, coordinar y controlar las actividades de implantación del SGC.

Actividades a realizar:

Actividad	Duración requerida (días)
Establecer candidatos a representante de la Alta dirección	2
Elegir representante de la Alta dirección	1
Elegir miembros del comité de calidad.	1

iv. PAQUETE “Distribución de la documentación del sistema de gestión de calidad.”

Actividad	Duración requerida (días)
Distribución de documentación a	1

la alta dirección	
Distribución de documentación a las diferentes Jefaturas que componen la FOUES.	2

b. Subsistema: 2.0 Capacitación.

Una vez seleccionada el organismo que realice las capacitaciones se deberá tomar en cuenta que las capacitaciones están orientadas para todo el personal de las áreas que esté involucrado con el SGC. Las capacitaciones tienen como propósito dar a conocer el contenido de la Norma ISO9001:2008 y los medios para lograr la completa conformidad.



i. PAQUETE “Divulgación del proyecto.”

Actividad	Duración requerida (días)
Divulgar la misión, visión y política de calidad de FOUES	2
Dar a conocer los objetivos y beneficios que se esperan lograr con el proyecto	2

ii. PAQUETE “Ejecución de las capacitaciones.”

Las actividades involucradas se presentan en el siguiente cuadro con sus respectivos pasos:

Actividad	Duración requerida (días)
Girar memorándum de	2

convocatoria a reuniones	
Reservación de local para capacitación	1
Ejecución de la capacitación.	20

Las actividades anteriores se realizarán para abordar las siguientes temáticas de capacitación:

- Inducción al Sistema de Calidad.
- Capacitación sobre principios de la norma ISO 9001:2008
- Capacitación sobre ventajas que aporta ISO 9001:2008
- Capacitación sobre enfoque por proceso
- Capacitación sobre requisitos de la norma ISO 9001:2008
- Capacitación sobre estructura y elementos del Sistema de Gestión de Calidad de FOUES.
- Capacitación sobre manuales y documentos del Sistema de Gestión de Calidad

ii. PAQUETE “Capacitación a Auditores.”

Este paquete consta de las siguientes actividades:

Actividad	Duración requerida (días)
Girar memorándum de convocatoria a reunión	1
Reservación de local para capacitación	1
Ejecución de la capacitación a Líderes y Auditores internos	5

c. Subsistema: 3.0 Medición, análisis y mejora del SGC.

El Sistema de Gestión de Calidad (SGC) ha sido integrado con los procesos de Medición y Mejora, estos nuevos procesos tienen como propósito orientar al personal en la aplicación de la mejora continua del sistema.

Para la ejecución de estos procesos se plantea el siguiente desglose de paquetes de trabajo:



i. PAQUETE “Prueba Piloto del SGC.”

Una vez implementados los paquetes de trabajo de los subsistemas previos, se está en la capacidad deponer en marcha una prueba piloto del SGC, disponiendo de la documentación pertinente, habiendo capacitado y sensibilizado al personal respecto a la importancia del SGC y el compromiso que conlleva su implementación así como de los beneficios que este brinda a la organización, sus clientes y así mismos como parte del sistema, se procede a laborar conforme a dichos documentos, teniendo en presente y a la mano toda documentación pertinente, manuales, guías, documentos, etc.

Actividad	Duración requerida (días)
Prueba piloto	45

ii. PAQUETE “Realización de la auditoría interna de calidad.”

Esta actividad se lleva a cabo una vez que el sistema de calidad ha sido totalmente documentado y los procedimientos han sido puestos en marcha. Constituye la primera aplicación del procedimiento de auditoría interna.

Actividad	Duración requerida (días)
Planificarla auditoría	2
Determinación del alcance y objetivos de la auditoría	1
Preparación de lista de verificaciones	1
Realizar la auditoría interna de calidad	5
Preparación y elaboración de informe de auditoría	2

Presentación de informe de auditoría de calidad	1

iii. PAQUETE “Revisión de resultados de auditoría interna por la alta dirección.”

Este proceso inicia con el envío de acciones correctivas y preventivas a las Jefaturas, donde se analizan los resultados de la auditoría orientados a la medición del grado de implantación de SGC y la conformidad con los requisitos de la Norma ISO9001:2008.

Actividad	Duración requerida (días)
Notificación de acciones preventivas y correctivas a Jefaturas	1
Reunión de Jefaturas para resolución de problemas detectados y definición de planes de acción	1

iv. PAQUETE “Implantación de acciones correctivas y preventivas”

Esta actividad consiste en evaluar las no conformidades encontradas y problemas en la implantación del SGC, y orientar la ejecución de las acciones correctivas o preventivas pertinentes.

Actividades a realizar:

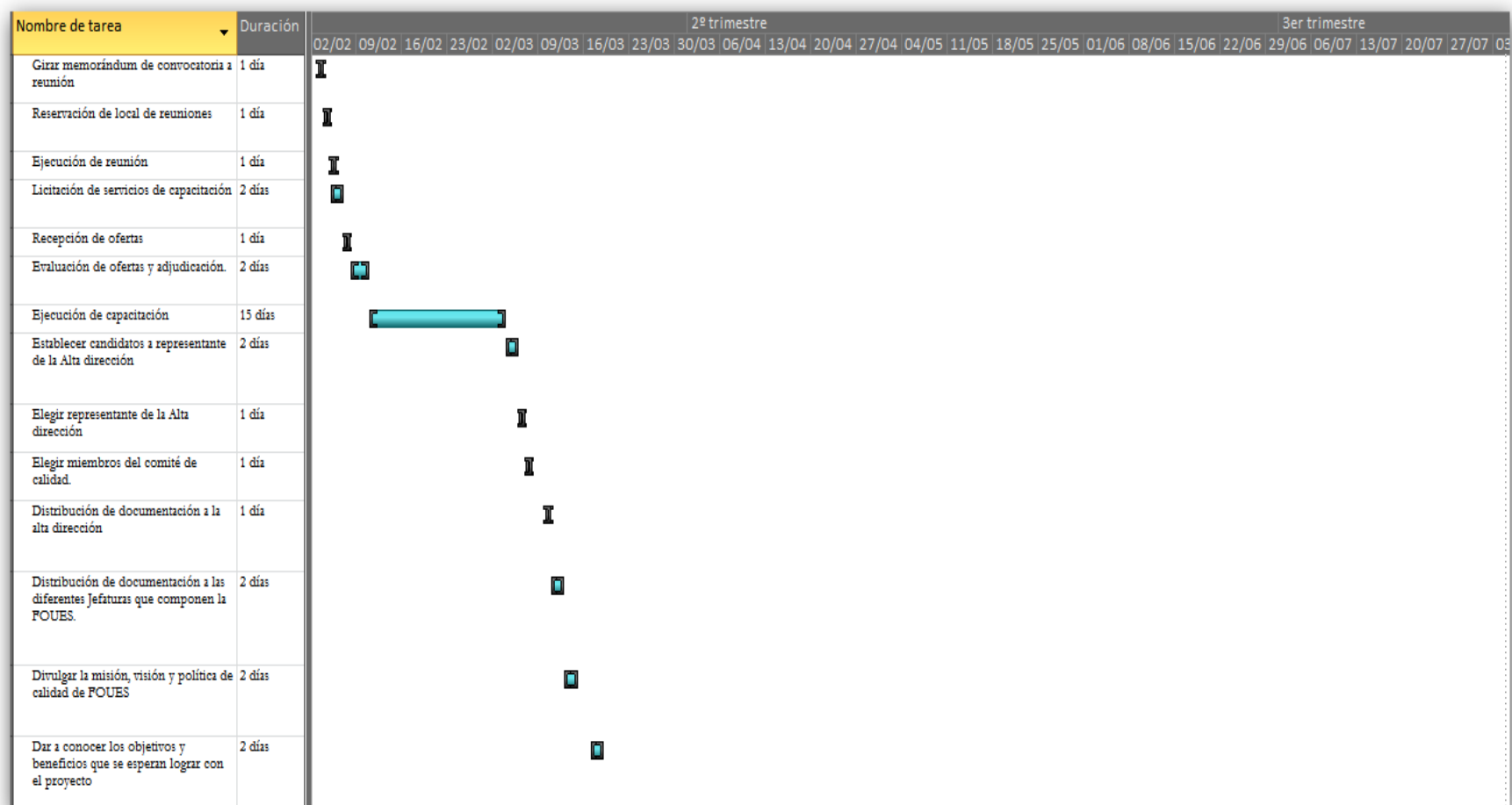
Actividad	Duración requerida (días)
Reunión de comité de calidad para analizar acciones correctivas y preventivas	3
Ejecutar acciones correctivas y preventivas	5
Evaluar la efectividad de las acciones correctivas y preventivas	2

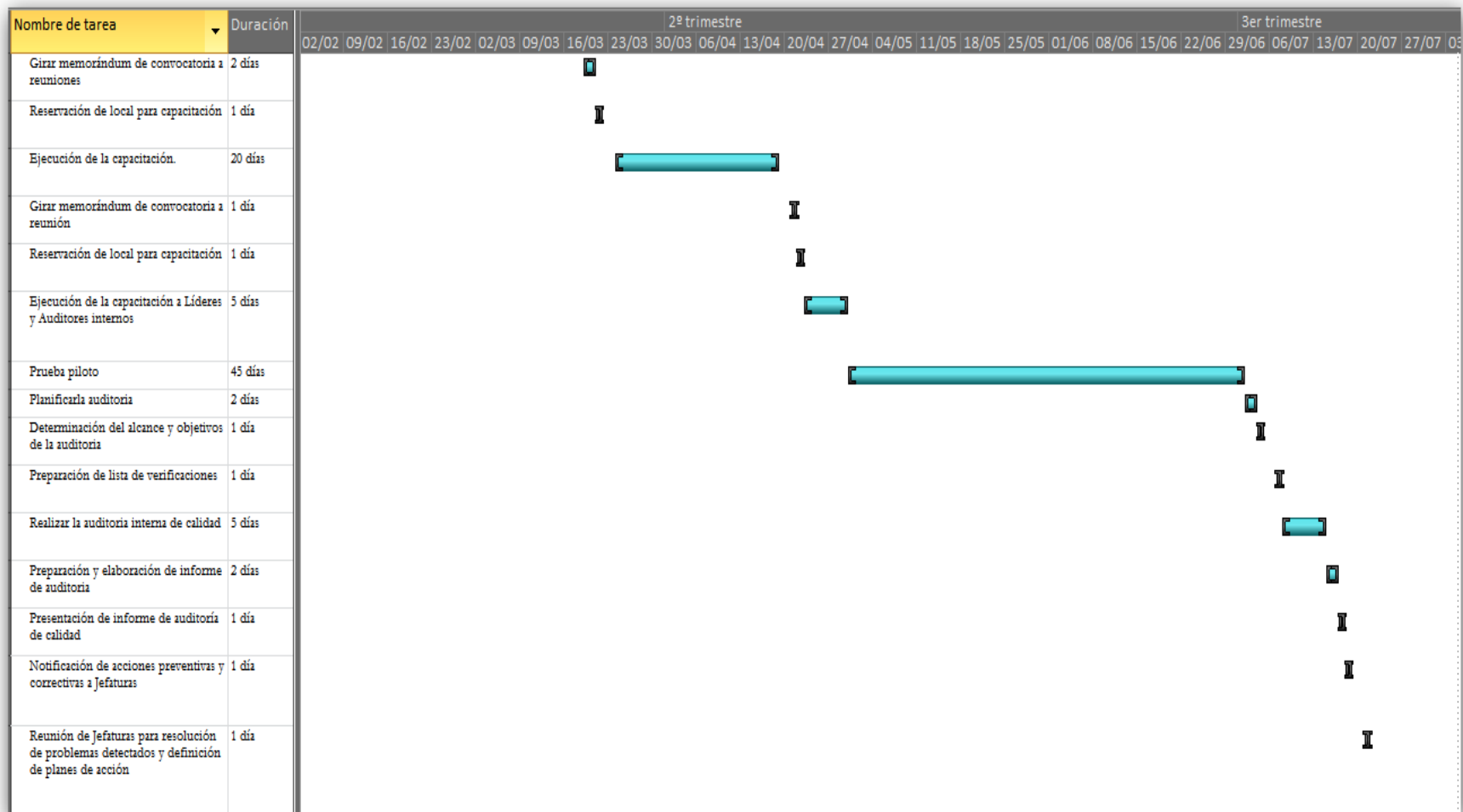
1.1.2. Resumen de actividades de Implementación

Actividad	Duración requerida (días)
Girar memorándum de convocatoria a reunión	1
Reservación de local de reuniones	1
Ejecución de reunión	1
Licitación de servicios de capacitación	2
Recepción de ofertas	1
Evaluación de ofertas y adjudicación.	2
Ejecución de capacitación	15
Establecer candidatos a representante de la Alta dirección	2
Elegir representante de la Alta dirección	1
Elegir miembros del comité de calidad.	1
Distribución de documentación a la alta dirección	1
Distribución de documentación a las diferentes Jefaturas que componen la FOUES.	2
Divulgar la misión, visión y política de calidad de FOUES	2
Dar a conocer los objetivos y beneficios que se esperan lograr con el proyecto	2
Girar memorándum de convocatoria a reuniones	2
Reservación de local para capacitación	1
Ejecución de la capacitación.	20
Girar memorándum de convocatoria a reunión	1
Reservación de local para capacitación	1
Ejecución de la capacitación a Líderes y Auditores internos	5
Prueba piloto	45
Planificarla auditoria	2
Determinación del alcance y objetivos de la auditoria	1
Preparación de lista de verificaciones	1
Realizar la auditoria interna de calidad	5
Preparación y elaboración de informe de auditoria	2

Presentación de informe de auditoría de calidad	1
Notificación de acciones preventivas y correctivas a Jefaturas	1
Reunión de Jefaturas para resolución de problemas detectados y definición de planes de acción	1
Reunión de comité de calidad para analizar acciones correctivas y preventivas	3
Ejecutar acciones correctivas y preventivas	5
Evaluar la efectividad de las acciones correctivas y preventivas	2
TOTAL PROYECTO	133

1.1.3. Diagrama GANTT





Nombre de tarea ▼	Duración	2º trimestre															3er trimestre										
		09/02	16/02	23/02	02/03	09/03	16/03	23/03	30/03	06/04	13/04	20/04	27/04	04/05	11/05	18/05	25/05	01/06	08/06	15/06	22/06	29/06	06/07	13/07	20/07	27/07	03/08
Reunión de comité de calidad para analizar acciones correctivas y preventivas	3 días																										
Ejecutar acciones correctivas y preventivas	5 días																										
Evaluar la efectividad de las acciones correctivas y preventivas	2 días																										

1.2. Organización de la implementación

1.2.1. Planificación y programación del proyecto

1.2.1.1. Descripción de objetivos de ejecución

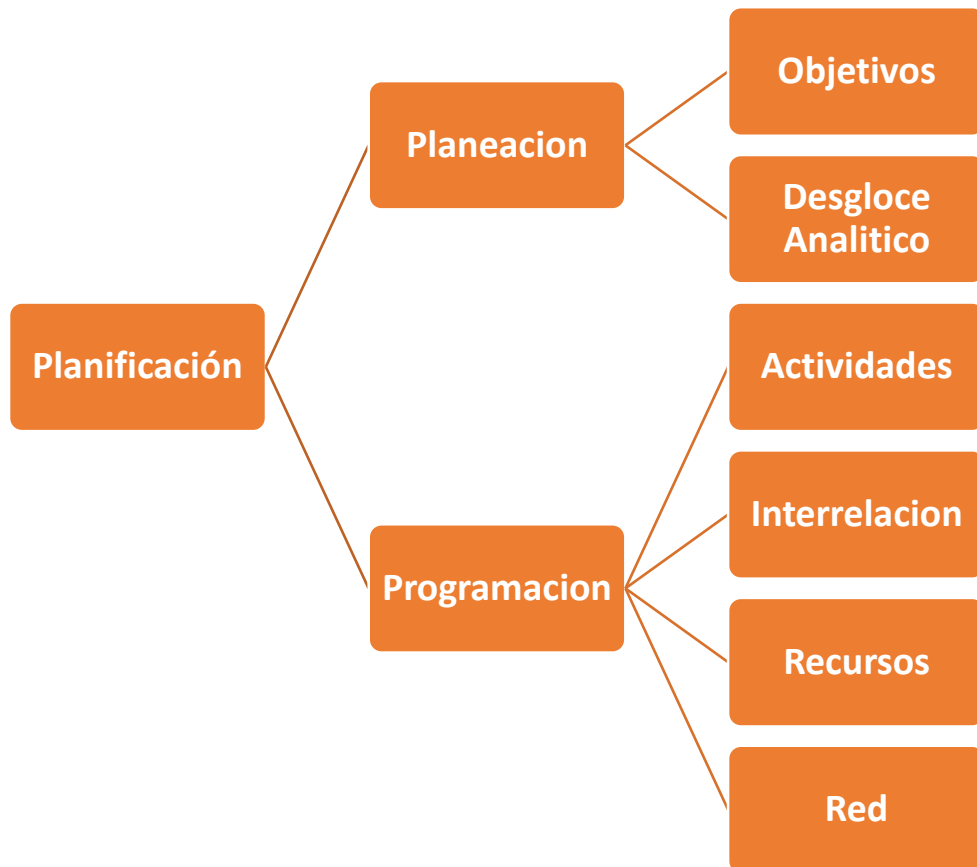
La administración de proyectos se describe a menudo como el proceso de planificar y dirigir un proyecto desde su principio hasta su terminación en un plazo determinado y a un costo dado para obtener un producto final determinado.

Por ser un proyecto de cuya implementación requerirá un corto periodo de tiempo se realizara lo siguientes:

- Planificación
 - -Fijar objetivos
 - -Estudiar recursos
 - -Formular estrategias
- Prueba piloto
 - Medir logros
 - Resolver problemas
- Ejecución
 - -Asignar recursos
 - -Guiar la ejecución
 - -Coordinar los esfuerzos
 - -Motivar_

1.2.1.2. La Planificación

La planificación del proyecto comprende dos grandes áreas, la planeación y la programación.



1.2.2. Áreas De La Planificación Del Proyecto

1.2.2.1. *Objetivo General Del Proyecto*

- Diseño e implementación de un Sistema de gestión de la calidad basado en la norma ISO 9001:2008 para la Facultad de odontología de la Universidad de El Salvador.

1.2.2.2. *Objetivos Específicos Del Proyecto*

- Comunicar a la organización la importancia de satisfacer los requisitos del cliente (los legales y los reglamentarios).
- Difundir y capacitar a los empleados en cuanto al uso y consulta de los diferentes manuales que la norma pide como requisito, su actualización y adecuación.
- Difundir y capacitar a los empleados sobre la existencia de los manuales de procedimientos, su estandarización y cumplimiento como herramienta para la satisfacción de los clientes.
- Crear mecanismos efectivos para el almacenamiento y documentación de los registros
- Crear mecanismos efectivos para la comunicación con el cliente.
- Implementar todos los requerimientos de la norma.
- Crear un comité de calidad para garantizar el funcionamiento del sistema de gestión.
- Crear un equipo de auditoría interna con el fin de garantizar la mejora continua del sistema de gestión de la calidad.

1.2.3. Organización Del Proyecto

1.2.3.1. Definición

Sinónimo de Diseñar el aparato administrativo de la compañía encargado del proyecto. Es un sistema de actividades conscientemente coordinadas formado por dos o más personas; la cooperación entre ellas es esencial para la existencia de la organización. Una organización solo existe cuando hay personas capaces de comunicarse y que están dispuestas a actuar conjuntamente para obtener un objetivo común.

Las organizaciones son sistemas sociales diseñados para lograr metas y objetivos por medio de los recursos humanos o de la gestión del talento humano y de otro tipo. Están compuestas por subsistemas interrelacionados que cumplen funciones especializadas.

Dentro de la organización de un proyecto se pretende generar la asignación de responsabilidades y las relaciones de autoridad existentes que pueden darse dentro del proyecto.

1.2.3.2. Importancia

- Determinar y especificar el trabajo necesario o requerido que deberá ejecutarse y para alcanzar objetivos y metas de la organización.
- Repartir la carga completa de trabajo en actividades que puedan ser ejecutadas de la mejor manera por una persona o por un grupo de ellos.
- Interactuar y establecer la mejor combinación de trabajo de cada uno de los participantes de la organización de forma lógica y eficiente.
- Diseñar elementos vitales para coordinar el trabajo de los participantes de una forma amigable y estable.

Organización a Evaluar

- Organización Funcional
- Organización Matricial
- Organización por proyecto

1.2.3.3. Evaluación De Estructura Organizativa

Identificar el tipo de organización que se requiere para llevar a cabo la ejecución del mismo, es de suma importancia, ya que de ello dependerán muchos aspectos necesarios para llevar a la puesta en marcha el proyecto.

Para el caso de la planta se identificara primeramente las ventajas y desventajas que presenta cada una de las clasificaciones de organización, luego se identificara y seleccionara aquel tipo de organización que sea más compatible con el proyecto.

Ventajas por tipo de Organización

Organización Funcional

- Existe mayor flexibilidad en el empleo de los recursos humanos.
- Existen encargados de de una misma área funcional que pueden ser empleados en distintos proyectos.
- Existencia de creatividad para la solución de problemas con una amplia base técnica dentro del área funcional
- Desarrollo y crecimiento profesional de los encargados especializados en el área funcional.

Organización por Proyecto

- El grado de responsabilidad y autoridad recae sobre el administrador del proyecto.
- Existe mayor facilidad de comunicación entre los responsables y da una mejor y rápida respuesta al cliente.
- Si los Proyectos son repetitivos se aumentan la eficiencia y capacidades de los especialistas.
- Existe un nivel mayor respecto al compromiso y motivación por parte de los involucrados.
- Existe una sola unidad de mando (un solo jefe).
- Es simple y flexible su comprensión
- Mejora la dirección integrada del proyecto.

Organización Matricial

- Existe un razonable acceso a la base tecnológica de las áreas funcionales y se reduce la duplicación de recursos.
- El proyecto es el punto de énfasis, compartiendo esta virtud con la organización por proyectos
- El futuro del proyecto es más acertado por lo que no produce ansiedad.
- La respuesta a los clientes y flexibilidad es casi tan rápida como en la organización por proyectos.
- Mayor consistencia con los procedimientos y políticas de la organización.
- Existe un balance de recursos con la existencia de más proyectos.

Desventajas por tipo de Organización

Organización Funcional

- El trabajo funcional se considera más importante que el proyecto por lo que el cliente no es el foco de las actividades e interés.
- Está orientada a la funcionalidad de la empresa y no al proyecto.
- Respuesta al cliente de forma tardía y existe ambigüedad en la asignación y coordinación de responsabilidades
- Existe baja motivación del personal asignado al proyecto.
- Hay dificultades en el manejo integral del proyecto.

Organización por Proyecto

- Aumento de recursos ante la existencia del aumento de proyectos.
- Incremento en los costos por la necesidad de asegurar su disponibilidad.
- Difícil acceso a la base tecnológica de las áreas funcionales cuando se requieren soluciones que escapan al conocimiento de los especialistas. .
- Existe una tendencia de no respeto de los procedimientos y políticas generales de la organización.
- Tendencia a la fuerte división entre el equipo del proyecto y el resto de la organización.
- Incertidumbre respecto al futuro de las personas una vez terminado el proyecto

Organización Matricial

- Existe un desbalance de poder entre el administrador del proyecto y los jefes funcionales.
- El equilibrio de recursos asignados a cada proyecto puede generar roces entre los administradores de proyectos.
- Existe complejidad respecto a las responsabilidades y su compartimiento.
- La administración matricial viola el principio de unidad de mando pudiendo generar confusión y desorden.

Factores Influyentes en la selección del tipo de organización

Para seccionar el tipo de organización se tomara en cuenta ciertos criterios factores críticos del proyecto, a continuación se muestra la valoración.

Factor	Tipo de Estructura Organizacional		
	<i>Funcional</i>	<i>Matricial</i>	<i>Exclusiva</i>
Naturaleza del Proyecto (Complejidad)	Baja	Mediana	Alta
			✓
Duración	1-6 meses	7-12 meses	más de 12 meses
	✓		
Tamaño	Pequeña	Mediana	Amplia
			✓
Fuente de Financiamiento (Carácter crítico)	Baja	Mediana	Alta
			✓
Capacidad Administrativa del personal	Baja	Media	Alta
		✓	
Suma	1	1	3

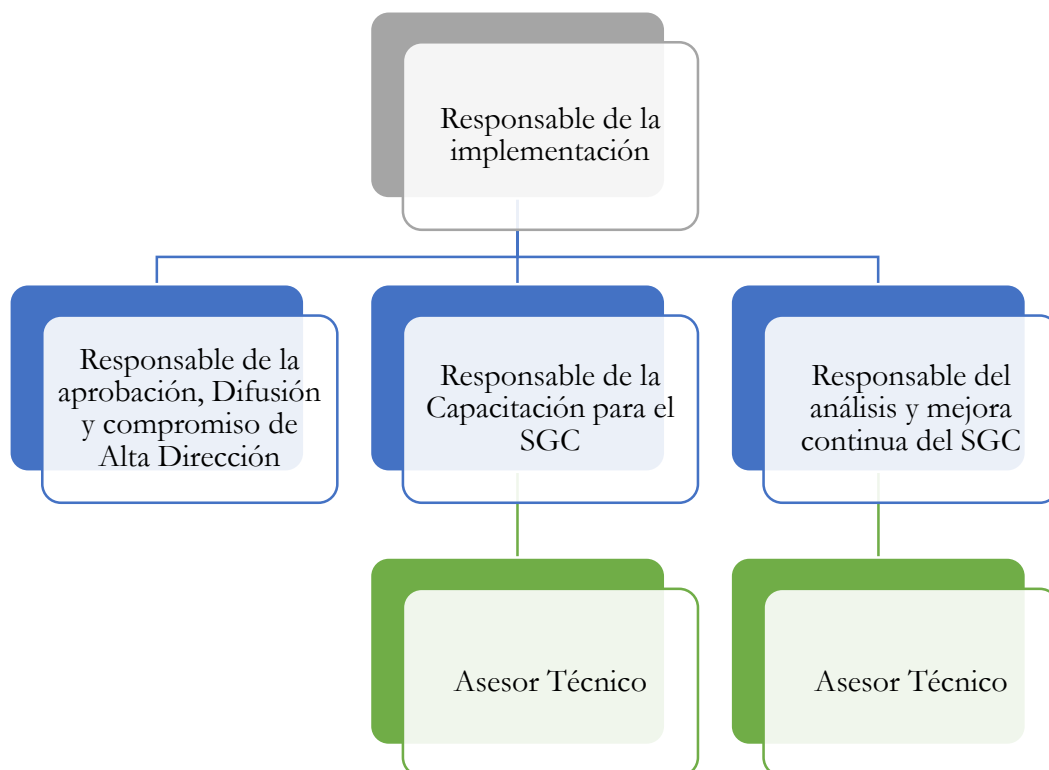
Según la valoración de la tabla anterior, se verifica que la Estructura Organizacional será ***Organización por proyecto o Exclusiva.***

1.2.3.4. Organigrama Dentro De La Administración Del Proyecto

Para la selección de las personas que estarán a cargo de la implantación del proyecto se necesitan ciertos perfiles técnicos. Estos tienen que tener experiencia en proyectos de mejora en Clínicas; que estén involucrados en el proceso de atención de los pacientes y la enseñanza; además ocupen cargos de Jefaturas Asistenciales y Administrativas. Todo esto con el fin de tener una mejor fuente de datos y por lo tanto una mejor toma de decisiones.

PUESTO EN EL PROYECTO	GRADO ACADEMICO	PERFIL TECNICO
Asesor Técnico	Doctor(a)	Conocimiento del personal, del paciente y del alumno, Jefatura Docente
Asesor Técnico	Doctor(a)	Asesor Técnico con experiencia en Estadística e Informática
Responsable de la aprobación, Difusión y compromiso de Alta Dirección	Doctor(a)	Experiencia en Administración de personal, Jefatura Administrativa, conocedor de los procesos internos de la Facultad.
Responsable de la Capacitación para el SGC.	Ingeniero(a), Licenciado(a), Doctor(a)	Asesor técnico con experiencia en proyectos y/o gestión de la Calidad, conocedor de los procesos internos de la Facultad.
Responsable del análisis y mejora continua del SGC	Ingeniero(a), Licenciado(a), Doctor(a)	Asesor técnico con Experiencia en implementación de proyectos conocedor de los procesos internos de la Facultad.
Responsable de la implementación, además Capacitación sobre SGC	Ingeniero(a), Licenciado(a), Doctor(a)	Responsable del Proyecto de implementación con experiencia en Administración de personal y sistemas de Gestión de Calidad

Por lo que la estructura organizativa de la ejecución del proyecto se describirá como lo dice el siguiente organigrama:



Descripción de funciones.

Responsable de la implementación.

Como su nombre lo indica se encargará de coordinar y dirigir cada uno de los subsistemas a través los distintos responsables, que se encargarán del desarrollo de cada actividad para la implementación. Es responsable de darle seguimiento al cumplimiento de los Objetivos de cada puesto de la administración del proyecto además de ayudar en la capacitación sobre SGC. Junto al equipo de implementación Revisará los resultados de las auditorías internas y se ejecutarán acciones correctivas y preventivas.

Responsable de la aprobación, Difusión y compromiso de Alta Dirección.

Será el encargado de velar por el compromiso de la alta dirección de la implementación, la gestión de los servicios de capacitación además de su control en la ejecución de esta. También se encargará de la distribución de la documentación concerniente al SGC en la alta dirección y las diferentes Jefaturas.

Responsable de la Capacitación para el SGC.

Encargado de coordinar las actividades concernientes con la administración de recursos humanos (Personal docente y administrativo, Auditores) que recibirán capacitación; además de ser el encargado de llevar su control.

Responsable del análisis y mejora continua del SGC

Junto con el responsable de la implementación será el encargado de la prueba piloto de la implantación, además de la realización de las auditorías internas que se llevarán a cabo con el fin de aplicar acciones correctivas y preventivas.

Asesores Técnicos.

Las labores de control son muy intensivas para la capacitación en SGC Y el análisis y Mejora continua del SGC, por lo que se necesitan un asesor técnico que ayude a los distintos responsables en la consecución de los objetivos.

1.2.3.5. Matriz De Responsabilidades**Especificación**

La matriz de la asignación de responsabilidades (RASCI por las iniciales de los tipos de responsabilidad) se utiliza generalmente en la gestión de proyectos para relacionar actividades con recursos (individuos o equipos de trabajo). De esta manera se logra asegurar que cada uno de los componentes del alcance esté asignado a un individuo o a un equipo.

Consiste en un cuadro donde se interrelacionan las tareas programadas con las personas encargadas de llevarlas a cabo. Es necesario que se realice un cuadro donde se visualice claramente las obligaciones de los implicados.

Símbolo	Rol	Descripción
R	Responsable	Este rol realiza el trabajo y es responsable directo por su realización, de la obtención de los recursos y los resultados. Es quien debe ejecutar las tareas.
A	Aprobador	Este rol se encarga de aprobar el trabajo finalizado y a partir de ese momento, se vuelve responsable por él. Es quien debe asegurar que se ejecutan las tareas.
S	Soporte	Este rol proporciona recursos adicionales para realizar el trabajo.
C	Consultado	Este rol posee alguna información o capacidad necesaria para terminar el trabajo. Se le informa y se le consulta información.
I	Informado	Este rol debe ser informado sobre el progreso y los resultados del trabajo. A diferencia del Consultado, la comunicación es unidireccional.

Mecánica de asignación de recursos.

Todos los recursos serán proporcionados por los cooperantes, pero el gerente del proyecto podrá autorizar cualquier compra de materiales en caso de faltar un miembro de la asociación en el momento. El proceso de contratación lo realizara el gerente administrativo técnico pero la empresa y el gerente de proyecto se encargaran de avalar esas contrataciones.

Los desembolsos mayores serán realizados con órdenes del presidente de la empresa, al cual deberá informársele con anticipación de las necesidades de compra.

TAREA	Responsable de la implementación.	Responsable de la aprobación, Difusión y compromiso de Alta Dirección.	Responsable de la Capacitación para el SGC.	Responsable del análisis y mejora continua del SGC	Asesores Técnicos
Girar memorándum de convocatoria a reunión	I	R			
Reservación de local de reuniones	I	R			
Ejecución de reunión	I	R			
Licitación de servicios de capacitación	I, A	R			
Recepción de ofertas	I	R			
Evaluación de ofertas y adjudicación.	I	R			
Ejecución de capacitación	I	R			

TAREA	Responsable de la implementación.	Responsable de la aprobación, Difusión y compromiso de Alta Dirección.	Responsable de la Capacitación para el SGC.	Responsable del análisis y mejora continua del SGC	Asesores Técnicos
Establecer candidatos a representante de la Alta dirección	I, A	R			
Elegir representante de la Alta dirección	I	R			
Elegir miembros del comité de calidad.	I	R			
Distribución de documentación a la alta dirección	I	R			
Distribución de documentación a las diferentes Jefaturas que componen la FOUES.	I	R			
Divulgar la misión, visión y política de calidad de FOUES	I		R		S
Dar a conocer los objetivos y beneficios que se esperan lograr con el proyecto	I		R		S

TAREA	Responsable de la implementación.	Responsable de la aprobación, Difusión y compromiso de Alta Dirección.	Responsable de la Capacitación para el SGC.	Responsable del análisis y mejora continua del SGC	Asesores Técnicos
Girar memorándum de convocatoria a reuniones	I		R		S
Reservación de local para capacitación	I		R		S
Ejecución de la capacitación.	I, S		R		S
Girar memorándum de convocatoria a reunión	I		R		S
Reservación de local para capacitación	I		R		S
Ejecución de la capacitación a Líderes y Auditores internos	I, S		R		S
Prueba piloto	I, A, S	S	S	R	S
Planificar la auditoria	I, A	S	S	R	S
Determinación del alcance y objetivos de la auditoria	I	S	S	R	S
Preparación de lista de verificaciones	I	S	S	R	S

TAREA	Responsable de la implementación.	Responsable de la aprobación, Difusión y compromiso de Alta Dirección.	Responsable de la Capacitación para el SGC.	Responsable del análisis y mejora continua del SGC	Asesores Técnicos
Realizar la auditoria interna de calidad	I	S	S	R	S
Preparación y elaboración de informe de auditoria	I	S	S	R	S
Presentación de informe de auditoría de calidad	I, A	S	S	R	S
Notificación de acciones preventivas y correctivas a Jefaturas	R, I	C, S	C, S	C, S	C, S
Reunión de Jefaturas para resolución de problemas detectados y definición de planes de acción	R, I	C, S	C, S	C, S	C, S
Reunión de comité de calidad para analizar acciones correctivas y preventivas	R, I	C, S	C, S	C, S	C, S
Ejecutar acciones correctivas y preventivas	R, I	C, S	C, S	C, S	C, S

TAREA	Responsable de la implementación.	Responsable de la aprobación, Difusión y compromiso de Alta Dirección.	Responsable de la Capacitación para el SGC.	Responsable del análisis y mejora continua del SGC	Asesores Técnicos
Evaluar la efectividad de las acciones correctivas y preventivas	R, I	C, S	C, S	C, S	C, S

1.3. Compromiso de implementación

1.3.1. Distribución de documentación

En este proceso se pueden identificar las siguientes actividades:

1. Distribución de documentos externos

- Identificación de dependencias destinatarias de acuerdo a la competencia.
- Clasificación de las comunicaciones.
- Organización de documentos en carpetas.
- Enrutamiento de documentos a dependencia competente.
- Reasignación de documentos mal direccionados.
- Registro de control de entrega de documentos recibidos.

2. Distribución de documentos internos

- Identificación de dependencias.
- Enrutamiento de documentos a dependencia competente.
- Registro de control de entrega de documentos internos.

3. Distribución de documentos enviados

- Definición de medios de distribución: personal, fax,, correo electrónico.
- Control del cumplimiento de requisitos del documento.
- Métodos de empaque y embalaje.
- Peso y porteo de documentos.
- Gestión del correo tradicional: Normal, certificado, especial.
- Control y firma de guías y planillas de entrega.
- Control de devoluciones.
- Organización mensajería externa.
- Registro de control de envío de documentos.

CAPÍTULO V
EVALUACIONES

CAPÍTULO V: EVALUACIONES

1 EVALUACIÓN DE VALOR AGREGADO

1.1 Valor agregado a la Institución

El concepto de valor agregado está enfocado en como la mejora, estandarización, actualización, codificación y documentación de los procesos contribuye a la gestión de la calidad de la FOUES, este valor agregado no se refiere a términos monetarios sino de calidad en los procesos que se transfiere en la calidad de los servicios y la satisfacción de los clientes de la misma.

Los sistemas de gestión de calidad se enfocan en el cumplimiento de los requisitos de los clientes de una empresa o institución a través de la mejora de la calidad de los procesos.

En general, entre los motivos por los cuales el proyecto genera valor agregado a la Facultad de Odontología tenemos los siguientes:

- 2 Provee información a Junta Directiva sobre la capacidad de la Facultad para cumplir con los objetivos estratégicos, en función de los procesos.
- 3 Identifica problemas, los que sí se resuelven, mejorarán el desempeño de los procesos de la Facultad.
- 4 Identifica oportunidades de mejora de los procesos y posibles riesgos.
- 5 Contribuye a la madurez de la Gestión de la calidad en la Facultad de Odontología, ya con el sistema implementado.

5.1.1 Madurez de la gestión de la calidad en la organización.

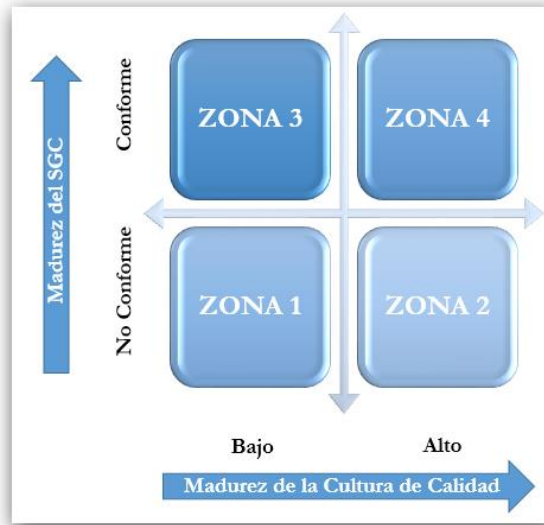
Conceptualmente, esto involucra:

■ Madurez de la cultura de Calidad

Entendiéndose como tal, el grado de toma de conciencia, compromiso, actitud colectiva y comportamiento de una organización respecto de la Calidad.

■ Madurez del SGC

Es el grado de cumplimiento con los requisitos normativos (ISO 9001:2008).



ZONA 1 (Esta es la situación actual de la FOUES):

Esto significa que la Facultad de Odontología se encuentra NO CONFORME a los requisitos de la ISO 9001:2008 y con una cultura baja con respecto a la conciencia de la Calidad en la organización.

Características de la Organización:

En estas situaciones se espera que le digan “cómo hacer” para implementar el SGC y/o resolver las No Conformidades.

- Se genera un conflicto de intereses.

¿Qué es valor agregado en este caso?

- Clarificar los requisitos de la Norma (“qué”)
- Identificar las No Conformidades (“porqué”)
- Consignar todas las no conformidades detectadas.

ZONA 2:

Alto el nivel de madurez de la calidad y SGC inmaduro, incumpliendo ISO 9001:2008.

Organización:

Similar a la Zona 1, es decir espera el “cómo hacer”, pero con mayores expectativas en el auditor.

¿Qué es valor agregado en este caso?

- Entender los procesos de la Organización en el contexto de la ISO 9001:2008 y no “insistir en que la organización redefina sus procesos y documentos para alinearlos con la estructura de cláusulas de la norma”
- Identificar problemas sistemáticos y generar las no conformidades asociadas con ellos.
- Lograr que se entienda la relevancia de los hallazgos.

ZONA 3 (Esta sería la situación inicial deseada en la Facultad):

Bajo nivel de madurez de la calidad y SGC maduro, **CONFORME** con la ISO 9001:2008.

Organización:

Situación típica cuando ha certificado hace tiempo, por requisitos de clientes, pero la cultura de la calidad no está implementada en la organización. El SGC funciona en paralelo a la gestión operativa de rutina.

¿Qué es valor agregado en este caso?

- Explicar y demostrar los beneficios de integrar el “día a día” con el SGC.
- Estimular a la Organización a ir más allá del cumplimiento de los requisitos normativos
- En la práctica, es importante la generación de oportunidades de mejora.

ZONA 4:

Alto el nivel de madurez de la Calidad y SGC maduro, conforme con la ISO 9001:2008.

ORGANIZACIÓN:

Habitualmente esperan auditorías superfluas y con escaso valor agregado, siendo esta situación un desafío para el auditor.

¿Qué es valor agregado en este caso?

- Aquí la Alta Gerencia es un Cliente muy importante.
- Por ello, es clave para el auditor conocer y entender los objetivos estratégicos, y enfocar la auditoría del SGC en este contexto.

5.2 Valor agregado al cliente (Pacientes, estudiantes y trabajadores)

La norma ISO 9001:2008 es una norma internacional enfocada a la satisfacción de los clientes, y en el caso de la FOUES se tienen tres tipos:

- Pacientes atendidos en clínicas.
- Estudiantes de la facultad de odontología
- Trabajadores de la facultad.

Para analizar el valor agregado que la implementación del sistema de gestión de calidad brindara a la facultad, deberá verse por separado a cada uno de estos clientes.

5.2.1 Valor agregado para los Pacientes

La Norma ISO 9001:2008 se basa principalmente en el cumplimiento de los requisitos del cliente para garantizar su satisfacción, algunos aspectos que garantizan la satisfacción de los clientes (pacientes) relacionados directamente con la norma son los siguientes:

- Calidad de los procesos de atención al paciente
- Eficiencia en la programación de citas
- Conocimiento de los requisitos del cliente
- Cumplimiento de los requisitos del cliente

Los procesos mejorados y estandarizados que interfieren directamente con los requisitos de los pacientes en clínicas son:

Tabla 52-Valor agregado para los procedimientos diseñados que intervienen directamente en atención a pacientes

Nombre del procedimientos	Descripción
“Elaboración Del Plan De Mantenimiento Para Unidades Dentales, Equipos Auxiliares Y Vehículos” (RF-P-1-1-2)	Con su fiel cumplimiento se obtienen instalaciones adecuadas para la prestación de los servicios en clínicas.
“Elaboración del Plan de Compras de la Unidad” (RF-P-1-2-2)	Garantizar el abastecimiento de equipos y materiales para los diferentes procedimientos de servicio en clínicas.
“Apertura de expediente” (AR-P-2-3-2)	Estandarización y documentación de los expedientes lo cual garantiza la eficiencia y control de las citas.

“tratamiento de emergencia” (CT-P-2-3-3)	Estandarización y documentación de los procedimientos a seguir en casos de emergencia lo cual garantiza la satisfacción de los clientes.
“elaboración de diagnóstico” (DG-P-2-3-4)	Estandarización y documentación de los procedimientos a seguir para la elaboración de diagnósticos lo cual garantiza la satisfacción de los clientes.
“Ejecución de tratamiento” (DC-P-2-3-6)	Estandarización y documentación de los procedimientos a seguir para la ejecución de tratamientos en clínicas lo cual garantiza la satisfacción de los clientes.
“Ejecución De Prácticas En Clínicas” (RF-P-2-1-2)	La ejecución de calidad de las prácticas estudiantiles en clínicas es primordial para garantizar la satisfacción del cliente.
“Ejecución De Horas Sociales” (EO-P-2-1-3)	Lo cual interviene directamente en las programaciones y atención especializada y de calidad para los pacientes en clínicas
“Planificación De Actividades De Clínicas” (DC-P-2-2-1)	Garantiza un monitoreo y control constante de las actividades clínicas es decir en base a una planificación.
“Gemación EL INFORME GENERAL DE INVENTARIO SEMESTRAL” (BG-P-3-1-5)	La estandarización y documentación de este procedimiento contribuirá a realizar controles de inventarios de materiales, lo cual garantizara su disponibilidad a futuro.
“Requisiciones y licitaciones de materiales dentales y equipo” (bg-p-3-2-2)	Procedimiento una vez estandarizado agiliza el proceso de licitación.
“pago a proveedores” (AF-P 3.2.4)	La estandarización de este proceso garantiza el pago efectivo a sus proveedores, contribuyendo así a que las entregas de materiales en general sean más eficientes
“actualización del arancel de tratamientos odontológicos” (DC-P 3.2.5)	La evaluación y ecualización del arancel odontológico brinda un costeo de los servicios actualizado y apegado a la comunidad de pacientes que visitan las clínicas FOUES.
“Reclutamiento y selección de docentes	Este procedimiento garantiza la correcta selección del personal docente, que cumpla

de la facultad (RH-P-3-3-4)”	con los requisitos de enseñanza aprendizaje así como de conocimientos prácticos en odontología, ofreciendo así al estudiante conocimientos que aportan directamente a los servicios en clínicas.
“solicitud y entrega de materiales a estudiantes (RDF-P-3-5-1.)”	Este procedimiento garantiza que los materiales requeridos para el tratamiento de los pacientes sean acordes al tipo de patología dental garantizando así el cumplimiento con los requisitos del cliente y su satisfacción.
“Control de material e insumos entregados (DC-P-3-5-2)”	La documentación y estandarización de este procedimiento contribuye a controlar y llevar registros de los insumos entregados para los servicios odontológicos.
“Elaboración de requisiciones a bodega (DC-P-3-5-3)”	Su estandarización y documentación permite llevar registros de las requisiciones y comparar las con inventarios general, generando mayores controles en el consumo de materiales y similares
“Elaboración de informes de movimiento de archivos de (DC-P-3-6-1)”	La estandarización de este procedimiento permite que exista un seguimiento y rastreo de los archivos en general, incluidos los archivos clínicos de los pacientes.
Elaboración de de expedientes de nuevos pacientes (DC-P-3-6-2)”	La estandarización de este procedimiento permite generar los requisitos de documentación que debe de contener un expediente completo, con el fin de poder tener todos los datos del paciente que permitan tanto la comunicación con el mismo como la información completa.
“Registro de deudas por estudiante (DC-P-3-6-3)”	Este procedimiento permite el registro y control de deudas de los estudiantes.
Fuente: elaboración propia en base a manual de procedimientos FOUES	

5.2.2 Valor agregado para los Estudiantes

Como parte de la mejora de procesos y el enfoque al cumplimiento de los requisitos de los clientes en función de obtener además una gestión de calidad, se ha dado un valor agregado en cuanto a lo siguiente:

- Mejora de la calidad en los procesos administrativos
- Eficiencia en los procesos académicos a través de su estandarización
- Mejora de la calidad en los procesos de enseñanza aprendizaje
- Cumplimiento de los requisitos de los procesos de enseñanza aprendizaje

Algunos de los procesos y procedimientos en los que se añadió valor agregado a través de su documentación, estandarización y mejora son los siguientes:

Tabla 53. Valor agregado para los procedimientos diseñados que intervienen en el proceso de enseñanza aprendizaje

Nombre del procedimientos	Valor agregado
“Elaboración Del Plan De Mantenimiento Para Unidades Dentales, Equipos Auxiliares Y Vehículos” (RF-P-1-1-2)	Con el fiel cumplimiento del plan, instalaciones adecuadas para el proceso de enseñanza aprendizaje.
“Elaboración del Plan de Compras de la Unidad” (RF-P-1-2-2)	Abastecimiento de equipos y materiales para el proceso de enseñanza aprendizaje.
Actualización del arancel de tratamientos odontológicos” (RF-P-1-2-3)	Estandarización, calendarización y documentación del procedimiento de actualización del arancel de los tratamientos odontológicos que ayuda al estudiante en el costeo de los mismos.
“Ejecución De La Enseñanza-Aprendizaje” (EO-P-2-1-1)	Estandarización, medición, control, seguimiento y planificación adecuada de los procesos de enseñanza en la FOUES.
“Ejecución De Prácticas En Clínicas” (RF-P-2-1-2)	Control y estandarización de las practicas en clínicas FOUES
“Ejecución De Horas Sociales” (EO-P-2-1-3)	Control y seguimiento de los procedimientos de horas sociales de los estudiantes de las FOUES
“Planificación De Actividades De Clínicas” (DC-P-2-2-1)	Estandarización y calendarización de las actividades clínicas de enseñanza a aprendizaje, información a al alcance de todos.
“control de actividades de estudiantes en servicio social” (DC-P-2-2-2)	Control y seguimiento de las actividades de servicio social, lo cual también contribuye a los servicios brindados a los pacientes FOUES.
“Recepción de pacientes” (IN-P-2-3-1)	Eficiencia y estandarización del procedimiento de recepción de pacientes.

5.2.3 Valor agregado para los Trabajadores

Debido a que la Norma ISO 9001:2008 es una norma de carácter internacional que se enfoca en la gestión de calidad y la satisfacción del cliente, los empleados ya sean docentes o personal administrativo al estar capacitados la aplicación de la norma ISO 9001:2008 poseen un reconocimiento internacional y la garantía de una gestión de calidad en cuanto:

- Estandarización de los procesos
- Documentación de los procesos
- Información disponible, identificable y actualizada sobre los procesos
- Eficiencia en los procesos
- Eficacia en los procesos
- Medios de medición del trabajo y los procesos

El listado de los procesos que fueron mejorados, estandarizados y documentados a través de la norma ISO 9001:2008 son los siguientes:

Tabla 54. Valor agregado para los procedimientos diseñados que intervienen directamente en los empleados de la FOUES

Nombre del procedimientos	Valor agregado
Elaboración de Informes técnicos” (RF-P-1-1-1)	Proporciona control en los informes contables y de área financiera de manera estandarizada y documentada.
“Elaboración Del Plan De Mantenimiento Para Unidades Dentales, Equipos Auxiliares Y Vehículos” (RF-P-1-1-2)	Estandarización, calendarización y documentación del plan de mantenimiento para garantizar su medición y seguimiento.
“Elaboración de políticas y estrategias” (RF-P-1-2-1)	Estandarización de los procedimientos de elaboración de políticas y estrategias internas y su documentación.
“Elaboración del Plan de Compras de la Unidad” (RF-P-1-2-2)	Estandarización del procedimiento de realización del plan de compras, calendarización y presupuestos con el fin de proporcionar las cantidades y calidades de insumos requeridas por cada unidad.
“Elaboración de documentación referente a la Dirección de Clínicas y jefatura de clínicas intramurales para Comité técnico asesor” (RF-P-1-2-4)	Estandarización, control y archivo de lo concerniente a la documentación de clínicas Intramurales.
“Licitación de materiales y equipos dentales” (RF-P-1-2-5)	Estandarización de los procesos de licitación de materiales dentales,.

“Control Presupuestario (PEP)” (RF-P-1-3-1)	Estandarización del procedimiento del control presupuestario, documentación y medios de seguimiento de cumplimiento del mismo.
“Cierre Del Ejercicio Fiscal (Enero-Diciembre)” (RF-P-1-3-2)	Estandarización, documentación y medios de control de los procedimientos de cierre del ejercicio fiscal anual de la facultad.
“Elaboración Del Plan De Trabajo Anual Y Memoria De Labores De La Unidad” (RF-P-1-3-3)	Estandarización, documentación y medios de control de los procedimientos de elaboración del plan anual y memoria de labores de las unidades.
“Elaboración Del Anteproyecto De Presupuesto De Cada Unidad” (RF-P-1-3-4)	Estandarización, documentación y medios de control de los procedimientos de elaboración del anteproyecto de presupuesto de las diferentes unidades de la FOUES.
“Elaboración De Informes Contables, Financieros Y Presupuestarios” (RF-P-1-4-1)	Estandarización, documentación y medios de control de los procedimientos de elaboración de informes contables.
“Registro Y Control De Los Dictámenes Técnicos Financieros De Las Diferentes Fuentes De Financiamiento” (AF-P-1-4-2)	Estandarización, documentación y medios de control de los procedimientos de los dictámenes técnicos y financieros y la documentación además de opciones de fuentes de financiamiento.
Registro Financiero De Los Acuerdos Del CSU” (AF-P-1-4-3)	Estandarización, documentación y medios de control de los procedimientos de archivo y registro de los acuerdos financieros del Consejo Superior Universitario.
“Control De Vales De Combustible” (AF-P-1-4-4)	Estandarización, documentación y medios de control de los procedimientos de archivo y conteo de vales de combustible para la FOUES.
“Planificación De Actividades De Clínicas” (DC-P-2-2-1)	Estandarización y calendarización de las actividades clínicas, proyección y planificación del trabajo, contribuye al abastecimiento de materiales y equipos en clínicas.
“control de suministros de bodega de dirección de clínicas” (DC-P-2-2-5)	Estandarización en los medios de control interno de los suministros que garantiza la eficiencia en el trabajo y la satisfacción de los clientes.
“control de solvencia de los estudiantes programados” (DC-P-2-2-6)	Estandarización del control de solvencias de estudiantes.
“Recepción de pacientes” (IN-P-2-3-1)	Eficiencia y estandarización del procedimiento de recepción de pacientes.
“Recepción de mercadería y equipo que no necesita instalación y equipo que necesita instalación de los proveedores” (BG-P-3-1-1)	Documentación, estandarización y control de los procedimientos de recepción de equipos que requieren o no instalación.

“Control de salida de los materiales dentales a arsenales.” (BG-P-3-1-2)	Control y estandarización de los inventarios de cada una de las mini bodegas denominadas arsenales, seguimiento de los materiales.
“Generación el informe general de inventario semestral” (BG-P-3-1-5)	La estandarización y documentación de este procedimiento permite la generación de compras oportunas y el seguimiento de las mismas, además de ofrecer datos estadísticos que contribuirán a realizar proyecciones de compra.
“Generación de compras” (FN-P-3-2-1)	Estandarización de la generación de las compras y control de los registros.
“pago a proveedores” (AF-P 3.2.4)	Permite que el personal encargado siga un procedimiento estandarizado acorde a los requerimientos a la unidad de la unidad de pagos de la universidad.
“Elaboración de planillas (RH-P-3-3-1)	Permite tener un registro del procedimiento, además de establecer los requisitos necesarios para la elaboración de planillas del personal de la facultad de odontología de la universidad.
“actualización de base de datos del sistema de información de recursos humanos” (RH-P-3-3-2)	Permite mantener registros actualizado acerca de los currículos de los docentes y personal administrativo, lo cual para efectos de la apertura de nuevos proyectos permite la escogitación del personal que cumple con los requerimientos del proyecto o actividad.
“Elaboración de informes de asistencia y permisos del personal (RH-P-3-3-3)”	Permite mantener documentación y registros que contribuyen a la elaboración de planillas.
“Reclutamiento y selección de docentes de la facultad (RH-P-3-3-4)”	Permite mantener registros del reclutamiento del personal así como establecer un procedimiento estandarizado para tal fin.
“acuerdos de nombramiento de junta directiva o del decano(RH-P-3-3-5)”	La estandarización y documentación de los acuerdos de ajunta permite su ejecución y consulta posterior con fines informativos o instructivos, así se ejecutan los acuerdos en congruencia con los mismos.
“licitación de servicio de mantenimiento de aires acondicionados(RDF-P3-4-1)”	Estandarización de los procedimientos de licitaciones, documentación y registro.
“licitación de servicio de mantenimiento de equipos de compresión y succión(RDF-P-3-4-2)”	Estandarización de los procedimientos de licitaciones, documentación y registro.
Fuente: elaboración propia	

6 EVALUACIÓN DE CALIDAD

6.1 Estimación del Nivel de cumplimiento de los requisitos de la Norma ISO 9001:2008

En el presente trabajo de grado, se cumple con algunos de los requisitos establecidos en la norma ISO 9001:2008 debido un cumplimiento del 100% de la norma solo puede ser posible a través de su implementación y la certificación de la institución en la cual es implementada.

6.2 Reducción de la brecha con respecto al Diseño del Sistema de Gestión de Calidad basado en la Norma ISO 9001:2008.

6.2.1 Reducción de la brecha existente con el SGC

Debido a que el diseño del sistema de gestión se realizó a nivel diseño y no de implementación propiamente algunos requisitos no pudieron ser completados y cumplidos, a continuación se presenta una tabla con puntuaciones de “1” si el requisito puede ser cumplido y de “0” en caso contrario:

REQUERIMIENTO	POSIBILIDAD DE SU CUMPLIMIENTO	PUNTAJE	% DE CUMPLIMIENTO
4. SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD			
¿Se encuentran identificados los procesos internos de la facultad?	SI	1	100%
¿Son identificados y controlan los procesos subcontratados externamente por la FOUES?	SI	1	
4.2 Requisitos de la documentación			
4.2.1 Generalidades			
¿Cuenta la FOUES con una declaración documentada de visión?	SI	1	100%
¿Cuenta la FOUES con una declaración documentada de misión?	SI	1	
¿La FOUES cuenta con un manual de organización?	SI	1	
¿La FOUES cuenta con un manual de puestos?	SI	1	
¿La FOUES cuenta con un manual de funciones?	SI	1	

¿La FOUES cuenta con un manual de procedimientos?	SI	1	
¿Los documentos antes mencionados y existentes en la FOUES están al alcance de todo el personal de la misma?	SI	1	
¿Los empleados de su unidad trabajan en base a procedimientos establecidos?	SI	1	
4.2.2 Manual de la calidad			
¿Cuenta la FOUES con un manual de calidad?	SI	1	50%
¿El manual de calidad incluye el alcance del sistema de gestión de la calidad?	NO	0	
¿El manual incluye o cita a todos los procedimientos documentados?	SI	1	
¿El manual de calidad incluye una descripción de las interacciones entre los procesos de la facultad?	NO	0	
4.2.3 Control de los documentos			
¿Existe un procedimiento documentado para el control de los documentos tales como: manual de calidad, manual de funciones, manual de procesos etc.?	SI	1	100%
¿Existe una metodología documentada adecuada para la aprobación de los documentos tales como: manual de calidad, manual de funciones, manual de procesos etc.?	SI	1	
¿Existe una metodología documentada adecuada para la revisión y actualización de documentos?	SI	1	
¿Existe una metodología documentada adecuada para la identificación de los cambios de los documentos y el estado de la versión vigente?	SI	1	
¿Existe una metodología documentada adecuada para la distribución de los documentos que los haga disponibles en los puestos de trabajo?	SI	1	
¿Los documentos son legibles e identificables?	SI	1	
¿Existe una metodología adecuada para evitar el uso de documentos obsoletos?	SI	1	
¿Los documentos obsoletos han sido tratados según la metodología definida?	SI	1	

4.2.4 Control de los registros			
¿Existe un procedimiento documentado para el control de los registros en general?	SI	1	100%
¿Existe una metodología para la identificación, almacenamiento, protección, recuperación y disposición de los registros?	SI	1	
¿El procedimiento describe la conservación y protección de registros en formato digital?	SI	1	
¿Se realizan copias de seguridad de los registros informáticos?	SI	1	
5. Responsabilidad de la dirección			
5.1 Compromiso de la dirección			
¿La alta dirección comunica a la organización la importancia de satisfacer los requisitos de los clientes y los requisitos legales correspondientes a los servicios ofertados dentro de la FOUES?	SI	1	100%
Existe un compromiso con la satisfacción de los usuarios de la FOUES por parte de la alta dirección:	SI	1	
¿La alta dirección establece los objetivos y políticas que tienen que ver con la calidad de los servicios brindados?	SI	1	
Si su respuesta anterior fue “Si”, se encarga la alta dirección de comunicarlos al resto de la FOUES	SI	1	
¿Se asegura la alta dirección de disponibilidad de recursos para un desempeño eficiente de los procesos en la FOUES?	SI	1	
5.2 Enfoque al cliente			
¿La alta dirección está realmente comprometida con el incremento de la satisfacción de los clientes?	SI	1	100%
¿Se cuenta con algún mecanismo de control que permita analizar la satisfacción de los clientes de la FOUES?	SI	1	
5.3 Política de la calidad			
¿Se encarga la alta dirección (jefes de unidad y decanato) de la difusión de la misión y visión de la FOUES	SI	1	100%
¿Cuenta la Institución con objetivos y políticas de calidad establecidas?	SI	1	

¿Estas políticas y objetivos se encuentran acordes a la misión y visión de la FOUES?	SI	1	
existe una persona o unidad delegada para velar por la calidad de los servicios de la institución	SI	1	
5.4 Planificación			
5.4.1 Objetivos de la calidad			
¿Los objetivos de calidad son formulados para cada uno de los niveles de la FOUES?	SI	1	100%
¿Los objetivos de la calidad están de acuerdo a las directrices de la política de la FOUES?	SI	1	
¿Los objetivos son medibles y están asociados a un indicador?	SI	1	
¿Los objetivos se encuentran desarrollados en planes de actividades para su cumplimiento?	SI	1	
¿Se encuentran definidos los recursos, las fechas previstas y responsabilidades para las actividades del plan de objetivos?	SI	1	
5.4.2 Planificación del sistema de gestión de la calidad			
¿Se encuentran planificados los procesos del sistema de gestión de la calidad?	NO	0	0%
¿Se encuentran planificados los objetivos del sistema de gestión de a calidad?	NO	0	
5.5 Responsabilidad, autoridad y comunicación			
5.5.1 Responsabilidad y autoridad			
¿Están correctamente definidas las responsabilidades y autoridades dentro de las unidades de la FOUES?	SI	1	100%
¿Existe un documento que contenga un organigrama de la institución?	SI	1	
¿Las relaciones jerárquicas concuerdan realmente con las definidas en el organigrama?	SI	1	
5.5.2 Representante de la dirección			
¿Se encuentra documentada la asignación de representante de la dirección a algún cargo o puesto de la organización?	NO	0	0%
¿Dentro de las responsabilidades del puesto de trabajo de representante de la dirección se incluye el aseguramiento del establecimiento, implementación y mantenimiento de los procesos del sistema?	NO	0	

¿Dentro de las responsabilidades del puesto de trabajo de representante de la dirección se incluye la de informar a la alta dirección sobre el desempeño del sistema y de las necesidades de mejora?	NO	0	
¿Dentro de las responsabilidades del puesto de trabajo de representante de la dirección se incluye la de asegurarse de la promoción de la toma de conciencia de los requisitos del cliente?	NO	0	
¿Existen evidencias documentadas del cumplimiento de las responsabilidades?	NO	0	
5.5.3 Comunicación interna			
¿Existe una eficaz comunicación interna en la FOUES que permita el buen desempeño de los procesos?	SI	1	100%
5.6 Revisión por la dirección			
5.6.1 Generalidades			
¿Se encuentran definida la frecuencia de realización de las revisiones del sistema por la dirección?	NO	0	100%
¿Se incluye en el registro de informe de revisión el análisis de oportunidades de mejora, la necesidad de cambios en el sistema y el análisis de la política y los objetivos de la calidad?	NO	0	
¿Se identifican y mantienen los registros de la revisión por la dirección?	SI	1	
5.6.2 Información de entrada para la revisión			
¿El informe de revisión del sistema de gestión de calidad contiene los resultados de las auditorías internas?	NO	0	0%
¿El informe de revisión del sistema de gestión de calidad contiene los resultados de satisfacción del cliente y sus reclamos?	NO	0	
¿El informe de revisión contiene el análisis de indicadores de desempeño de cada uno de los procesos?	NO	0	
¿El informe de revisión del sistema de gestión de calidad contiene el estado de las acciones correctivas y preventivas?	NO	0	
¿El informe de revisión contiene el análisis de las acciones resultantes de revisiones anteriores?	NO	0	

¿El informe de revisión del sistema de gestión de calidad contiene la necesidad de cambios que afecten al sistema de gestión de la calidad?	NO	0	
¿El informe de revisión contiene las recomendaciones para la mejora?	NO	0	
5.6.3 Resultados de la revisión			
¿El informe de revisión del sistema de gestión de calidad contiene las decisiones y acciones relacionadas con la mejora de la eficacia del sistema de gestión de la calidad?	NO	0	0%
El informe de revisión del sistema de gestión de calidad contiene las decisiones y acciones relacionadas con la mejora del producto?	NO	0	
¿El informe de revisión define los recursos necesarios para el desarrollo de estas acciones?	NO	0	
6 GESTIÓN DE LOS RECURSOS			
6.1 Provisión de recursos			
¿Dispone la organización de los recursos necesarios para mantener el sistema de gestión de la calidad y aumentar la satisfacción del cliente?	NO	0	0%
6.2 Recursos humanos			
6.2.1 Generalidades			
¿Es el personal competente para la realización de sus trabajos?	SI	1	
Se encuentra definida la competencia necesaria para cada puesto de trabajo teniendo en cuenta la educación, formación, habilidades y experiencia apropiadas?	SI	1	
¿Existe un plan de formación o de logro de competencias?	SI	1	
¿Existe una metodología definida para la evaluación de la eficacia de las acciones formativas emprendidas?	SI	1	
¿Existen registros de plan de formación, competencia necesaria de cada puesto, ficha de empleado y actos o certificados de formación, o similares?	SI	1	
¿Existe evidencia documentada del cumplimiento de los requisitos de competencia para cada empleado de la organización?	SI	1	100%

6.2.2 Competencia, formación y toma de conciencia			
¿La alta dirección se asegura de que el personal que se encuentra en cada puesto cumpla con los requerimientos en cuanto a formación académica y conocimientos para desempeñar dicho puesto o función?	SI	1	100%
¿Se tiene un plan de capacitación para el personal recién contratado?	SI	1	
¿Es realmente utilizado este plan?	SI	1	
¿Se cuenta con un plan de capacitación continua al personal?	SI	1	
¿Es realmente utilizado este plan?	SI	1	
¿Se llevan por escrito registros de estas capacitaciones?	SI	1	
6.3 Infraestructura			
¿Se encuentra identificada la infraestructura necesaria (edificios, áreas, oficinas) y existente para la realización de los procesos de trabajo de la facultad?	SI	1	100%
¿Existen planes o rutinas de mantenimiento preventivo para cada uno de los equipos (equipos de clínicas, computadoras, etc.)?	SI	1	
¿Existen registros de las acciones de mantenimiento correctivo y preventivo para los equipos (equipos de clínicas, computadoras, etc.)?	SI	1	
¿Existe una metodología definida para la realización de estas tareas de mantenimiento?	SI	1	
6.4 Ambiente de trabajo			
¿Existe condiciones ambientales adecuadas para la realización del trabajo (temperatura, limpieza de las áreas, ordenamiento específico)?	SI	1	100%
7. Realización del producto			
7.1 Planificación de la realización del producto			
¿Existe una planificación de los servicios que presta la FOUES?	SI	1	100%
¿Esta planificación es realizada por los jefes de cada unidad?	SI	1	
7.2 Procesos relacionados con el cliente			
7.2.1 Determinación de los requisitos relacionados con el producto			

¿Se encuentran documentados los requisitos de servicio del cliente, incluyendo condiciones de inicio y finalización del servicio en clínicas?	SI	1	100%
¿Se han definido requisitos no especificados por el cliente pero propios del servicio?	SI	1	
¿Existe una metodología definida para la determinación de estos requisitos?	SI	1	
7.2.2 Revisión de los requisitos relacionados con el producto			
¿Son revisados los requisitos relacionados con el servicio?	SI	1	100%
7.2.3 Comunicación con el cliente			
¿Existe una metodología que permita una comunicación eficaz con los clientes y/o alumnos de la facultad?	SI	1	100%
¿Se registran los resultados de satisfacción del cliente y sus quejas?	SI	1	
7.3 Diseño y desarrollo			
7.3.1 Planificación del diseño y desarrollo			
¿La organización planifica y controla el diseño y desarrollo de los servicios que brinda la FOUES?	SI	1	100%
¿Existe una persona o unidad encargada del diseño y desarrollo de los servicios que brinda la FOUES?	SI	1	
7.3.2 Elementos de entrada para el diseño y desarrollo			
¿Para el diseño y desarrollo de los servicios de la FOUES se tienen en cuenta los requisitos del cliente?	SI	1	100%
¿Para el diseño y desarrollo de los servicios de la FOUES se tienen en cuenta los requisitos legales correspondientes?	SI	1	
7.3.3 Resultados del diseño y desarrollo			
¿Los resultados del diseño y desarrollo de los servicios reflejan los verdaderos requisitos de los mismos?	SI	1	100%
7.3.4 Revisión del diseño y desarrollo			
¿Se evalúa la capacidad de los resultados diseño y desarrollo para cumplir con los requisitos de servicio?	SI	1	100%

¿Se realizan revisiones sistemáticas para identificar problemas y emprender las acciones necesarias?	SI	1	
7.3.5 Verificación del diseño y desarrollo			
¿Se realiza la verificación del diseño y desarrollo de los servicios bajo el enfoque del cumplimiento de lo planeado?	SI	1	100%
7.3.6 Validación del diseño y desarrollo			
¿Se confirma que el diseño y desarrollo de los servicios cumplen con los requerimientos de los clientes?	SI	1	100%
7.3.7 Control de los cambios del diseño y desarrollo			
¿se realizan cambios en el diseño y desarrollo de los servicios de la FOUES?	SI	1	100%
7.4 Compras			
7.4.1 Proceso de compras			
¿Son establecidos previamente los requisitos que deben cumplir los productos que planean comprarse?	SI	1	100%
¿Existen criterios de selección para proveedores?	SI	1	
¿Existe evidencia de los criterios que se utilizan para seleccionar a los proveedores?	SI	1	
7.4.2 Información de las compras			
¿Los pedidos de compras (artículos, insumos, maquinaria, equipo, papelería) contienen información de los requisitos y especificaciones?	SI	1	100%
¿Existe una metodología y planeación acerca de los pedidos de compra?	SI	1	
7.4.3 Verificación de los productos comprados			
¿Existe una metodología definida para la inspección de los productos comprados?	SI	1	100%
¿Son realmente inspeccionados los productos comprados al recibirlos?	SI	1	
7.5 producción y prestación del servicio			
7.5.1 Control de la producción y de la prestación del servicio			
Para la prestación de los servicios de la FOUES ¿existen instrucciones definidas o protocolos de trabajo?	SI	1	100%

7.5.2 Validación de los procesos de la producción y de la prestación del servicio			
¿Existen registros de la validación de los procesos?	SI	1	100%
7.5.3 Identificación y trazabilidad			
En el caso que se necesita, ¿es identificable el estado de un proceso (iniciado, en revisión, retroceso, etc.)?	SI	1	100%
7.5.4 Propiedad del cliente			
¿Se encarga la FOUES de identificar, archivar y proteger los datos de expediente tanto de alumnos como de los pacientes de la misma?	SI	1	100%
¿Se encarga la FOUES de verificar los datos de expediente tanto de alumnos como de los pacientes de la misma?	SI	1	
7.5.5 Preservación del producto			
¿durante los servicios odontológicos, ¿es preservada y protegida la integridad física de los pacientes?	SI	1	100%
7.6 control de los equipos de seguimiento y de medición			
¿Existe un equipo que brinde seguimiento y medición de la calidad y satisfacción de los clientes al recibir servicios?	SI	1	100%
8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA			
8.2 Seguimiento y Medición			
8.2.1 Satisfacción del cliente			
¿Se realiza un seguimiento en cuanto al desempeño de sistema de gestión relativo a la percepción del cliente respecto de sus requisitos en el servicio?	NO	0	75%
¿Determinan los métodos para establecer el seguimiento y medición de los requisitos y satisfacción de los clientes?	SI	1	
¿Está satisfecho con los servicios recibidos dentro de las clínicas FOUES? (pregunta para pacientes)	SI	1	
¿Recomendaría los servicios de las clínicas FOUES a amigos y familiares?	SI	1	
8.2.2 Auditoría interna			
¿Son las auditorías internas programadas de acuerdo a una calendarización?	SI	1	100%

8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos			
¿Existen indicadores adecuados para cada uno de los procesos dentro de la FOUES?	SI	1	
Está definida la responsabilidad y la frecuencia para la realización del seguimiento de los indicadores?	SI	1	
¿Se emprenden acciones a partir del análisis de indicadores?	SI	1	
8.2.4 Seguimiento y medición del producto (servicio)			
¿Se encuentran definidas las pautas de inspección final de los servicios?	SI	1	100%
¿Existen registros de estas inspecciones finales?	SI	1	
8.3 Control del producto no conforme			
¿Existe un procedimiento documentado para el control de los servicios no conformes y el tratamiento de las no conformidades?	si	1	100%
¿Se toman acciones para la solución de las no conformidades?	SI	1	
8.4 Análisis de datos			
¿Existe evidencia del análisis de datos del sistema (resultados de auditorías, satisfacción del cliente etc.)?	si	1	100%
¿Se emprenden acciones a partir de este análisis?	si	1	
8.5 Mejora			
8.5.1 Mejora continua			
¿Existe evidencia de acciones emprendidas para la mejora continua de los servicios de la FOUES?	SI	1	100%
8.5.2 Acción correctiva			
¿Existe procedimiento documentado para las acciones correctivas dentro de la FOUES?	SI	1	100%
¿Existe análisis de causas de los problemas?	SI	1	
8.5.3 Acción preventiva			
¿Existe procedimiento documentado para las acciones preventivas dentro de la FOUES?	SI	1	
¿Existe análisis de causas de los posibles problemas dentro de la FOUES?	SI	1	
total de cumplimiento			87.13%

Conclusión: el nivel de cumplimiento para el presente trabajo de grado fue del 87.13%. Debido a que su cumplimiento sería de un 100% se si tratara de la implementación y no del diseño del sistema.

6.3 Resumen del cumplimiento de los requisitos más representativos de la brecha con la Norma ISO 9001:2008 de la Situación Actual y con el Diseño del Sistema de Gestión de Calidad para la FOUES

En la siguiente tabla se muestra un resumen por apartado del nivel de cumplimiento de la norma ISO 9001:2008 para la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador:

Tabla 55: Resumen de cumplimiento esperado de la Norma

APARTADO	NIVEL DE CUMPLIMIENTO
4. SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	92.3%
5. RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN	53.65%
6 GESTIÓN DE LOS RECURSOS	95.0%
7. REALIZACIÓN DEL PRODUCTO	100%
8. MEDICIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA	94.7%
PROMEDIO	87.13%

7 EVALUACIÓN ECONÓMICA

7.1 Inversión Inicial

7.1.1 Costo de Diseño del sistema

Este rubro de costo está referido al pago a consultores por la elaboración del diseño del sistema, que incluye lo siguiente:

- Elaboración del diagnóstico para la determinación del universo de procesos y procedimientos, determinación de procesos clave y la brecha existente entre la situación actual y los requerimientos de la norma.
- Establecimiento de política y objetivos de calidad, mapeo de procesos, diseño de los manuales de calidad, procedimientos, guía de elaboración de documentos, etc.

Sólo como información general, se da a conocer los costos involucrados para estas actividades que fueron realizadas por las estudiantes de esta tesis, y no serán considerados en la evaluación económica.

Dichos costos se muestran a continuación:

Costo Mensual por consultor: \$1000, 2 consultores:

Elemento del SGC	Duración del elemento (días hábiles)	Costo diario (\$)	Costo total de diseño (\$)
Establecimiento de la brecha actual con respecto a las normas ISO 9001:2008	28	\$66.67	\$1,866.76
Establecimiento de políticas y estrategias de diseño e implementación del SGC	5	\$66.67	\$333.35
Diseño de documentación del sistema	28	\$66.67	\$1,866.76
Prueba piloto y primer auditoría	10	\$66.67	\$666.70
Total		\$4,733.57	

Fuente: elaboración propia.

Tabla 56 Costo de diseño-honorarios de consultores

El costo total por el diseño y honorarios de los consultores es de \$ 4,733.57

7.1.2 Costos de documentación del Sistema de Gestión de Calidad

Los costos de documentación se calculan con el costo físico de los documentos creados en la etapa de diseño.

La distribución de estos documentos será de exclusiva responsabilidad de la Facultad de Odontología, específicamente de la Secretaría del Decanato. Las copias se entregarán a las siguientes personas:

PUESTO	ORIGINAL	COPIA
Decano	1	
Vicedecano	1	
Directora de Planificación		1
Jefa de Administración Financiera		1
Jefa de RRHH		1
Comité Técnico Asesor	1	
Junta Directiva	1	
Jefe de Unidad de Recursos y Desarrollo Físico		1
Secretario de la Facultad		1
Director de Clínicas	1	
TOTAL	5	5

Listado de documentos a distribuir

TIPO DE DOCUMENTO	N° DE PAGINAS	N° DE COPIAS
Manual de Calidad	13	10
Listado Maestro de Documentos	8	10
Manual de Procedimientos	179	10
Manual de Organización	93	10
Manual de Funciones	122	10
Guía para la elaboración de documentos	11	10

Calculo del costo de los documentos a distribuir

TIPO DE DOCUMENTO	N° DE PAGINAS	N° DE COPIAS	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
Manual de Calidad	13	10	\$0.03	\$3.90
Listado Maestro de Documentos	8	10	\$0.03	\$2.40
Manual de Procedimientos	179	10	\$0.03	\$53.70
Manual de Organización	93	10	\$0.03	\$27.90
Manual de Funciones	122	10	\$0.03	\$36.60
Guía para la elaboración de documentos	11	10	\$0.03	\$3.30
TOTAL			\$127.80	

Hay que aclarar que la Facultad de Odontología cuenta con un área de Impresiones, en la cual se imprimen y sacan fotocopias a exámenes, programas entre otros documentos, por lo cual se ha

considerado un promedio del valor actual en el mercado de las fotocopias e impresiones en las cercanías de la Universidad.

Se tiene un costo total de la documentación es de \$ 127.80

Además del costo de papelería de la documentación, se tiene el tiempo que dedican las Jefaturas a la revisión de los documentos del sistema de Gestión de Calidad, el cual se ha denominado Costo asociado a la revisión de la documentación.

7.1.2.1 Calculo asociado a la revisión del sistema.

CARGO	TIEMPO REQUERIDO EN HORAS	NUMERO DE PERSONAS	COSTO HORA / HOMBRE	COSTO TOTAL
Decano	8	1	\$ 11.33	\$ 90.67
Vicedecano	8	1	\$ 10.31	\$ 82.50
Directora de Planificación	8	1	\$ 9.25	\$ 74.00
Jefa de Administración Financiera	8	1	\$ 6.10	\$ 48.83
Jefa de RRHH	8	1	\$ 5.88	\$ 47.00
Comité Técnico Asesor	8	5	\$ 43.90*	\$ 43.90
Jefe de Unidad de Recursos y Desarrollo Físico	8	1	\$ 5.88	\$ 47.00
Secretario de la Facultad	8	1	\$9.48	\$ 75.83
Director de Clínicas	8	1	\$ 7.58	\$ 60.67
TOTAL			\$ 570.40	

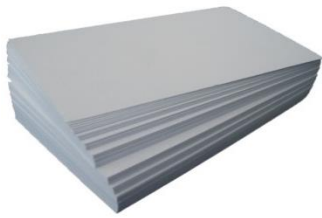
Los salarios de los empleados administrativos, docentes (incluyendo el sobresueldo) se extrajeron del REGLAMENTO GENERAL DEL SISTEMA DE ESCALAFÓN DEL PERSONAL DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR Y DE LA PROPUESTA DE PRESUPUESTO PARA EL AÑO 2014 PUBLICADO POR EL MINISTERIO DE HACIENDA (3101: UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR)

**Por lo que el costo total asociado a la documentación es de \$ 127.80 + \$ 570.40
= \$ 698.20**

7.1.3 Costos de implementación

7.1.3.1 Costos de equipamiento.

Equipo	Proveedor	Cantidad	Costos	imagen	Proveedor
Computadora	Computadora All In One 19.5" Procesador: Celeron 1017u Memoria Ram: 4 Gb Disco Duro: 500 Gb Pantalla 19.5" Led Sistema Operativo: Windows 8 Segmento: Hogar Garantía De 1 Año Con El Fabricante	3	\$763.50		Office Depot
Impresor multifuncional	Multifuncional Canon MX360	3	\$97.50		Grupo RAF
Resmas de papel bond tamaño carta	Base 80	21	\$67.2		Papelera el Pital

					
Caja de lapiceros	Bic	3	\$4.32		Papelera el Pital
Tinta color negro	Cn 210	6	\$45.87		Papelera el Pital
Tinta a color	CN211	6	\$54.00		Papelera el Pital
Cinta Scotch	Scotch	6	\$2.28		Papelera el Pital
Fuente: elaboración propia en base a cotizaciones de proveedores					

7.1.3.2 Costos relacionados con el mantenimiento de equipo.

En el caso de los equipos computacionales (recambio de tintas, papel, limpieza) se realizará un mantenimiento preventivo y correctivo cuando sea necesario. Este equipo no presentará una mayor dificultad debido a será equipo nuevo.

Equipo	Tipo de mantenimiento	Costo	Frecuencia	Costo al año
Computadoras y periféricos	Preventivo y Correctivo	\$25.00	Cada mes.	\$300.00
Fuente: elaboración propia				

7.1.3.3 Costos relacionados a las capacitaciones de empleados, comité de calidad y auditores internos

En el caso de los costos de capacitación en la norma ISO 9001:2008, se tienen 3 grupos a capacitar:

- Empleados en general
- Comité de calidad
- Auditores internos

7.1.3.3.1 Capacitación a empleados

Las capacitaciones a los empleados de la FOUES serán impartidas a todos independientemente de su cargo, incluye secretarías, directores de unidad, asistentes, jefes de departamento, miembros d junta directiva y decanato, para estas capacitaciones, no se incurrirá en ningún costo debido a que estudiantes de horas sociales de la Escuela de Ingeniería Industrial de la UES, podrán impartirlas, ya que estas consistirán en las generalidades e interpretación de la norma ISO 9001:2008:

Tabla 57 Cotización de las capacitaciones para empleados en general de la FOUES

Grupo	Capacitación	Empresa Capacitadora	Cantidad de empleados	Duración	Costo de la capacitación	Periodicidad	Costo total
Empleados	Norma ISO 9001:2008 e interpretación	Estudiantes	Toda la facultad	52 horas	\$0.00	1 vez al año durante los primeros 3 años	\$0.00

7.1.3.3.2 Capacitación a los auditores internos

Las capacitaciones impartidas a los auditores internos del SISTEMA DE Gestión de Calidad de la FOUES, serán impartidas una empresa especializada en este tema, a continuación se muestra la cotización obtenida de la empresa VM&QUALITY:

Tabla 58 Cotización de las capacitaciones de los auditores internos

	Capacitación	Empresa Capacitadora	Cantidad de empleados	Duración	Costo de la capacitación	Periodicidad	Total
Auditor líder	Auditor líder	V&M Quality	1	40 horas	\$1,500.00	1 vez al año durante los primeros 3 años	\$1,500.00
Auditores internos	Auditoría interna	V&M Quality	1	40 horas	\$1,500.00	1 vez al año durante los primeros 3 años	\$1,500.00
Fuente: elaboración propia a partir de cotización VM&QUALITY							

Costos horas hombre utilizadas en las capacitaciones a auditores internos.

A continuación se presenta el costo de las horas hombre invertidas en la capacitación de los auditores internos de la FOUES:

Tabla 59 horas hombre invertidas en capacitación de auditores internos

Puesto	Cantidad de empleados	Horas de capacitación	Sueldo por hora	Total de sueldos
Director de clínicas	1	40	\$7.58	\$303.2
Contador	1	40	\$3.98	\$159.00
Total				\$462.2
Fuente: Elaboración propia				

7.1.3.3.3 Capacitación al comité de calidad

Las capacitaciones de los empleados que constituirán el Comité de Calidad para la FOUES, se muestra a continuación:

Tabla 60. Costos de Capacitación del Comité de Calidad

Grupo	Capacitación	Empresa Capacitadora	Cantidad	Duración	Costo de la capacitación	Periodicidad
Directora de planificación	Interpretación de la norma ISO 9001:00 y sus requisitos.	VM&QUALITY	1	22 horas	\$350.00	1 vez al año durante los primeros 3 años
Docente	Interpretación de la norma ISO 9001:00 y sus requisitos.	VM&QUALITY	1	22 horas	\$350.00	1 vez al año durante los primeros 3 años
Docente	Interpretación de la norma ISO 9001:00 y sus requisitos.	VM&QUALITY	1	22 horas	\$350.00	1 vez al año durante los primeros 3 años
Docente	Interpretación de la norma ISO 9001:00 y sus requisitos.	VM&QUALITY	1	22 horas	\$350.00	1 vez al año durante los primeros 3 años
Jefa de administración financiera	Interpretación de la norma ISO 9001:00 y sus requisitos.	VM&QUALITY	1	22 horas	\$350.00	1 vez al año durante los primeros 3 años
Jefe de recursos humanos	Interpretación de la norma ISO 9001:00 y sus requisitos.	VM&QUALITY	1	22 horas	\$350.00	1 vez al año durante los primeros 3 años
Jefe de recursos y desarrollo físico	Interpretación de la norma ISO 9001:00 y sus requisitos.	VM&QUALITY		22 horas	\$350.00	1 vez al año durante los primeros 3 años
Jefe de clínica intramural	Interpretación de la norma ISO 9001:00 y sus requisitos.	VM&QUALITY	1	22 horas	\$350.00	1 vez al año durante los primeros 3 años
TOTAL					\$2800.00	
Fuente: elaboración propia a partir de cotización VM&QUALITY						

Costos horas hombre utilizadas en capacitación al Comité de Calidad.

A continuación se presenta el costo de las horas hombre invertidas en la capacitación del comité de calidad de la FOUES:

Tabla 61. Horas hombre invertidas en capacitación al comité de calidad

Tabla de sueldos	Cantidad de empleados	Horas de capacitación	Total de sueldo por hora	Total de sueldos
Directora de planificación	1	22	\$9.25	\$203.50
Docente	1	22	\$6.67	\$146.74
Docente	1	22	\$6.67	\$146.74
Docente	1	22	\$6.67	\$146.74
Jefa de administración financiera	1	22	\$6.10	\$134.20
Jefe de recursos humanos	1	22	\$5.88	\$129.36
Jefe de recursos y desarrollo físico	1	22	\$5.88	\$129.36
Jefe de Clínica intramural	1	22	\$9.02	\$198.44
Total	1			\$1,235.08

7.1.3.4 Tabla resumen de costos de implementación

Tabla 62. Resumen Costos de Implementación

Cargo	Cantidad de empleados	Sueldo mensual	Sueldos diarios	Sueldo por hora	Horas de capacitación	Total invertido
Decano	1	\$2,720.00	\$90.67	\$11.33	52	\$589.16
Vicedecano	1	\$2,475.00	\$82.50	\$10.31	52	\$536.12
Profesor Universitario I	6	\$1,300.00	\$43.33	\$5.42	52	\$1,690.00
Profesor Universitario II	6	\$1,600.00	\$53.33	\$6.67	52	\$2,080.00
Profesor Universitario III	52	\$2,000.00	\$66.67	\$8.33	52	\$22,533.33
Profesional Universitario Administrativo I	5	\$1,300.00	\$43.33	\$5.42	52	\$1,408.33
Técnico I	4	\$787.58	\$26.25	\$3.28	52	\$682.57
Técnico II	1	\$932.80	\$31.09	\$3.89	52	\$202.11
Asistente Administrativo I	15	\$740.00	\$24.67	\$3.08	52	\$2,405.00
Asistente Administrativo II	4	\$795.00	\$26.50	\$3.31	52	\$689.00
Asistente Administrativo III	2	\$954.00	\$31.80	\$3.98	52	\$413.40
Empleado Calificado I	11	\$677.09	\$22.57	\$2.82	52	\$1,613.73
Empleado Calificado II	7	\$736.97	\$24.57	\$3.07	52	\$1,117.74
Empleado Calificado III	19	\$757.50	\$25.25	\$3.16	52	\$3,122.08
Servicios Generales III	10	\$691.30	\$23.04	\$1.90	52	\$988.00
Total						\$40,070.57
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del presupuesto 2014 para la UES						

Tabla 63 costos de implementación

Rubro	Costo total año 1	Costo total año 2	Costo total año 3
Equipo	\$861.00	\$0.00	\$0.00
Mantenimiento	\$300.00	\$300.00	\$300.00
Papelería	\$173.67	\$173.67	\$173.67
Capacitaciones	\$5,800.00	\$5,800.00	\$5,800.00
Sueldos por horas hombre	\$41,767.85	\$41,767.85	\$41,767.85
Total	\$48,902.52	\$48,041.52	\$48,041.52
Total en los 3 años	\$144,985.56		
Fuente: elaboración propia en base a datos de cotizaciones y tablas de presupuesto de sueldos para la UES 2014			

7.1.3.4.1 Tabla de sueldos general de la FOUES

Con el fin de cuantificar monetariamente las horas hombre invertidas en la capacitación de los empleados de la FOUES, se obtuvo la siguiente información extraída del presupuesto de sueldos de la FOUES para el año 2014:

Tabla 64 Tabla general de sueldos

Cargo	Cantidad de empleados	Sueldo mensual	Sueldos diarios	Sueldo por hora
Decano	1	\$2,720.00	\$90.67	\$11.33
Vicedecano	1	\$2,475.00	\$82.50	\$10.31
Profesor Universitario I	6	\$1,300.00	\$43.33	\$5.42
Profesor Universitario II	6	\$1,600.00	\$53.33	\$6.67
Profesor Universitario III	52	\$2,000.00	\$66.67	\$8.33

Profesional Universitario Administrativo I	5	\$1,300.00	\$43.33	\$5.42
Técnico I	4	\$787.58	\$26.25	\$3.28
Técnico II	1	\$932.80	\$31.09	\$3.89
Asistente Administrativo I	15	\$740.00	\$24.67	\$3.08
Asistente Administrativo II	4	\$795.00	\$26.50	\$3.31
Asistente Administrativo III	2	\$954.00	\$31.80	\$3.98
Empleado Calificado I	11	\$677.09	\$22.57	\$2.82
Empleado Calificado II	7	\$736.97	\$24.57	\$3.07
Empleado Calificado III	19	\$757.50	\$25.25	\$3.16
Servicios Generales III	10	\$691.30	\$23.04	\$1.90

JEFATURAS	
Jefa de Administración Financiera	\$ 1,465
Jefa de RRHH	\$ 1,410
Jefe de Unidad de Recursos y Desarrollo Físico	\$ 1,410
Secretario de la Facultad	\$ 2,275
Director de Escuela	\$ 1,820
Directora De Educación Odontológica	\$ 2,220
Jefe De Docencia	\$ 2,165
Jefe Área Extramural	\$ 1,765
Jefe Área Intramural	\$ 2,165
Director De Escuela De Postgrado	\$ 2,220

SOBRESUELDOS	
Jefa de Administración Financiera	\$ 165
Jefa de RRHH	\$ 110
Jefe de Unidad de Recursos y Desarrollo Físico	\$ 110
Secretario de la Facultad	\$ 275
Director de Escuela	\$ 220
Jefe de Depto. Académico	\$ 165

*Datos obtenidos del Presupuesto 2014 de la FOUES y del Escalafón de la UES.

7.1.4 Costos del Proyecto

En esta sección se presenta el total de Costos del Proyecto, el cual está constituido por la suma de los costos de Implementación más el costo de Operación del Sistema de Gestión de Calidad, así como el porcentaje de imprevistos, el cual es denominado Costo por Imprevistos, este costo se determina como un margen de seguridad para el proyecto, dado que en el desarrollo intervienen variables que su comportamiento no depende de los ejecutores de proyecto, las cuales de no ser consideradas pueden interferir en desarrollo del mismo, y afectar el desempeño del proyecto.

Para este proyecto se considera un 5% del total de los costos como Costo por Imprevistos.

El resumen de los costos del Proyecto se presenta a continuación:

Tabla 65 Costo del Proyecto del Sistema de Gestión de Calidad.

Rubro	Costo
Costos de documentación del sistema	\$698.20
Costo de implementación del sistema	\$144,985.56
Subtotal:	\$145,683.76
Costo por imprevisto (5%)	\$7,284.19
TOTAL INVERSIÓN:	\$152,967.95

7.1.4.1.1 Curva de aprendizaje.

Una curva de aprendizaje describe el grado de éxito obtenido durante el aprendizaje en el transcurso del tiempo. Es un diagrama en que el eje horizontal representa el tiempo transcurrido y el eje vertical el número de éxitos alcanzados en ese tiempo.

A menudo se cometen muchos errores al comenzar una nueva tarea. En las fases posteriores disminuyen los errores, pero también las materias nuevas aprendidas, hasta llegar a una llanura.

Mientras más empinada sea la curva, mayor es la eficiencia del aprendizaje. La inclinación de la curva depende de varios factores que se contrapesan:

- Conocimiento del tema, habilidad, capacidad y talento
- Método de enseñanza, didáctica, y método de aprendizaje
- Contexto del aprendizaje (armonía entre el método, el lugar de enseñanza y la personalidad del maestro, etc.)
- Contexto temático y sucesión didáctica.



Ilustración 16. Curva de aprendizaje

¿Cómo entendemos la curva de aprendizaje? Según datos estadísticos la atención actual tiene una eficiencia del 44%

Tabla 66. Estadísticas de pacientes efectivamente atendidos

Área	PROMEDIO ARRIBADOS	PROMEDIO ATENDIDOS	BRECHA	% atendidos
DIAGNOSTICO	885	386.5	498.5	44%
PERIODONCIA	971.25	427	544.25	44%
ENDODONCIA	686	300	386	44%
RESTAURATIVA	1549.5	676	873.5	44%
CIRUGÍA	835.75	366	469.75	44%
ODONTOPEDIATRIA	599.75	261.5	338.25	44%
ORTODONCIA	240.67	104.33	136.34	43%
TOTAL	5707.25	2521.33	3185.92	44%

Lo cual puede mejorar después de la implementación y que esta se vuelva un estándar se estima que como máximo esta puede aumentar a un 69.38% (una cifra calculada a partir de la capacidad de atención instalada de las clínicas odontológicas).

7.1.4.1.2 Capacidad de atención de las clínicas

Tabla 67 Tiempos de atención en clínicas

Área	Tiempo promedio estimado en minutos por paciente
DIAGNOSTICO	45 min
PERIODONCIA	60 min
ENDODONCIA	120 min
RESTAURATIVA	90 min
CIRUGÍA	180min
ODONTOPEDIATRIA	45 min
ORTODONCIA	180 min
Fuente: elaboración propia a partir de observación y toma de datos en clínicas	

Un paciente cualquiera puede tardarse entre 45 minutos y 3 horas en recibir tratamiento en las clínicas odontológicas de la facultad, en promedio un paciente cualquiera puede demorar 103 minutos en ser atendido, si el área de clínicas trabaja 6 horas al día pueden atenderse 3 pacientes diarios por silla.

El número de sillas de atención a pacientes de la facultad es de 81, pero solo trabajan 8 estudiantes y doctores por día, si multiplicamos la cantidad de sillas ocupadas (8 sillas) por la cantidad de pacientes por hora tenemos que la capacidad diaria de las clínicas es de 24 pacientes diarios

En la facultad de odontología se trabajan según calendario 165 días al año, en conclusión pueden atenderse alrededor de 3,960.

Si a la facultad ingresan 5707 pacientes al año en promedio el porcentaje que puede ser atendido será de 69.38%.

ÁREA	Atendidos
	69.38%
DIAGNOSTICO	614.01
PERIODONCIA	673.85
ENDODONCIA	475.95
RESTAURATIVA	1075.04

CIRUGÍA	579.84
ODONTOPEDIATRIA	416.11
ORTODONCIA	166.98
TOTAL	3959.69

Se tiene entonces que entre el tiempo actual utilizado y el tiempo posible a utilizar existe una posible mejora o incremento de $(1 - (2521/3959)) = 36\%$

Esto significa que se puede alcanzar un óptimo de 103 minutos **(1.71 horas)** cuando actualmente se están ocupando 161 minutos **(2.7 horas)**.

Este porcentaje no puede alcanzarse de un momento para otro, esto depende de la capacidad de aprendizaje ante nuevos métodos y procesos es decir pasar de 2.7 horas a 1.71 horas por medio de mejora continua y aprendizaje de las actividades al repetirlas. **Aquí es donde entra el concepto de curva de aprendizaje.**

7.1.4.1.3 Curva de aprendizaje hasta alcanzar una eficiencia de 69.38%

La curva de aprendizaje es una curva de tipo logarítmico y, aunque hay varias fórmulas de cálculo, la más común responde a la forma siguiente:

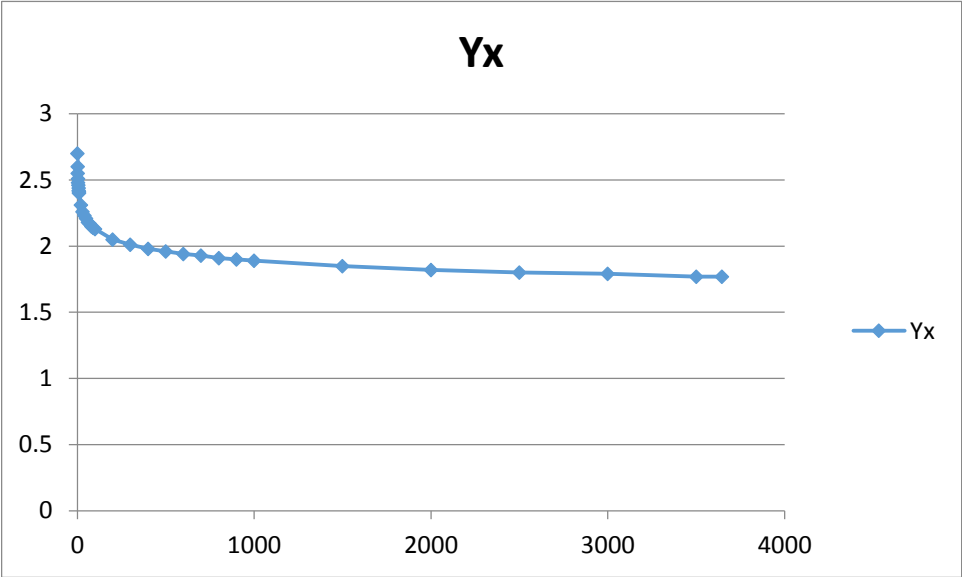
$$Y_x = Kx^{\log_2 b}$$

Donde:

- K = número de horas para brindar el primer servicio.
- Y_x = número de horas para brindar el x -ésimo servicio.
- x = número del servicio.
- b = porcentaje de aprendizaje.

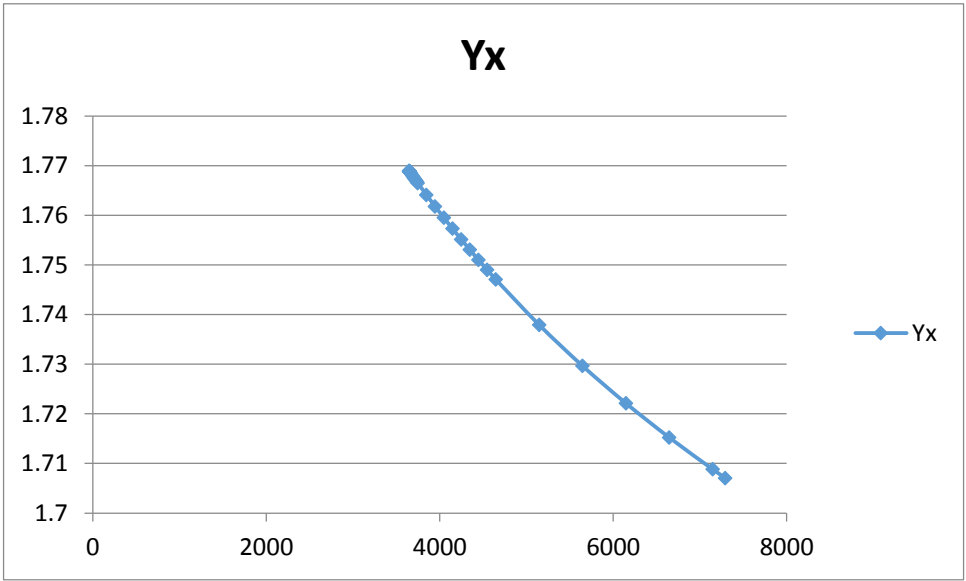
Para el primer año:

b=	97%
x	Yx
1	2.70
2.00	2.60
3.00	2.55
4.00	2.51
5.00	2.48
6.00	2.46
7.00	2.44
8.00	2.42
9.00	2.41
10.00	2.40
20.00	2.31
30.00	2.26
40.00	2.23
50.00	2.21
60.00	2.18
70.00	2.17
80.00	2.15
90.00	2.14
100.00	2.13
200.00	2.05
300.00	2.01
400.00	1.98
500.00	1.96
600.00	1.94
700.00	1.93
800.00	1.91
900.00	1.90
1000.00	1.89
1500.00	1.85
2000.00	1.82
2500.00	1.80
3000.00	1.79
3500.00	1.77
3645.00	1.77



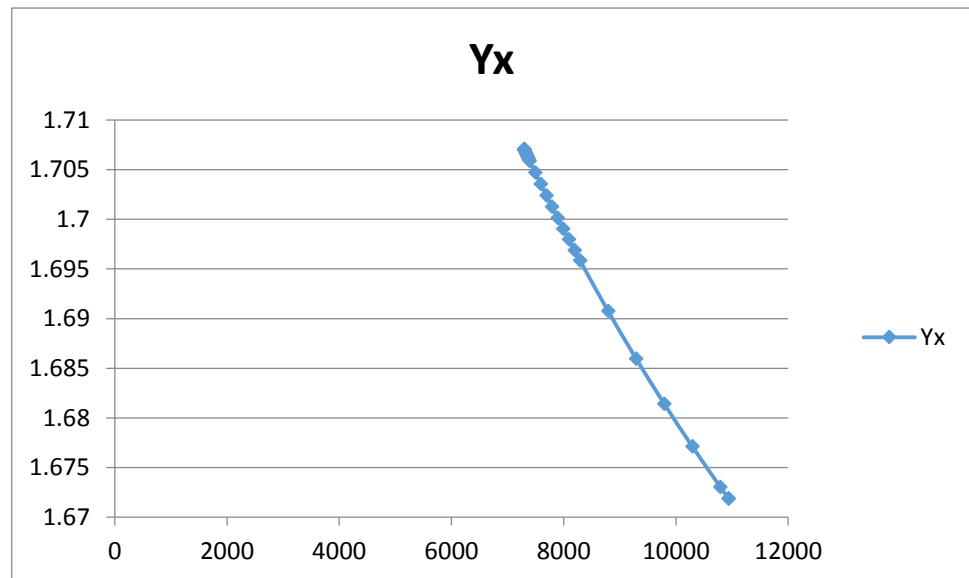
Para el segundo año:

b=	97%
X	Yx
3646	1.77
3962	1.76
3963	1.76
3964	1.76
3965	1.76
3966	1.76
3967	1.76
3968	1.76
3969	1.76
3970	1.76
3980	1.76
3990	1.76
4000	1.76
4010	1.76
4020	1.76
4030	1.76
4040	1.76
4050	1.76
4060	1.76
4160	1.76
4260	1.75
4360	1.75
4460	1.75
4560	1.75
4660	1.75
4760	1.74
4860	1.74
4960	1.74
5460	1.73
5960	1.72
6460	1.72
6960	1.71
7460	1.71
7569	1.70



Tercer año:

b=	97%
X	Yx
7570	1.70
7922	1.70
7923	1.70
7924	1.70
7925	1.70
7926	1.70
7927	1.70
7928	1.70
7929	1.70
7930	1.70
7940	1.70
7950	1.70
7960	1.70
7970	1.70
7980	1.70
7990	1.70
8000	1.70



Tenemos entonces que se alcanza el objetivo hacia finales del 2do año y principios del 3er año.

7.1.4.1.4 Cuantificación del beneficio social:

Las labores en clínicas y la capacidad de esta de una atención a un costo más bajo que el del mercado, trae consigo un ahorro en el bolsillo del paciente. Podemos ver a continuación en lo que se refiere a costos, aquellos que la población dirigiría a una clínica privada que ahora no pagará gracias a que la atención puede brindársele.

Área	costo de los servicios	Paciente s atendido s 1er año	Paciente s atendido s 2do año	Paciente s atendido s 3er año	Ahorro año 1	Ahorro año 2	Ahorro año 3
DIAGNOSTICO	\$15.00	565	609	614	\$8,475.00	\$9,135.00	\$9,210.00
PERIODONCIA	\$30.00	620	668	674	\$18,600.00	\$20,040.00	\$20,220.00
ENDODONCIA	\$90.00	438	472	476	\$39,420.00	\$42,480.00	\$42,840.00
RESTAURATIVA	\$40.00	990	1066	1075	\$39,600.00	\$42,640.00	\$43,000.00
CIRUGÍA	\$120.00	534	575	580	\$64,080.00	\$69,000.00	\$69,600.00
ODONTOPE.D.	\$40.00	383	412	416	\$15,320.00	\$16,480.00	\$16,640.00
ORTODONCIA	\$2,000	0	0	0	\$0.00	\$0.00	\$0.00
TOTAL		3530	3802	3835	\$185,495.00	\$199,775.00	\$201,510.00

Así tenemos el contraste con los pacientes atendidos anteriormente en odontología, lo cual representa un beneficio como sigue:

Área	costo de los servicios	Pacientes atendidos anteriormente	Costos por paciente	Incremento del ahorro año 1	Incremento del ahorro año 2	Incremento del ahorro año 3
DIAGNOSTICO	\$15.00	386.5	\$5,797.50	\$2,677.50	\$3,337.50	\$3,412.50
PERIODONCIA	\$30.00	427	\$12,810.00	\$5,790.00	\$7,230.00	\$7,410.00
ENDODONCIA	\$90.00	300	\$27,000.00	\$12,420.00	\$15,480.00	\$15,840.00
RESTAURATIVA	\$40.00	676	\$27,040.00	\$12,560.00	\$15,600.00	\$15,960.00
CIRUGÍA	\$120.00	366	\$43,920.00	\$20,160.00	\$25,080.00	\$25,680.00
ODONTOPED.	\$40.00	261.5	\$10,460.00	\$4,860.00	\$6,020.00	\$6,180.00
ORTODONCIA	\$2,000.00	0	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00
TOTAL		2417	\$127,027.50	\$58,467.50	\$72,747.50	\$74,482.50

A lo que se tiene un beneficio que se ve reflejado en el ahorro de la población en las cantidades de:

	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3
BENEFICIO (AHORRO DE LA POBLACIÓN)	\$43,876.13	\$43,015.13	\$43,015.13

7.2 Beneficio Económico.

7.2.1 Concepto

El beneficio económico (también denominado utilidades) es un término utilizado para designar la ganancia que se obtiene de un proceso o actividad económica. Es más bien impreciso, dado que incluye el resultado positivo de esas actividades medido tanto en forma material o "real" como monetaria o nominal. (Ver más adelante). Consecuentemente, algunos diferencian entre beneficios y ganancia.

7.2.2 Cómo se calcula

El Análisis de Costo / Beneficio involucra los siguientes 6 pasos:

1. Llevar a cabo una Lluvia de Ideas o reunir datos provenientes de factores importantes relacionados con cada una de sus decisiones.
2. Determinar los costos relacionados con cada factor. Algunos costos, como la mano de obra, serán exactos mientras que otros deberán ser estimados.
3. Sumar los costos totales para cada decisión propuesta.
4. Determinar los beneficios en dólares para cada decisión.
5. Poner las cifras de los costos y beneficios totales en la forma de una relación donde los beneficios son el numerador y los costos son el denominador:

$$\text{Razón } B - C = \frac{\text{Beneficio}}{\text{Costo}}$$

7.2.3 Cálculo Del Beneficio Económico del proyecto

Un proyecto en donde se invierte una cantidad de dinero trae consigo cambios o impactos entre los involucrados. Estos cambios pueden ser tanto positivos, negativos, internos o externos. Por lo que a través de la siguiente evaluación económica social, se pretende identificar estos aspectos para evaluar su influencia entre los participantes.

Muchos de los beneficios vienen marcados por la calidad en el servicio (los aspectos más palpables son Profesionalidad, Eficiencia, Buena atención, Eficacia, Normalidad, Experiencia, Comprensión, Tacto, Amabilidad) el cual se va a ver mejorado en el aprendizaje del nuevo sistema a implementar.

El impacto entonces es medible a través del aprendizaje de los nuevos elementos de parte del personal y es posible medirlo por la curva de aprendizaje.

Según la experiencia de muchas casas consultoras que han desarrollado una puesta en marcha de un sistema de gestión ISO 9001:2008 la curva de aprendizaje tendrá un valor para el primer año de implantación de 97% de porcentaje de aprendizaje.

7.2.3.1 Análisis de eficiencias actuales

A continuación se presenta un análisis de las eficiencias actuales de cada procedimiento, sus causas (cuellos de botella y/o reprocesos) y sus respectivas causas.

MACRO PROCESO OPERATIVOS O CLAVES

PROCESO 2.2. PROGRAMACIONES CLÍNICAS

Código	Nombre del procedimiento	ACTIVIDADES CUELLO DE BOTELLA				REPROCESO			Duración normal (días) TN	Tiempo total perdido TTP= TP1+TP2	Tiempo real para la ejecución (días)	Eficiencia %ef. = TN/(TN+TTP)
		¿Hay cuello de botella (SI/NO)?	¿Que actividad (es)?	¿Por qué?	Tiempo perdido (días) TP1	¿Hay reprocesos? (SI/NO)	¿En qué actividad (es)?	Tiempo perdido (días) TP2				
2.2.1.	Planificación de actividades de Clínicas	SÍ	Elaboración de proyección de papelería, mobiliario, equipo y material dental	Esta actividad depende de la información proporcionada por cada unidad de Clínicas y debe tenerse completa para seguir con la elaboración del plan de trabajo de Clínicas	2.000	NO	1		5	2.000	7.000	71.43%

		ACTIVIDADES CUELLO DE BOTELLA				REPROCESO						
Código	Nombre del procedimiento	¿Hay cuello de botella (SI/NO)?	¿Que actividad (es)?	¿Por qué?	Tiempo perdido (días) TP1	¿Hay reprocesos? (SI/NO)	¿En qué actividad (es)?	Tiempo perdido (días) TP2	Duración normal (días) TN	Tiempo total perdido TTP= TP1+TP2	Tiempo real para la ejecución (días)	Eficiencia %ef. = TN/(TN+TTP)
2.2.2.	Control de actividades de estudiantes en Servicio Social	SI	Asignación de pacientes para el servicio social	En esta actividad se va a buscar al estudiante que atenderá el paciente, si este no se encuentra a otro estudiante en la lista	0.083	NO	4		0.75	0.083	0.833	90.04%
2.2.3.	Ingreso en ADACAD de folders de evaluación y material extra	SI	Clasificación de reportes de material extra	Estos son demasiados a veces y retrasa la actualización dentro del sistema ADACAD	0.500	NO	2		4	0.500	4.500	88.89%

		ACTIVIDADES CUELLO DE BOTELLA				REPROCESO						
Código	Nombre del procedimiento	¿Hay cuello de botella (SI/NO)?	¿Que actividad (es)?	¿Por qué?	Tiempo perdido (días) TP1	¿Hay reprocesos? (SI/NO)	¿En qué actividad (es)?	Tiempo perdido (días) TP2	Duración normal (días) TN	Tiempo total perdido TTP= TP1+TP2	Tiempo real para la ejecución (días)	Eficiencia %ef. = TN/(TN+TTP)
2.2.4	Ingreso en ADACAD de las observaciones y evaluación de los estudiantes contenidos en los Folders se Evaluación ya llenos entregados por los tutores.	SI	Ingresar dentro del sistema ADACAD notas de evaluaciones	Se presenta una gran cantidad de notas a digitar	5.000	NO	2		6	5.000	11.000	54.55%
2.2.5	Control de suministros de bodega de Dirección de Clínicas	SI	Control de la salida de los materiales	se acumulan ordenes las cuales deben de estar aprobadas debidamente, la espera ocasiona que no se pueda actualizar el control	1.000	NO	2		4	1.000	5.000	80.00%

		ACTIVIDADES CUELLO DE BOTELLA				REPROCESO						
Código	Nombre del procedimiento	¿Hay cuello de botella (SI/NO)?	¿Que actividad (es)?	¿Por qué?	Tiempo perdido (días) TP1	¿Hay reprocesos? (SI/NO)	¿En qué actividad (es)?	Tiempo perdido (días) TP2	Duración normal (días) TN	Tiempo total perdido TTP= TP1+TP2	Tiempo real para la ejecución (días)	Eficiencia %ef. = TN/(TN+TTP)
2.2.6	Control de solvencia de los estudiantes programados.	SI	Verificación de deuda	Se evalúa manualmente al revisar vales y expediente su deuda, a lo cual se acumulan muchos en fechas pico.	6.000	SI	4,5		7	6.000	13.000	53.85%

MACRO PROCESO **OPERATIVOS O CLAVES**

PROCESO **2.3. ATENCIÓN A PACIENTES**

		ACTIVIDADES CUELLO DE BOTELLA				REPROCESO						
Código	Nombre del procedimiento	¿Hay cuello de botella (SI/NO)?	¿Que actividad (es)?	¿Por qué?	Tiempo perdido (días) TP1	¿Hay reprocesos? (SI/NO)	¿En qué actividad (es)?	Tiempo perdido (días) TP2	Duración normal (días) TN	Tiempo total perdido TTP= TP1+TP2	Tiempo real para la ejecución (días)	Eficiencia %ef. = $TN/(TN+TTP)$
2.3.1.	Recepción de pacientes	SI	Preclasificar al paciente de acuerdo a su padecimiento y edad	Puede haber o no estudiantes disponibles para la sintomatología presentada	0.010		2		0.031	0.0104167	0.042	75.00%
2.3.2	Apertura de expediente	SI	Escribir información preclasificación	El paciente necesita la preclasificación de Ventanilla de citas y puede tardarse para la siguiente actividad	0.007	NO	3		0.010	0.007	0.017	59.81%
2.3.3	Tratamiento de Emergencia	SI	Programación de su tratamiento de emergencia	Puede haber o no estudiantes disponibles para la emergencia	0.021		2		0.083	0.0208333	0.104	80.00%

Código	Nombre del procedimiento	ACTIVIDADES CUELLO DE BOTELLA				REPROCESO			Duración normal (días) TN	Tiempo total perdido TTP= TP1+TP2	Tiempo real para la ejecución (días)	Eficiencia %ef. = $TN/(TN+TTP)$
		¿Hay cuello de botella (SI/NO)?	¿Que actividad (es)?	¿Por qué?	Tiempo perdido (días) TP1	¿Hay reprocesos? (SI/NO)	¿En qué actividad (es)?	Tiempo perdido (días) TP2				
2.3.4.	Elaboración de Diagnóstico	SI	Sacar radiografías para análisis radiografico	Es una parte primordial en la elaboracion del diagnostico y se tarda	2		3		7.000	2	9.000	77.78%
2.3.5	Programación de Cita	SI	Elegir expedientes de acuerdo a requerimientos	esta actividad consume mucho tiempo y de ella depende toda la programacion de pacientes	3		2		7.000	3	10.000	70.00%
2.3.6	Ejecución de Tratamiento	NO				NO			0.007	0	0.007	100.00%

Con esto se tiene el resumen de eficiencias por procedimientos y el respectivo promedio por proceso actual:

MacroProceso	Proceso	Procedimiento	% Eficiencia Procedimiento	Causas	% Eficiencia Promedio
OPERATIVOS O CLAVES	Programaciones Clínicas	Planificación de actividades de Clínicas	71.43%	Esta actividad depende de la información proporcionada por cada unidad de Clínicas y debe tenerse completa para seguir con la elaboración del plan de trabajo de Clínicas	73.12%
		Control de actividades de estudiantes en Servicio Social	90.04%	En esta actividad se va a buscar al estudiante que atenderá el paciente, si este no se encuentra a otro estudiante en la lista	
		Ingreso en ADACAD de folders de evaluación y material extra	88.89%	Estos son demasiados a veces y retrasa la actualización dentro del sistema ADACAD	
		Ingreso en ADACAD de las observaciones y evaluación de los estudiantes contenidos en los Folders se Evaluación ya llenos entregados por los tutores.	54.55%	Se presenta una gran cantidad de notas a digitar	
		Control de suministros de bodega de Dirección de Clínicas	80.00%	se acumulan ordenes las cuales deben de estar aprobadas debidamente, la espera ocasiona que no se pueda actualizar el control	

MacroProceso	Proceso	Procedimiento	% Eficiencia Procedimiento	Causas	% Eficiencia Promedio
	Atención a pacientes	Control de solvencia de los estudiantes programados.	53.85%	Se evalua manualmente al revisar vales y expediente su deuda, a lo cual se acumulan muchos en fechas pico.	77.10%
		Recepción de pacientes	75.00%	Puede haber o no estudiantes disponibles para la sintomatología presentada	
		Apertura de expediente	59.81%	El paciente necesita la preclasificación de Ventanilla de citas y puede tardarse para la siguiente actividad	
		Tratamiento de Emergencia	80.00%	Puede haber o no estudiantes disponibles para la emergencia	
		Elaboración de Diagnóstico	77.78%	Es una parte primordial en la elaboración del diagnóstico y se tarda	
		Programación de Cita	70.00%	esta actividad consume mucho tiempo y de ella depende toda la programación de pacientes	
		Ejecución de Tratamiento	100.00%	-	

Se tiene un área de oportunidad del 24.89%, ya que el promedio de eficiencia de todos los procesos es de 75.11%, las deficiencias analizadas fueron cuello de botella y reproceso.

Este análisis es de importancia ya que lo norma ISO 9001:2008 promueve el enfoque de procesos y por lo tanto cada uno de estos debe medirse y emitir las acciones necesarias para mejorar su eficiencia. En ese sentido, se diseño del SGC que con su implantación se eliminan los cuellos de botella de cada uno de los procesos, por lo que se mejora la eficiencia de cada uno de estos porque se elimina el tiempo perdido por los cuellos de botella.

3.2.3.1.1. Mejora en la eficiencia de los procesos con el Sistema de Gestión de Calidad

Tomando en cuenta el análisis realizado anteriormente se presenta a continuación un consolidado por proceso, en cuanto a eficiencia de los procedimientos o Subprocesos ya con el SGC (tomando en cuenta que al implementarse el SGC se disminuirán o eliminarán los cuellos de botella y/o los reprocesos):

MacroProceso	Proceso	Procedimiento	% Eficiencia Procedimiento	Causas	% Eficiencia Promedio
OPERATIVOS O CLAVES	Programaciones Clínicas	Planificación de actividades de Clínicas	89.29%	Esta actividad depende de la información proporcionada por cada unidad de Clínicas y debe tenerse completa para seguir con la elaboración del plan de trabajo de Clínicas	90.74%
		Control de actividades de estudiantes en Servicio Social	96.79%	En esta actividad se va a buscar al estudiante que atenderá el paciente, si este no se encuentra a otro estudiante en la lista	
		Ingreso en ADACAD de folders de evaluación y material extra	96.39%	Estos son demasiados a veces y retrasa la actualización dentro del sistema ADACAD	
		Ingreso en ADACAD de las observaciones y evaluación de los estudiantes contenidos en los Folders de Evaluación ya llenos entregados por los tutores.	80.00%	Se presenta una gran cantidad de notas a digitar	

MacroProceso	Proceso	Procedimiento	% Eficiencia Procedimiento	Causas	% Eficiencia Promedio
		Control de suministros de bodega de Dirección de Clínicas	93.02%	se acumulan ordenes las cuales deben de estar aprobadas debidamente, la espera ocasiona que no se pueda actualizar el control	
		Control de solvencia de los estudiantes programados.	79.55%	Se evalua manualmente al revisar vales y expediente su deuda, a lo cual se acumulan muchos en fechas pico.	
	Atención a pacientes	Recepción de pacientes	89.55%	Puede haber o no estudiantes disponibles para la sintomatología presentada	92.62%
		Apertura de expediente	80.96%	El paciente necesita la preclasificacion de Ventanilla de citas y puede tardarse para la siguiente actividad	
		Tratamiento de Emergencia	91.95%	Puede haber o no estudiantes disponibles para la emergencia	
		Elaboración de Diagnóstico	90.91%	Es una parte primordial en la elaboracion del diagnostico y se tarda	
		Programación de Cita	86.96%	esta actividad consume mucho tiempo y de ella depende toda la programacion de pacientes	
		Ejecución de Tratamiento	100.00%	-	

Por lo que el promedio de eficiencia de todos los procesos con el SGC es de 89.61% (para cuando el SGC alcanza su objetivo luego de los tres primeros años de la implantación), comparando con el dato sin SGC que es de 75.11%; existen entonces un incremento de la eficiencia debido a la implantación del SGC de 14.5%.

3.2.3.1.2. Beneficio obtenido por la mejora de eficiencias.

Al aumentar las eficiencias de los procesos significa que se está desperdiciando menos tiempo en actividades que no dan valor agregado al proceso, por lo que el beneficio total **por procedimiento** será:

$$\text{Beneficio económico anual} = (\text{Tiempo perdidos eliminados}) * \text{Salario por hora} * \text{Frecuencia}$$

Esto es:

- **Tiempos perdidos eliminados:** Tiempos en horas por cuellos de botella y/o reprocesos que fueron eliminados gracias al SGC, este dato es variable para los primeros años y constante luego de tres años posterior a la implantación del SGC según la curva de aprendizaje que se explicó en el apartado anterior.
- **Salario por hora:** Salario del(los) empleado(s) involucrado(s) **en la actividad que ha generado los tiempos perdidos.**
- **Frecuencia:** Cuántas veces al año se realiza ese procedimiento.

Según la curva de aprendizaje (véase el apartado 7.1.4.1.3) el objetivo del SGC se alcanzará luego de tres años de esta manera según los datos obtenidos la mejora en los tiempos de atención al cliente varían como sigue, los datos del tercer año se basan en el cálculo realizado antes, y los de los años 1 y 2 con base en la curva de aprendizaje:

- Y_x = número de horas para brindar el x -ésimo servicio.

	<u>Final del Tercer año</u>	<u>Final del Segundo Año</u>	<u>Final del Primer Año</u>
<u>Y_x</u>	<u>1.70</u>	<u>1.707</u>	<u>1.77</u>
<u>Diferencia</u>	<u>1.0</u>	<u>0.993</u>	<u>0.93</u>
<u>%Eficiencia</u>	<u>14.5%</u>	<u>14.40%</u>	<u>13.49%</u>

Luego la mejora del tiempo de atención según los datos obtenidos en la curva de aprendizaje en el tiempo (véase el apartado 7.1.4.1.3) y los ahorros para los primeros años acorde a las eficiencias queda como sigue:

PUESTO	SAL/H R	PROCED.	TIEMPO PERDIDO ELIMINA DO LUEGO DE UN AÑO (Horas)	TIEMPO PERDIDO ELIMINA DO LUEGO DE DOS AÑOS (Horas)	TIEMPO PERDIDO ELIMINA DO LUEGO DE TRES AÑOS (Horas)	FREC.	Beneficio Económico anual al final del 1er año	Beneficio Económico anual al final del 2do. Año	Beneficio Económico desde el tercer año
Director de Clínicas	\$8.20	Planificación de actividades de Clínicas	31.25	33.36	33.60	2	\$512.47	\$547.18	\$551.04
Asistente Admvo.	\$3.24	Control de actividades de estudiantes en Servicio Social	1.29	1.38	1.39	165	\$693.26	\$740.23	\$745.45
Asistente Admvo.	\$3.24	Ingreso en ADACAD de folders de evaluación y material extra	7.81	8.34	8.40	6	\$151.87	\$162.16	\$163.30
Asistente Admvo.	\$3.24	Ingreso en ADACAD de las observaciones y evaluación de los estudiantes contenidos en los Folders se Evaluación ya	78.12	83.41	84.00	6	\$1,518.65	\$1,621.52	\$1,632.96

		lLENOS entregados por los tutores.							
Asistente Admvo.	\$3.24	Control de suministros de bodega de Dirección de Clínicas	15.62	16.68	16.80	6	\$303.72	\$324.30	\$326.59
Asistente Admvo.	\$3.24	Control de solvencia de los estudiantes programados.	93.74	100.09	100.80	6	\$1,822.38	\$1,945.83	\$1,959.55
Secretaria	\$1.90	Recepción de pacientes	0.15	0.16	0.16	390	\$111.98	\$119.57	\$120.41
Secretaria	\$1.90	Apertura de expediente	0.10	0.11	0.11	390	\$75.26	\$80.35	\$80.92
Secretaria	\$1.90	Tratamiento de Emergencia	0.31	0.33	0.33	365	\$209.61	\$223.81	\$225.39
Técnico	\$1.90	Elaboración de Diagnóstico	29.02	30.98	31.20	390	\$21,500.86	\$22,957.36	\$23,119.20
Secretaria	\$3.52	Programación de Cita	43.52	46.47	46.80	6	\$919.23	\$981.50	\$988.42
Estudiante		Ejecución de Tratamiento	0.00	0.00	0.00		0	0	\$0.00
TOTAL							\$27,819.30	\$29,703.84	\$29,913.22

La suma de los beneficios obtenidos por la implantación del SGC y el aumento de los pacientes se puede resumir a continuación como sigue:

AHORRO POR PACIENTES	\$58,467.50	\$72,747.50	\$74,482.50
+ Beneficio por SGC	\$27,819.30	\$29,703.84	\$29,913.22
TOTAL =	\$ 86,286.80	\$ 102,451.34	\$104,395.72

7.2.3.2 Índice De Rentabilidad (IR)

El índice de rentabilidad, o razón costo beneficio, es el coeficiente del valor presente de los flujos de efectivo netos esperados para el periodo de evaluación del proyecto en relación con la inversión neta. Se expresa así:

$$IR = \frac{\sum_{n=1}^{n=N} FNE_n / (1+i)^n}{P}$$

El índice de rentabilidad representa el rendimiento de cada unidad monetaria de la inversión inicial en términos de reducción de costos.

Si el proyecto tiene un índice de rentabilidad mayor o igual a uno se puede considerar aceptable.

El cálculo del IR se realiza con los valores obtenidos de la evaluación del VAN.

Así:

$$IR = \text{Beneficio} / \text{Costo}$$

Donde:

Beneficio: Total flujo de efectivo

Costo: Costo total de la inversión.

$$IR = \$243,181.18 / \$152,967.95$$

$$\mathbf{IR = \$1.59}$$

Con el resultado obtenido se considera aceptable la inversión en el Sistema de Gestión de Calidad, ya que se estarían obteniendo en ahorro \$0.59 por cada dólar invertido en el SGC.

7.3 Cálculo de Indicadores económicos del proyecto

7.3.1 Tasa Mínima Atractiva De Rendimiento (TMAR)

Para todo proyecto es necesario invertir inicialmente en aquellos factores necesarios para llevarlo a cabo. El capital que integra esta inversión puede provenir de diversas fuentes, como lo son los dueños de la Empresas interesados en los proyectos, las instituciones financieras tanto nacionales como internacionales que proporcionan créditos y las organizaciones nacionales o internacionales que brindan donaciones para proyectos de carácter social. Para poder invertir en un proyecto, se hace necesario establecer parámetros de aceptación para los participantes, ante las posibilidades de éxito o fracaso de invertir en el modelo, lo cual se plasma a través de la aplicación de la Tasa Mínima Aceptable del proyecto (TMAR), que representa el costo de oportunidad que tiene el Capital a invertir en esta iniciativa.

Para calcular la TMAR se hace uso de la siguiente fórmula:

$$TMAR = I + R + (I \times R)$$

Donde:

I: Tasa de inflación.

R: Premio al riesgo

Para el cálculo de la tasa de inflación se utilizaron los registros históricos de las tasas de inflación nacional de desde 1999 hasta 2010 tomados de la página web de la Agencia Central de inteligencia de los Estados Unidos (CIA) para El Salvador.

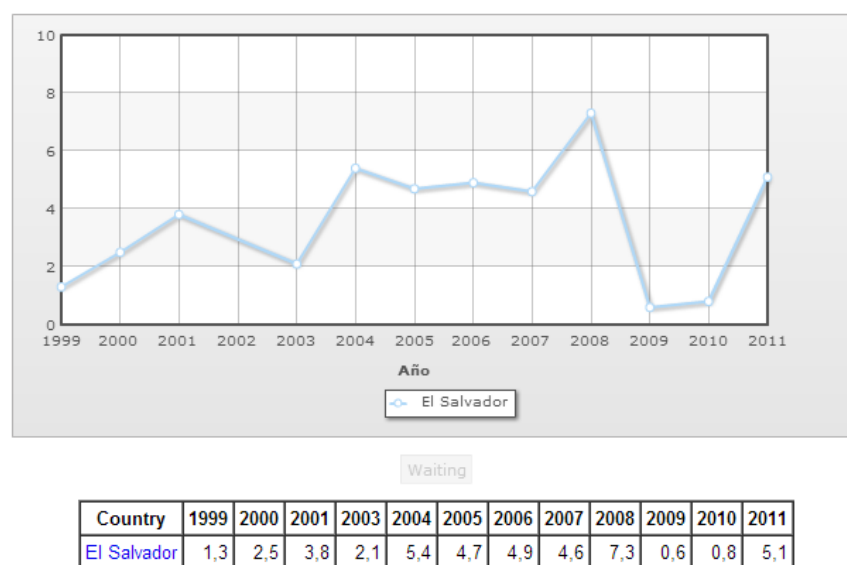


Grafico 1. Registros Históricos De Las Tasas De Inflación Nacional De 1999 Hasta 2010

A estos datos se les aplico la función “Tendencias” de la hoja de cálculo de Microsoft Excel y se determino de esta manera las posibles tasas de inflación para los cinco años del estudio, el promedio de estas cinco tasas se convierte en el valor de tasa de inflación para el cálculo de la TMAR del Proyecto.

Año	Inflación
2014	5.1%
2015	5.2%
2016	5.4%
2017	5.6%
2018	5.8%
Promedio	5.4%

Tabla 68. Tabla de Inflación Proyectada

El porcentaje de Premio al riesgo (R) para el inversionista se ha considerado tomando la tasa pasiva actual más conveniente que pagan los Bancos o financiera, si se decidiera colocar el dinero para el proyecto a plazo fijo. En la tabla siguiente se muestran las tasas de interés de depósito a plazo fijo en distintos bancos del país proporcionada por la Superintendencia del sistema Financiero para febrero 2013.

BANCO	Tasa de Interes
Banco Agricola S.A.	1%
Banco Citibank El Salvador S.A.	1%
Banco HSBC El Salvador S.A.	1%
Banco Hipotecario de El Salvador S.A.	1%
Banco G&T Continental S.A.	2%
Scotiabank El Salvador S.A.	1%
Banco Promerica S.A.	1%
Banco de Fomento Agropecuario	2%
Banco de America Central S.A.	1%
Citibank N.A. sucursal El Salvador	1%
Banco ProCredit S.A.	2%
Banco Azteca El Salvador S.A.	4%
Sociedad De Ahorro y Credito Credicom S.A.	2%
Banco Industrial El Salvador S.A.	2%
Sociedad de Ahorro y Credito Apoyo Integral S.A.	2%

Tabla 69. Tasas de Interés para Cuentas Pasivas a Plazo Fijo

De acuerdo a la tabla antes expuesta el banco que ofrece la tasa de interés más alta es el Banco Azteca con una tasa de interés del 4%. Por lo tanto se procede a realizar el cálculo de la TMAR para el inversionista.

$$TMAR = I + R + (I \times R)$$

$$TMAR = 5.4\% + 4\% + (0.054 \times 0.04)$$

$$TMAR = 9.63\%$$

La tasa mínima aceptable de rendimiento es 9.63%, y se tomará de referencia para efectos de comparación de la conveniencia o no del proyecto en términos económicos

7.3.2 El Valor Actual Neto (VAN)

El Valor Actual Neto (VAN), es el valor presente de los flujos de efectivo futuros esperados menos la inversión inicial incurrida en la implementación del sistema. Los flujos de efectivo son descontados con base en la Tasa Mínima Aceptable de Rendimiento (TMAR).

La utilización de este indicador está basado en la regla de decisión que determina la aceptación el proyecto si su VAN es mayor o igual a cero.

El análisis del valor actual neto o valor presente da como parámetro de decisión una comparación entre todos los ingresos y gastos que se han efectuado a través del período de análisis, los traslada hacia el año de inicio del proyecto (año cero) y los compara con la inversión inicial del proyecto.

Se pueden presentar tres situaciones:

A. Si el VAN es positivo, la utilidad de la inversión está sobre la tasa de inversión actualizada o de rechazo ($VAN \geq 0$).el proyecto se acepta.

B. Si el VAN es cero, la rentabilidad será igual a la tasa de rechazo. Por lo tanto un proyecto con un VAN positivo o igual a cero, puede considerarse aceptable, $VAN = 0$.

C. Si el VAN es negativo, la rentabilidad está por debajo de la tasa de rechazo y el proyecto debe de rechazarse. $VAN \leq 0$.

El Valor Actual Neto del proyecto se calcula con la siguiente fórmula:

$$VAN = \sum_{n=1}^{n=N} \frac{FNE_n}{(1+i)^n} - P$$

Donde:

Donde:

n: es el periodo de evaluación del proyecto

i : es el valor de la TMAR

P: es el monto de la inversión inicial

$$= \sum_{n=1}^{n=N} \frac{FNE_n}{(1+i)^n}$$

Es la suma aritmética de los flujos de efectivo netos descontados de cada año del periodo de evaluación del proyecto, es decir el valor presente de los flujos de efectivo netos.

A continuación se presentan los montos de flujos de efectivo esperados para los próximos 3 años, tiempo de realización de la evaluación del proyecto para lograr su plena implementación.

AÑO	Flujo de Efectivo	VAN
1	\$86,286.80	\$78,707.29
2	\$102,451.34	\$85,243.02
3	\$104,395.72	\$79,230.87
TOTAL DE FLUJOS DE EFECTIVO		\$243,181.18

$$VAN = \sum_{n=1}^{n=N} \frac{FNE_n}{(1+i)^n} - P$$

VAN= Total de flujos de Efectivo - Inversión del proyecto

VAN= \$243,181.18 - \$152,967.95

VAN= \$90,213.23

El valor obtenido del Valor Actual Neto es de \$90,213.23, lo que indica que el proyecto puede aceptarse ya que se tendrá una proporción mayor de ahorros de parte de la población.

7.3.3 Tasa Interna de Retorno (TIR)

La Tasa Interna de Retorno, representa aquella tasa porcentual que reduce a cero el valor actual neto del Proyecto. La TIR muestra a los inversionistas la tasa de interés máxima a la que debe contraer préstamos, sin que incurra en futuros fracasos financieros. Para lograr esto se busca aquella tasa que aplicada al Flujo neto de Efectivo hace que el VAN sea igual a cero. A diferencia del VAN, donde la tasa de actualización se fija de acuerdo a las alternativas de Inversión externas, aquí no se conoce la tasa que se aplicara para encontrar el TIR; por definición la tasa buscada será aquella que reduce el VAN de un Proyecto a cero.

El procedimiento para determinar la TIR es igual al utilizado para el cálculo del VAN; para posteriormente aplicar el método numérico mediante aproximaciones sucesivas hasta acercarnos a un $VAN = 0$.

Para el cálculo se aplica la siguiente formula del VAN:

$$VAN = -I_o + \sum_{i=1}^n \frac{F_i}{(1+i)^n} = 0$$

Donde:

I_o = Inversión inicial.

F_i = Flujo neto de efectivo, obtenido del Estado de Resultados proforma.

i = Tasa interna de retorno que se busca.

n = años en el análisis del proyecto.

Los criterios para decidir en base a la TIR son:

- ☐ ☐ Si la $TIR \geq TMAR$, Se acepta el Proyecto
- ☐ ☐ Si la $TIR < TMAR$, Se rechaza el Proyecto

A continuación se efectuó en una hoja de cálculo, por medio de la función “=TIR()” el cálculo de esta tasa, arrojando el siguiente resultado

B10				=TIR(C2:C5)
	A	B	C	D
1				
2		AÑO	(\$152,967.95)	VAN
3		1	\$86,286.80	\$78,707.29
4		2	\$102,451.34	\$85,243.02
5		3	\$104,395.72	\$79,230.87
6		TOTAL DE FLUJOS DE EFECTIVO		\$243,181.18
7				
8				
9	TMAR	9.63%		
10	TIR	39.49%		

El valor obtenido de la Tasa Interna de retorno es 39.49%, es decir es mayor a la TMAR (9.63%), lo que indica que se considera aceptable la inversión en el proyecto.

8 FINANCIAMIENTO DEL PROYECTO

Los financiamientos de los proyectos se pueden realizar de dos o tres fuentes, si son fondos provenientes de la Universidad:

- En primer lugar del rubro 54 que es de fondo general, es decir de una línea presupuestaria donde el estado provee para mantenimiento de equipo y de las instalaciones, adquisición de recursos de aprendizaje y/o otros.
- En segundo lugar de recursos propios que son fondos provenientes de matrícula y escolaridad que la Facultad a través de la Junta Directiva decide en qué se invierte.
- En tercer lugar se puede presentar el proyecto al Consejo Superior Universitario y solicitarle que se busque una fuente de financiamiento que ayude total o parcialmente a financiar el proyecto.
- La otra fuente podría venir de terceros, es decir que el proyecto se presente a una institución o embajada que esté dispuesta a pagar el financiamiento del proyecto.
- Puede incluirse dentro del plan de compras de la FOUES si la Junta Directiva avala el proyecto y su ejecución podría realizarse el siguiente año después de su aprobación.

Según lo expresado por el Decano, el doctor Manuel Joya, la opción que preferiría es incluir este proyecto en el Plan de Compras de FOUES para el siguiente año. Ya que el proceso de aprobación/visto bueno del proyecto vendría directamente de la Junta Directiva de la Facultad por ser un proyecto para beneficio propio.

9 EVALUACIÓN SOCIAL

Con la evolución económica-social, se pretende medir la contribución que el proyecto ya una vez implementado brindara a la comunidad o área de influencia de las partes involucradas e inclusive al país. Se deberá establecer todos los resultados que nos guíen a generar dichos beneficios socio económico.

Lo que se pretende con el estudio es ayudar al mejor desarrollo de la calidad de vida de las partes involucradas, directa e indirectamente.

Algunos de los beneficios que se pretende obtener una vez se haya implementado el proyecto en estudio, son los siguientes. Para lo cual se generara un pequeño análisis de cada uno de esos beneficios.

9.1.1 Generación de empleos.

Con la implementación de la puesta en marcha del sistema de gestión de la calidad ISO 9001:2008, se pretende ayudar a la sostenibilidad de las Clínicas en la FOUES, lo cual beneficiaría a la calidad de vida de los involucrados. Además si el proyecto resulta con el éxito esperado es probable que posteriormente se pueda necesitar de la contratación de más personal, lo cual pondrá a disposición más plazas siempre beneficiando a la población.

Un paciente cualquiera puede tardarse entre 45 minutos y 3 horas en recibir tratamiento en las clínicas odontológicas de la facultad, en promedio un paciente cualquiera puede demorar 103 minutos en ser atendido, si el área de clínicas trabaja 6 horas al día pueden atenderse 3 pacientes diarios por silla.

El número de sillas de atención a pacientes de la facultad es de 81, pero solo trabajan 8 estudiantes y doctores por día, si multiplicamos la cantidad de sillas ocupadas (8 sillas) por la cantidad de pacientes por hora tenemos que la capacidad diaria de las clínicas es de 24 pacientes diarios

En la facultad de odontología se trabajan según calendario 165 días al año, en conclusión pueden atenderse alrededor de 3,960.

Si se pretendiera atender al 100% de los pacientes que arriban, con un tiempo máximo promedio de atención de 3 horas por paciente, debería contratarse a 4 personas más para las áreas que se estime conveniente apoyar (este análisis deberá ser realizado por el director de clínicas), actualmente ingresan 5707 pacientes al año, el cálculo de atención es como sigue:

Tabla 70 Cálculo de pacientes atendidos al contratar 4 empleados

Pacientes arribados al año	Días laborales al año	Horas laborales al día	Tiempo de atención	Personal	Pacientes atendidos al año
5707	165	8	3	12	5940
Fuente: Elaboración propia a partir de tiempos de intención.					

En conclusión la generación de empleos en el área de clínicas es de 4 personas al año, si la alta dirección toma la decisión de contratar esta cantidad de personal para cubrir las necesidades actuales, además podrían generarse el doble de empleos (8 empleos) si se contratara personal de medio tiempo.

9.1.2 Contribución a la economía

Con la implementación de este proyecto, lo que se pretende es generar una mejora en sus procesos lo que conllevará a un aumento de sus ingresos de ser aplicado (además de que sigan realizando análisis y transferencia de tecnología) se generara mayores ingresos ya que la capacidad de atención se estima aumentará.

Por otra parte con el aumento de pacientes se ayuda a la economía tanto local como nacional en vista de que el costo por tratamiento que se paga en el mercado es mucho mayor que el pagado en clínicas de la FOUES, de tal manera que significará un ahorro significativo en materia de salud bucal en la población.

La contribución total a la economía de los pacientes es de:

Tabla 71 Ahorros en la población

	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3
BENEFICIO (AHORRO DE LA POBLACIÓN)	\$43,876.13	\$43,015.13	\$43,015.13

9.1.3 Mayores ahorros en la población

El proyecto beneficiara de manera directa a los habitantes de la zona en una mejor calidad de vida, en vista de que tendrán un ahorro por los bajos costes y la mejor atención en las clínicas de la FOUES.

Así también los ingresos percibidos por la FOUES, harán que esta pueda con el tiempo alcanzar una mayor sostenibilidad, al actualizar el arancel odontológico.

Los ahorros para la población pueden ser visualizados en la tabla No. 71.

9.1.4 Contribución a la cultura del cuidado dental

Con el aumento de los pacientes atendidos, se penetra más en el mercado de las clínicas odontológicas, siendo esta una mejor opción. El cuidado dental por lo tanto toma mayor auge y los pacientes optan por cuidarse mejor al tener mejores opciones de precio.

Surge entonces una cultura de cuidado dental ya que los tratamientos son accesibles, esto ayuda enormemente a mejorar la salud y calidad de vida de la población.

Dado que podrá ser atendido un total de 5,940 pacientes al año, estos tendrán una mejora tangible en su salud bucal y en el futuro podrá ser considerada como una cultura familiar ya que cuando un miembro de una familia reciba este beneficio este podrá ser conocido y así referido a otros.

9.1.5 Mejora en la Salud

Con la implementación de este proyecto se tenderá a una mayor cantidad de pacientes con lo cual esta nueva cantidad de pacientes se sumarán a aquellos que son atendidos actualmente, contribuyendo a mejorar la calidad de vida y salud bucal de una mayor población, al ser los tratamientos en las clínicas odontológicas de la FOUES mucho más accesibles.

Dado que podrá ser atendido un total de 5,940 pacientes al año, estos tendrán una mejora tangible en su salud bucal y en el futuro podrá ser considerada como una cultura familiar ya que cuando un miembro de una familia reciba este beneficio este podrá ser conocido y así referido a otros.

CONCLUSIONES

DIAGNÓSTICO:

- Los clientes externos de las clínicas FOUES se encuentran realmente satisfechos con aspectos tales como la higiene y los conocimientos de los estudiantes.
- Los pacientes de las clínicas FOUES no se encuentran satisfechos con aspectos como la amabilidad del personal y la rapidez en el servicio.
- El cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2008 dentro de la facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador es actualmente de 31.22%-
- El nivel de cumplimiento esperado para el cierre de la brecha en la etapa de diseño del presente trabajo de grado es de un 87.13% debido a que muchos de los requisitos pueden ser cumplidos únicamente si se llega a la implementación del sistema de gestión de la calidad.

DISEÑO:

- Se diseñó los manuales de procedimientos, funciones, organización y calidad para el sistema de gestión.
- Se diseñaron los seis procedimientos de norma entre los cuales se encuentran: control de documentos, acciones correctivas entre otros.
- Se diseñaron los diecinueve registros obligatorios que solicita la norma entre los cuales están: mejora continua, acciones correctivas, acciones preventivas, registros de auditoría entre otros.
- Se estandarizarán los documentos de uso interno de la facultad y los procedimientos de las unidades priorizadas.
- Se establecieron los indicadores que permitirán medir y controlar tanto los procedimientos propios de la facultad, como los procedimientos obligatorios de Norma.

EVALUACIONES:

- A través del levantamiento, documentación y estandarización de los procedimientos que son realizados dentro de la FOUES se le da cumplimiento a este requisito así como a otros requisitos de la norma ISO 9001:2008 relacionados con la efectividad y la calidad de los mismos, abonado a ello pueden obtenerse ahorros monetarios al disminuir los tiempos de realización de estos procedimientos.
- Los costos asociados únicamente al diseño del Sistema de Gestión de calidad basados en la norma ISO 9001:2008 son de **\$4,733.57** .
- La inversión total del proyecto sería de \$137,134.82 (esto no incluye la certificación del SGC).
- El nivel máximo de servicio en las clínicas FOUES, lograra alcanzarse a inciso del tercer año después de la implementación del SGC.

- El ahorro de la población traducido a un beneficio social de la FOUES puede traducirse a \$109,906.39 durante los primeros 3 años después de la implementación del SGC debido al incremento de los servicios en clínicas.
- La tasa mínima aceptable de rendimiento es 9.63%.
- El valor obtenido del Valor Actual Neto es de \$108,729.48, lo que indica que el proyecto puede aceptarse ya que se tendrá una proporción mayor de ahorros de parte de la población.
- El valor obtenido de la Tasa Interna de retorno es 49%, es decir es mayor a la TMAR (9.63%), lo que indica que se considera aceptable la inversión en el proyecto.
- El análisis beneficio-costos indica que por cada dólar invertido en el proyecto se tendrán \$0.20 que simbolizan el ahorro de la población.
- Al realizar un análisis de las eficiencias de los procesos se tiene un área de oportunidad de mejora del 24.89%, ya que el promedio de eficiencia de todos los procesos es de 75.11%, las deficiencias analizadas fueron cuello de botella y reproceso.
- El promedio de eficiencia de todos los procesos con el SGC es de 89.61%, comparando con el dato sin SGC que es de 75.11%; existen entonces un incremento de la eficiencia debido a la implantación del SGC sería de 14.5%.
- Al mejorar los procesos y estandarizarlos se tendría un beneficio de **\$29,913.22**.
- El diseño e implementación de un sistema de Gestión de Calidad basado en la norma ISO 9001:2008 para la FOUES, representa un beneficio curricular para los empleados de la misma además de un apoyo y fomento a la cultura del cuidado bucal en la población de nuestro país.

RECOMENDACIONES

DIAGNÓSTICO:

A continuación se detallan las recomendaciones para la FOUES, para poder realizar el cierre de la brecha:

- Determinación de la secuencia de los procesos
- Objetivos de calidad
- Política de calidad
- Manual de calidad
- Procedimiento para el control de documentos
- Procedimientos para control de registros y su recuperación.
- Formato para registros de las revisiones
- Mecanismo que permita conocer los requisitos del cliente.
- Objetivos de calidad para cada una de las áreas seleccionadas.
- Determinación de los procesos internos y externos.

- Determinación de la secuencia de los procesos.
- Asignación de responsabilidades y autoridades.
- Establecimiento de procedimientos apropiados que permitan una oportuna comunicación dentro de la FOUES.
- Evidencia de las revisiones
- Documentación de resultados de auditorías
- Retroalimentación de los clientes.
- Documentación de acciones correctivas y preventivas.
- Documentación y evidencia de las revisiones y mejoras.
- Diseño de mecanismos eficaces de retroalimentación con los clientes.
- Plan de capacitación.
- Programa de mantenimiento de edificios actualizado.
- Programa de mantenimiento de computadoras
- Programa de mantenimiento de equipos dentales
- Control de mantenimiento de aires acondicionados
- Control de mantenimiento de luminarias
- Control diario de Limpieza (baños e instalaciones) por área de FOUES.
- Bitácora diaria de esterilización de equipos dentales
- Programación clínica actualizada
- Bitácora de citas y seguimiento de las mismas
- Evaluación y seguimiento de alumnos
- Bitácora de realización de tratamientos por turno en clínicas
- Aceptación de trabajo dental realizado por docente encargado
- Instructivo actualizado de parámetros de calidad aceptables del servicio en recepción y clínicas
- Seguimiento de satisfacción del paciente con el servicio
- Instructivo de requisitos del servicio
- Control de revisiones de instructivo según sea necesario
- Divulgación de modificaciones a instructivos (Comunicación interna)
- Buzón de sugerencias y/o quejas
- Informar a pacientes y al público en general sobre el servicio
- Procedimiento de cada etapa para la definición del diseño y desarrollo del servicio
- Se deberá estar llevando un control de la revisión y validación de cada etapa

- Se definirán las responsabilidades y autoridades encargadas de esta función, específicamente del área de clínicas y jefaturas
- Estandarización con las condiciones mínimas para ejecución del servicio.
- Información clara y precisa del servicio con sus características
- Instructivo de aceptación del servicio
- Actualización de requisitos previamente validados.
- Evaluación cada 6 meses del desempeño de las clínicas con respecto a sus características y condiciones mínimas
- Criterios para la selección de proveedores
- Requisitos de aceptación de materiales dentales, equipos y otros artículos.
- Descripción de requisitos de calidad para materiales dentales
- Procedimiento de recepción de materiales dentales (incluyendo de certificados de calidad)
- Estandarización con las condiciones mínimas para ejecución del servicio.
- Información clara y precisa del servicio con sus características
- Instructivo de aceptación del servicio
- Procedimiento de limpieza y esterilización de equipo e instrumentos dentales
- Seguimiento de pacientes
- Hoja de aceptación de servicio al paciente luego de ser tratado (catedrático).
- Requisitos mínimos de aprobación de procedimientos dentales.
- Instructivos para los diferentes tratamientos dentales
- Requisitos mínimos para aplicar a las prácticas en clínicas de FOUES (calificación de alumnos)
- Registros de pacientes atendidos junto con el estudiante que los atendió, docente a cargo, turno.
- Información de pacientes confidencial y sólo con acceso para el personal de Archivo de clínicas, Director de Clínicas.
- Procedimiento de calibración de equipos
- Programa de calibración de equipos dentales
- Determinación de patrones de medición utilizados para calibración
- Programa de protección de equipos dentales (protección de ajustes a equipos).
- Formulario de ejecución de calibración periódico
- Registros de conformidad del servicio prestado (bitácora de prácticas)
- Encuestas de satisfacción de pacientes periódica (mensual).
- Estadísticas de seguimiento de pacientes (para detectar fuga de pacientes y cumplimiento de tratamiento).

- Programación anual de auditorías internas
- Documentación de no conformidades encontradas en Auditorías.
- Norma de requisitos aceptables para servicio de clínicas (criterios, alcance, frecuencia y metodología de auditoría)
- Definición y documentación de indicadores, frecuencia y rangos permisibles (threshold, target, outstanding), método de medición.
- Control de indicadores
- Registros de conformidad del servicio prestado (bitácora de prácticas aprobada por turno y fecha)
- Bitácora de aceptación de tratamiento realizado
- Procedimiento de análisis de encuestas a pacientes y seguimiento para encontrar oportunidades de mejora.
- Procedimiento para análisis de observaciones de proveedores.
- Programa de revisión de auditorías
- Procedimiento para corrección de no conformidades
- Revisión de datos recopilados
- Definición de política y objetivos de calidad.
- Procedimiento para revisión de no conformidades encontrados en las áreas de FOUES (incluye causas, acciones a seguir)
- Registro de resultados de acciones correctivas
- Análisis de no conformidades potenciales en clínicas
- Registro de acciones emprendidas

DISEÑO:

- Se le recomienda a la unidad de Dirección de clínicas ubicar un buzón de sugerencias contiguo a la ventanilla de archivo clínico, con el fin de obtener una eficaz comunicación con el cliente.
- Se recomienda que la dirección de clínicas tenga a disposición de los pacientes que finalizaron sus tratamientos un cuaderno de quejas debidamente codificado y controlado.
- Se recomienda que antes del inicio de la implementación del sistema de gestión de calidad se realice charlas magistrales por parte de los jefes de cada unidad con el fin de concientizar a todos los empleados acerca de la importancia de la implementación de las normas ISO 9001:2008.

- Se recomienda informar al alumnado de la implementación del sistema de gestión dentro de la facultad.
- Se recomienda que las capacitaciones sean impartidas por entes certificados y autorizados para tal fin y que se realicen las pruebas pertinentes.
- Se recomienda que las capacitaciones sean impartidas por la empresa V &M Quality quien ha capacitado y certificado al Ministerio de Turismo (MITUR) y al Banco Central de Reserva (BCR).

EVALUACIONES:

- Se recomienda a la alta dirección (decanato y junta directiva FOUES) incluir el presente proyecto dentro del plan de compras anual de la facultad o buscar alguna otra fuente de financiamiento en caso de no ser este aprobado para su realización.
- se recomienda actualizar el “arancel” de los tratamientos odontológicos anualmente para poder conocer de manera más precisa los costos asociados a los servicios.
- Se sugiere que las capacitaciones iniciales para empelados dentro de la FOUES sean realizadas por estudiantes de horas sociales de la Escuela de Ingeniería Industrial.

ANEXOS

9.1.6 CARTA IBEROAMERICANA DE CALIDAD EN LA GESTIÓN PÚBLICA

Aprobada por la X Conferencia Iberoamericana de Ministros de Administración Pública y Reforma del Estado

San Salvador, El Salvador, 26 y 27 de junio de 2008

Adoptada por la XVIII Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno

San Salvador, El Salvador, del 29 al 31 de octubre de 2008

(Resolución No. 25 del "Plan de Acción de San Salvador")

CAPÍTULO PRIMERO.

FINALIDAD DE LA CARTA Y NOCIÓN DE CALIDAD EN LA GESTIÓN PÚBLICA

Objeto.

1. La Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública persigue los objetivos siguientes:

- a. Promover un enfoque común en Iberoamérica sobre la calidad y la excelencia en la gestión pública, que integre las distintas perspectivas políticas y técnicas que se encuentran presentes en los diversos niveles y sectores de las Administraciones Públicas de la región.
- b. Conformar un cuerpo de principios y orientaciones que sirvan de referencia a las diferentes Administraciones Públicas de los Estados iberoamericanos en la formulación de políticas, planes, modelos y mecanismos que permitan la mejora continua de la calidad de su gestión pública.
- c. Proponer la adopción de instrumentos que incentiven la mejora de la calidad en la gestión pública, que sean flexibles y adaptables a los diferentes entornos de las Administraciones Públicas iberoamericanas y a sus diversas formas organizativas.

Servir como guía para el diseño, regulación, implantación, desarrollo, mejora y consolidación de planes de calidad y excelencia en la gestión pública, que le permitan a las diferentes Administraciones Públicas de los Estados iberoamericanos potenciar sus capacidades y utilizarlas plenamente para acometer los retos y desafíos del desarrollo integral de sus respectivas sociedades y lograr el bienestar de sus ciudadanos.

Concepto de calidad en la gestión pública

2. La calidad en la gestión pública constituye una cultura transformadora que impulsa a la Administración Pública a su mejora permanente para satisfacer cabalmente las necesidades y expectativas de la ciudadanía con justicia, equidad, objetividad y eficiencia en el uso de los recursos públicos.

La calidad en la gestión pública debe medirse en función de la capacidad para satisfacer oportuna y adecuadamente las necesidades y expectativas de los ciudadanos, de acuerdo a metas preestablecidas alineadas con los fines y propósitos superiores de la Administración Pública y de acuerdo a resultados cuantificables que tengan en cuenta el interés y las necesidades de la sociedad.

La concepción de la calidad ha ido evolucionando e incorporando nuevos aspectos hasta conformar una aproximación holística e integradora de la gestión, donde cobran especial importancia todas las partes interesadas en sus diferentes formas de relación, así como la sostenibilidad y la corresponsabilidad social.

La calidad en la gestión pública puede y debe ser constantemente mejorada, buscando elevarla a niveles de excelencia, es decir obtener resultados sostenibles, con tendencias crecientes de mejora, y que tales resultados se comparen favorablemente con los más destacados referentes nacionales e internacionales.

Contenido finalista de la gestión pública de calidad

3. Una gestión pública se orientará a la calidad cuando se encuentre referenciada a los fines y propósitos últimos de un Gobierno democrático, esto es, cuando se constituya en:
 - a. Una gestión pública centrada en el servicio al ciudadano; y,
 - b. Una gestión pública para resultados.

La calidad en la gestión pública implica la práctica del buen gobierno, mediante una formulación de políticas públicas convenientes a toda la sociedad, dentro de parámetros equilibrados de racionalidad política, técnica y económica.

La calidad en la gestión pública contribuirá a facilitar el desarrollo económico y crear condiciones adecuadas y sostenibles para la competitividad y productividad nacional.

La calidad en la gestión pública tiene sentido si su fin último es alcanzar una sociedad del bienestar, con justicia y equidad, garantizando el desarrollo de la persona y el respeto a su dignidad, la cohesión social y la garantía del cumplimiento efectivo e integral de los derechos humanos. En especial, asegurando a todas las personas, el acceso oportuno y universal al disfrute de información, prestaciones y servicios públicos de calidad.

La adopción de enfoques, modelos, acciones e instrumentos de calidad en la gestión pública iberoamericana contribuye a la legitimidad y consolidación de la democracia y al logro del desarrollo económico y social de forma sostenible, con la mejora de la cohesión social.

CAPITULO SEGUNDO.

PRINCIPIOS INSPIRADORES DE UNA GESTION PUBLICA DE CALIDAD.

Principio de servicio público

4. Las Administraciones Públicas iberoamericanas están al servicio de los ciudadanos y, en consecuencia, darán preferencia a la satisfacción de sus necesidades y expectativas.

La orientación a la calidad en la gestión pública supone maximizar la creación de valor público, por lo que tiene que responder al principio de gestión para resultados. Ello supone un esfuerzo para optimizar la dirección efectiva e integrada del proceso de creación de valor público, para asegurar la máxima eficacia, eficiencia y efectividad de su desempeño, la consecución de los objetivos de gobierno y su mejora continua.

Principio de legitimidad democrática

5. Una gestión pública de calidad tiene que estar inspirada en valores democráticos y, en tal sentido, constituirse en una garantía y protección de las libertades públicas consagradas a los ciudadanos.

La legitimidad democrática de la gestión pública proviene de la elección popular de las autoridades políticas y de la participación y control de la ciudadanía sobre los asuntos públicos.

También, es una fuente de legitimidad el ejercicio independiente de una función pública profesional, seleccionada bajo los principios de igualdad, mérito y capacidad, al servicio de un programa de gobierno resultante del proceso democrático.

Transparencia y participación ciudadana

6. Las Administraciones Públicas tienen que ser transparentes en su gestión, abiertas al escrutinio público, tolerantes a la crítica y permeables a las propuestas de mejora y de cambio provenientes de la ciudadanía.

Principio de legalidad

7. Una gestión pública de calidad implica el sometimiento de la Administración Pública al Estado de Derecho, bajo cuya orientación se organiza y actúa con racionalidad y objetividad.

El principio de legalidad contribuye a la calidad de la gestión pública, por ser una ordenación consciente de las competencias públicas atribuidas a los órganos y entes de la Administración Pública, a través de normas jurídicas.

La calidad en la gestión pública iberoamericana requiere la formalización de los enfoques, modelos, acciones e instrumentos de calidad, mediante la adopción de normas jurídicas que la regulen.

Principio de coordinación y cooperación

8. Para lograr una gestión pública de calidad se requiere que todos los órganos y entes de la Administración Pública contribuyan a la prestación de servicios al ciudadano.

A tales efectos, las Administraciones Públicas iberoamericanas preverán la asignación de competencias, relaciones, instancias y sistemas de coordinación de sus entes y órganos, para prestar servicios de forma integral al ciudadano.

La coordinación interadministrativa resulta clave en aquellos Estados con modelos descentralizados y con diferenciación competencial a nivel territorial.

Principio de ética pública

9. Una gestión pública de calidad implica la observancia de valores éticos que la orientan, tales como la vocación de servicio público, la probidad, la honradez, la buena fe, la confianza mutua, la solidaridad y la corresponsabilidad social, la transparencia, la dedicación al trabajo, el respeto a las personas, la escrupulosidad en el manejo de los recursos públicos y la preeminencia del Interés público sobre el privado.

Principio de acceso universal

10. La calidad en la gestión pública comprende el esfuerzo por lograr la universalización y el más amplio y fácil acceso espacial y temporal de los ciudadanos a servicios públicos de igual calidad, con independencia de la ubicación geográfica de los ciudadanos y del momento en que éstos los requieran.

Principio de continuidad en la prestación de servicios

11. Los servicios públicos se prestarán de manera regular e ininterrumpida, previendo las medidas necesarias para evitar o minimizar los perjuicios que pudieran ocasionarle al ciudadano en las posibles suspensiones del servicio.

Principio de imparcialidad

12. En una gestión pública de calidad, la atención a todos los ciudadanos se realiza con imparcialidad, asegurando que serán tratados con igualdad, sin discriminación por motivos tales como el género, edad, raza, ideología, religión, nivel económico, situación social o localización geográfica.

Por causas objetivas, la Administración Pública podrá establecer discriminaciones positivas para proteger a los

ciudadanos que lo puedan requerir. En todo caso, corresponde a la Administración Pública la defensa del interés general frente a los intereses particulares.

Principio de eficacia

13. La calidad en la gestión pública comprende cumplir con el principio de eficacia, entendido como la consecución de los objetivos, metas y estándares orientados a la satisfacción de las necesidades y expectativas del ciudadano.

Principio de eficiencia

14. La gestión pública debe seguir el principio de eficiencia, comprendido como la optimización de los resultados alcanzados por la Administración Pública con relación a los recursos disponibles e invertidos en su consecución.

Principio de economía

15. La calidad en la gestión pública dependerá de que se cumpla con el principio de economía, esto es, que el funcionamiento de la Administración Pública propenda a la utilización racional de los recursos públicos.

La asignación de recursos a la Administración Pública se ajustará estrictamente a los requerimientos de su funcionamiento para el logro de las metas y objetivos previstos.

Principio de responsabilización

16. Una gestión pública de calidad es aquella en la que existe responsabilización, esto es, en la que hay rendición de cuentas por el desempeño de las autoridades, directivos y funcionarios públicos frente a los ciudadanos, y control social sobre la gestión pública.

Evaluación permanente y continua

17. Una gestión pública de calidad es aquella que contempla la evaluación permanente, interna y externa, orientada a la identificación de oportunidades para la mejora continua de los procesos, servicios y prestaciones públicas centrados en el servicio al ciudadano y para resultados, proporcionando insumos para la adecuada rendición de cuentas.

CAPITULO TERCERO.

DERECHOS Y DEBERES DE LOS CIUDADANOS PARA UNA GESTION PUBLICA DE CALIDAD

Contenidos del derecho a una gestión pública de calidad

18. Los ciudadanos tienen derecho a una gestión pública de calidad, que estará reconocida por los ordenamientos jurídicos nacionales. En consecuencia, los ciudadanos podrán:
 - a. Acceder a cualquier servicio público o prestación a que tengan derecho, recibiendo una atención y asistencia ágil, oportuna y adecuada.
 - b. Solicitar y obtener información pública de interés general, en especial aquella referida a los resultados de la gestión pública y al desempeño de los órganos y entes de la Administración Pública, que sea completa, veraz y actualizada. Con dicho objetivo, se podrá acceder a aquella información contenida en archivos y registros, con las excepciones contempladas en la ley.
 - c. Conocer el esquema de organización de los órganos y entes de la Administración Pública, los servicios y prestaciones que ofrecen y los requisitos, condiciones, trámites y procedimientos administrativos y medios para acceder a ellos.
 - d. Identificar a las autoridades, funcionarios públicos encargados de las prestaciones o servicios públicos a que tengan derecho, o bajo cuya competencia se tramiten sus peticiones, solicitudes, reclamos o procedimientos.
 - e. Presentar con facilidad las peticiones, solicitudes o reclamos a los órganos y entes de la Administración Pública, así como recibir oportuna y adecuada respuesta a tales peticiones o solicitudes, independientemente del derecho de ejercer los recursos administrativos o judiciales correspondientes, de conformidad con la ley nacional.
 - f. Participar en el ciclo de diseño y mejora del servicio, así como a presentar propuestas de transformación e innovación del servicio.

- g. Abstenerse de presentar documentos no exigidos por las normas aplicables al trámite o procedimiento de que se trate.
 - h. Acceder fácilmente a los datos que la Administración Pública dispone sobre el mismo, con las excepciones contempladas en la ley y solicitar la modificación que corresponda, así como la preservación de su privacidad.
 - i. Exigir un trato respetuoso y deferente por las autoridades y funcionarios públicos, quienes están obligados a facilitar a los particulares el ejercicio de sus derechos y el cumplimiento de sus obligaciones.
 - j. Participar en la formación de las políticas públicas de conformidad con la ley nacional, así como en las evaluaciones del desempeño de los órganos y entes de la Administración Pública y conocer sobre su resultado.
19. Por su parte, el ciudadano debe participar en la mejora de la calidad de la gestión pública, en consecuencia:
- a. Contribuirá al sostenimiento de los costes de la gestión pública.
 - b. Dará un trato respetuoso y conforme a principios éticos a los funcionarios y autoridades públicas.
 - c. Realizará un uso adecuado de los bienes y servicios públicos.
 - d. Participará en el ciclo de formulación, ejecución, evaluación y control de las políticas públicas.
20. La Administración Pública facilitará el ejercicio de los derechos de los ciudadanos y velará por el cumplimiento de sus deberes como partícipes del sistema social y político.

CAPITULO CUARTO.

ORIENTACIONES, ACCIONES E INSTRUMENTOS PARA FORMULAR POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS DE CALIDAD EN LA GESTIÓN PÚBLICA

Decisión política y perspectivas sistémica

21. La implantación de la calidad en los servicios públicos representa una opción fundamental para la consolidación y fortalecimiento de la gestión pública. Ello requiere decisión política y una perspectiva sistémica, que genere una visión compartida que dirija los esfuerzos transformadores a la satisfacción de las necesidades y expectativas de los ciudadanos.

Calidad institucional

22. La calidad institucional atañe tanto a las acciones políticas y programas como a las actividades vinculadas a la racionalización del gasto, la comunicación de resultados alcanzados, la transparencia y responsabilidad pública y la rendición de cuentas a la sociedad. Este enfoque de calidad institucional tiene que ser coherente y estar perfectamente integrado con la calidad en el servicio.

Nueve ejes estratégicos

23. La presente Carta Iberoamericana propone a continuación nueve ejes u orientaciones estratégicas, y sugiere el uso de diversas acciones e instrumentos para lograr una gestión pública

de calidad centrada en el ciudadano y para resultados. La aplicabilidad y la decisión respecto al uso de cada uno de dichos instrumentos dependerá del grado de avance y de las características particulares de cada Administración Pública y de su entorno.

Sección I. Orientaciones para formular políticas y estrategias de calidad en la gestión pública

Para una gestión pública al servicio de la ciudadanía

24. El reto de la calidad en la gestión pública es su orientación al servicio de las necesidades y expectativas de la ciudadanía y su compromiso en alcanzar una sociedad de bienestar. La capacidad de innovar y adaptarse continuamente a los requerimientos sociales permitirá a la Administración Pública incrementar la credibilidad y confianza de los ciudadanos sobre las diversas prestaciones y variados servicios que suministra.

25. La Administración Pública buscará la satisfacción equilibrada de las diversas necesidades y expectativas presentes en la sociedad, de conformidad con el interés general. Por ello, la Administración Pública expondrá en todo momento sus políticas al debate de los diferentes sectores sociales.

La participación de la sociedad organizada en todas sus formas garantiza que las Administraciones Públicas atiendan las aspiraciones de los ciudadanos.

Hacia una gestión pública de resultados

26. Todo proceso de gestión pública debe perseguir la creación de valor público, lo que tiene que reflejarse en resultados e impactos, cuantificables, que permitan evaluar el rendimiento en todas sus dimensiones.

Para la objetiva determinación de resultados, se requiere analizar la evolución del desempeño y el nivel de alcance de las metas, trazadas con sistemas de información para el seguimiento, evaluación y control rigurosos y oportunos, que fundamenten la toma de decisiones y medidas correctivas.

La gestión pública para resultados requiere la implementación de sistemas de monitoreo, medición y control que permitan un adecuado control, y la toma de decisiones.

Compromiso social y ambiental

27. Los órganos y entes de la Administración Pública, en su compromiso de servir a la sociedad, promoverán esfuerzos para contribuir al desarrollo social, económico y ambiental de forma sostenible, además de sus atribuciones legales, siempre que no sean incompatibles con las mismas.

Responsabilidad directiva liderazgo y constancia de objetivos.

28. La gestión pública de calidad exige una alta cualificación de los directivos, que deberán destacar por sus elevadas competencias para la conducción de los órganos y entes públicos, su especial vocación por el servicio público y una concepción ética del ejercicio de sus funciones. Asimismo, deberán rendir cuentas y someterse a control por los resultados obtenidos, e impulsar activamente el cambio, definiendo visión, misión, objetivos y metas, de conformidad con la ley.

También, deberán reforzar y ser impulsores de la calidad en las prestaciones y servicios públicos ofrecidos a los ciudadanos, poniendo en marcha los procesos y sistemas que se requieran para tal propósito; y motivar a los funcionarios públicos, apoyándolos, facultándolos y otorgándoles el reconocimiento merecido.

29. Los niveles político y directivo deben integrar en el ejercicio de sus funciones aspectos tales como la calidad del servicio, la sostenibilidad y equilibrio en los objetivos con respecto a los diferentes intereses implicados, ética en su comportamiento, respeto a la legalidad y los derechos humanos, así como la búsqueda continua del bienestar social.

Gestión por procesos

30. Los órganos y entes públicos orientarán sus actividades al desarrollo de una estrategia en términos de procesos, basada en datos y evidencias, definiendo objetivos, metas y compromisos a alcanzar. La adopción de una gestión por procesos permite la mejora de las actividades de la Administración Pública orientada al servicio público y para resultados.
A los efectos de la calidad en la gestión pública, los procesos constituyen una secuencia ordenada de actividades, interrelacionadas, para crear valor añadido.
31. La gestión por procesos en la Administración Pública debe tener en cuenta que el ciudadano es el eje fundamental de la intervención pública, lo cual requiere adoptar enfoques y diseñar los procesos de prestación del servicio desde la perspectiva del ciudadano, usuario o beneficiario, y no desde la perspectiva de la Administración Pública.

Desarrollo de capacidades de los empleados públicos

32. La calidad la construyen las personas y el éxito de una Administración Pública depende del conocimiento, habilidades, creatividad innovadora, motivación y compromiso de sus autoridades, directivos y demás funcionarios públicos. Valorar a los funcionarios públicos, significa que la alta dirección se comprometa con su satisfacción, desarrollo y bienestar, estableciendo además prácticas laborales de alto rendimiento y flexibilidad para obtener resultados en un clima laboral adecuado.
33. Para el desarrollo de capacidades resulta de gran importancia realizar, entre otras, las actuaciones siguientes:
 - a. Elaborar normas éticas que proporcionen pautas de comportamiento a los funcionarios públicos, orientadas al servicio público.
 - b. Establecer un sistema de profesionalización de la Función Pública con base en el mérito, de conformidad con la Carta Iberoamericana de la Función Pública.
 - c. Incorporar programas de capacitación en gestión de calidad y en el uso de herramientas de la calidad a la formación continua.
 - d. Sensibilizar e implicar al personal en torno a la calidad del servicio público.
 - e. Promover condiciones necesarias para el trabajo colaborativo y participativo del personal.
 - f. Considerar la percepción del personal sobre la organización y la calidad de la gestión pública.
 - g. Utilizar incentivos vinculados a la evaluación del desempeño para promover la calidad.

Participación de los empleados públicos para la mejora de la calidad de la gestión

34. Las Administraciones Públicas facilitarán la participación de sus empleados, promoviendo mecanismos y cauces adecuados para el diálogo con ellos y sus representantes para la mejora de la gestión pública.

Proceso continuo de aprendizaje, innovación y mejora de la calidad

35. El aprendizaje y la innovación son determinantes para la mejora de la calidad y la sostenibilidad en el cumplimiento de los objetivos de la Administración Pública.
Por otra parte, la mejora continua y la innovación facilitan el desarrollo de nuevos servicios, nuevos procesos para la gestión, así como su racionalización, simplificación y normalización.
La mejora continua sólo es posible con una perspectiva correctiva y orientada al futuro, alentando a las personas a identificar y reconocer errores propios y ajenos, y proponer mejoras para superarlos.

Relaciones de colaboración y cooperación orientadas a la mejora de la calidad

36. Las Administraciones Públicas identificarán aquellas organizaciones públicas o privadas con las cuales colaborar y cooperar, con el propósito de:
 - a. Acercar el servicio a la ciudadanía.
 - b. Crear sinergias y mejorar la coordinación y coherencia de la gestión pública.
 - c. Mejorar la eficacia, eficiencia y economía de los servicios públicos.
 - d. Mejorar la calidad de los servicios.
 - e. Compartir las mejores prácticas, generar aprendizaje y la gestión del conocimiento.

Sección II. Acciones e instrumentos para la calidad en la gestión pública

37. Los Estados Iberoamericanos promoverán el desarrollo normativo que facilite la aplicación de acciones, técnicas e instrumentos para la calidad en la gestión pública de las diferentes Administraciones, órganos, entes y unidades administrativas.

A continuación, se recomiendan algunas acciones, técnicas e instrumentos básicos de calidad, en los que los órganos y entes públicos pueden apoyarse para la implementación de la calidad en la gestión pública.

La dirección estratégica y el ciclo de mejora

38. La dirección estratégica supone un enfoque flexible, que se anticipa y adapta a las necesidades de la sociedad. Permite analizar y proponer soluciones, para orientar a la Administración Pública a una visión u horizonte en un plazo determinado. Dicha visión de futuro supone dotarla de capacidad para dar respuesta a los requerimientos de las diferentes partes interesadas. Para ello, los órganos y entes de la Administración Pública desarrollarán políticas, estrategias, planes, objetivos, metas, estructuras, sistemas y procesos críticos orientados a la consecución de los objetivos.
39. La dirección estratégica se basa en el ciclo de mejora: establecimiento de objetivos y planificación, desarrollo de forma sistemática y a través de procesos de las actuaciones

planificadas, comprobación de los resultados obtenidos con respecto a los objetivos establecidos y adaptación continua de la planificación estratégica.

La repetición sucesiva del ciclo de mejora permite alcanzar la mejora continua de la calidad del servicio al ciudadano y, por ende, una Administración Pública en transformación y actualizada.

Prospectiva y análisis de la opinión ciudadana

40. El uso de técnicas de prospectiva y estudio del entorno general y específico se orienta a la identificación de los principales retos y necesidades de la sociedad, así como las oportunidades o amenazas derivadas de factores del entorno, y la identificación de buenas prácticas aplicadas en otras organizaciones.

41. La realización de encuestas de opinión persigue la identificación de las necesidades y expectativas, así como el nivel de satisfacción del ciudadano respecto a los servicios.

Para la elaboración de dichas encuestas, se deben identificar los atributos de calidad que caracterizan el servicio prestado, y la importancia otorgada a cada uno. Su objetivo será obtener información sobre las expectativas del ciudadano y acerca del nivel de satisfacción con el servicio recibido.

El análisis comparado entre las expectativas del ciudadano y su nivel de satisfacción permitirá identificar potenciales áreas de mejora de la calidad del servicio.

Participación ciudadana para la mejora de la calidad

42. La Administración Pública desarrollará mecanismos de participación ciudadana, a lo largo de todo el ciclo de las políticas públicas. En particular, a través de comités consultivos, o grupos de trabajo con ciudadanos y representantes de la sociedad, foros, encuentros, jornadas de intercambio de experiencias con otras instituciones o Administraciones Públicas y actividades similares, o las encuestas de opinión y sistemas de recogida de sugerencias de mejora y atención de reclamos.

Adopción de modelos de excelencia

43. La adopción de modelos de excelencia, integrales u holísticos, facilita la comprensión de las dimensiones más relevantes de la realidad de los órganos y entes públicos y permite establecer unos criterios orientadores, homogéneos, tanto para el análisis sistemático y riguroso como para lograr la acción coherente.

Premios a la calidad o excelencia

44. Los premios a la calidad o premios a la excelencia respaldados por modelos de excelencia constituyen instrumentos valiosos de estímulo para la mejora, aprendizaje y reconocimiento de la gestión, resultando de gran utilidad para el intercambio y difusión de las mejores prácticas.

La gestión por procesos

45. La gestión por procesos implica el desarrollo de las actuaciones siguientes:

- a. La identificación de los requerimientos, necesidades y expectativas, de los diferentes destinatarios de las prestaciones y servicios públicos, así como de otros posibles grupos de interés.
- b. La identificación de todos los procesos necesarios para la prestación del servicio público y la adecuada gestión de la organización: procesos clave u operativos, de apoyo a la gestión y estratégicos; lo que se denomina mapa de procesos.
- c. La definición del objetivo de cada uno de los procesos, así como de los beneficios que aporta a los grupos de interés a los que va dirigido.
- d. La definición secuencial detallada y precisa de las diferentes actividades que componen el proceso o procedimiento concreto, para el cumplimiento de los diferentes requerimientos, y en su caso su diagrama.
- e. La definición de las obligaciones, así como de las autoridades y directivos encargados.
- f. La definición de indicadores que permitan la medición y control del desarrollo de la marcha adecuada del proceso.
- g. La definición y desarrollo de un sistema de gestión que permita el seguimiento, evaluación y mejora continua de la calidad de los procesos, y la prestación del servicio.
- h. La implantación de sistemas de gestión normalizados o estandarizados.

Los equipos y proyectos de mejora

46. La instauración de estructuras internas para la ejecución de proyectos de mejora de la calidad, tanto a cargo de grupos o equipos de mejora, constituidos a tal efecto por funcionarios públicos para abordar un proyecto de mejora concreto, como de unidades estables de calidad, que tengan asignadas funciones de apoyo a la mejora de la calidad, de forma estable y continuada en el tiempo.

Tendrán encomendadas tareas de identificación, análisis y resolución de aspectos susceptibles de ser mejorados, para la óptima orientación a resultados y a la satisfacción de los usuarios.

Cartas compromisos o de servicios al ciudadano

47. Las Cartas Compromiso o Cartas de Servicios al Ciudadano son documentos públicos con los cuales un órgano o ente público expresa sus compromisos asumidos en la prestación del servicio, especificando plazos de ejecución, estándares de calidad para el sistema de información y comunicación y los mecanismos de participación ciudadana.
48. Las Cartas Compromiso o Cartas de Servicios tienen que complementarse con un sistema de seguimiento y evaluación del cumplimiento de los compromisos expresados en las mismas, y estar sujetas a revisión, actualización y mejora continua. Asimismo, contemplar medidas de reparación o compensación en el caso de incumplimiento de los compromisos.

Mecanismos de difusión de información relevante para el ciudadano

49. La Administración establecerá mecanismos adecuados para la comunicación y la difusión de información relevante para los ciudadanos.

Dicha información incluirá los servicios que presta la Administración Pública y la forma de acceder a ellos, así como los derechos y deberes de los ciudadanos como destinatarios. Entre los

posibles instrumentos, se pueden contemplar los siguientes: formularios, guías de servicios, publicaciones, folletos divulgativos, hojas de instrucciones, circulares, páginas de información sobre la organización y sus servicios ubicadas en Internet, puntos automáticos de información y consulta, u otros medios.

La mejora de la normatividad

50. La mejora de la normatividad persigue el establecimiento de un marco normativo sencillo que facilite la eficacia, eficiencia, agilidad y adaptabilidad de los procesos y procedimientos, y, por ende, la mejora en la prestación del servicio a los ciudadanos, así como la productividad nacional. Será tarea permanente de los órganos y entes de las Administraciones Públicas iberoamericanas la mejora de la calidad en la elaboración de normas y el análisis de impacto normativo, la agilización y la simplificación de los trámites administrativos, siempre de conformidad con el interés general.

El gobierno electrónico

51. De conformidad con la "Carta Iberoamericana de Gobierno Electrónico", la Administración Pública buscará la optimización de las tecnologías de la información y la comunicación, para la mejora y acercamiento del servicio a las necesidades ciudadanas, así como de la propia gestión pública, mejora de la atención, trámites en línea, participación y transparencia. Para ello, tratará de facilitar múltiples modalidades de acceso y realización de trámites, así como el intercambio documental y de información en ambos sentidos Administración-ciudadano. En particular, se propiciará la interconexión entre las diferentes Administraciones orientada a la simplificación de trámites para el ciudadano.

Medición y evaluación

52. La evaluación de la eficacia, eficiencia y efectividad de la estrategia se realiza a través del seguimiento de indicadores, la revisión del cumplimiento de los objetivos y planes establecidos, además de la opinión extraída de los diferentes grupos de interés, o como resultado de la realización de evaluaciones y auditorías.
53. La adopción de estándares de calidad y la comparación de los indicadores de gestión con respecto a los estándares y objetivos estratégicos establecidos, permite analizar el nivel de cumplimiento y la orientación a resultados, facilitando la adopción de decisiones y la mejora continua de la calidad.
54. La instauración de una cultura y hábito de medición y evaluación dentro de la Administración Pública, como instrumento de obtención de información crítica para la mejora continua de la calidad de la gestión pública. La medición permite la identificación continua de posibles aspectos a mejorar para una óptima orientación de la organización a la satisfacción de los diferentes grupos de interés y al cumplimiento de sus objetivos.
55. Los diagnósticos, evaluaciones externas, auto- evaluaciones o revisiones de los sistemas de gestión, tienen que realizarse de forma sistemática, integrándose como elementos clave dentro del sistema de gestión de la Administración Pública, a fin de medir avances e identificar puntos críticos en los procesos y, en general, en la gestión pública.

Sugerencias, quejas y reclamos de los ciudadanos

56. El desarrollo de procesos sistemáticos y organizados para obtener información a través de sugerencias, quejas y reclamos de los ciudadanos con respecto al servicio prestado, y la capacidad de escucha y de respuesta efectiva y eficaz. Dichos sistemas estarán formalizados y tendrán definido un procedimiento específico, en el que se asignen encargados, y estarán integrados en un proceso de evaluación, revisión y mejora continua de la calidad del servicio.

Sistemas de gestión normalizados

57. La adopción de sistemas de gestión normalizados facilitan el desarrollo de un proceso de evaluación y mejora continua. En dicho sentido, se recomienda la adopción de modelos que contemplen la gestión integrada de la calidad, el medio ambiente y la salud y seguridad laboral. La certificación externa de los servicios públicos, puede prestigiarlos ante la sociedad.

La gestión del conocimiento

58. La gestión del conocimiento requiere:
 - a. El desarrollo de procesos sistemáticos para captar e incorporar, generar, adaptar y difundir la información y el conocimiento adquirido.
 - b. La sistematización, formalización y normalización de procesos, donde se establezcan protocolos para la generación, validación y difusión de conocimiento.
 - c. La institucionalización de la gestión del conocimiento como rutina organizativa.
 - d. La disponibilidad de inventarios de competencias generales y técnicas, actitudes y aptitudes.
 - e. El desarrollo de procesos de gestión de los repositorios de información: bases de datos, Intranet, documentos e informes, definición de procedimientos y métodos documentados, guías, manuales, entre otros elementos.
 - f. El establecimiento de mecanismos de intercambio de experiencias y redes de acceso o interconexión que permitan la identificación de las mejores prácticas tanto, entre funcionarios que integran la Administración Pública, como entre órganos y entes públicos y unidades administrativas, así como con otras Administraciones Públicas e instituciones privadas.
 - g. La generación de valor entre distintos grupos de personas relacionadas con la gestión pública, el trabajo colaborativo, así como la interacción entre los funcionarios que integran la Administración Pública, grupos de interés, grupos formales o bien grupos de naturaleza espontánea que surgen según las dinámicas naturales de trabajo y la puesta en común de conocimientos y experiencias.

Comparación e intercambio de mejores prácticas

59. La comparación e intercambio de información con otras organizaciones públicas o privadas, sobre sus experiencias, la participación en foros interadministrativos y redes de intercambio, así como la identificación de las mejores prácticas, permite generar aprendizaje y promover la mejora continua de la calidad.

Aportaciones y sugerencias de los funcionarios públicos

60. Los empleados públicos son el principal y más valioso capital con que cuenta la Administración Pública, y su experiencia y conocimiento es clave en la aportación a través de sugerencias para la mejora continua de la calidad de la gestión pública. En dicho sentido, es conveniente disponer de sistemas que regulen y promuevan su participación.

CAPITULO QUINTO.

CONSIDERACIONES FINALES ACERCA DE LA EFICACIA DE LA CARTA

61. La transformación y mejora de la calidad en la gestión pública deben abordarse siguiendo un proceso bien estructurado a corto, mediano y largo plazo, teniendo en cuenta que los cambios sustanciales y sostenibles se lograrán en el largo plazo.
62. Se reitera la gran utilidad de optar por modelos de excelencia en la gestión, establecidos como respaldo de Premios Nacionales a la Calidad y del Premio Iberoamericano de la Calidad, respaldado por la Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno.
63. La estrategia de calidad en las Administraciones Públicas iberoamericanas tiene que ser anticipativa y adaptativa, siempre atenta a los cambios del entorno dinámico, lo que dotará a los órganos y entes públicos de mayor capacidad de respuesta.
64. Para la óptima aplicación de los diferentes principios, orientaciones, acciones e instrumentos contenidos en la presente Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública, resulta de vital importancia un fuerte liderazgo y compromiso público de las autoridades políticas y del nivel directivo de la Administración Pública.
65. Se consideran fundamentales los esfuerzos de sensibilización sobre la importancia de la calidad en la gestión pública, y de capacitación sobre instrumentos y metodologías de la calidad, además de técnicas de gestión pública.
66. Se considera importante que, en los procesos de mejora, la evaluación de la calidad abarque la evaluación de la gestión, del servicio y de la calidad institucional o del buen gobierno de las Administraciones Públicas.
67. La implementación de la presente Carta implica la adecuación de la normativa interna, la eficiencia de los procesos y estructuras y la madurez organizacional, contribuyendo a fortalecer el desarrollo institucional.
68. La optimización de las recomendaciones y enfoques en el desarrollo de procesos de mejora de la calidad en la gestión de las Administraciones Públicas iberoamericanas requiere la cooperación entre los países de la Comunidad Iberoamericana, que favorezca el intercambio de experiencias y metodologías.
69. Los Estados iberoamericanos establecerán los mecanismos que consideren convenientes para evaluar el avance en la implementación de la presente Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública.

9.1.7 Formatos

Utilizados

Actualmente

En

FOUES



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA ADMINISTRACIÓN FINANCIERA

APDO. 2100

TEL. 2225-7198

SAN SALVADOR, C.A.

A QUIEN INTERESE:

LA INFRASCRITA TESORERA DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR Y LA ADMINISTRADORA FINANCIERA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA, UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR, POR ESTE MEDIO HACEN CONSTAR QUE:

EL DOCTOR; LABORA EN ESTA FACULTAD, DESDE EL VEINTE DE SEPTIEMBRE DE MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO; DESEMPEÑANDO A LA FECHA EL CARGO DE PROFESOR UNIVERSITARIO, TC., (CARGO FUNCIONAL- PROFESOR UNIVERSITARIO, III); NOMBRADO POR LEY DE SALARIOS EN PARTIDA NÚMERO 125-8; DEVENGANDO UN SUELDO MENSUAL DE UN MIL SEISCIENTOS 00/100 DOLARES (\$ 1,600.00), DEL CUAL SE LE EFECTUAN LOS SIGUIENTES DESCUENTOS:

I.N.P.E.P.	COTIZACION	\$
I.S.S.S.	COTIZACION	\$
F.U.P.	COTIZACION	\$
BANCO SALVADOREÑO		\$
SEGURO DE VIDA		\$
A.S.A.U.E.S.		\$
RETENCION DE RENTA		\$
TOTAL DESCUENTOS...		\$

Y PARA LOS USOS QUE EL INTERESADO ESTIME CONVENIENTE, EXTENDEMOS, FIRMAMOS Y SELLAMOS LA PRESENTE, EN LA CIUDAD UNIVERSITARIA, EL DIA VEINTIUNO DEL MES DE JUNIO DEL AÑO DOS MIL DOCE.

“ HACIA LA LIBERTAD POR LA CULTURA “

LICDA. EVELYN ELIZABETH DIAZ SANTOS



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA ADMINISTRACIÓN FINANCIERA

APDO. 2100

TEL. 2225-7198

SAN SALVADOR, C.A.

A QUIEN INTERESE:

LA INFRASCRITA ADMINISTRADORA FINANCIERA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA, UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR, POR ESTE MEDIO HACE CONSTAR QUE:

LA DOCTORA; LABORA EN ESTA FACULTAD, DESDE EL PRIMERO DE ABRIL DE MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y SIETE; DESEMPEÑANDO A LA FECHA, EL CARGO DE PROFESOR UNIVERSITARIO, TC., (CARGO FUNCIONAL-PU.III), NOMBRADA POR LEY DE SALARIOS, EN PARTIDA NUMERO 125-28; DEVENGANDO UN SUELDO MENSUAL DE

Y PARA LOS USOS QUE LA INTERESADA, ESTIME CONVENIENTE, EXTIENDO, FIRMO Y SELLO LA PRESENTE, EN LA CIUDAD UNIVERSITARIA, EL DIA VEINTISEIS DEL MES DE MARZO DEL AÑO DOS MIL DOCE.

" HACIA LA LIBERTAD POR LA CULTURA "

LICDA. DOLORES SUYAPA UMANZOR DE RIVERA

ADMINISTRADORA FINANCIERA

DETALLE DE CEF'S, ENVIADOS A PRESUPUESTO Y CONTROL EJERCICIO 2013

CORR.	FECHA/ENVIO	NUMERO/	FUENTE/	TOTAL	OBSERVACIONES
		REINTEGRO	FINANCIAMIENTO		

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
ADMINISTRACION FINANCIERA
COMPROBANTE CONTABLE

PAGINA No. 01

DESCRIPCION: DEVENGAMIENTO DE PARTIDA CONTABLE, REINTEGRO No. 06/2013						
CODIGO DE CUENTA	NOMBRE DE LA CUENTA	CIFRADO	ASOCIACION			
		PRESUPUEST.	PRESUPUEST.	PARCIAL	DEBE	HABER
	TOTAL...				\$	

ELABORADO POR:

10/09/2013

**FONDO UNIVERSITARIO DE PROTECCION
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

Final 25 Av. Nte. Ciudad Universitaria, S.S., El Salvador C.A., Conmutador Telf. No. 2225-1500 Ext. 5057 ó 5058

CONSTANCIA DE COTIZACIONES AL F.U.P.

La infrascrita Tesorera de la Universidad de El Salvador y Administradora Financiera de la Facultad de Odonto-logía, de la Universidad de El Salvador, **HACE CONSTAR QUE:**

La señora _____, trabajo en esta institución, _____ durante el período comprendido, desde el 18 de Junio de 1984 hasta el 30 de Junio de 2013; quién se desempeñó con el cargo de Empleado Calificado, T.C.

Detalle de salarios que devengó a partir de su fecha de ingreso a la U.E.S., hasta la fecha de su renuncia:

[illegible]

Y para ser presentada al Fondo Universitario de Protección, del personal de la Universidad de El Salvador, se extiende la presente, en la Ciudad Universitaria, el día Diecinueve del mes de Julio del año Dos Mil Trece.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR (CODIFICACIÓN: AF-FOR-07)

AUTORIZACION PARA VIAJAR EN MISION OFICIAL

A favor de _____ Cargo que desempeña: _____

Ptda. _____ Sub N* _____ en (Dependencia) _____ Lugar(es) que visitara. _____

_____ Objeto del viaje: _____ Durante el(los)
dia(s): _____

Lugar y fecha _____

Nombre: _____

(sello)

Cargo: _____

INFORME DE KILOMETRAJE RECORRIDO (Cuando la Universidad DO proporciona el transporte)

Clase de vehículo: _____ Marca: _____ Placa: _____ Propietario: _____

Kilometraje marcado en la salida: _____

Kilometraje marcado al regreso: _____

TOTAL kilómetros recorridos: _____

Observaciones: _____

CONSTANCIA

El Infrascrito HACE CONSTAR: Que _____ se presentó a este lugar a las _____ horas del día _____ salió a las _____ horas del día _____; en vehículo propiedad de _____.

Lugar y fecha: _____

Nombre: _____

(Sello)

Cargo: _____

Se ruega no firmar constancias en formularios en blanco

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR FACULTAD DE ODONTOLOGIA						
REQUISICION N8;					FECHA:	21/08/2012
LINEA DE TRABAJO:			7			
UNIDAD:			ADMINISTRACION FINANCIERA			
SOLICITANTE:			DOLORES SUYAPA UMANZOR DE RIVERA			
EN CONCEPTO DE:			PARA EL USO DE OFICINA			
ESPEC- FICO	CANT. SO LIC.	CANT. ENTREG.	MEDIDA	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	TOTAL POR PRODUCTO
TOTAL GENERAL						\$0.00

AUTORIZADO POR:

Licda. Dolores Suyapa Umanzor

F_____

NOMBRE Y FIRMA

APROBADO POR:

APROBADO POR:

Dr. Manuel de Jesús Joya Abrego

F_____

NOMBRE Y FIRMA

ENTREGADO POR:

Lic. Jorge Alberto Méndez

F_____

NOMBRE Y FIRMA

RECIBIDO POR:

Adriana Angelina C. de Chicas

F_____

NOMBRE Y FIRMA



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA ADMINISTRACIÓN FINANCIERA

APDO. 2100

TEL. 2225-7198

SAN SALVADOR, C.A.

VALES POR ENTREGA DE DINERO DEL FONDO CIRCULANTE DE MONTO FIJO. FACULTAD DE ODONTOLOGIA.

UES. (AF-FOR-09)

POR:

RECIBI DE: **ENCARGADA DEL FONDO CIRCULANTE DE MTO. FIJO. FAC. DE ODONT. UES.**

LA CANTIDAD DE: _____

EN CONCEPTO DE: _____

FECHA DE ENTREGA: _____

NOMBRE DE LA PERSONA QUÉ REC IBI: _____

FIRMA DE RECIBIDO: _____



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA ADMINISTRACIÓN FINANCIERA

APDO. 2100

TEL. 2225-7198

SAN SALVADOR, C.A.

VALES POR ENTREGA DE DINERO DEL FONDO CIRCULANTE DE MONTO FIJO. FACULTAD DE ODONTOLOGIA.

UES.

POR:

RECIBI DE: **ENCARGADA DEL FONDO CIRCULANTE DE MTO. FIJO. FAC. DE ODONT. UES.**

LA CANTIDAD DE: _____

EN CONCEPTO DE: _____

FECHA DE ENTREGA: _____

NOMBRE DE LA PERSONA QUÉ REC IBI: _____

FIRMA DE RECIBIDO: _____

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
CONTROL Y TRAMITE DE PAGO DE DOCUMENTOS

UNIDAD DE ORIGEN: FACULTAD DE ODONTOLOGIA LINEA DE TRABAJO: ENSEÑANZA DE ODONTOLOGIA

FUENTE DE FINANCIAMIENTO:

TIPO DE DOCUMENTOS: CEF () PLANILLA MANUAL () OTROS:

A FAVOR DE:

VALOR:

FECHA:

UNIDADES	FECHA Y HORA DE ENTRADA	FECHA Y HORA DE SALIDA	OBSERVACIONES
PRESUPUESTO			
UFI			
CONTABILIDAD			
TESORERIA			
PARA USO EXCLUSIVO DE TESORERIA			
FECHA Y NUMERO DE CHEQUE		FIRMA DE RECIBIDO DEL CHEQUE	
No. DE CHEQUE:		FIRMA:	
FECHA:		NOMBRE:	
NUMERO DE CUENTA:			
LIQUIDO A CANCELAR: S		SELLO:	

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

SOLICITUD DE ENTREGA

SOLICITUD DE COMBUSTIBLE N°: _____

SAN SALVADOR, _____ DE _____ DEL 2013

SOLICITANTE: _____

REQUIERO LA CANTIDAD DE: _____ VALES DE COMBUSTIBLE: SUPER{ }, REGULAR () DIESEL ()

POR UN VALOR DE \$ _____ C/U HACIENDO LA CANTIDAD DE: \$ _____

NUMERO DE VALES ENTREGADOS: _____ DEL _____ AL _____

LOS CUALES SERAN UTILIZADOS POR EL VEHICULO ASIGNADO A: _____

PLACA: _____

QUE VIAJARA EN MISION OFICIAL HACIA EL DEPARTAMENTO DE _____

HORA DE SALIDA: _____

PARA CUMPLIR MISION OFICIAL : _____

EL DIA: _____

DEBIENDO ENTREGAR A LA UNIDAD FINANCIERA LA RESPECTIVA FACTURA, DUPLICADO CLIENTE QUE ENTREGARA LA GASOLINERA ESTE MISMO DIA.

NUMERO DE FACTURA: _____ FECHA: _____

FIRMA Y NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____

FIRMA Y NOMBRE DE AUTORIZADO: _____

VISTO BUENO DEL DECANO: _____

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
SUBSISTEMA DE TESORERIA ADMINISTRACION FINANCIERA FACULTAD DE ODONTOLOGIA
CONTROL DE ENTREGA DE PLANILLAS PREVISIONALES CON CALCULO DE MORA

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL									
Nº	APELLIDOS	NOMBRES	Nº DE PLANILLA	PERIODO DEVENGADO	MONTO COTIZ/APORTE	MULTA 0 RECARGO	TOTAL A PAGAR	Nº DE CHEQUE	FECHA DE CHEQUE
1							\$ -		
2							\$ -		
3							\$ -		
4							\$ -		
5							\$ -		
6							\$ -		
8							\$ -		
9							\$ -		
							\$ -		
							\$ -		
					\$	\$	\$ -		
	TOTAL FONDO GENERAL								

FECHA DE RECIBIDO	

FIRMA RECIBIDO POR	

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
SUBSISTEMA DE TESORERIA ADMINISTRACION FINANCIERA FACULTAD DE ODONTOLOGIA
CONTROL DE ENTREGA DE PLANILLAS PREVISIONALES CON CALCULO DE MORA

AFP CRECER									
N°	APELLIDOS	NOMBRES	N° DE PLANILLA	PERIODO DEVENGADO	MONTO COTIZ/APORTE	MULTA 0 RECARGO	TOTAL A PAGAR	N° DE CHEQUE	FECHA DE CHEQUE
1							\$ -		
2							\$ -		
3							\$ -		
4							\$ -		
5							\$ -		
6							\$ -		
8							\$ -		
9							\$ -		
							\$ -		
							\$ -		
					\$	\$	\$ -		
	TOTAL FONDO GENERAL								

FECHA DE RECIBIDO	

FIRMA RECIBIDO POR	

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
SUBSISTEMA DE TESORERIA ADMINISTRACION FINANCIERA FACULTAD DE ODONTOLOGIA
CONTROL DE ENTREGA DE PLANILLAS PREVISIONALES CON CALCULO DE MORA

ISPFA									
N°	APELLIDOS	NOMBRES	N° DE PLANILLA	PERIODO DEVENGADO	MONTO COTIZ/APORTE	MULTA 0 RECARGO	TOTAL A PAGAR	N° DE CHEQUE	FECHA DE CHEQUE
1							\$ -		
2							\$ -		
3							\$ -		
4							\$ -		
5							\$ -		
6							\$ -		
8							\$ -		
9							\$ -		
							\$ -		
							\$ -		
					\$	\$	\$ -		
	TOTAL FONDO GENERAL								

FECHA DE RECIBIDO	

FIRMA RECIBIDO POR	

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
SUBSISTEMA DE TESORERIA ADMINISTRACION FINANCIERA FACULTAD DE ODONTOLOGIA
CONTROL DE ENTREGA DE PLANILLAS PREVISIONALES CON CALCULO DE MORA

AFP CONFIA									
N°	APELLIDOS	NOMBRES	N° DE PLANILLA	PERIODO DEVENGADO	MONTO COTIZ/APORTE	MULTA 0 RECARGO	TOTAL A PAGAR	N° DE CHEQUE	FECHA DE CHEQUE
1							\$ -		
2							\$ -		
3							\$ -		
4							\$ -		
5							\$ -		
6							\$ -		
8							\$ -		
9							\$ -		
							\$ -		
							\$ -		
					\$	\$	\$ -		
	TOTAL FONDO GENERAL								

FECHA DE RECIBIDO	

FIRMA RECIBIDO POR	

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
MANDAMIENTO DE PAGO

LUGAR Y FECHA : SAN SALVADOR **16 DE OCTUBRE DEL 2013**

FUENTE DE FINANCIAMIENTO : FONDO GENERAL

UNIDAD PRESUPUESTARIA: 03- ENSEÑANZA SUPERIOR UNIVERSITARIA

LINEA DE TRABAJO: 07- ENSEÑANZA DE ODONTOLOGIA

ESPECIFICO : 51105 DIETAS

CIFRADO PRESUPUESTARIO: 2013-3101-3-03-07-21-1-51105



CORRESPONDIENTE AL MES DE : SEPTIEMBRE		DEL 2013		
NOMBRE DEL EMPLEADO	TOTAL DEVENGADO	IU1 AL DESCUENTOS L005-RENTA	LIQUIDO A PAGAR	FIRMA
NOMBRE DEL EMPLEADO NIT: MES SESIONES			\$	
NOMBRE DEL EMPLEADO NIT: MES SESIONES			\$	
NOMBRE NIT: MES D SESIONES				
NOTA:				
	\$	\$	\$	

F _____
JEFE DE UNIDAD

F _____
JEFE DE LA UNIDAD FINANCIERA

F _____
JEFE CONTABILIDAD

F _____
JEFE DE PRESUPUESTO

F _____
ADMINISTRADORA FINANCIERA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
ADMINISTRACION FINANCIERA Y UNIDAD DE RECURSOS Y DESARROLLO FISICO
FORMULARIO PARA CONTROL DE COMBUSTIBLE E ITINERARIO DE VEHICULOS

MOTORISTA: _____ **VEHICULO MARCA:** _____ **PLACA:** _____
TIPO DE VEHICULO: _____

CONTROL DE COMBUSTIBLE								CONTROL ITINERARIO							
FECHA	N* VALE O CUPON	CUPONES DEI_AL	PREGO UNITARIO	VALOR TOTAL	FIRMA DE RECIBIDO	FACTURA		MISION	DESTINO	HORA		KILOMETRAJE		UNIDAD O PERSONA SOLICITANTE	FIRMA
						N*	FECHA			SALIDA UES	REGRESO UES	SALIDA UES	REGRESO UES		
-															

(CODIFICACIÓN: AF-FOR-18)

INFORME MENSUAL DE EXISTENCIA DE COMBUSTIBLE
ALBA PETROLEOS DEL EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

PERÍODO DE INFORMACIÓN: DEL MES DE SEPTIEMBRE 2013

FECHA	N° VALES	ENTRADAS			N° VALES	SALIDAS			N° VALES	EXISTENCIAS			
		SALDO INICIAL	P.U.	TOTAL		SALDO INICIAL	P.U.	TOTAL		SALDO INICIAL	P.U.	TOTAL	
		DEL__ AL__				DEL AL				DEL AL			

JOSÉ GONZALO ARIAS APARICIO

ENGARGADO DE COMBUSTIBLE

LICDA. DOLORES SUYAPA UMANZOR DE RIVAS

ADMINISTRADORA FINANCIERA

(CODIFICACIÓN: AF-FOR-19)

ENSEÑANZA DE ODONTOLOGIA

HOJA DE CÁLCULO PARA EL PAGO DE HORAS EXTRAORDINARIAS

LINEA DE TRABAJO QUE FINANCIA:

HORAS EXTRAS CORRESPONDIENTES AL MES DE:

CIFRADO : 2013-3101-3-03-07-21-1-51301

NOMBRE DEL EMPLEADO:

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: FONDO GENERAL

CARGO: SERVICIOS GENERALES

PDA: 130 10

DEPENDENCIA: CONSERGERIA

SUB-FUENTE DE FINANCIAMIENTO:

DIA	FECHA	DIURNAS		NOCTURNAS		NOCTURNAS DESCANSO		DIAS OE DESCANSO		DIAS DESCANSO EXTRAS		NOCTURNAS DESCANSO EXTRAS		HORAS	HORAS	HORAS OESC.	HORAS	HORAS OESC.	HORAS
		ENTRADA	SALIDA	ENTRADA	SALIDA	ENTRADA	SAUDA	ENTRADA	SAUOA	ENTRADA	SAUDA	ENTRADA	SAUDA	DIURNAS	NOCTURNAS	NOCTURNAS	DESCANSO	EXTRAS	NOCT. £
														00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	0:C
														00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	0:i
														00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	0:l
														00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	0:m
														00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	0:n
														00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	0:c
														00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	0:c
														00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	0:c
														00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	0:l
														00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	0:m
														00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	0:n
														00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	0:c
														00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	0:c
														00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	0:c
														00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	0:c
														00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	0:c
														00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	0:c
														00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	0:c
														00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	0:c
														00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	0:c
														00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	0:c
														00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	0:c
														00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	0:c
														00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	0:c
														00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	0:c
														00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	0:c
														00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	0:c
														00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	0:c
														00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	0:c
														00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	0:c
														00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	0:c
														00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	0:c
														00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	0:c
														00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	0:c
														00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	0:c
														00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	0:c
														00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	0:c
														00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	0:c
														00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	0:c
														00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	0:c
														00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	0:c
														00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	0:c
														00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	0:c
														00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	0:c
														00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	0:c
														00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	0:c
														00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	0:c
														00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	0:c
														00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	0:c
														00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	0:c
														00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	0:c
														00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	0:c
														00:00	00:00	00:00	00:00	00:00	0:c

SUELDO MENSUAL:
DIAS DEL MES
SUELDO DIARIO

\$ -
SALARIO DIARIO MAS 25%
\$ -
DESCANSO NOCT. 50%+25%
\$ -
DESCANSO 50%
\$ -
DESCANSO EXTRA 100%
\$ -
NOCTURNA 25%
\$ -

P
Q
R
S
T

TIEMPO EXTRA A PAGAR		VALORES	
HORAS DIURNAS		\$0.0000 O	\$0.00
MINUTOS	0	\$0.0000 O	\$0.00
HORAS NOCTURNAS	0	\$0.0000 P	\$0.00
MINUTOS	0	\$0.00 P	\$0.00
NOCTURNAS	0	\$0.0000 Q	\$0.00
DESCANSO	0	\$0.00 Q	\$0.00
MINUTOS	0	\$0.0000 R	\$0.00
HORAS			
DESCANSO			
EXTRA			
MINUTOS			
HORAS			
DESCANSO			
NOCTURN			
MINUTOS			
TOTAL A PAGAR			\$0.00

L005 RENTA
L002 ISSS
L0112 CONFIA

\$ -

F _____
ADMIN. FINANCIERA

F _____
INTERESADO

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR	
MANDAMIENTO Y PAGO DE SUELDOS	
LUGAR Y FECHA: S.S. 25 DE OCTUBRE DEL 2013	
FUENTE DE FINANCIAMIENTO: FONDO PATRIMONIAL ESPECIAL ADQUISICION DE RECURSOS DE APRENDISAJE	
UNIDAD PRESUPUESTARIA: 03- ENSEÑANZA SUPERIOR UNIVERSITARIA	
LINEA DE TRABAJO: 07- ENSEÑANZA DE ODONTOLOGIA	CIFRADO PRESUPUESTARIO: 2013-3101-3-03-07-21-2-54599
ESPECIFICO: 54599	MES: 2013

ACUERDO DE JUNTA DIRECTIVA Y FECHA	No.DICTAMEN FINANCIERO Y FECHA	No. CONTRATO	NOMBRE DEL EMPLEADO	TOTAL DEVENGADO	10% IMPUESTO SOBRE LA RENTA	LIQUIDO A PAGAR	FIRMA
			NOMBRE DEL EMPLEADO NIT:			\$	
			NOMBRE DEL EMPLEADO NIT:				

COORDINADOR DE PAGO

ADMINISTRADORA
FINANCIERA

JEFE DE CONTABILIDAD

JEFE DE PRESUPUESTO

JEFE UFI



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

QUEDAN DE FACTURAS No. 20151

Unidad o Facultad: _____

Quedan en nuestro poder la(s) factura(s) N* _____

De fecha (s): _____

Recibida(s) en fecha: _____ A favor de: _____

Por la cantidad de \$ _____ Valor en letras: _____

Por suministro de: _____

Mercadería y/o suministro recibido el día: _____

Fuente de financiamiento: _____

*Los "Quedan" pierden su valor comercial y Jurídico, al hacer Efectivo el pago mediante transferencia Electrónica al proveedor"

F. _____

Autorizado

Nombre, Firma y sello

(CODIFICACIÓN: AF-FOR-22)

COMPROBANTE DE RETENCION

[illegible]

COMPROBANTE DE EGRESO FISCAL

Lugar y Fecha: _____ EJERCICIO FISCAL: _____

Fuente de Financiamiento: _____ No. de DACP _____

Unidad Presupuestaria: _____ Valor: _____

Línea de Trabajo: _____

Cifrado Presupuestario: _____

CANTIDAD EN LETRAS: _____

SUMINISTRANTE: _____

OBJETO ESPECIFICO DE GASTO	DESCRIPCION DE BIENES Y SERVICIOS	PARCIALES	VALOR
	TOTAL O PASAN		

ORDENADOR DE PAGOS	JEFE DE UNIDAD FINANCIERA	REGISTRO CONTABILIDAD	SUMINISTRANTE - RECIBI DE CONFORMIDAD
F. _____ Firma y sello	F. _____ Firma y sello	F. _____ Firma y sello	F. _____ Firma y sello

Tipo de Comprobante: _____	Tipo de Movimiento: _____	
Proyecto: _____	Area de Gestión: _____	Agrupación Operacional: _____
Fuente de Recursos: _____	Fecha de Registro: _____	Fuente de Financiamiento: _____

Cuenta Bancaria No.		Banco:
CHEQUE SERIE:	NUMERO:	Valor Líquido a pagar:
FECHA:	VALOR EN LETRAS:	

1214

FACULTAD DE ODONTOLOGIA
UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS

POR FALLAS.DEL RELOJ MARCADOR, PARA LA FECHA _____
SE REGISTRA LA ASISTENCIA DÉ ESTA MANERA.

[illegible]

FAVOR UTILIZAR EL REVERSO

**PERSONAL ADMINISTRATIVO 2013 LISTADO CON PERSONAL AUTORIZADO DE
REGISTRAR SU SALIDA LABORAL EN LISTADOS FIRMADOS, PORQUE SU JORNADA
TERMINA DESPUES DE LAS
03:30 p.m.**

SALIDA CORRESPONDIENTE AL DIA 16 DE OCTUBRE DE 2013

HORA DE SALIDA	NOMBRE	FIRMA

PERSONA RESPONSABLE DE RECOGER ASISTENCIA

REGISTRO DE ASISTENCIA MANUAL PARA PERSONAL QUE COLABORA CON LA ESCUELA DE POST-GRADO
LOS DIAS VIERNES Y SABADOS FUERA DEL HORARIO OFICIAL DE LA FACULTAD

ENTRADA CORRESPONDIENTE AL DIA VIERNES 11 DE OCTUBRE DE 2013

ENTRADA	NOMBRE	FIRMA

SALIDA CORRESPONDIENTE AL DIA VIERNES 11 DE OCTUBRE DE 2013

HORA DE SALIDA	NOMBRE	FIRMA

DR. JUAN MIGUEL AREVALO ROMERO
RESPONSABLE DE SUPERVISAR ASISTENCIA

**REGISTRO DE ASISTENCIA MANUAL PARA PERSONAL QUE COLABORA CON LA
ESCUELA DE POST-GRADO LOS DIAS VIERNES Y SABADOS FUERA DEL HORARIO
OFICIAL DE LA FACULTAD**

ENTRADA CORRESPONDIENTE AL DIA SABADO 12 DE OCTUBRE DE 2013

ENTRADA	NOMBRE	FIRMA

SALIDA CORRESPONDIENTE AL DIA SABADO 12 DE OCTUBRE DE 2013

HORA DE SALIDA	NOMBRE	FIRMA

DR. JUAN MIGUEL AREVALO ROMERO
RESPONSABLE DE SUPERVISAR ASISTENCIA

SOLICITUD DE REPOSICION DE CARNÉ

Yo, _____ . Por medio de la presente solicito, se me extienda reposición de carné por _____, como personal que labora en la Facultad de Odontología:

ISSS _____

DUI _____

NIT _____

NUP _____

DEPTO. EN QUE LABORO: _____

CARGO QUE DESEMPEÑO: _____

anexar carné deteriorado o recibo de ingreso por pago de reposición por extravío.

Ciudad Universitaria, _____ del _____

Firma del solicitante

Firma y Sello de Encargada
UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS

SOLICITUD DE PERMISO

Yo, _____ Nombrado(a) a _____ Horas,

atentamente solicito permiso por el siguiente motivo:

Particular () Enfermedad () Duelo () Oficial () Otros ()

Justificación _____

A partir del ____ de _____ al ____ de _____ del _____

Días: _____

Horas: _____

Minutos: _____

Favor indicar de que hora a que hora hará uso del permiso.

Ciudad Universitaria, ____ de _____ del _____

Autorizado Por

Firma del solicitante

Jefe del Departamento

Firma y Sello

SOLICITUD DE MARCAJE MANUAL

Yo, _____, Nombrado(a) a _____ Horas,
Atentamente, solicito marcaje manual por no poder registrar mi asistencia a través del reloj marcador, por el
siguiente motivo:

Justificación _____

Día que no marque _____

Horas que no marque al entrar: _____

Horas que no marque al salir: _____

Ciudad Universitaria, ____ de _____ del ____

Autorizado Por

Firma del solicitante

Jefe del Departamento
Firma y Sello



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS

EN ESTA FECHA _____

HAGO CONSTAR QUE HE RECIBIDO DE ESTA UNIDAD LOS SIGUIENTE:

EN PRESTAMO SI _____ NO. _____

NOMBRE: _____

FIRMA: _____



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS

TEL. 2225-1490, EXT. 4703

SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C.A.

DESIGNACION DE BENEFICIARIO DE EMPLEADO (LEY DE SALARIO) DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

Yo, _____ de _____ años de edad, del domicilio de _____, con Documento Único de Identidad número _____, ante la Facultad de odontología de la Universidad de El Salvador,

DECLARO:

- I. Que desempeñó el cargo _____, en Ley de Salarios en la Partida No. _____, con un salario mensual de _____, laborando desde el _____ en la Facultad de Odontología, en la Universidad de El Salvador, ramo de Educación.
- II. Que designo como mi (s) beneficiario (s) en los porcentajes correspondientes a:

-	<u>NOMBRE</u>	<u>PARENTESCO</u>	<u>% ASIGNADO</u>
1			
2			
3			
4			
5,			

(INUTILIZAR los espacios dejados en blanco)

Para que en caso de mi fallecimiento cobren la prestación económica regulada en el artículo 91 literal e) del Reglamento General de la Ley Orgánica de la Universidad de El Salvador, con relación al artículo 8 numeral 6) del reglamento General del Sistema de Escalafón del Personal de la Universidad de El Salvador; el último salario devengado y cualquier otra cantidad de dinero que me adeudare La Universidad de El Salvador'; en concepto de salario, aguinaldo, bono, vacaciones o cualquier otra prestación.

- III. La presente declaración deja sin efecto cualquiera otra que sobre el mismo aspecto hubiere otorgad con anterioridad.

Ciudad Universitaria, San Salvador, a los _____ días del mes de _____ de dos mil _____

Firma: _____

Jefe Unidad de Recursos Humanos

(Firma y Sello)

Nombre: _____



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS

TEL. 2225-1490, EXT. 4703

SAN SALVADOR, EL SALVADOR, C.A.

**DESIGNACION DE BENEFICIARIO DE EMPLEADO (CONTRATOS) DE LA UNIVERSIDAD
DE EL SALVADOR**

Yo, _____, de _____ años de edad,
del domicilio de _____, con Documento Único de Identidad número
_____, ante la Facultad de odontología de la Universidad de El Salvador,

DECLARO:

- I. Que desempeñó el cargo _____, en Contrato
No. _____, con un salario mensual de _____, laborando desde el
_____ en la Facultad de Odontología, en la Universidad de El Salvador, ramo de Educación.
- II. Que designo como mi (s) beneficiario (s) en los porcentajes correspondientes a:

-	<u>NOMBRE</u>	<u>PARENTESCO</u>	<u>% ASIGNADO</u>
1			
2			
3			
4			
5			

(INUTILIZAR los espacios dejados en blanco)

Para que en caso de mi fallecimiento cobren la prestación económica regulada en el artículo 91 literal e) del Reglamento General de la Ley Orgánica de la Universidad de El Salvador, con relación al artículo 8 numeral 6) del reglamento General del Sistema de Escalafón del Personal de la Universidad de El Salvador; el último salario devengado y cualquier otra cantidad de dinero que me adeudare la Universidad de El Salvador, en concepto de salario, aguinaldo, bono, vacaciones o cualquier otra prestación.

- III. La presente declaración deja sin efecto cualquiera otra que sobre el mismo aspecto hubiere otorgado con anterioridad.

Ciudad Universitaria, San Salvador, a los _____ días del mes de _____ de
dos mil _____

Firma: _____

Jefe Unidad de Recursos Humanos

(Firma y Sello)

Nombre: _____

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS

REGISTRO DE HORAS DE ASESORIA ACADEMICA CICLO II - 2013 EN EL
HOSPITAL ROSALES

DR. JOSE ROBERTO MORENO HERNANDEZ

ENTRADA				SALIDA	
FECHA	HORA	FIRMA	ACTIVIDAD REALIZADA EN EL DIA	HORA	FIRMA

cv-FASISTHRESTOMATOLOGIA HOPITAL ROSA 18/10/2013(01:32 p.m

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS

REGISTRO DE CAPACITACIONES ACUMULADAS**CORRESPONDIENTE DE ENERO A MAYO DEL 2012**

1 HORA = 60 MINUTOS; 1 DIA = 480 MINUTOS

FECHA	NOMBRE	NOMBRE DE LA CAPACITACION	TIPO Y No. DE ACUERDO	PERIODO	INSTITUCIONAL	PARTICULAR	DOCUMENTO DE RECONOCIMIENTO RECIBIDO		OBSERVACIONES
							NOMBRE DE DOCUMENTO	FECHA	

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS

REGISTRO DE MARCAJES MANUALES ACUMULADOS POR PERSONA

CORRESPONDIENTE DE ENERO A MAYO DEL 2012

FECHA	NOMBRE	JUSTIFICACION	ENTRADA	SALIDA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS

REGISTRO DE PERMISOS PERSONALES ACUMULADOS

CORRESPONDIENTE DE ENERO A MAYO DEL 2012
LAS INCAPACIDADES DEL ISSS PARA PERSONAL NOMBRADO A TI EMPO PARCIAL SE LE REGISTRARAN COMO DÍAS COMPLETOS PARA PODER CUADRAR LOS 90
DIAS CONTABILIZADOS EN EL AÑO CON EL ISSS
1 HORA = 60 MINUTOS; 1 DIA = 480 MINUTOS

FECHA	NOMBRE	MOTIVO DEL PERMISO	OFICIAL Y MISION OFICIAL	COMPENSACION	MINUTOS			
					ENFERMEDAD		PARTICULAR	
					C/INCAP. ISSS	S/INCAP. ISSS	CON GOCE	SIN GOCE

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS

**HOJA DE CUADRE FINANCIERO PARA PLANILLAS DE LAS AFP'S, CORRESPONDIENTE AL MES DE
FOMATOS14/2013**

AFP	MONTO AFP	COTIZ.	APOR. PAT.	APOR. PAT- PENSIONA	UES	DIFERENCIA UES-AFP	OBSERVACIONES, JUSTIFICACIONES O REFERENCIAS
CONFIA					0	0	
CRECER					0	0	
INPEP					0	0	
TOTALES							

"DECLARAMOS BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN EL INFORME Y ARCHIVO REMITIDO POR CORREO ELECTRONICO, SON EXPRESION FIEL DE LA VERDAD, POR LO QUE ASUMIMOS LA RESPONSABILIDAD CORRESPONDIENTE"

LICDA. CLAUDIA MARGARITA VENTURA R. LICDA. DOLORES SUYAPA UMANZOR DE RIVERA
ENCARGADA DE UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS ADMINISTRADORA

FECHA DE ENTREGA : 19/10/2013

SE ENVIA PLANILLAS IMPRESAS DE ISSS DE FOMATOS14/2013 Y POR CORREO ELECTRONICO ARCHIVO DE PLANILLA DE AFP'S E ISSS DE FOMATOS14/2013

PREPARADO POR LICDA. CLAUDIA VENTURA.FORMATOS

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS

HOJA DE CUADRE DEL ISSS CORRESPONDIENTE AL MES DE FORMATO15 DE 2013

TOTALES	ISSS	SIRHI

PERSONAS QUE NO SE LES DESCUENTA ISSS

	MONTO	OBSERVACION
TOTAL	\$	

"DECLARAMOS BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS CONTENIDOS EN EL INFORME Y ARCHIVO REMITIDO POR CORREO ELECTRONICO, SON EXPRESION FIEL DE LA VERDAD, POR LO QUE ASUMIMOS LA RESPONSABILIDAD CORRESPONDIENTE"

LICDA. CLAUDIA MARGARITA VENTURA R.
DE RIVERA
ENCARGADA DE UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS

LICDA. DOLORES SUYAPA UMANZOR
ADMINISTRADORA FINANCIERA

ELABORADO; LICDA. CLAUDIA VENTURA
FECHA DE ENTREGA : 19/10/2013

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS

INCAPACIDADES RECIBIDAS EN EL 2013

No.	NOMBRE	DIAGNOSTICO	PERIODO	DIAS	ACC. TRAB

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS

INCAPACIDADES QUE GENERAN SUBSIDIO. RECIBIDAS EN FORMATO 17 DE 2012

	No. DE AFILIACION	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	PERIODO DE INCAPACIDAD	DIAS	FUENTE DE FINANCIAMIENTO
1							
2							
3							
4							
5*							



«FECHAING»

Ministerio: EDUCACION
Dependencia: UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR FACULTAD DE ODONTOLOGIA
Tipo de Acuerdo: NOMBRAMIENTO DE PERSONAL ACADEMICO
ACUERDO No.: «ACUERDO»

La Junta Directiva de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador en uso de sus atribuciones legales y con base a lo que dispone el Artículo 36, Literal a) del Reglamento General de la Ley Orgánica de la Universidad de El Salvador, y Acuerdo de Junta Directiva No. tomado en Sesión Ordinaria Número «SESION»-2011 (10/2009-10/2011), Punto «PUNTO» de fecha «DEFECHA» del corriente año, por votos a favor.

ACUERDA:

Nombrar a «GENERO» «TITULO» «NOMBRE», en el cargo de «CARGO_FUNCIONAL», a partir del «PERIODO» primero de febrero al treinta de junio del dos mil diez, según detalle siguiente:

UNIDAD PRESUPUESTARIA: 03 ENSEÑANZA SUPERIOR UNIVERSITARIA
LÍNEA DE TRABAJO: 07 ENSEÑANZA DE ODONTOLOGÍA

CIFRADO PRESUPUESTARIO: 2011-3101-3-03-07-21-1

NOMBRE PLAZA	No. AFILIACION DEL INPEP O AFP'S	PDA	SUB No.	CATEGORIA	SALARIO	REGIMEN	PERIODO DE PAGO
«NOMBRE» «NOMBRE_DE_LA_PLAZA» («TIEMPOCONTR») NUP; «INPEP_O_AFPS»	«CATEG»	«PDA»	«SUB_No»		«MENSUAL»	(A)	(M)

«GENERO» «TITULO» «NOMBRE», gozará de licencia con goce de sueldo en el período antes mencionado.
Comuniqúese, ANA GLORIA HERNANDEZ ANDRADE DE GONZALEZ, G. Hernández de González, SECRETARIO.
Lo que comunico a usted para su conocimiento y efectos legales consiguientes.

" HACIA LA LIBERTAD POR LA CULTURA "

DRA. ANA GLORIA HERNANDEZ ANDRADE DE GONZALES
SECRETARIO



«FECHAING»

MINISTERIO: EDUCACION
DEPENDENCIA: UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
TIPO DE ACUERDO: LICENCIA CON GOCE DE SUELDO POR ENFERMEDAD DE PERSONAL ACADEMICO
ACUERDO No.: «ACUERDO»

La Junta Directiva de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador en uso de sus atribuciones legales y con base a lo que dispone el Artículo 32, Literal e) de la Ley Orgánica de la Universidad de El Salvador y Artículo 87 literal d) y Artículo 90 literal c) del Reglamento General de la Ley Orgánica de la Universidad de El Salvador, y Acuerdo de Junta Directiva No. ____, tomado en Sesión Ordinaria Número en Sesión Ordinaria Número «SESION»-2011 (10/2009-10/2011), Punto «PUNTO» de fecha «DEFECHA» del corriente año, por ____ votos a favor.

ACUERDA:

Conceder «DIAS_» días de licencia con goce de sueldo, a la «TITULO» «NOMBRE», nombrad «NOMBRADO» como «CARGO_FUNCIONAL» («TIEMPOCONTR»), en Ley de Salarios en la Partida No. «PDA»-«SUB_No», en el período comprendido del «PERIODO» del corriente año (ambas fechas inclusive), por motivos de «MOTIVO», según constancia extendida por el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS).

UNIDAD PRESUPUESTARIA: 03 ENSEÑANZA SUPERIOR UNIVERSITARIA
LÍNEA DE TRABAJO: 07 ENSEÑANZA DE ODONTOLOGÍA
CIFRADO PRESUPUESTARIO: 2011-3101-3-03-07-21-1

NOMBRE PLAZA	No. AFILIACION DEL INPEP O AFP'S	PDA	SUB No.	CATEGORIA	SALARIO	REGIMEN	PERIODO DE PAGO
«NOMBRE» «NOMBRE_DE_LA_PLAZA» («TIEMPOCONTR») NUP; «INPEP_O_AFP'S»	«CATEG»	«PDA»	«SUB_No»		«MENSUAL»	(A)	(M)

«GENERO» «TITULO» «NOMBRE», gozará de licencia con goce de sueldo en el período antes mencionado.
Comuníquese, ANA GLORIA HERNANDEZ ANDRADE DE GONZALEZ, G. Hernández de González, SECRETARIO.
Lo que comunico a usted para su conocimiento y efectos legales consiguientes.

" HACIA LA LIBERTAD POR LA CULTURA "

DRA. ANA GLORIA HERNANDEZ ANDRADE DE GONZALES
SECRETARIO



«FECHAING» del 2013

Ministerio: EDUCACION
Dependencia: UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
Tipo de Acuerdo: CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES NO PERSONALES.
ACUERDO No.: «ACUERDO»

Hoy se ha emitido el Acuerdo de: Junta Directiva de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador en uso de sus atribuciones legales y con base a lo que dispone el Artículo 36, Literal a) del Reglamento de la Ley Orgánica de la Universidad de El Salvador, y Acuerdo de Junta Directiva No. _____ tomado en Sesión Ordinaria Número «SESION»-2011 (10/2009-10/2011), Punto «PUNTO_» de fecha «DEFECHA» del corriente año, por _____ votos a favor.

ACUERDA:

Contratar los Servicios Profesionales no Personales de Profesionales que impartirán Asesoría Académica, durante el Ciclo 11-2011, en el periodo comprendido de «PLAZOCONT» del dos mil once, según el detalle siguiente:

UNIDAD PRESUPUESTARIA: 03 ENSEÑANZA SUPERIOR UNIVERSITARIA
LÍNEA DE TRABAJO: 07 ENSEÑANZA DE ODONTOLOGÍA
CIFRADO PRESUPUESTARIO: 2011-3101-3-03-07-21-2

NOMBRE PLAZA	No. De Contrato	Monto Devengado
«NOMBRE» ASESOR ACADEMICO, para impartir un total de «TOTALHRAS» horas se asesoría academica, en horas programadas en el ciclo II-2011, en los siguientes cursos: «CURSOS», según calendarización que establezca Junta Directiva	FOD/«CampoAutoComb»/011	«SALARIO»

Comuníquese, ANA GLORIA HERNANDEZ ANDRADE DE GONZALEZ, G. Hernández de González, SECRETARIO.
Lo que comunico a usted para su conocimiento y efectos legales consiguientes.

" HACIA LA LIBERTAD POR LA CULTURA "

DRA. ANA GLORIA HERNANDEZ ANDRADE DE GONZALES
SECRETARIO

(CODIFICACIÓN: RH-FOR-22)


UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
SECRETARIA
APDO. 2100
TEL. 2225-1490
SAN SALVADOR, C.A.

«FECHAING» del 2013

Ministerio: EDUCACION
Dependencia: UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR FACULTAD DE ODONTOLOGIA
Tipo de Acuerdo: CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES EN TIEMPO ADICIONAL.
ACUERDO No.: «ACUERDO»

La Junta Directiva de la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador en uso de sus atribuciones legales y con base a lo que dispone el Artículo 94 del Reglamento General de la Ley Orgánica de la Universidad de El Salvador, en Sesión y Acuerdo de Junta Directiva No. _____, tomado en Sesión Ordinaria Número en Sesión Ordinaria Número «SESION»-2011 (10/2009-10/2011), Punto «PUNTO» de fecha «DEFecha» del corriente año, por _____ votos a favor.

ACUERDA:

Contratar los Servicios Personales en tiempo adicional, para los días sábado durante el período comprendido del «CORR» del dos mil siete, al personal que se detalla a continuación:

UNIDAD PRESUPUESTARIA: 03 ENSEÑANZA SUPERIOR UNIVERSITARIA
LÍNEA DE TRABAJO: 07 ENSEÑANZA DE ODONTOLOGÍA
CIFRADO PRESUPUESTARIO: 2011-3101-3-03-07-21-1

Nombro, Plaza No. do Afiliación del INPEP o AFP S	No. de Contrato Multipersonal Tiempo Integral	Sueldo Mensual Básico por Ley de Salarios.	Partida y Sub-Partida	20% complemento de Salario Tiempo Adicional)
«NOMBRE» CARGO:«PLAZA», («TIEMPOCONTR») FUNCIONES: «FUNCIONES» NUP: «INPEP_0_AFPS» JEFE INMEDIATO: Jefatura de Docencia	FOD/0010/2011	\$ «MENSUA L_»	«PDA»- «SUB_No»	\$680.00

Comuníquese, ANA GLORIA HERNANDEZ ANDRADE DE GONZALEZ, G. Hernández de González, SECRETARIO.
Lo que comunico a usted para su conocimiento y efectos legales consiguientes.

" HACIA LA LIBERTAD POR LA CULTURA "

DRA. ANA GLORIA HERNANDEZ ANDRADE DE GONZALES
SECRETARIO

CONTRATO No. FOD/«NoCONTRATO»/2012

NOSOTROS: MARIO ROBERTO NIETO LOVO, que firmo “Ilegible”, de cincuenta y siete años de edad, Ingeniero Civil, del domicilio de San Salvador, Departamento de San Salvador, con Documento Único de Identidad Número cero cero ciento dieciséis mil novecientos cuarenta y seis guión siete, actuando en nombre y representación de la Universidad de El Salvador, Corporación de Derecho Público, Autónoma, de este domicilio, que presta el servicio de la Educación Superior, con Personalidad Jurídica y Patrimonio Propio que en este instrumento se llama “LA UNIVERSIDAD”, en mi carácter de RECTOR Y REPRESENTANTE LEGAL de la misma; y «NOMBRE», de «EDADLETRAS», «TITULO», cuya firma se lee: “«FIRMA»”, del domicilio de «MUNICIPIO», con Documento Único de Identidad Número «DUI_», y que en adelante se denomina “EL CONTRATADO”; por medio de este instrumento convenimos en celebrar el presente **CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES NO PERSONALES**, debidamente autorizado por: a) Acuerdo de Junta Directiva de la Facultad de Odontología, Número «ACUERDO» de fecha «No» del año dos mil doce y b) **DICTAMEN TÉCNICO FINANCIERO DE GERENCIA NUMERO** === guión === de dos mil doce, de fecha ===== de dos mil doce, del cual consta que hay disponibilidad económica para el plazo del Contrato. EL presente CONTRATO, se registró por las cláusulas siguientes: **PRIMERA:** EL CONTRATADO se obliga para con la Universidad a prestar sus servicios bajo la dependencia de la JUNTA DIRECTIVA de la FACULTAD DE ODONTOLOGÍA y como jefe inmediato la Jefatura de Docencia. **SEGUNDA:** El plazo del Contrato estará comprendido del «PLAZOCONT» del año dos mil doce y será para el cargo de Asesor Académico. **TERCERA:** JORNADA DE TRABAJO: La jornada de trabajo del Contratado será de un total de («No») horas, apegadas a programación que establezca Junta Directiva. **CUARTA:** EL CONTRATADO desempeñará las funciones o labores siguientes: impartir un total de «No» horas de asesoría académica, en horas programadas en el Ciclo 11-2012, en los siguientes cursos: «CURSOS». **QUINTA:** EL CONTRATADO se somete en el desempeño de su cargo a las regulaciones contenidas en las Leyes, Reglamentos y demás disposiciones normativas vigentes en la Universidad de El Salvador. **SEXTA:** Por los servicios contratados LA UNIVERSIDAD se obliga a pagar al CONTRATADO, la suma mensual de «No»/100 DOLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA («No»), que le será cancelada por la **TESORERÍA DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**, de acuerdo a las prácticas que operan en la UNIVERSIDAD, y con las deducciones establecidas por las Leyes. **SÉPTIMA:** Para los efectos de este CONTRATO ambas partes designamos como domicilio especial el de esta ciudad. **OCTAVA:** Podrá darse por terminado este CONTRATO de común acuerdo por ambas partes. Se dará por terminado unilateralmente por LA UNIVERSIDAD en los casos siguientes: 1) Cuando EL CONTRATADO pierda las aptitudes necesarias para cumplir en cuanto a las actividades específicas; 2) Cuando EL CONTRATADO no cumpla con los horarios de trabajo establecidos; 3) Cuando desaparezca la necesidad de utilizar los servicios del CONTRATADO; 4) Por abandono de

labores por EL CONTRATADO por dos días consecutivos o tres alternos en el mes calendario; y 5) Cuando en cualquier forma EL CONTRATADO infrinja el ordenamiento jurídico vigente en la UNIVERSIDAD o las cláusulas de este CONTRATO. Así nos expresamos y firmamos el presente CONTRATO, en dos ejemplares, en la Ciudad Universitaria, San Salvador, a los ==== días del mes ===== del año dos mil doce.

RUFINO ANTONIO QUEZADA SANCHEZ
RECTOR

«NOMBRE»
CONTRATADO
N.I.T.: «NIT»

CONTRATO MULTIPERSONAL No. FOD/0016/2008

NOSOTROS: MARIO ROBERTO NIETO LOVO, cuya firma es "Ilegible", de cincuenta y siete años de edad, Ingeniero Civil, del domicilio de San Salvador, Departamento de San Salvador, con Documento Único de Identidad Número cero cero ciento dieciséis mil novecientos cuarenta y seis guión siete, actuando en nombre y representación de la Universidad de El Salvador, Corporación de Derecho Público, Autónoma, de este domicilio, que presta el servicio de la Educación Superior, con Personalidad Jurídica y Patrimonio Propio que en este instrumento se llama "LA UNIVERSIDAD", en mi carácter de RECTOR Y REPRESENTANTE LEGAL de la misma; y las personas cuyas generales, cargo, funciones generales, dependencia, plazo del contrato laboral, jornada de trabajo y sueldo mensual, figura a continuación, que en adelante se denominarán LOS CONTRATADOS, por medio de este instrumento convenimos en celebrar el presente CONTRATO COMPLEMENTARIO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES A TIEMPO INTEGRAL.

No.	GENERALES DEL CONTRATADO	CARGO, FUNCIONES GENERALES, DEPENDENCIA Y JORNADA LABORAL	COMPLEMENTO SALARIO POR TIEMPO INTEGRAL	FIRMA DE CONTRATADO
1	«NOMBRE», de «EDADLETRAS» años de edad, «TITULO», cuya firma se lee: «FIRMA», del domicilio de «MUNICIPIO», con Documento Único de Identidad Número «DUI».	CARGO: ASISTENTE ADMINISTRATIVO III, T.I. Sueldo Básico por Ley de Salarios «SALARIO_», según partida No. «PARTIDA». Complemento Salarial por Tiempo Integral «M 20 DE SALARIO» FUNCIONES: «FUNCIONES» JEFE INMEDIATO: «JEFEJNMEDIATO» Jornada Laboral Lunes a viernes de 7:00 a.m. a 3:00 p.m. y a disposición exclusiva para la Universidad, según requerimiento.	«M 20 DE SALARIO»	

La contratación se regirá por las siguientes cláusulas: **PRIMERA:** El presente contrato se celebra con base a lo dispuesto en el Acuerdo de: a) Junta Directiva de la Facultad de Odontología, Número «ACUERDO» de fecha «DEFECHA» del año dos mil ocho; b) Acuerdo de Consejo Superior Universitario número === (===), de Sesión Ordinaria celebrada el día === de === del dos mil ocho; y c) **DICTAMEN TÉCNICO FINANCIERO DE GERENCIA NUMERO** === guión === de dos mil ocho, de fecha === de === de dos mil ocho, del cual consta que hay disponibilidad económica para el plazo del Contrato. **SEGUNDA: DEPENDENCIA,** LOS CONTRATADOS prestarán sus servicios por continuidad en el servicio para la Universidad de El Salvador, bajo la dependencia de la JUNTA DIRECTIVA de la FACULTAD DE ODONTOLOGÍA y como jefe inmediato el que consta en el respectivo renglón del detalle de éste contrato. **TERCERA: PLAZO DEL CONTRATO.** El plazo del Contrato estará comprendido del «PLAZOCONT» año dos mil ocho, ambas fechas inclusive. **CUARTA: JORNADA DE TRABAJO.** Para todos LOS CONTRATADOS la jornada de trabajo será de ocho horas diarias y cuarenta horas semanales tal como consta en el respectivo renglón del detalle, y para tiempo integral además de lo anterior estarán a disposición exclusiva para la Universidad de El Salvador, según requerimiento durante el plazo del contrato. **QUINTA: SOMETIMIENTO A DISPOSICIONES LEGALES.** Los Contratados se someten en el desempeño de su cargo a las regulaciones contenidas en las Leyes, Reglamentos y demás disposiciones

normativas vigentes en la Universidad de El Salvador. **SEXTA: REMUNERACIONES.** LOS CONTRATADOS cobrarán además de su salario básico correspondiente a su nombramiento en Ley de Salarios, el complemento de su sueldo por el tiempo integral que figura en el respectivo renglón del detalle. **SEPTIMA: DOMICILIO.** Para los efectos de éste Contrato las partes designan como domicilio el de esta ciudad. **OCTAVA. CAUSAS DE TERMINACION DEL CONTRATO.** Podrá darse por terminado este Contrato de común acuerdo por las partes o unilateralmente por la Universidad: 1) Cuando los CONTRATADOS pierdan las aptitudes necesarias para cumplir en cuanto a las actividades específicas; 2) Cuando los CONTRATADOS no cumplan con los horarios de trabajo establecidos y el requerimiento que se les haga fuera de la jornada laboral, incluyendo sábado y domingos con base en el tiempo integral; 3) Cuando desaparezca la necesidad de utilizar los servicios de los CONTRATADOS; 4) Por abandono de labores por dos días consecutivos o tres alternos en el mismo mes calendario; 5) Cuando los Contratados presten otros servicios remunerados en cualquier institución pública o privada, durante el plazo del contrato; 6) Cuando en cualquier forma los CONTRATADOS infrinjan el ordenamiento jurídico vigente en la UNIVERSIDAD o las cláusulas de éste CONTRATO. Así nos expresamos y firmamos el presente CONTRATO, en dos ejemplares, en la Ciudad de San Salvador, a los === días del mes de === del año dos mil ===.

ROBERTO NIETO LOVO
Rector de la Universidad de El Salvador

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
DIRECCION DE CLINICAS

AREA _____

NOMBRE BR. _____ CICLO. _____

NOMBRE PTE. _____

Nº. EXPEDIENTE. _____ PIEZA # _____

TIPO DE TX. _____

NOMBRE DEL MATERIAL _____

FECHA. _____ FIRMA BR. _____

FIRMA DEL DOCENTE. _____

FACULTAD DE ODONTOLOGIA
DIRECCION DE CLINICAS

SAN SALVADOR, _____ DE 200 _____
RECIBI DEL ARSENAL, _____
EL SIGUIENTE INSTRUMENTAL:

NOMBRE: _____ FIRMA _____

/alg.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
DIRECCION DE CLINICAS
ARSENAL TRADICIONAL

RECIBI 1 PAQUETE DE MATERIALES DENTALES PARA
PROTESIS FIJA DE TRES UNIDADES, CONTENIENDO LO
SIGUIENTE:

- 3 Porciones de yeso piedra (300 gr.)
- 2 Porciones de yeso calcinado (200 gr.)
- 1 Porción de yeso extraduro (100 gr.)
- 4 Porciones de alginato
- ½ Copita de acrílico para cofia
- ½ Copita de acrílico blanco para provisional (15 gr.)
- 6 Eyectores
- 4 Rodetes de algodón
- 3 Anestésicos
- 3 Agujas
- 2 Radiografía #2
- 1 Lámina de cera rosada
- 2 Hojas de papel articular
- 5 Hilos retractor (porciones de 1 cm.)

Nombre del paciente: _____

Nº. exp. _____

Nombre del Br. _____

Firma del Br. _____ ciclo: _____

Fecha: _____

Alg. _____

FACULTAD DE ODONTOLOGIA
DIRECCION DE CLINICAS

RECIBI 1 PAQUETE DE MATERIALES DENTALES PARA
ENDODONCIA MULTIRRADICULAR CONTENIENDO LO
SIGUIENTE:

- 3- Anestésicos
- 3- Agujas
- 4- Eyectores
- 4- Diques
- 5- Radiografías N°. 2
- 5- Rodetes

Nombre del paciente: _____

N°. exp. _____ # pieza _____

Nombre del Br. _____

Firma del Br. _____ ciclo _____

Fecha: _____

Alg./26/09/09

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DIRECCIÓN DE CLÍNICAS
ARSENAL TRADICIONAL**

**RECIBÍ 1 PAQUETE DE MATERIALES DENTALES PARA
CORONA INDIVIDUAL, CONTENIENDO LO SIGUIENTE:**

- 2 Agujas**
- 2 Anestésicos**
- 1 Gr. de acrílico blanco para provisional polvo.**
- 1 Gr. para acrílico rosado para cofia polvo.**
- 3 Eyectores**
- 4 Rodetes.**
- 2 Porciones de alginato (87.5 gr.)**
- 2 Porciones de yeso piedra (200 gr.)**
- 1 Porción yeso extraduro (100 gr.)**
- 1 Hoja de papel articular**
- 2 Hilos retractores (para posteriores, 2 cm. y anterior 1 cm.**

Nombre del paciente: _____

No. exp. _____

Nombre del Br. _____

Firma del Br. _____ **ciclo** _____

Fecha: _____

IMPRESIONES DE DENTISTAS

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DIRECCIÓN DE CLÍNICAS
ARSENAL TRADICIONAL

RECIBÍ 1 PAQUETE DE MATERIALES DENTALES PARA
PRÓTESIS REMOVIBLE DENTOSOPORTADO,
CONTENIENDO LO SIGUIENTE:

- 1 Porción de yeso extraduro (100 gr.)
- 3 Porciones de yeso piedra (300 grs.)
- 2 Porciones de yeso calcinado (200 gr.)
- 1 Lámina de cera rosada
- 1 Anestésico
- 1 Aguja
- 2 Eyectores
- 3 Hojas de papel articular
- 4 Porciones de alginato (175 gr.)
- 1 Bolsita de algodón

Nombre del paciente: _____

No. exp. _____

Nombre del Br. _____

Firma del Br. _____ ciclo _____

Fecha: _____

MERA/dal. 0801999

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
DIRECCION DE CLINICAS

RECIBI 1 PAQUETE DE MATERIALES
DENTALES PARA PROFILAXIS
CONTENIENDO LO SIGUIENTE

~~Brochita~~
~~Copita de huile~~
~~Eyector~~
~~Porción pasta/profiláctica~~

Nombre del paciente: _____

° Exp. _____

Nombre del Br. _____

Nombre del Br. _____

Clo _____ Fecha: _____



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DECANATO

EN ESTA FECHA _____ HAGO CONSTAR:
QUE HE RECIBIDO DEL DECANATO, EN CALIDAD DE PRÉTAMO
LO SIGUIENTE:

FIRMA

NOMBRE

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
DIRECCION DE CLINICAS

RECIBI 1 PAQUETE DE MATERIALES DENTALES PARA
ENDODONCIA MONORRADICULAR CONTENIENDO LO
SIGUIENTE

- 2- Anestésicos
- 2- Agujas
- 3- Eyectores
- 3- Diques
- 5- Radiografías N°. 2
- 5- Rodetes

Nombre del paciente _____

N°. exp. _____ # pieza _____

Nombre del Br. _____

Firma del Br. _____ ciclo _____

Fecha: _____

alg/23/03/06



Universidad de El Salvador
Facultad de Odontología
Dirección de Clínicas.



CONSTANCIA DE SOLVENCIA

ARCHIVO - EXTRAMURAL

SE HACE DEL CONOCIMIENTO QUE:

(EL) (LA) BR. _____ SE
ENCUENTRA SOLVENTE A ESTA FECHA POR LO QUE SE LE EXTIENDE LA
PRESENTE.

FECHA. _____

F. _____
Encargado de Archivo



VALE DE PROXIMA CITA

CITAS Tel. 2225-1490 Ext. 4711

Universidad de El Salvador
Facultad de Odontología
Dirección de Clínicas
Ext. 4705.

PACIENTE: _____ EXP: _____

AREA CLINICA: _____

PROXIMA CITA: _____

HORA: _____

BR: _____ CICLO: _____

Tel. del Br. _____ TUTOR: _____

Ciudad Universitaria. ____ de _____ del ____.

Modif. OG./jams 07-2012



PRESTAMO DE EXPEDIENTES

No. Exp. _____

Area: _____

Nombre del Paciente: _____

Nombre del Bachiller: _____

_____ N° Carnet: _____

Ciclo _____ Fecha: _____



Universidad de El Salvador
Facultad de Odontología
Dirección de Clínicas

HOJA DE INGRESO DE PACIENTES

Nº. EXP. _____

ACIENTE: _____ EDAD _____ ESXO _____
NOMBRE DEL RESPONSABLE: _____
DIRECCION: _____
MUNICIPIO: _____ TELEFONO: _____ CELULAR: _____
DIRECCION DE EMPLEO: _____
NOMBRE DEL BR: _____ TELEFONO: _____ CELULAR: _____
CICLO: _____ AREA: _____

(CODIFICACIÓN: DC-FOR-15)

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
MANDAMIENTO Y PAGO DE SUELDOS



LUGAR Y FECHA: S.S. 25 DE OCTUBRE DEL 2013

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: FONDO PATRIMONIAL ESPECIAL ADQUISICION DE RECURSOS DE APRENDISAJE

UNIDAD PRESUPUESTARIA: 03- ENSEÑANZA SUPERIOR UNIVERSITARIA

LINEA DE TRABAJO: 07- ENSEÑANZA DE ODONTOLOGIA

ESPECIFICO: 54599

CIFRADO PRESUPUESTARIO: 2013-3101-3-03-07-21-2-54599

MES: - 2013

ACUERDO DE JUNTA DIRECTIVA Y FECHA	No.DICTAMEN FINANCIERO Y FECHA	No. CONTRATO	NOMBRE DEL EMPLEADO	TOTAL DEVENGADO	10% IMPUESTO SOBRE LA RENTA	LIQUIDO A PAGAR	FIRMA
			NOMBRE DEL EMPLEADO NIT:			\$ -	
			NOMBRE DEL EMPLEADO NIT:				

ORDENADOR DE PAGO

ADMINISTRADORA FINANCIERA

JEFE DE CONTABILIDAD

JEFE DE PRESUPUESTO

JEFE UFI

CARTA DE COMPROMISO INFORMADO.



Universidad de El Salvador
Facultad de Odontología
Dirección de Clínicas

Yo, _____ de _____ años de edad,
con domicilio en _____ de la ciudad de _____,
con Documento Único de Identidad Personal (DUI) Numero _____ autorizo
a la Facultad de Odontología de la Universidad de El Salvador, para que a través de el o los
estudiantes que me sean asignados y con el sistema de trabajo que esta Facultad tiene
establecido, se me efectúe el diagnóstico, plan de tratamiento bucal y los tratamientos
dentales que necesite.

Así como también me comprometo a cumplir con todos las citas previamente
convenidas y cancelaré el costo total de los tratamientos que se me efectúen. De igual
manera me comprometo a liberar de responsabilidad de orden legal, por cualquier
complicación subsecuente a la institución, a su personal docente y estudiantes.

Me comprometo a brindar toda la información pertinente en relación al estado de mi
salud general. (Padecimientos como: Diabetes, Hipertensión, Presión alta/baja,
Hepatitis, VIH (SIDA), Sífilis, Gonorrea, Tuberculosis, Cáncer, Insuficiencia Renal y
Otros). Para que se pueda establecer el manejo adecuado de mi caso en particular y
lograr los objetivos de salud previstos.

Nombre del Paciente

Firma

Nota: En caso de que el paciente sea menor de edad, deberá firmar el encargado o responsable.

MEGR/mms. 07/2009



**ARSENAL DE CIRUGIA
CONTROL DE CARTUCHOS DE ANESTESICOS**

No. 109

ALUMNO: _____ CICLO: _____

PACIENTE: _____ EXP: _____

FECHA: _____

CANTIDAD	MARCA (Encerrar en círculo)	PORCENTAJE (Encerrar en círculo)	
	CARBOCAINE	2%	3%
	SCANDONEST	2%	3%
	OCTOCAINE	2%	3%

FIRMA ALUMNO: _____

FIRMA DOCENTE: _____

mms.



Universidad de El Salvador
Facultad de Odontología
Dirección de Clínicas

**ARSENAL DE CIRUGIA
VALE PARA PRESTAMO DE INSTRUMENTAL**

No. **137**

ALUMNO: _____ CICLO: _____

PACIENTE: _____ EXP: _____

PROCEDIMIENTO CLINICO: _____

FECHA: _____

- ☐ SET DE DIAGNOSTICO
- ☐ TUERA
- ☐ PINZA P/AGUJA
- ☐ CUERA ALVEOLAR
- ☐ ELEVADOR DE PERIOSTIO
- ☐ MANGO PARA BISTURI
- ☐ ELEVADOR CURVO
- ☐ EVELEVADOR RECTO PLANO
- ☐ FORCEPS
- ☐ ELEVADOR RECTO ACANALADO
- ☐ PIEZA DE MANO C/QUITA FRESA
- ☐ MICROMOTOR
- ☐ CONTRANGULO
- ☐ ESPATULA #7
- ☐ CURETA ANTERIOR
- ☐ CURETA POSTERIOR
- ☐ JACKET ANTERIOR
- ☐ JACKET POSTERIOR
- ☐ SONDA PERIODONTAL
- ☐ BOTE
- ☐ JERINGA CARPULE
- ☐ CUCHARILLA
- ☐ ESPATULA



Universidad de El Salvador
Facultad de Odontología
Dirección de Clínicas

ARSENAL DE CIRUGIA
VALE POR MATERIAL UTILIZADO

No. 83

ALUMNO: _____

PACIENTE: _____ EXP: _____

PROCEDIMIENTO CLINICO: _____

FECHA: _____ CICLO _____

FIRMA ALUMNO: _____

mm

FIRMA DOCENTE: _____

NO SE ACEPTAN VALES CON BORRONES Y ENMENDADURAS.

