



Manual de usuario Acciones de Mejora

Asepeyo Mutua

Versión: 4.7.3

Código: AOC02MNUS_MUTUA_v4.7.3.doc

INDICE

1	INTRODUCCIÓN	5
1.1	PRÓLOGO	5
2	ACCESO A LA APLICACIÓN	6
2.1	INTRANET	6
2.2	ENLACE DESDE CORREO	7
2.3	VISTAS	8
2.3.1	ACCIONES DE MEJORA POR ESTADOS	8
2.3.2	ACCIONES DE MEJORA POR CATEGORÍAS	9
2.3.3	ACCIONES DE MEJORA POR CREADOR	9
2.3.4	ACCIONES DE MEJORA POR PENDIENTES	10
2.3.5	ACCIONES DE MEJORA FINALIZADAS	10
2.3.6	ACCIONES DE MEJORA POR PLAZO SUPERADO	10
2.3.7	ACCIONES DE MEJORA POR COMUNIDAD AUTÓNOMA	11
2.3.8	ACCIONES DE MEJORA POR FECHA	11
2.3.9	ACCIONES DE MEJORA POR ÁREA FUNCIONAL	11
2.3.10	ACCIONES DE MEJORA POR ORIGEN	12
2.3.11	INFORME EXCEL	12
2.3.12	CREAR IV	13
2.3.13	CREAR AC	13
2.3.13.1	EJEMPLO DE CREAR UNA AC ACRSGSI	14
2.3.14	CREAR IV DAS-DP	15
3	DOCUMENTOS	15
3.1	APARTADOS	15
3.1.1	CABECERA	15
3.1.2	DESCRIPCIÓN	16
3.1.2.1	CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS	18
3.1.2.2	CATEGORÍAS IV (CATEGORÍAS ACTUALIZADAS)	19
3.1.2.3	CATEGORÍAS ACSI	20
3.1.2.4	CATEGORÍAS CALIDAD TOTAL	21
3.1.2.5	CATEGORÍAS MEDIOAMBIENTE (Hospitales / ISLAC y ORGANIZACIÓN TERRITORIAL)	22
3.1.2.6	CATEGORÍAS AC SGSI	22
3.1.2.7	CATEGORÍAS AC RSC	23
3.1.3	ANÁLISIS DE LAS CAUSAS	24

3.1.4	ACCIÓN PROPUESTA	24
3.1.5	COMPROBACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN.....	25
3.1.6	CIERRE	25
3.2	BOTONERA	25
3.2.1	BOTONES ANTES DE EDITAR	26
3.2.1.1	EDITAR	26
3.2.1.2	CANCELAR	26
3.2.1.3	EXPANDIR	26
3.2.1.4	COMPACTAR.....	26
3.2.1.5	REMITIR.....	26
3.2.1.6	ANULAR	26
3.2.2	BOTONES EN EDICIÓN	26
3.2.2.1	CURSAR	26
3.2.2.2	GUARDAR.....	26
3.2.2.3	CANCELAR	26
3.2.2.4	EXPANDIR	27
3.2.2.5	COMPACTAR.....	27
3.2.2.6	REMITIR.....	27
3.3	FLUJO DE APROBACIÓN	28
3.3.1	DIAGRAMA DE ESTADOS.....	28
3.3.2	ESTADOS	29
3.3.2.1	BORRADOR.....	29
3.3.2.2	PENDIENTE ANÁLISIS.....	29
3.3.2.3	PENDIENTE COMPROBACIÓN.....	30
3.3.2.4	PENDIENTE CIERRE	30
3.3.2.5	FINALIZADA.....	32
3.3.2.6	PLAZO SUPERADO	32
3.3.2.7	ANULADO	32
3.3.3	TIPOS DE CORREOS AUTOMÁTICOS	33
3.3.3.1	PENDIENTE DE ANÁLISIS DE LAS CAUSAS.....	33
3.3.3.2	PENDIENTE DE IMPLANTACIÓN.....	34
3.3.3.3	PENDIENTE DE CIERRE	34
3.3.3.4	CERRADA.....	34
3.3.3.5	NOTIFICACIÓN DE RETRASO	34
3.3.3.6	NOTIFICACIÓN DE PRÓXIMO VENCIMIENTO DE PLAZO	35
3.4	TIPOS DE DOCUMENTOS.....	35
3.4.1	INFORME DE VERIFICACIÓN (IV).....	35
3.4.2	ACCIONES CORRECTIVAS (AC)	36
3.4.2.1	CALIDAD TOTAL	36

3.4.2.1.1	Acciones de Mejora ISO_9001.....	37
3.4.2.1.2	Responsables y Niveles de Acceso	38
3.4.2.2	MEDIOAMBIENTAL ORGANIZACIÓN TERRITORIAL	39
3.4.2.2.1	Responsables y Niveles de Acceso	40
3.4.2.3	MEDIOAMBIENTAL HOSPITALES.....	41
3.4.2.3.1	Responsables y Niveles de Acceso	42
3.4.2.4	MEDIOAMBIENTAL ISL.....	43
3.4.2.4.1	Responsables y Niveles de Acceso	44
3.4.2.5	SAU	45
3.4.2.5.1	Responsables y Niveles de Acceso	46
3.4.2.6	SISTEMA DE GESTIÓN DE LA PREVENCIÓN.....	47
3.4.2.6.1	Responsables y Niveles de Acceso	48
3.4.2.7	SISTEMAS DE INFORMACIÓN.....	48
3.4.2.7.1	Responsables y Niveles de Acceso	50
3.4.2.8	AC SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA INFORMACION (ACSGSI).....	50
3.4.2.8.1	Responsables y Niveles de Acceso	51
3.4.2.9	AC RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPOTATIVA (ACRSC)	52
3.4.2.9.1	Responsables y Niveles de Acceso	53
3.4.3	INFORME DE VERIFICACIÓN DAS-DP (IV DAS-DP)	53
3.4.3.1	Responsables y Niveles de Acceso	54
4	ALERTAS	56
4.1	NOTIFICACION PEDIENTE DE ANÁLISIS	56
4.1.1	ACCMEJ01.....	56
4.2	NOTIFICACION PEDIENTE DE LA COMPROBACIÓN	56
4.2.1	ACCMEJ02.....	56
4.3	NOTIFICACION PEDIENTE DE CIERRE	56
4.3.1	ACCMEJ03.....	56
4.4	NOTIFICACION DE CIERRE	56
4.4.1	ACCMEJ04.....	56
4.5	NOTIFICACION DE RECORDATORIO DE VENCIMIENTO DE LOS PLAZOS	56
4.5.1	ACCMEJ05.....	56
4.6	NOTIFICACION DE VENCIMIENTO DE LOS PLAZOS.....	57
4.6.1	ACCMEJ06.....	57

1 INTRODUCCIÓN

1.1 PRÓLOGO

Este manual tiene por objeto explicar el funcionamiento de la aplicación de "Acciones de mejora" a nivel de usuario. La operativa a seguir para tramitar las ACCIONES DE MEJORA de las diferentes áreas de la empresa tiene formato de "Work Flow".

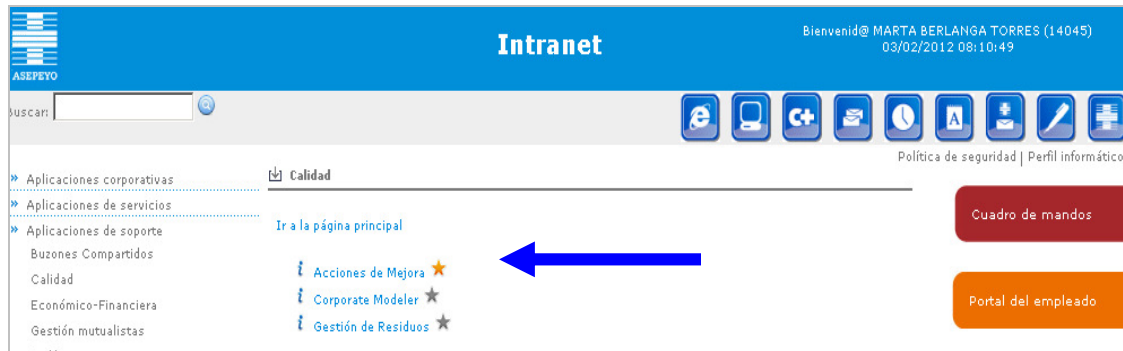
Dicha aplicación permite la creación y seguimiento de acciones de mejora para eliminar las causas de no conformidad detectadas, así como las causas de no conformidad potenciales para prevenir su ocurrencia.

2 ACCESO A LA APLICACIÓN

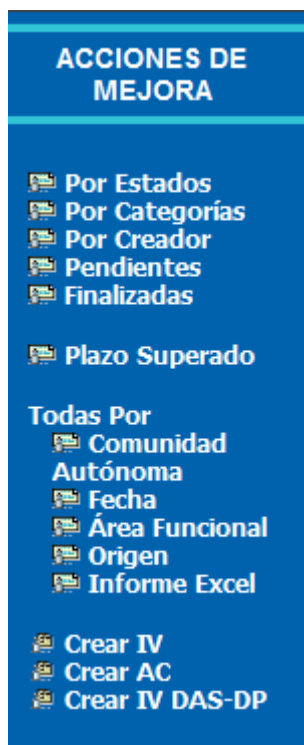
El acceso a la aplicación puede realizarse de dos formas distintas, por la Intranet o mediante un enlace en un documento de correo.

2.1 INTRANET

La aplicación de Acciones de Mejora se encuentra en la sección 'Calidad' del apartado "Aplicaciones de Soporte" de la Intranet corporativa.



Se abrirá una ventana nueva con la aplicación



La pantalla principal está dividida en dos zonas, a la izquierda está el menú principal de la aplicación y a la derecha la zona donde se muestran los resultados.

El panel de la izquierda nos permite escoger el orden en que queremos consultar los documentos ya existentes. El usuario solamente visualizará aquellos documentos sobre los que tiene acceso de lectura.

También existen diferentes vistas de todos los documentos existentes ordenados según un criterio de entrada y la posibilidad de realizar una exportación a Excel de éstas vistas.

Asimismo el menú permite la creación de nuevos documentos. Estas entradas vienen determinadas también por el nivel de acceso del usuario.

2.2 ENLACE DESDE CORREO

Cualquier usuario puede recibir un correo indicándole que debe realizar una acción sobre un documento concreto de la aplicación. En este caso, el correo tiene un enlace directo al documento.

Ver apartado 3.3.3 TIPOS DE CORREOS AUTOMÁTICOS para más detalles

2.3 VISTAS

Existen tres grandes tipos de acciones de mejora: los Informes de Verificación (IV), las Acciones Correctivas (AC) y los Informes de Verificación DAS-DP (IVDASDP). El usuario solamente verá los documentos en los que está autorizado como lector.

Las vistas existentes permiten localizar las acciones de mejora por la agrupación deseada: Estado, Categorías, Creador, Pendientes, Finalizadas, Plazo Superado, Comunidad Autónoma, Fecha, Área Funcional y Origen.

Los contadores de la izquierda indican el número de acciones de mejora existentes por agrupación. (Ver ejemplo punto 2.3.1)

A continuación se anexan los diferentes tipos de vistas existentes:

2.3.1 ACCIONES DE MEJORA POR ESTADOS

ACCIONES DE MEJORA

Por Estados

Por Categorías

Por Creador

Pendientes

Finalizadas

Plazo Superado

Todas Por

Comunidad Autónoma

Fecha

Área Funcional

Origen

Informe Excel

Crear IV

Crear AC

Crear IV DAS-DP

Acciones de Mejora por Estados

Posicionarse

Anterior

Siguiente

Expandir

Compactar

Fecha

Asunto

28

▶ IV: Informes de Verificación

253

▼ AC: Acciones Correctivas

139

▼ Calidad Total

132

▼ Auditoría

2

▶ Borrador

47

▶ Pendiente de Análisis

36

▶ Pendiente de Comprobación

45

▶ Pendiente de Cierre

1

▶ Cerrado

1

▶ Anulada

5

▶ Revisión del sistema

2

▶ Seguimiento Indicadores/Objetivos

15

▶ Medioambiental Hospitales

1

▶ Medioambiental ISL

21

▶ Medioambiental Organización Territorial

7

▶ Responsabilidad Social Corporativa

1

▶ SAU

Ejemplo funcionamiento de los contadores:

En la pantalla anexada, vista por Estado, hay 253 Acciones Correctivas (AC): 139 son de Calidad Total (2 de ellas están en borrador, 47 en pendiente de análisis, 47 de ellas está pendiente de comprobación y las otros 45 pendientes de cierre, 1 cerrada y 1 anulada).

2.3.2 ACCIONES DE MEJORA POR CATEGORÍAS

ACCIONES DE MEJORA

Por Estados

Por Categorías

Por Creador

Pendientes

Finalizadas

Plazo Superado

Todas Por

Comunidad Autónoma

Fecha

Área Funcional

Origen

Informe Excel

Crear IV

Crear AC

Crear IV DAS-DP

Acciones de Mejora por Categoría

Posicionarse

Anterior

Siguiente

Expandir

Compactar

Fecha	Asunto
28	IV: Informes de Verificación
253	AC: Acciones Correctivas
139	Calidad Total
123	1 - Sistema de Gestión de Calidad. ISO 9001
8	2 - Modelo EFQM
8	3 - Madrid Excelente
15	Medioambiental Hospitales
1	Medioambiental ISL
21	Medioambiental Organización Territorial
7	Responsabilidad Social Corporativa
1	SAU
9	Sistema de Gestión de la Prevención
7	Sistema de Gestión de Seguridad de la Información
53	Sistemas de Información
15	IV DAS-DP : Informe de Verificación DAS-DP
296	

2.3.3 ACCIONES DE MEJORA POR CREADOR

ACCIONES DE MEJORA

Por Estados

Por Categorías

Por Creador

Pendientes

Finalizadas

Plazo Superado

Todas Por

Comunidad Autónoma

Fecha

Área Funcional

Origen

Informe Excel

Crear IV

Crear AC

Crear IV DAS-DP

Acciones de Mejora por Creador

Posicionarse

Anterior

Siguiente

Expandir

Cor

Fecha	Asunto
28	IV: Informes de Verificación
253	AC: Acciones Correctivas
139	Calidad Total
15	CARLOS GRACIA ALCARAZ
5	DANIEL GONZALEZ SANCHEZ
3	DOLORES GODOY MORENO
21	EDUARDO MARTINEZ PATINO
1	FERNANDO TORAN POGGIO
6	JOSEP ILLA SARLAT
1	JUAN GORGORI VICENTE
1	JUAN LUIS PAGES LARA
1	LUIS ROS GANDIA
2	MARIA LUZ MANZANARES RESINO
7	MARIA UCHER TENA
16	MARTA BERLANGA TORRES
2	MARTA SAMITIER OSET
3	PAZ GUADALUPE PRIETO MARTINEZ

2.3.4 ACCIONES DE MEJORA POR PENDIENTES

ACCIONES DE MEJORA	Acciones de Mejora Pendientes	
	Fecha	Asunto
- Por Estados - Por Categorías - Por Creador - Pendientes - Finalizadas - Plazo Superado - Todas Por - Comunidad Autónoma - Fecha - Área Funcional - Origen - Informe Excel - Crear IV - Crear AC - Crear IV DAS-DP	28	IV: Informes de Verificación
	240	AC: Acciones Correctivas
	135	Calidad Total
	128	Auditoría
	47	Pendiente de Análisis
	36	Pendiente de Comprobación
	45	Pendiente de Cierre
	5	Revisión del sistema
	2	Seguimiento Indicadores/Objetivos
	15	Medioambiental Hospitales
	1	Medioambiental ISL
	21	Medioambiental Organización Territorial
	4	Responsabilidad Social Corporativa
	1	SAU
	9	Sistema de Gestión de la Prevención
	2	Sistema de Gestión de Seguridad de la Información
	52	Sistemas de Información

2.3.5 ACCIONES DE MEJORA FINALIZADAS

Acciones de Mejora Finalizadas	
Fecha	Asunto
935	IV: Informes de Verificación
934	Gestión
77	O-C. Valenciana
6	C.A. XXX
15/05/2012	4. Cotización Bis-1
23/08/2011	5. Actuaciones post-alta CC
23/08/2011	4. Cotización
23/08/2011	3. Afiliación
23/08/2011	2. Facturación emitida (tráficos)
23/08/2011	1. Conciliación siniestros-Chaman PAT/RATSB

2.3.6 ACCIONES DE MEJORA POR PLAZO SUPERADO

Plazo Superado	
Asunto	Límite
1079	IV: Informes de Verificación
3	Calidad
3	Pendiente de Cierre
3	B-Catalunya
2	08 C.A. XXX
	PAGOS IT DIRECTA DE CONTINGENCIAS COMUNES 07/05/2012
	RECLAMACION CASOS SIN BAJA NO DECLARADOS 07/05/2012
1	72 C.A. XXX
	RECAUDACION - DEPURACION ABONOS INDEBIDOS NO CONFORMADOS 18/01/2013
1075	Gestión

2.3.7 ACCIONES DE MEJORA POR COMUNIDAD AUTÓNOMA

ACCIONES DE MEJORA

Por Estados

Por Categorías

Por Creador

Pendientes

Finalizadas

Plazo Superado

Todas Por

Comunidad Autónoma

Fecha

Area Funcional

Origen

Informe Excel

Crear IV

Crear AC

Crear IV DAS-DP

Acciones de Mejora por Comunidad Autónoma

Posicionarse

Anterior

Siguiente

Expandir

Compactar

Buscar

	Fecha	Asunto
28	▶	IV: Informes de Verificación
253	▼	AC: Acciones Correctivas
139	▶	Calidad Total
15	▶	Medioambiental Hospitales
1	▶	Medioambiental ISL
21	▼	Medioambiental Organización Territorial
3	▶	O-C. Valenciana
3	▶	A-Nacional
6	▶	B-Catalunya
3	▶	C-Madrid
1	▶	D-Aragón
2	▶	I-Castilla-La Mancha
3	▶	K-Andalucía
7	▶	Responsabilidad Social Corporativa
1	▶	SAU
9	▶	Sistema de Gestión de la Prevención
7	▶	Sistema de Gestión de Seguridad de la Información

2.3.8 ACCIONES DE MEJORA POR FECHA

ACCIONES DE MEJORA

Por Estados

Por Categorías

Por Creador

Pendientes

Finalizadas

Plazo Superado

Todas Por

Comunidad Autónoma

Fecha

Área Funcional

Origen

Informe Excel

Crear IV

Crear AC

Crear IV DAS-DP

Acciones de Mejora por Fecha

Posicionarse

Anterior

Siguiente

Expandir

Compa

Asunto

28

IV: Informes de Verificación

253

AC: Acciones Correctivas

139

Calidad Total

15

Medioambiental Hospitales

1

13/02/2017

1

Z-Hospitales

1

21/08/2014

1

21/08/2014

1

21/08/2014

1

21/08/2014

1

21/08/2014

1

21/08/2014

1

21/08/2014

1

21/08/2014

1

21/08/2014

1

21/08/2014

1

09/01/2014

1

29/11/2012

2.3.9 ACCIONES DE MEJORA POR ÁREA FUNCIONAL

ACCIONES DE MEJORA

Por Estados

Por Categorías

Por Creador

Pendientes

Finalizadas

Plazo Superado

Todas Por

Comunidad Autónoma

Fecha

Area Funcional

Origen

Informe Excel

Crear IV

Crear AC

Crear IV DAS-DP

Acciones de Mejora por Comunidad Autónoma

Posicionarse

Anterior

Siguiente

Expandir

Compactar

Buscar

Fecha	Asunto
1030	IV: Informes de Verificación
2705	AC: Acciones Correctivas
1031	Calidad Total
55	O-Comunidad Valenciana
137	A-Nacional
169	B-Catalunya
76	C-Madrid
35	D-Aragón
14	E-Asturias
45	G-Galicia
45	H-Castilla y León
30	I-Castilla-La Mancha
23	J-Euskadi
79	K-Andalucía
23	L-Cantabria
3	M-La Rioja

2.3.10 ACCIONES DE MEJORA POR ORIGEN

ACCIONES DE MEJORA

- Por Estados
- Por Categorías
- Por Creador
- Pendientes
- Finalizadas
- Plazo Superado
- Todas Por
 - Comunidad Autónoma
 - Fecha
 - Área Funcional
 - Origen
 - Informe Excel
- Crear IV
- Crear AC
- Crear IV DAS-DP

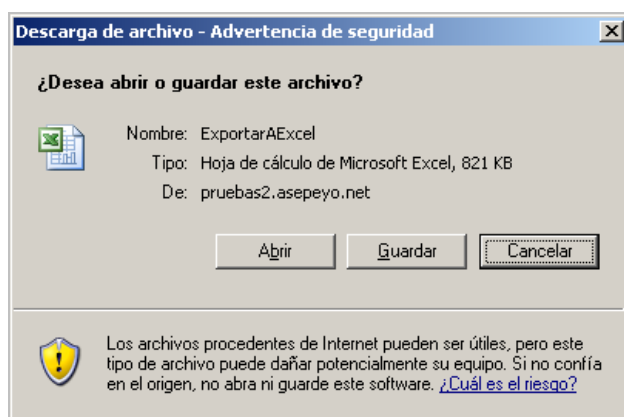
Acciones de Mejora por Origen

Posicionarse Anterior Siguiente Expandir Comparar

Fecha	Asunto
28	IV: Informes de Verificación
253	AC: Acciones Correctivas
139	Calidad Total
15	Medioambiental Hospitales
11	Auditoría
1	Otros
1	Revisión del sistema
2	Seguimiento Indicadores/Objetivos
1	Medioambiental ISL
21	Medioambiental Organización Territorial
7	Responsabilidad Social Corporativa
1	SAU
9	Sistema de Gestión de la Prevención
7	Sistema de Gestión de Seguridad de la Información
53	Sistemas de Información
15	IV DAS-DP : Informe de Verificación DAS-DP
296	

2.3.11 INFORME EXCEL

Permite solicitar un informe Excel con la relación de todas las acciones de mejora existentes.



El Excel contendrá los siguientes campos:

	A	B	C	D	E	F	G
1	Tipo	Origen	Comunidad	Centro	Creado el	Creado por	Asunto
2	Gestión Calidad	Calidad	0-C. Valenciana	0303 Benidorm	2008	CARMEN GLORIA PUGA SOCARRAS	prueba

	H	I	J	K	L	M
1	Código	Estado	Auditoría	Borrador	Análisis	Comprobación
2	IV-003/08	Pendiente de Cierre	dic-08	CARMEN GLORIA PUGA SOCARRAS:26/06/2008	CARMEN GLORIA PUGA SOCARRAS:26/06/2008	CARMEN GLORIA PUGA SOCARRAS:26/06/2008

	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W
1	Cierre	Categoría	SubCategoría	Conforme	Sup. Análisis	Real Análisis	Sup. Comprobación	Real Compr.	Sup. Cierre	Real Cierre
2		2	2.1		26/08/2008	26/06/2008	12/12/2008	26/06/2008	12/06/2009	

Se trata de un informe predefinido que se puede extraer en cualquier momento y contiene la información actualizada a día de explotación.

2.3.12 CREAR IV

Permite crear un borrador de un informe de verificación

INFORME DE VERIFICACIÓN

Cursar
 Guardar
 Cancelar
 Expandir
 Compactar

CABECERA ☐
Creado por Usuario General 0000 el día 30/06/2008
Borrador

ORIGEN:	☒ Calidad ☐ Gestión ☐ Otros	*FECHA AUDITORIA:	MM/AAAA
*CENTRO:		SECTOR:	

DESCRIPCIÓN ☐

*ASUNTO:		CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA
AA.FF. IMPLICADAS:			
OBSERVACIONES:			
RESPONSABLE ANÁLISIS:	Director de Centro		
PLAZO PARA ANÁLISIS Y ACCIÓN PROPUESTA:	30/08/2008 DD/MM/AAAA		
ANEXO:	Examinar...		

Ver apartado 3.4.1 para más detalles

2.3.13 CREAR AC

Selecciones Subcategoría - Windows Internet Explorer
_ □ X

Seleccione la subcategoría

☒
Aceptar

☐
Cancelar

Ver apartado 3.4.2 para más detalles

2.3.13.1 EJEMPLO DE CREAR UNA AC ACRSGSI

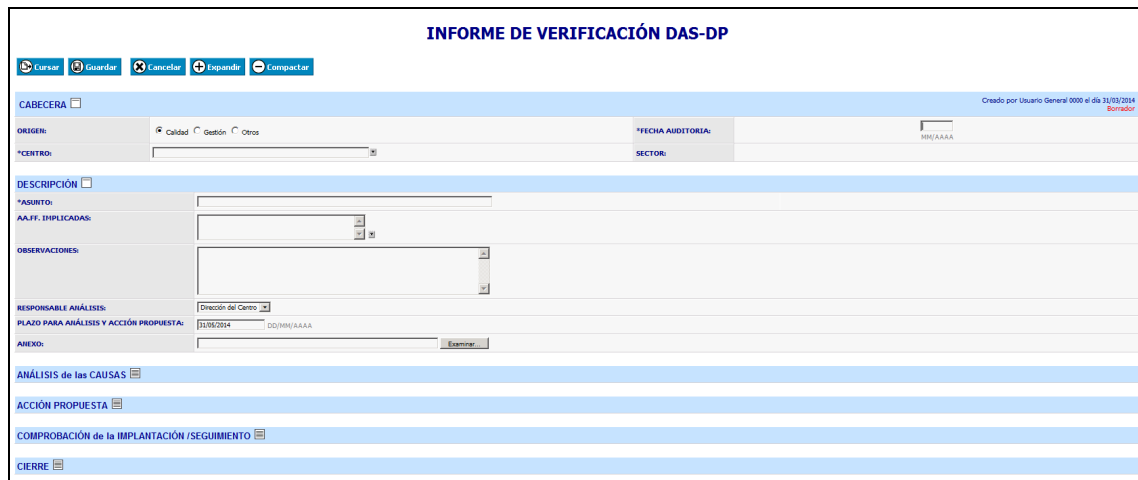
Permite crear un borrador de una acción CORRECTIVA SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

ACCIÓN CORRECTIVA SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN			
Cursar Guardar Cancelar Expandir Compactar			
Creado por Usuario General 0000 el día			
ORIGEN:	☒ Auditoría ☐ Otros ☐ Revisión del sistema ☐ Seguimiento Indicadores/Objetivos ☐ Incidencias	*FECHA AUDITORIA:	MM/AAAA
*CENTRO:		SECTOR:	
DESCRIPCIÓN			
*ASUNTO:	* CATEGORÍA ▾ SUBCATEGORÍA		
AA.FF. IMPLICADAS:	▾	HOSPITAL	▾
OBSERVACIONES:	▾		
RESPONSABLE ANÁLISIS:	Área Funcional SGGSI		
PLAZO PARA ANÁLISIS Y ACCIÓN PROPUESTA:	24/04/2017 DD/MM/AAAA		
ANEXO:	Examinar...		
ANÁLISIS de las CAUSAS			
ACCIÓN PROPUESTA			
COMPROBACIÓN de la IMPLANTACIÓN /SEGUIMIENTO			
CIERRE			

Ver apartado 3.4.2 para más detalles

2.3.14 CREAR IV DAS-DP

Permite crear un borrador de un informe de verificación DAS-DP



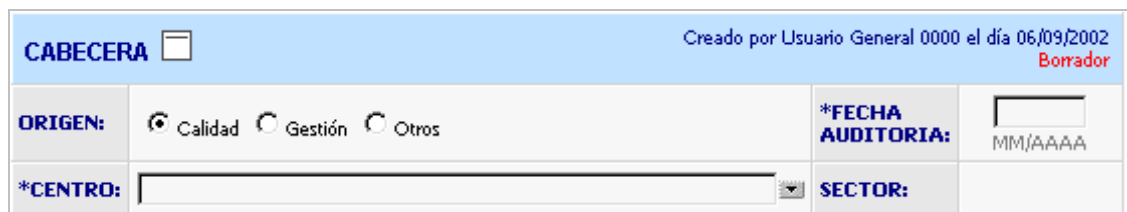
Ver apartado 3.4.2 para más detalles

3 DOCUMENTOS

Existen diferentes tipos de acciones de mejora, aunque los apartados y el proceso de aprobación de todos ellos son similares.

3.1 APARTADOS

3.1.1 CABECERA



Los campos marcados con * son obligatorios.

Los valores del campo ORIGEN varían en función del tipo de Acción de mejora.

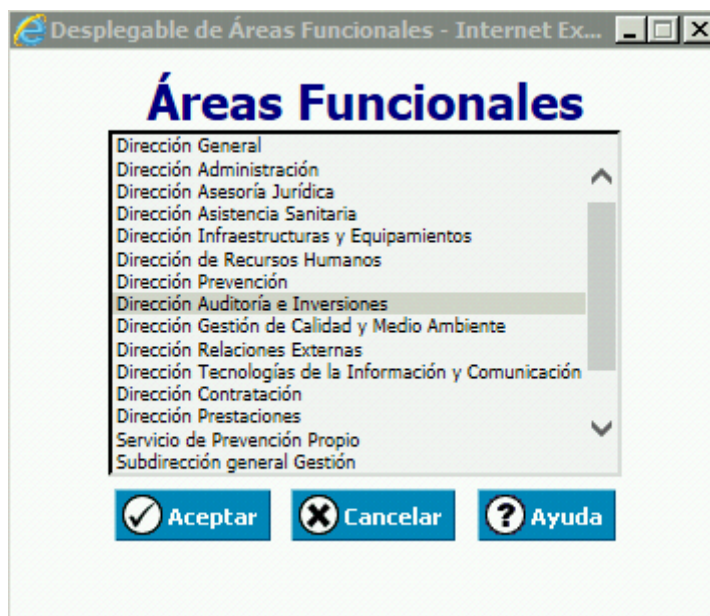
El campo SECTOR se calculará automáticamente cuando se seleccione el centro asistencial.

3.1.2 DESCRIPCIÓN

DESCRIPCIÓN ☐	
*ASUNTO:	
AA.FF. IMPLICADAS:	HOSPITAL
OBSERVACIONES:	
RESPONSABLE ANÁLISIS:	Director de Centro
PLAZO PARA ANÁLISIS Y ACCIÓN PROPUESTA:	30/08/2008 DD/MM/AAAA
ANEXO:	Examinar...

En el campo ASUNTO deberá escribirse una descripción breve y concisa que identifique fácilmente la "No-Conformidad".

Podrá definirse una o más áreas funcionales implicadas mediante el desplegable siguiente:



Para seleccionar más de un área funcional deberá mantenerse apretada la tecla Control mientras se hace el clic sobre el registro deseado.

Esta selección da permiso de lectura del documento al personal de las áreas seleccionadas.

En el campo RESPONSABLE ANÁLISIS se asignará el perfil del usuario que realizará el análisis de las causas, quién podrá editar la acción de mejora.

Los posibles valores varían en función del tipo de Acción de mejora:

IV – Informes de verificación y IV – Informes de verificación DAS-DP:

1. Dirección del Centro
2. Director de Área

AC – Calidad Total:

1. Dirección del Centro
2. Director de Área
3. Responsable de Calidad

AC – Responsabilidad Social Corporativa:

1. Dirección del Centro
2. Director de Área
3. Responsable de Calidad

AC – Calidad Medioambiental Organización Territorial:

1. Dirección del Centro
2. Director de Área

AC – Calidad Medioambiental Hospitales:

1. Gerente Hospital
2. Coordinador RRHH Hospital
3. Director Calidad y Medioambiente Asepeyo
4. Director Enfermería Hospital
5. Responsable Gestión Medioambiental Hospital
6. Responsable GM Dirección de Prevención
7. Responsable GM Servicios Generales Hospital
8. Responsable GM Laboratorio Hospital
9. Responsable GM Radiología Hospital
10. Responsable GM Farmacia Hospital
11. Responsable GM Mantenimiento Hospital

AC – Medioambiental ISL:

1. COMITÉ MEDIOAMBIENTE Centro Sevilla-Cartuja

AC – SAU:

1. Dirección de Centro
2. Director de Área

AC – Sistema de Gestión de la Prevención:

1. Dirección de Centro
2. Director de Área

AC – Sistemas de Información:

1. Dirección de Centro
2. Director de área

3. Dirección de Tecnologías de la Información y Comunicación

AC – Sistema de Gestión de la Seguridad de la información:

1. Dirección del Centro
2. Director de área
3. Comité SGSI

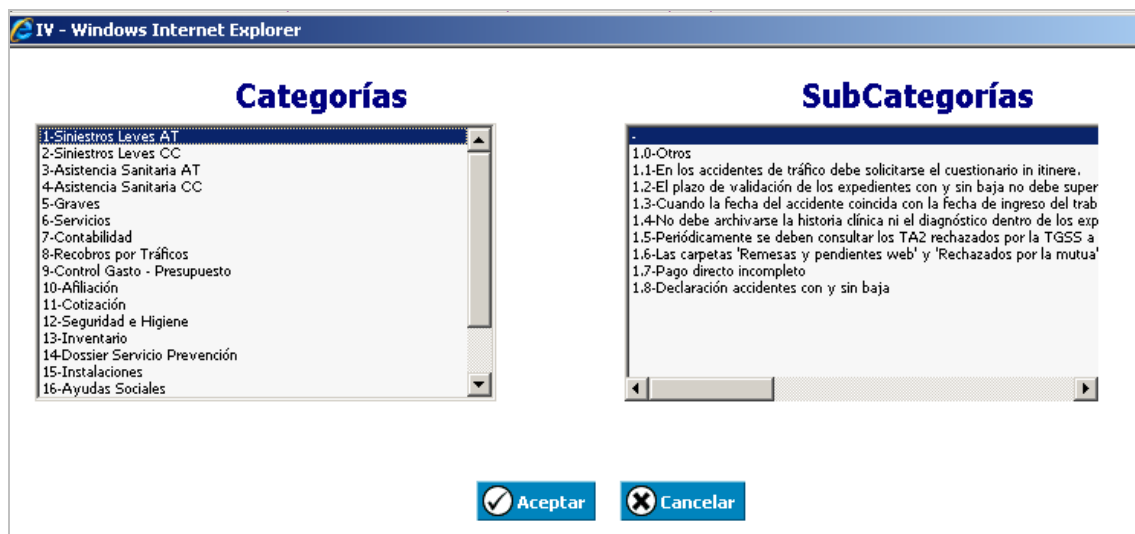
El campo PLAZO PARA ANÁLISIS Y ACCIÓN PROPUESTA se rellena por defecto con la fecha de creación más dos meses. Si este plazo es superado, la aplicación enviará email de aviso a: Dirección del Centro, Director de Área, Director de Territorio y creador de la acción.

3.1.2.1 CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS

Si un determinado tipo de acción de mejora tiene definidas categorías y subcategorías del asunto, entonces la categoría es obligatoria, y la subcategoría es opcional.

DESCRIPCIÓN ☐	
*ASUNTO:	* ☐ CATEGORÍA ☐ SUBCATEGORÍA
AA.FF. IMPLICADAS:	
OBSERVACIONES:	
RESPONSABLE ANÁLISIS:	
PLAZO PARA ANÁLISIS Y ACCIÓN PROPUESTA:	DD/MM/AAAA
ANEXO:	Examinar...

Al pulsar el botón Categoría ó subcategoría, se abre un formulario similar a este (IV):



El responsable de cada tipo de acción de mejora es también el responsable de especificar las categorías existentes para ese tipo de acción de mejora.

Por el momento, se han creado para los Informes de Verificación (IV) y para las Acciones Correctivas de Sistemas de Información, Calidad Total, Medioambientales, Responsabilidad social corporativa y Sistema de Gestión de la Seguridad de la Información

3.1.2.2 CATEGORÍAS IV (CATEGORÍAS ACTUALIZADAS)

Categoría	Subcategoría	Descripción
1		Siniestros Leves AT
1	1.0	Otros
1	1.1	En los accidentes de tráfico debe solicitarse el cuestionario in itinere
1	1.2	El plazo de validación de los expedientes con y sin baja no debe superar los 10 días hábiles desde su recepción en la aplicación de intranet
1	1.3	Cuando la fecha del accidente coincida con la fecha de ingreso del trabajador en la empresa, debe verificarse si el alta en el TA2 de la empresa es posterior a la hora del accidente (mediante GISS).
1	1.4	No debe archivarse la historia clínica ni el diagnóstico dentro de los expedientes administrativos
1	1.5	Periódicamente se deben consultar los TA2 rechazados por la TGSS a través de la transacción COTR de COSTAISA y corregir las incidencias a través de la GISS
1	1.6	Las carpetas "Remesas y pendientes web" y "Rechazados por la mutua" de las aplicaciones "Partes AT" y "Accidentes sin baja" deben ser revisadas y actualizadas periódicamente. La instrucción P-008/3 explica el funcionamiento de estas carpetas
1	1.7	Pago directo incompleto

1	1.8	Declaración de accidentes con y sin baja
2		Siniestros Leves CC
2	2.0	Otros
2	2.1	El tiempo máximo establecido por la DAS para el traspaso de bajas a chamán desde la fecha de la baja médica no debe superar los 18 días
2	2.2	El alta médica debe informarse, tan pronto se tenga conocimiento de esta, independientemente de cuando se reciba el parte de alta
2	2.3	No debe archivar la historia clínica ni el diagnóstico dentro de los expedientes administrativos
2	2.4	Periódicamente se deben consultar los TA2 rechazados por la TGSS a través de la transacción COTR de COSTAISA y corregir las incidencias a través de la GISS
2	2.5	Pago directo + IT Desempleo
3		Asistencia Sanitaria AT
4		Asistencia Sanitaria CC
5		Graves
6		Servicios
7		Contabilidad
7	7.1	Facturación Proveedores (Distintos de ASMA)
7	7.2	Justificación de los Gastos de ASMA.
7	7.3	Abono a los lesionados de los Gastos por Desplazamiento
7	7.4	Facturas Pendientes de Cobro
7	7.5	Conciertos
8		Recobros por Tráficos
9		Control Gasto - Presupuesto
9	9.0	Otros
9	9.1	Capítulo 2
10		Afiliación
11		Cotización
12		Prevención
13		Inventario
14		Dossier Servicio Prevención
15		Instalaciones
16		Ayudas Sociales
17		Pago Delegado
18		Registro en Chaman
90		Varios

3.1.2.3 CATEGORÍAS ACSI

Categoría	Subcategoría	Descripción
1		Auditorías Seguridad de la Información
1	1.1	Deficiencias seguridad física (acceso no autorizado)
1	1.2	Deficiencias seguridad física (infraestructura)
1	1.3	Deficiencias confidencialidad (ubicación, permisos acceso, etc.)
1	1.4	Deficiencias acceso a datos (software no corporativo, ocupación, etc.)
1	1.5	Deficiencias uso del correo electrónico e Internet
1	1.6	Deficiencias equipamiento informático (inventario)

1	1.7	Incoherencia usuarios (PSO/Listín)
1	1.8	Deficiencias conocimiento/cumplimiento normativa de seguridad
2		Ley de Protección de Datos
2	2.1	Acción mejora cumplimiento LOPD
2	2.2	Acción correctora desviación Auditoria LOPD
3		Incidencias
3	3.1	Incidencias

3.1.2.4 CATEGORÍAS CALIDAD TOTAL

Categoría	Subcategoría	Descripción
1		Sistema de Gestión de Calidad. ISO 9001
1	1.1	Requisitos de la documentación
1	1.2	Política de Calidad
1	1.3	Planificación
1	1.4	Responsabilidad, autorización y comunicación
1	1.5	Revisión por la Dirección
1	1.6	Provisión de recursos
1	1.7	Recursos humanos
1	1.8	Infraestructura
1	1.9	Ambiente de trabajo
1	1.10	Planificación de la realización del producto
1	1.11	Procesos relacionados con el cliente
1	1.12	Diseño y desarrollo
1	1.13	Compras
1	1.14	Producción y prestación del servicio
1	1.15	Control de los dispositivos de seguimiento y medición
1	1.16	Seguimiento y medición
1	1.17	Control del producto no conforme
1	1.18	Análisis de datos
1	1.19	Mejora
2		Modelo EFQM
2	2.1	Liderazgo
2	2.2	Personas
2	2.3	Política y estrategia
2	2.4	Alianzas y recursos
2	2.5	Procesos
2	2.6	Resultados en las personas
2	2.7	Resultados en los clientes
2	2.8	Resultados en la sociedad
2	2.9	Resultados clave
3		Madrid Excelente
3	3.1	Orientación hacia resultados
3	3.2	Orientación al cliente
3	3.3	Liderazgo y coherencia
3	3.4	Gestión por procesos y hechos
3	3.5	Desarrollo e implicación de las personas
3	3.6	Proceso continuo de aprendizaje, innovación y mejora
3	3.7	Desarrollo de alianzas
3	3.8	Responsabilidad social de la organización
3	3.9	Dimensión económica/ buen gobierno / ética
3	3.10	Dimensión medioambiental
3	3.11	Dimensión social

3	3.12	Preventa
3	3.13	Venta del producto / prestación del servicio
3	3.14	Garantía y soporte

3.1.2.5 CATEGORÍAS MEDIOAMBIENTE (Hospitales / ISLAC y ORGANIZACIÓN TERRITORIAL)

Categoría	Subcategoría	Descripción
1		Política Ambiental
2		Aspectos Ambientales
3		Requisitos Legales y otros requisitos - Evaluación del cumplimiento legal
3	3.1	Evaluación ambiental y autorización de actividades
3	3.2	Residuos
3	3.3	Vertidos
3	3.4	Emisiones atmosféricas - Legionella
3	3.5	Radiaciones ionizantes
3	3.6	Otros (CT, Dep. gasóleo, ruido..)
4		Objetivos, metas y programas
5		Recursos, funciones, responsabilidad y autoridad - Competencia, formación y toma de conciencia
6		Comunicación
7		Documentación - Control de la documentación
8		Control operacional
9		Preparación y respuesta antes emergencias
10		Seguimiento y medición
11		No conformidad, acción correctiva
12		Control de los registros
13		Auditoria interna
14		Revisión por la dirección

3.1.2.6 CATEGORÍAS AC SGSI

Categoría	Subcategoría	Descripción
1		Sistema de Gestión de la Seguridad de la Información. ISO27001
1	1.1	Requerimientos generales
1	1.2	Alcance del SGSI
1	1.3	Evaluación y análisis de riesgos
1	1.4	Plan de tratamiento del riesgo
1	1.5	Nivel de aceptación del riesgo
1	1.6	Declaración de aplicabilidad
1	1.7	Formación y concienciación
1	1.8	Creación y gestión del SGSI
1	1.9	Requisitos de la documentación
1	1.10	Responsabilidad de la Dirección
1	1.11	Auditorías internas del SGSI
1	1.12	Revisión del SGSI por la Dirección
1	1.13	Mejora del SGSI
2		Objetivos de control y controles

2	2.1	A5 Política de Seguridad de la Información
2	2.2	A6 Organización de la Seguridad de la Información
2	2.3	A7 Gestión de activos
2	2.4	A8 Seguridad ligada a los recursos humanos
2	2.5	A9 Seguridad física y del entorno
2	2.6	A10 Gestión de comunicaciones y operaciones
2	2.7	A11 Control de accesos
2	2.8	A12 Adquisición, desarrollo y mantenimiento de sistemas
2	2.9	A13 Gestión de incidentes de seguridad de la información
2	2.10	A14 Gestión de continuidad de negocio
2	2.11	A15 Conformidad

3.1.2.7 CATEGORÍAS AC RSC

Categoría	Subcategoría	Descripción
1		Objeto y campo de aplicación
2		Normas para consulta
3		Términos y definiciones
4		Contexto de la organización
4	4.1	Conocimiento de la organización y su contexto
4	4.2	Comprensión de las necesidades y expectativas de los grupos de interés
4	4.3	Determinación del alcance del sistema de gestión de la responsabilidad social
4	4.4	Sistema de gestión de la responsabilidad social
5		Liderazgo
5	5.1	Liderazgo y compromiso
5	5.2	Política
5	5.3	Roles, responsabilidades y autoridad de la organización
5	5.4	Código de conducta
6		Planificación
6	6.1	Acciones para abordar los riesgos y oportunidades
6	6.2	Identificación y evaluación de asunto
6	6.3	Objetivos y planificación para lograrlos
6	6.4	Requisitos legales y otros requisitos
7		Soporte
7	7.1	Recursos
7	7.2	Competencia
7	7.3	Toma de conciencia
7	7.4	Comunicaciones
7	7.5	Información documentada
8		Operación y grupos de interés
8	8.1	Planificación y control operativo
8	8.2	Propietarios y accionistas
8	8.3	Empleados
8	8.4	Proveedores de productos y servicios, colaboradores y aliados
8	8.5	Gobiernos, Administraciones Públicas y organismos reguladores
8	8.6	Comunidad, sociedad y organizaciones sociales
8	8.7	Medio ambiente
8	8.9	Competidores
9		Evaluación del desempeño
9	9.1	Seguimiento, medición, análisis y evaluación

9	9.2	Expectativas de los grupos de interés
9	9.3	Auditoría interna
9	9.4	Revisión por la dirección
10		Mejora
10	10.1	No conformidades y acciones correctivas
10	10.2	Mejora continua

3.1.3 ANÁLISIS DE LAS CAUSAS

ANÁLISIS de las CAUSAS ☐

OBSERVACIONES:

ANEXO:

En este apartado el responsable del análisis señalará las causas concretas del origen de la incidencia o "No conformidad", pudiendo anexas cualquier documento, si es conveniente, que amplíe las mismas.

3.1.4 ACCIÓN PROPUESTA

ACCIÓN PROPUESTA ☐

OBSERVACIONES:

***RESPONSABLE COMPROBACIÓN:**

***RESPONSABLE IMPLANTACIÓN:**

***FECHA LIMITE IMPLANTACIÓN:**

ANEXO:

En el apartado OBSERVACIONES el responsable del análisis establecerá la solución que considere idónea.

En el campo RESPONSABLE COMPROBACIÓN se asignará la persona que realizará la comprobación de la implantación. Los posibles valores varían en función del tipo de Acción de mejora.

En el campo RESPONSABLE IMPLANTACIÓN se asignará la persona que realizará la implantación, esta persona puede ser cualquier empleado que disponga de correo electrónico, el cual recibirá un correo de la acción de mejora. Para asignar al responsable, se deberá desplegar la lista y escribir el apellido, donde aparecerán todos los usuarios con el apellido informado. La persona seleccionada podrá también realizar la comprobación de la implantación.

Se indicará una FECHA LÍMITE IMPLANTACIÓN. Si se supera dicha fecha sin que haya finalizado la comprobación de la implantación, se generará automáticamente un correo informativo con copia al:

- Creador del documento
- Responsable implantación/comprobación
- Dirección de Centro
- Director del Área
- Director Territorio

3.1.5 COMPROBACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN

COMPROBACIÓN de la IMPLANTACIÓN / SEGUIMIENTO ☐	
OBSERVACIONES:	
ANEXO:	Examinar...

En este apartado se pueden detallar las observaciones que consideren oportunas el responsable de implantación, así como anexar cualquier documento que amplíe las mismas.

3.1.6 CIERRE

CIERRE ☐	
OBSERVACIONES:	
CONFORME:	☒ Si ☐ No
ANEXO:	Examinar...

El campo CONFORME indica la conformidad o no del usuario con respecto a la acción implementada.

Si la acción se cierra como "no conforme" se creará automáticamente un nuevo documento con el mismo 'ASUNTO' pero añadiendo al final de éste 'Bis-n'.

3.2 BOTONERA

Los botones que aparecen pueden cambiar en función del estado de la acción de mejora.

Consultar los estados (apartado 3.3.2)

3.2.1 BOTONES ANTES DE EDITAR



3.2.1.1 EDITAR

Pone la acción de mejora en estado de edición.

3.2.1.2 CANCELAR

Vuelve a la vista del listado del que procede

3.2.1.3 EXPANDIR

Despliega todos los apartados de la acción de mejora

3.2.1.4 COMPACTAR

Pliega todos los apartados de la acción de mejora

3.2.1.5 REMITIR

Envía un correo a los destinatarios seleccionados del listín de correo.

Se incluye un enlace a esta acción de mejora.

La aplicación concede a los destinatarios permisos de lectura a esta acción de mejora en concreto.

3.2.1.6 ANULAR

Cambia el estado de la acción de mejora al estado anulado.

Se suele usar para corregir borradores, etc....

3.2.2 BOTONES EN EDICIÓN



3.2.2.1 CURSAR

Cambia el estado de la acción de mejora al siguiente estado, siguiendo el flujo de aprobación.

3.2.2.2 GUARDAR

Guarda los cambios que haya introducido el editor.

No cambia el estado de la aplicación.

3.2.2.3 CANCELAR

Vuelve a la vista del listado del que procede

3.2.2.4 EXPANDIR

Despliega todos los apartados de la acción de mejora

3.2.2.5 COMPACTAR

Pliega todos los apartados de la acción de mejora

3.2.2.6 REMITIR

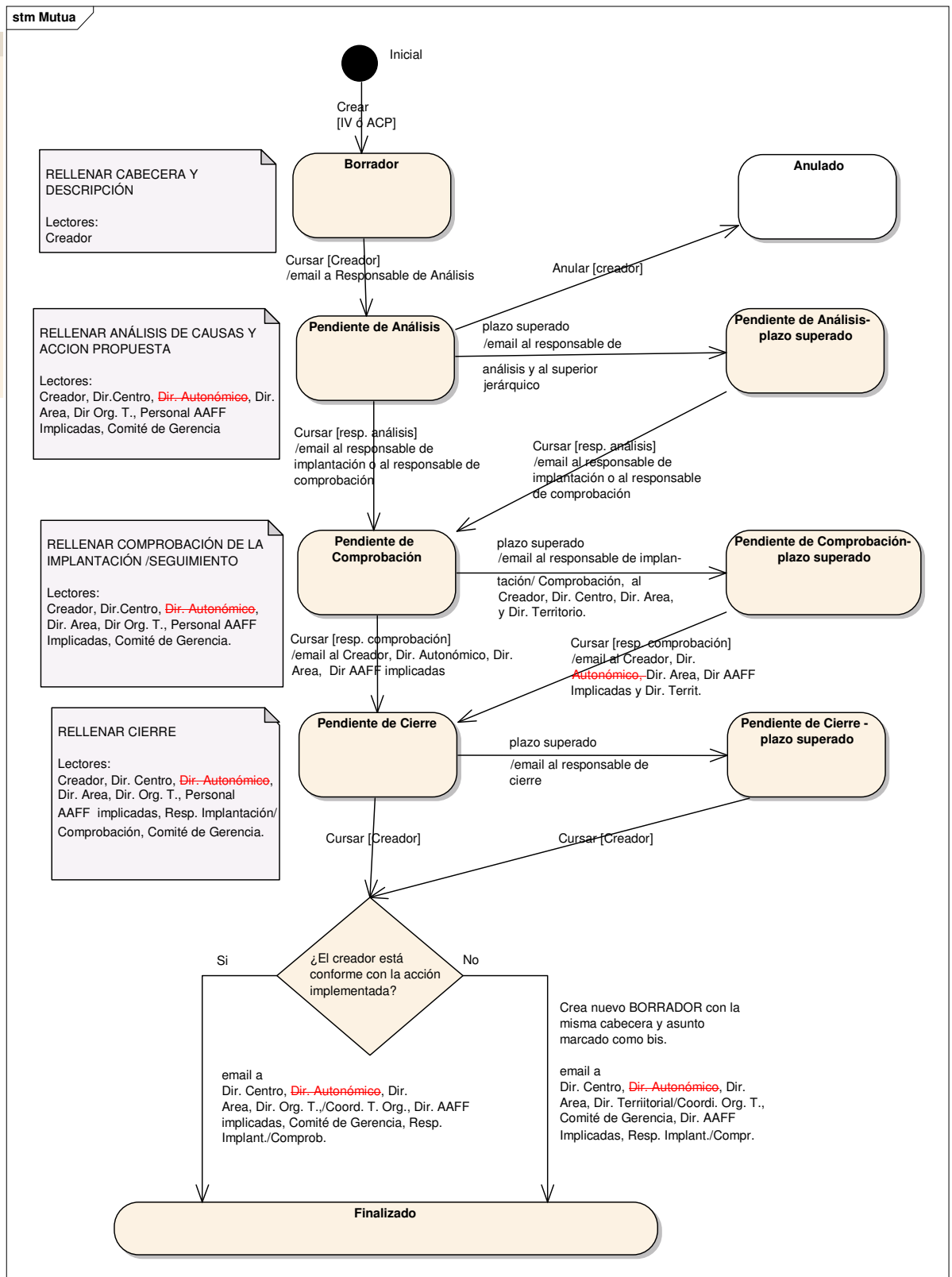
Envía un correo a los destinatarios seleccionados del listín de correo.

Se incluye un enlace a esta acción de mejora.

La aplicación concede a los destinatarios permisos de lectura a esta acción de mejora en concreto.

3.3 FLUJO DE APROBACIÓN

3.3.1 DIAGRAMA DE ESTADOS



3.3.2 ESTADOS

3.3.2.1 BORRADOR

El flujo empieza con la creación de una Acción de Mejora por parte de un usuario autorizado.

El creador del documento deberá rellenar los apartados de CABECERA y DESCRIPCIÓN. Mientras el documento esté en este estado, solamente será visible para su creador.

Una vez cumplimentados los apartados, deberá cursar el documento mediante el botón *Cursar*. Esta acción implica un cambio de estado a PENDIENTE ANÁLISIS y un envío de correo (apartado 3.3.3.1) informativo de dicho cambio al usuario asignado como responsable del análisis.

Botones



3.3.2.2 PENDIENTE ANÁLISIS

El usuario responsable del análisis deberá cumplimentar los apartados ANÁLISIS DE LAS CAUSAS y ACCIÓN PROPUESTA.

En este estado, el documento está disponible en modo lectura para los siguientes usuarios:

- Creador del documento
- Dirección del Centro
- Director Área
- Director Territorial/Coord. Organización Territorial
- Personal de las áreas funcionales implicadas

Una vez cumplimentados los apartados, deberá cursar el documento mediante el botón *Cursar*. Esta acción implica un cambio de estado a PENDIENTE COMPROBACIÓN y un envío de correo (apartado 3.3.3.2) informativo de dicho cambio a los usuarios asignados como responsables de la implantación y de la comprobación.

Botones antes de Editar



Botones en Edición



3.3.2.3 PENDIENTE COMPROBACIÓN

El usuario responsable de la comprobación o de la implantación deberá cumplimentar el apartado COMPROBACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN/SEGUIMIENTO.

En este estado, el documento está disponible en modo lectura para los siguientes usuarios:

- Creador del documento
- Dirección del Centro
- Director Área
- Director Territorial/Coord. Organización Territorial
- Personal de las áreas funcionales implicadas

Una vez cumplimentados el apartado, deberá cursar el documento mediante el botón *Cursar*. Esta acción implica un cambio de estado a PENDIENTE CIERRE y un envío de correo (apartado 3.3.3.3) informativo de dicho cambio a los siguientes usuarios:

- Creador del documento
- Director Área
- Director Territorial
- Directores áreas funcionales implicadas

En las AC-Medioambiental ISL se envía email al creador y a los Directores de las áreas funcionales implicadas.

Botones antes de Editar



Botones en Edición



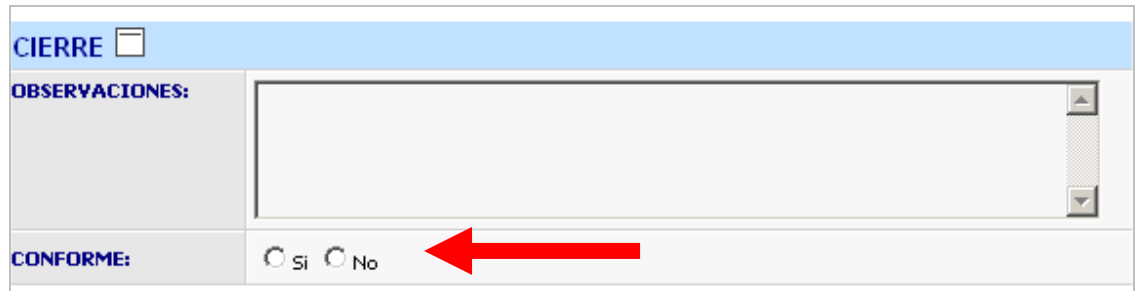
3.3.2.4 PENDIENTE CIERRE

El Creador del documento deberá cumplimentar el apartado CIERRE.

En este estado, el documento está disponible en modo lectura para los siguientes usuarios:

- Creador del documento
- Dirección del Centro
- Director Territorial
- Personal áreas funcionales implicadas
- Responsable de la Implantación
- Responsable de la Comprobación

Una vez cumplimentados los apartados, deberá cursar el documento mediante el botón *Cursar*. Esta acción desencadena dos procesos distintos en función del campo "CONFORME":



• CONFORME

El documento pasa a estado FINALIZADO

Se envía correo (apartado 3.3.3.4) informativo a los siguientes usuarios:

- Dirección de Centro
- Director Territorial/Coor. Org. Territorial
- Director Área
- Directores Áreas Funcionales implicadas
- Comité de Gerencia
- Creador de la acción
- Responsable implantación/comprobación

• NO CONFORME

El documento pasa a estado FINALIZADO, pero automáticamente se creará un nuevo documento con la misma cabecera y el mismo asunto pero marcado como bis, que quedará en estado BORRADOR.

Se envía correo (apartado 3.3.3.4) informativo a los siguientes usuarios:

- Dirección de Centro
- Director Territorial/Coor. Org. Territorial
- Director Área
- Directores Áreas Funcionales implicadas
- Comité de Gerencia
- Creador de la Acción
- Responsable implantación/comprobación

Botones antes de Editar



Botones en Edición



3.3.2.5 FINALIZADA

En éste estado el documento no podrá ser editado, únicamente se podrán consultar sus datos.

Botones antes de Editar



Botones en Edición



3.3.2.6 PLAZO SUPERADO

Una acción de mejora se encontrará en la vista de **PLAZO SUPERADO**, cuando la fecha límite para cambiar de estado se supera.

Esta condición se da cuando el estado es:

- **Pendiente de Análisis** y la fecha actual es mayor que el **PLAZO PARA ANÁLISIS Y ACCIÓN PROPUESTA** especificado en la sección DESCRIPCIÓN
 - Se avisa por email (apartado 3.3.3.5) al responsable de análisis, Director del Centro, Director del Área, Director Territorio y creador de la acción.
- **Pendiente de Comprobación** y la fecha actual es mayor que la **FECHA LIMITE IMPLANTACIÓN:** especificado en la sección ACCIÓN PROPUESTA
 - Se avisa por email (apartado 3.3.3.5) al responsable de implantación/comprobación, Director Centro, Director Área, Director Territorio y creador de la acción.
- **Pendiente de Cierre** y la fecha actual es mayor que la de **PLAZO PARA EL CIERRE** (6 meses desde la fecha de comprobación).
 - Se avisa por email (apartado 3.3.3.5) al responsable de cierre (creador).

Botones antes de Editar:

Los mismos que tenga el estado cuyo plazo ha sido superado

Botones en Edición:

Los mismos que tenga el estado cuyo plazo ha sido superado

3.3.2.7 ANULADO

En ocasiones, es necesario anular una determinada acción de mejora.

Autores: [AdminDocs]; Usuario: General 0000/ASEPEYO

INFORME DE VERIFICACIÓN IV-005/08

Editar
 Cancelar
 Expandir
 Compactar
 Anular

CABECERA ☐
Creado por Usuario General 0000 el día 19/05/2008
Borrador

ORIGEN:	Calidad	*FECHA AUDITORIA:	MM/AAAA
*CENTRO:	0101 Llodio	SECTOR:	JF

DESCRIPCIÓN ☐

*ASUNTO:	test
AA.FF. IMPLICADAS:	MUTUA
OBSERVACIONES:	
RESPONSABLE ANÁLISIS:	Director de Centro
PLAZO PARA ANÁLISIS Y ACCIÓN PROPUESTA:	19/07/2008 DD/MM/AAAA

Al pulsar el botón anular, la acción de mejora cambia a estado ANULADA

Acciones de Mejora por Estados		
Posicionarse Anterior Siguiete Expandir Compactar Buscar		
Fecha	Asunto	
363	IV: Informes de Verificación	
5	Calidad	
2	Pendiente de Análisis	
1	Pendiente de Comprobación	
2	Anulada	
1	J-Euskadi	
1	0101 Llodio	
	19/05/2008	test

Botones antes de Editar:

Editar
 Cancelar
 Expandir
 Compactar

Botones en Edición:

Cursar
 Guardar
 Cancelar
 Expandir
 Compactar
 Remitir

3.3.3 TIPOS DE CORREOS AUTOMÁTICOS

Hay seis tipos de correos distintos. A continuación se indica cómo proceder al recibir uno de ellos.

3.3.3.1 PENDIENTE DE ANÁLISIS DE LAS CAUSAS

Asunto: Acción de Mejora: XXXXXXXX

Cuerpo: Acción de Mejora pendiente del Análisis de las Causas. Haga clic en el enlace para ver el documento

Si usted es el responsable del Análisis al abrir el documento le aparecerá el botón <Editar> en la parte superior del documento. Deberá apretarlo para poner el documento en edición, rellenar los apartados "Análisis de las Causas" y "Acción Propuesta" y apretar el botón Cursar para que el documento siga el flujo de trabajo.

Si usted no es el responsable del Análisis solamente podrá consultar el documento.

3.3.3.2 PENDIENTE DE IMPLANTACIÓN

Asunto: Acción de Mejora: XXXXXXXX

Cuerpo: Acción de Mejora pendiente de Implantación. Haga clic en el enlace para ver el documento

Si usted es el responsable de la Comprobación de la Implantación al abrir el documento le aparecerá el botón Editar en la parte superior del documento. Deberá apretarlo para poner el documento en edición, rellenar el apartados "Comprobación de la Implantación/Seguimiento" y apretar el botón Cursar para que el documento siga el flujo de trabajo.

Si usted no es el responsable de la Comprobación solamente podrá consultar el documento.

3.3.3.3 PENDIENTE DE CIERRE

Asunto: Acción de Mejora: XXXXXXXX

Cuerpo: Acción de Mejora pendiente de Cierre. Haga clic en el enlace para ver el documento

Si usted es el responsable del Cierre al abrir el documento le aparecerá el botón Editar en la parte superior del documento. Deberá apretarlo para poner el documento en edición, rellenar el apartado "Cierre" y apretar el botón Cursar para que el documento siga el flujo de trabajo.

Si usted no es el responsable del Cierre solamente podrá consultar el documento.

3.3.3.4 CERRADA

Asunto: Acción de Mejora: XXXXXXXX

Cuerpo: Acción de Mejora Cerrada de manera No Conforme. Haga clic en el enlace para ver el documento

Mensaje meramente informativo. Solamente podrá consultar el documento.

3.3.3.5 NOTIFICACIÓN DE RETRASO

Asunto: Acción de Mejora: XXXXXXXX

Cuerpo: Se ha superado la fecha límite para la implantación de la acción de mejora: XXXXXXXX, prevista para el día 99/99/9999. Haga clic en el enlace para ver el documento

Si usted es el responsable de la Comprobación de la Implantación al abrir el documento le aparecerá el botón Editar en la parte superior del documento. Deberá apretarlo para poner el documento en edición, rellenar el apartados "Comprobación de la Implantación/Seguimiento" y apretar el botón Cursar para que el documento siga el flujo de trabajo.

Si usted no es el responsable de la Comprobación solamente podrá consultar el documento.

3.3.3.6 NOTIFICACIÓN DE PRÓXIMO VENCIMIENTO DE PLAZO

Estas notificaciones comunican a los usuarios que en los próximos que 10 días naturales, se vencerá el plazo para realizar, las acciones de análisis, comprobación de la implantación y cierre.

- **Pendiente de Análisis**

- Se avisa por email al responsable de análisis.

Asunto: Acción de Mejora: XXXXXXXX

Cuerpo: Le recordamos que debe realizar el análisis de la acción de mejora que se le indica, ya que dentro de 10 días será la fecha límite.

- **Pendiente de Comprobación**

- Se avisa por email al responsable de implantación/comprobación.

Asunto: Acción de Mejora: XXXXXXXX

Cuerpo: Le recordamos que debe realizar la comprobación de la acción de mejora que se le indica, ya que dentro de 10 días será la fecha límite.

- **Pendiente de Cierre**

- Se avisa por email al responsable de cierre (creador).

Asunto: Acción de Mejora: XXXXXXXX

Cuerpo: Le recordamos que debe realizar el cierre de la acción de mejora que se le indica, ya que dentro de 10 días será la fecha límite.

3.4 TIPOS DE DOCUMENTOS

Existen varios tipos de acciones de mejora dependiendo del área de la Mutua a la que se hace referencia:

3.4.1 INFORME DE VERIFICACIÓN (IV)

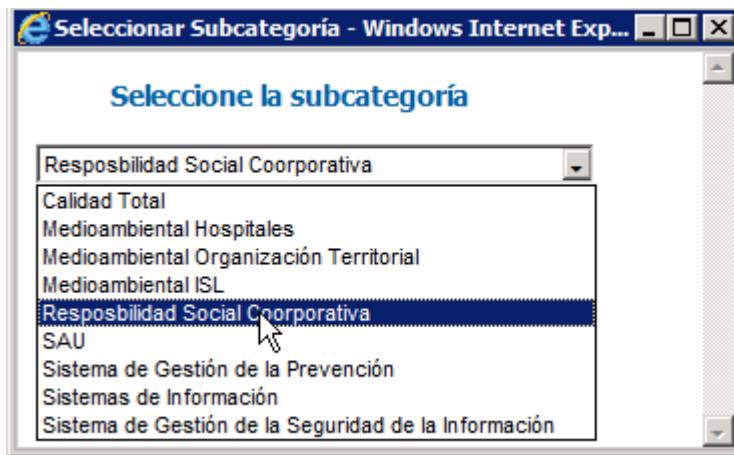
Actualmente no se crea este tipo de informes. Solo consulta de histórico

3.4.2 ACCIONES CORRECTIVAS (AC)

Se trata de acciones dirigidas a corregir incidencias o "No Conformidades" ya detectadas (acción correctiva).

Crear AC

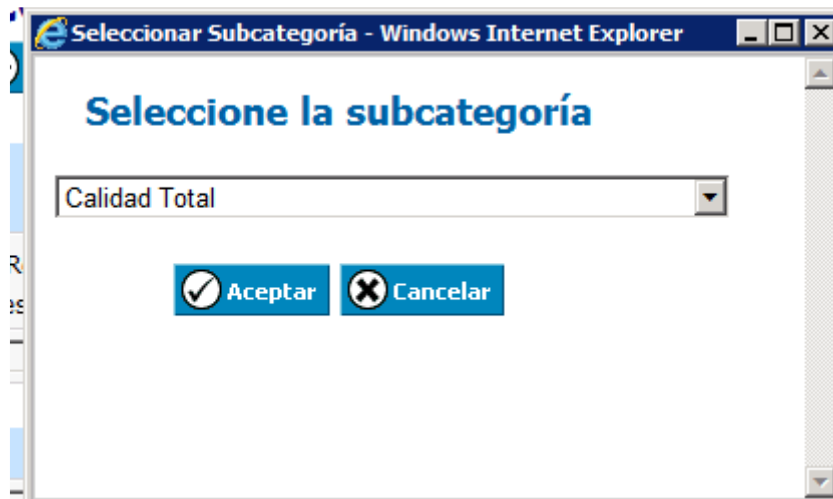
Al seleccionar la opción "Crear AC" del menú principal se abre un cuadro de diálogo que permite escoger entre los distintos tipos de Acciones Correctiva permitidos:



A continuación se describe cada una de las acciones Correctivas existentes:

3.4.2.1 CALIDAD TOTAL

Pueden crearlas la Dirección de Calidad y, en el caso del Hospital de Coslada, también los miembros del Comité de Calidad, en este caso se ha añadido al campo de Áreas Funcionales implicadas otro campo de Áreas implicadas del Hospital.



ACCIÓN CORRECTIVA CALIDAD TOTAL			
Cursar Guardar Cancelar Expandir Compactar			
CABECERA ☐		Creado por Usuario General 0000 el día 24/02/2017 Borrador	
ORIGEN:	☒ Auditoría ☐ Otros ☐ Revisión del sistema ☐ Seguimiento Indicadores/Objetivos ☐ Incidencias	*FECHA AUDITORIA:	MM/AAAA
*CENTRO:		SECTOR:	

En este tipo de acciones de mejora es obligatorio informar la categoría aún estado el documento en estado borrador, pues la codificación de la acción depende de la categoría, y esta se realiza al guardar o cursar un documento nuevo.

Si se informa categoría "ISO_9001" o "Madrid Excelente", una vez guardado el documento, aunque se mantenga en estado borrador, se puede modificar la categoría solo de "ISO_9001" a "Madrid Excelente" y viceversa.

Si se informa otra categoría que nos sea las ISO_9001 ó o "Madrid Excelente", una vez guardado el documento en estado borrador, no se podrá modificar la categoría a las categorías "ISO_9001" o "Madrid Excelente".

3.4.2.1.1 Acciones de Mejora ISO_9001

Es un tipo particular de acciones de mejora de calidad total, donde la clasificación de su categoría es **"Sistema de Gestión de Calidad. ISO 9001" o "Madrid Excelente"**

ACCIÓN CORRECTIVA CALIDAD TOTAL AC-020/17			
Cursar Guardar Cancelar Expandir Compactar Remitir			
CABECERA ☐		Creado por Usuario General 0000 el día 24/02/2017 Borrador	
ORIGEN:	☒ Auditoría ☐ Otros ☐ Revisión del sistema ☐ Seguimiento Indicadores/Objetivos ☐ Incidencias	*FECHA AUDITORIA:	12/2017 MM/AAAA
*CENTRO:	0001 Lledo	SECTOR:	JP
DESCRIPCIÓN ☐	Selección de categoría y Subcategoría - Windows Internet Explorer		CATEGORÍA 1
ASUNTO:	Categorías 1-Sistema de Gestión de Calidad- ISO 9001 2-Madrid Excelente SubCategorías 1.1-Planificación 1.2-Responsabilidad, autorización y comunicación 1.3-Revisión por la Dirección 1.4-Provisión de recursos 1.5-Recursos humanos 1.6-Infraestructura 1.7-Ambiente de trabajo 1.8-Planificación de la realización del producto 1.9-Procesos relacionados con el cliente 1.10-Diseño y desarrollo 1.11-Compra 1.12-Producción y prestación del servicio 1.13-Control de los dispositivos de seguimiento y medición 1.14-Seguimiento y medición 1.15-Control del producto no conforme 1.16-Análisis de datos		
AA.FF. IMPLICADAS:			
OBSERVACIONES:			
RESPONSABLE ANÁLISIS:			
PLAZO PARA ANÁLISIS Y ACCIÓN PROPUUESTA:			
FIRMADO:			
ANÁLISIS de las CAUSAS ☐			
OBSERVACIONES:			

En este tipo de acciones de mejora de calidad total, es obligatorio informar la categoría "ISO_9001" o "Madrid Excelente". Una vez guardado el documento, aunque se mantenga en estado borrador, se puede modificar la categoría solo de "ISO_9001" a "Madrid Excelente" y viceversa. La subcategoría se puede modificar, siempre que este en estado borrador.

En esta acción de mejora se debe especificar las áreas funcionales implicadas, para que puedan estar informadas en todo momento del flujo de trabajo de la acción.

Los creadores de estas acciones de mejora serán los usuarios del grupo "USUARIOS AOC0201_CALIDADTOTAL", compuesto por: Directores Funcionales, Subdirectores Generales, y SAU (coordinadores).

Ejemplo de codificación AC-xxx/xx

3.4.2.1.2 Responsables y Niveles de Acceso

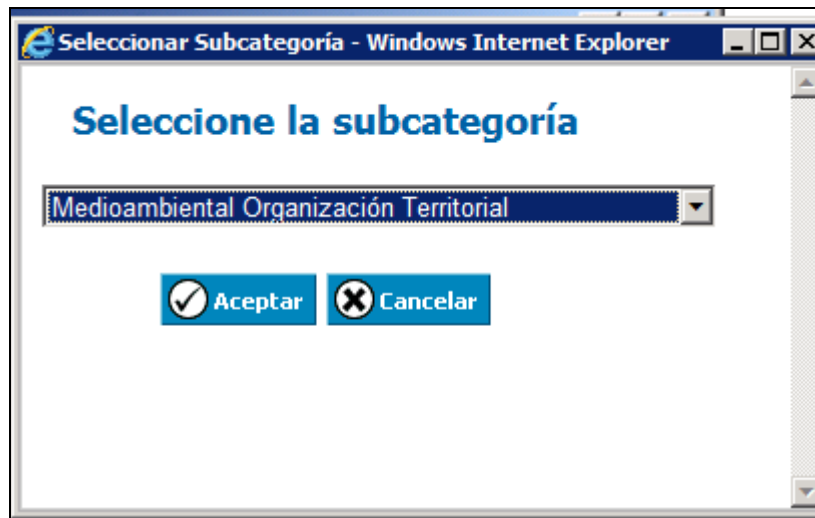
ACCIONES CORRECTIVAS CALIDAD TOTAL

Responsables	BORRADOR	PENDIENTE ANÁLISIS	PENDIENTE COMPROBACIÓN	PENDIENTE CIERRE	FINALIZADA
Creador [SerPre]	x			x	
Responsable Calidad Centro		x	x		
Dirección de Centro		x	x		
Director Área		x	x		
Admin. Docs	x	x	x	x	x

Lectores	BORRADOR	PENDIENTE ANÁLISIS	PENDIENTE COMPROBACIÓN	PENDIENTE CIERRE	FINALIZADA
Creador	x	x	x	x	x
Admin. Docs	x	x	x	x	x
Comité Gerencia		x	x	x	x
Responsable Calidad Centro		x	x	x	x
Dirección de Centro		x	x	x	x
Personal AAFP		x	x	x	x
Usuarios Acc Mej ACP_Gestores		x	x	x	x
Director Área		x	x	x	x

3.4.2.2 MEDIOAMBIENTAL ORGANIZACIÓN TERRITORIAL

Las ACM (OT) pueden ser creadas por la Dirección de Calidad.



ACCIÓN CORRECTIVA MEDIOAMBIENTAL			
Cursar Guardar Cancelar Expandir Compactar			
CABECERA ☐		Creado por Usuario General 0000 el día 24/02/2017 Borrado	
ORIGEN:	☒ Auditoría ☐ Otros ☐ Revisión del sistema ☐ Seguimiento Indicadores/Objetivos ☐ Incidencias	*FECHA AUDITORIA:	
*CENTRO:		SECTOR:	

Ejemplo de codificación
ACM-xxx/xx

3.4.2.2.1 Responsables y Niveles de Acceso

ACCIONES CORRECTIVAS

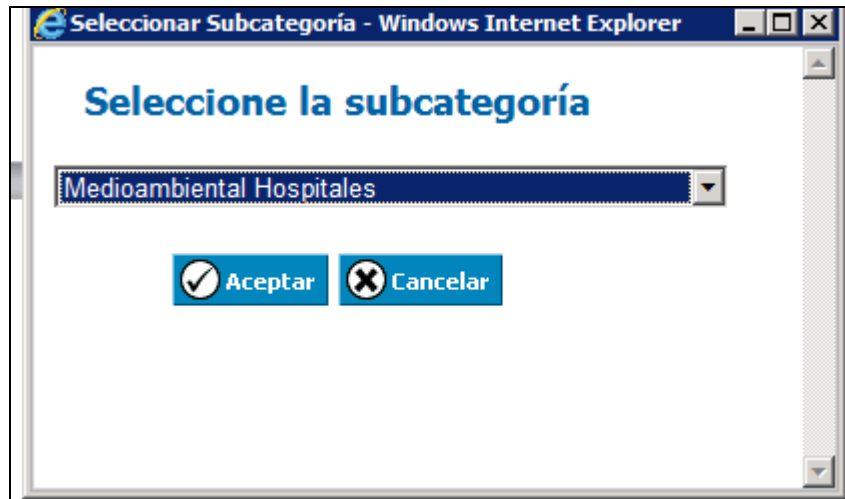
MEDIOAMBIENTAL ORGANIZACIÓN TERRITORIAL

Responsables	BORRADOR	PENDIENTE ANÁLISIS	PENDIENTE COMPROBACIÓN	PENDIENTE CIERRE	FINALIZADA
Creador [Gest. Medio]	x	x	x	x	x
Dirección de Centro		x	x		
Director Área		x			
Director Territorial			x		
Admin. Docs	x	x	x	x	x

Lectores	BORRADOR	PENDIENTE ANÁLISIS	PENDIENTE COMPROBACIÓN	PENDIENTE CIERRE	FINALIZADA
Creador	x	x	x	x	x
Admin. Docs	x	x	x	x	x
Comité Gerencia		x	x	x	x
Dirección de Centro		x	x	x	X
Personal AAFF		x	x	x	X
Director Área		x	x	x	X

3.4.2.3 MEDIOAMBIENTAL HOSPITALES

En las ACM (H) de Hospitales, al campo de Áreas Funcionales implicadas, se añade otro campo de Áreas implicadas del Hospital. Pueden crearlas los miembros del Comité Ambiental y la Dirección de Calidad.



ACCIÓN CORRECTIVA MEDIOAMBIENTAL			
Cursar Guardar Cancelar Expandir Compactar			
CABECERA ☐		Creado por Usuario General 0000 el día 24/02/2017 Borrador	
ORIGEN:	☒ Auditoría ☐ Otros ☐ Revisión del sistema ☐ Seguimiento Indicadores/Objetivos ☐ Incidencias	*FECHA AUDITORIA:	MM/AAAA
*CENTRO:		SECTOR:	

Ejemplo de codificación
ACM-xxx/xx

3.4.2.3.1 Responsables y Niveles de Acceso

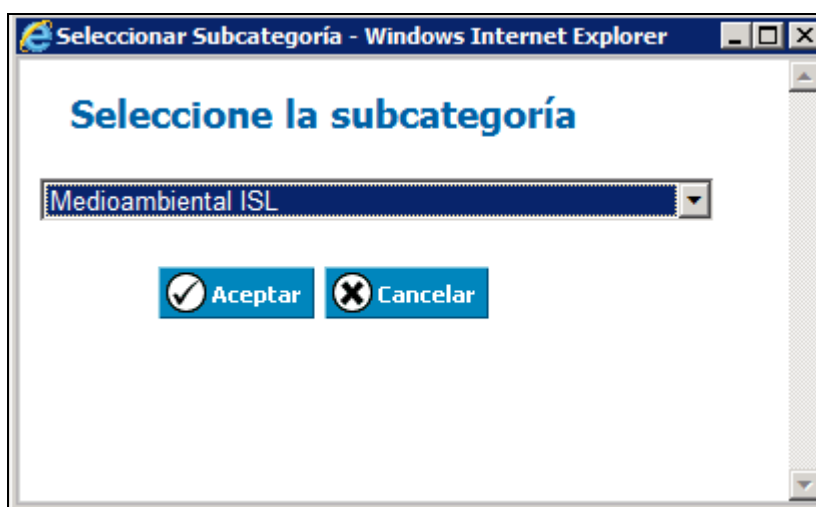
ACCIONES CORRECTIVAS MEDIOAMBIENTAL HOSPITALES

Responsables	BORRADOR	PENDIENTE ANÁLISIS	PENDIENTE COMPROBAC IÓN	PENDIENTE CIERRE	FINALIZADA
Creador [Gest. Medio]	x	x	x	x	x
Gerente Hospital		x	x		
Responsable Gestión Medioambiental Hospital		x	x		
Director de Calidad Asepeyo		x	x		
Director Enfermería Hospital		x	x		
Responsable GM Servicios Generales Hospital		x	x		
Responsable GM Laboratorio Hospital		x	x		
Responsable GM Radiología Hospital		x	x		
Responsable GM Farmacia Hospital		x	x		
Responsable GM Mantenimiento Hospital		x	x		
Coordinador RRHH Hospital		x	x		
Responsable GM Dirección Prevención		x			
Responsable GM Traumatología Hospital		x			
Admin. Docs	x	x	x	x	x

Lectores	BORRADOR	PENDIENTE ANÁLISIS	PENDIENTE COMPROBACIÓN	PENDIENTE CIERRE	FINALIZADA
Creador	x	x	x	x	x
Admin. Docs	x	x	x	x	x
Comité Gerencia		x	x	x	x
Director de Centro		x	x	x	x
Personal AAF		x	x	x	x

3.4.2.4 MEDIOAMBIENTAL ISL

Las ACM (**ISL**), donde sólo figura el centro 4104 Sevilla-Cartuja, pueden crearlas la Dirección de Calidad y los miembros del Comité Ambiental.



ACCIÓN CORRECTIVA MEDIOAMBIENTAL			
Cursar Guardar Cancelar Expandir Compactar			
CABECERA ☐		Creado por Usuario General 0000 el día 24/02/2017 Borrador	
ORIGEN:	☒ Auditoría ☐ Otros ☐ Revisión del sistema ☐ Seguimiento Indicadores/Objetivos ☐ Incidencias	*FECHA AUDITORIA:	MM/AAAA
*CENTRO:		SECTOR:	

Ejemplo de codificación
ACM-xxx/xx

3.4.2.4.1 Responsables y Niveles de Acceso

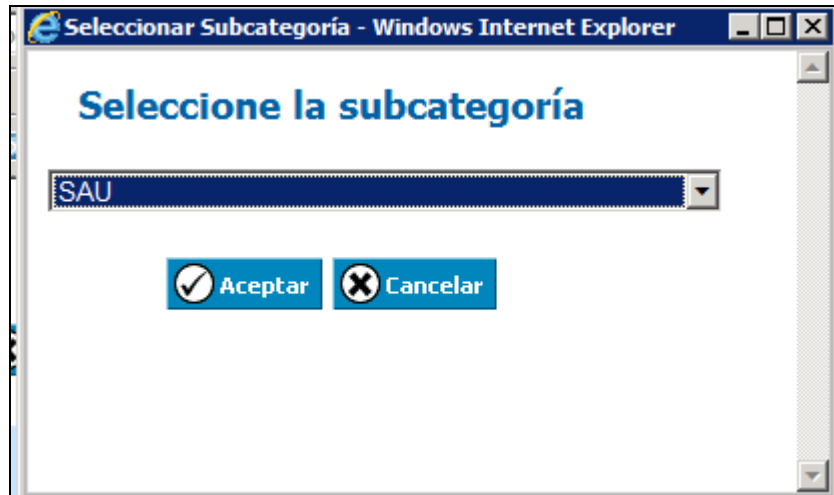
ACCIONES CORRECTIVAS MEDIOAMBIENTAL ISL

Responsables	BORRADOR	PENDIENTE ANÁLISIS	PENDIENTE COMPROBAC IÓN	PENDIENTE CIERRE	FINALIZADA
Creador [ISL]	x	x	x	x	x
Algún miembro de COMITE MEDIOAMBIENTE Centro Sevilla- Cartuja		x	x		
Admin. Docs	x	x	x	x	x

Lectores	BORRADOR	PENDIENTE ANÁLISIS	PENDIENTE COMPROBAC IÓN	PENDIENTE CIERRE	FINALIZADA
Creador	x	x	x	x	x
Admin. Docs	x	x	x	x	x
Comité Gerencia		x	x	x	x
Director de Centro		x	x	x	x
Personal AAFF		x	x	x	x
COMITE MEDIOAMBIENTE Centro Sevilla- Cartuja		x	x	x	x
Director Área		x	x	x	x

3.4.2.5 SAU

Su inicio corresponde a la Dirección Funcional Dirección de Relaciones Externas (DRE) y a la Dirección del SAU. La visualización de las mismas corresponde a la Dirección General, Subdirecciones Generales, Direcciones Funcionales, Direcciones Territoriales y a todos los integrantes del Servicio de Atención al Usuario (SAU). Su funcionamiento es muy parecido a las restantes AC o IV, si bien se desglosa el "origen" en dos ("usuario interno" y "usuario externo").



Acción de Mejora SAU

Cursar
 Guardar
 Cancelar
 Expandir
 Compactar

CABECERA ☐
Creado por ANTONIO VALENZUELA MARTINEZ COSTAISA

ORIGEN:	☐ Usuario Interno ☐ Usuario Externo	*FECHA:	 MM/AAAA
*CENTRO:		SECTOR:	

Ejemplo de codificación
SAU-xxx/xx

3.4.2.5.1 Responsables y Niveles de Acceso

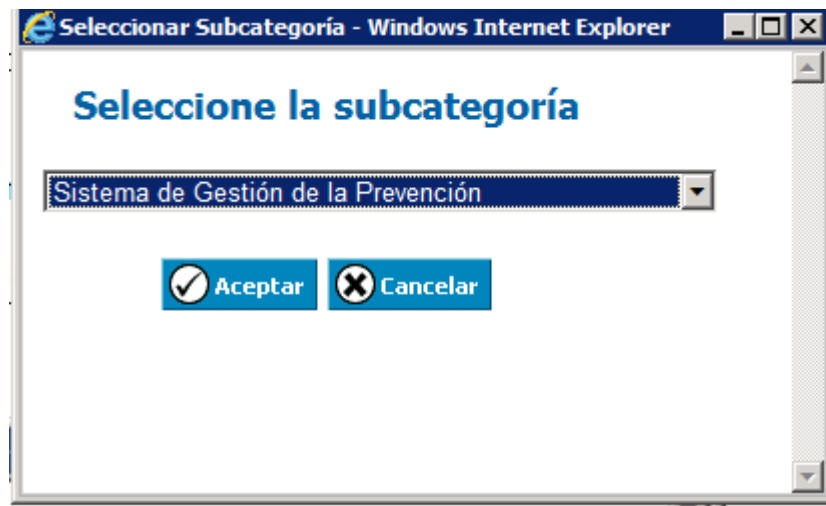
ACCIONES CORRECTIVAS SAU

Responsables	BORRADOR	PENDIENTE ANÁLISIS	PENDIENTE COMPROBAC IÓN	PENDIENTE CIERRE	FINALIZADA
Creador [SAU]	x			x	
Dirección de Centro		x	x		
Director Área		x			
Director Territorial			x		
Admin. Docs	x	x	x	x	x

Lectores	BORRADOR	PENDIENTE ANÁLISIS	PENDIENTE COMPROBAC IÓN	PENDIENTE CIERRE	FINALIZADA
Creador	x	x	x	x	x
Admin. Docs	x	x	x	x	x
Comité Gerencia		x	x	x	x
Dirección de Centro		x	x	x	x
Personal AAFF		x	x	x	x
Director Área		x	x	x	x

3.4.2.6 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA PREVENCIÓN

Acciones referentes al Proyecto Prevención en ASEPEYO. De los informes del Sistema de Gestión de la Prevención, ya sean informes de auditoría interna o externa, incidencias o verificaciones del propio sistema, puede derivar la identificación de no conformidades (incumplimientos de requisitos) y, en ese caso, se ha de garantizar el análisis de causas de lo ocurrido, la propuesta de acciones correctivas para corregir dicha situación, así como el seguimiento y control de dicha implantación hasta la correcta eliminación del origen de dicha desviación. El fin último, es la adopción de las acciones correctivas necesarias para eliminar las causas que dan pie a la incidencia o no conformidad, reales o potenciales con el objeto de prevenir su repetición o aparición constituyendo, en definitiva, una herramienta dentro del proceso de mejora continua del sistema de gestión de la prevención. Su tramitación seguirá lo establecido en el procedimiento de TRATAMIENTO Y MEJORA DE NO CONFORMIDADES, publicado con el manual nº M-1115.



Sistema de Gestión de la Prevención			
 Cursar  Guardar  Cancelar  Expandir  Compactar			
CABECERA ☐		Creado por ANTONIO VALENZUELA MARTINEZ COSTA	
ORIGEN:	☒ Auditoría ☐ Otros ☐ Revisión del sistema ☐ Seguimiento Indicadores/Objetivos ☐ Incidencias	*FECHA AUDITORIA:	MM/AAAA
*CENTRO:		SECTOR:	

Ejemplo de codificación
AMSGP-xxx/xx

3.4.2.6.1 Responsables y Niveles de Acceso

ACCIONES CORRECTIVAS

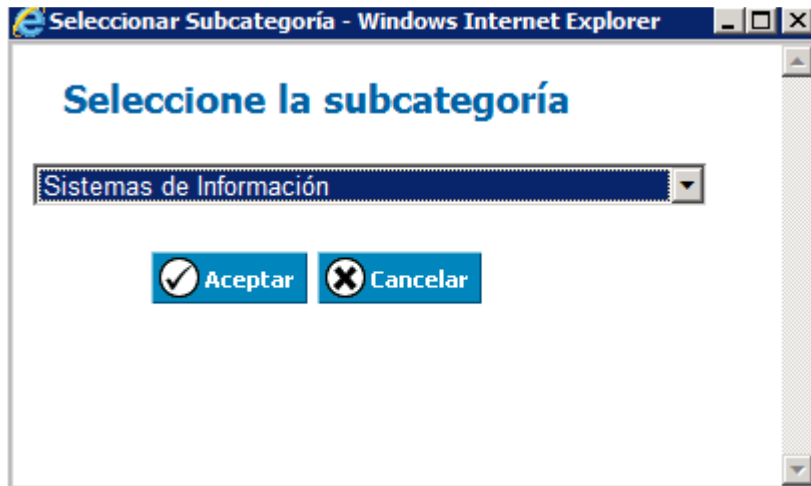
SISTEMA DE GESTIÓN DE LA PREVENCIÓN

Responsables	BORRADOR	PENDIENTE ANÁLISIS	PENDIENTE COMPROBACIÓN	PENDIENTE CIERRE	FINALIZADA
Creador [SGP]	x			x	
Responsable Calidad Centro					
Dirección de Centro		x	x		
Director Área		x			
Director Territorial			x		
Admin. Docs	x	x	x	x	x

Lectores	BORRADOR	PENDIENTE ANÁLISIS	PENDIENTE COMPROBACIÓN	PENDIENTE CIERRE	FINALIZADA
Creador	x	x	x	x	x
Admin. Docs	x	x	x	x	x
Comité Gerencia		x	x	x	x
SERVICIO PREVENCIÓN PROPIO AT_Personal		x	x	x	x
DIRECCION RECURSOS HUMANOS AC_Personal		x	x	x	x
Dirección de Centro		x	x	x	x
Personal AAFF		x	x	x	x
Director Área		x	x	x	x

3.4.2.7 SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Acciones referentes a Sistemas de Información. Se desencadenan de las auditorías internas de los Sistemas de Información y recogen las "No Conformidades" detectadas. El origen y el circuito son idénticos al de las restantes AC.



ACCIÓN CORRECTIVA SISTEMAS DE INFORMACIÓN			
Cursar Guardar Cancelar Expandir Compactar			
CABECERA ☐		Creado por Usuario General 0000 el día 24/02/2017 Borrador	
ORIGEN:	☒ Auditoría ☐ Otros ☐ Revisión del sistema ☐ Seguimiento Indicadores/Objetivos ☐ Incidencias	*FECHA AUDITORIA:	MM/AAAA
*CENTRO:		SECTOR:	

Ejemplo de codificación
ACSI-xxx/xx

3.4.2.7.1 Responsables y Niveles de Acceso

ACCIONES CORRECTIVAS SISTEMA DE GESTIÓN DE LA PREVENCIÓN

Responsables	BORRADOR	PENDIENTE ANÁLISIS	PENDIENTE COMPROBAC IÓN	PENDIENTE CIERRE	FINALIZADA
Creador [ACPSI]	x	x	x	x	x
Dirección de Centro		x	x		
Director Área		x			
Director Territorial			x		
Dirección Tecnologías de la Información y Comunicación		x	x		
Admin. Docs	x	x	x	x	x

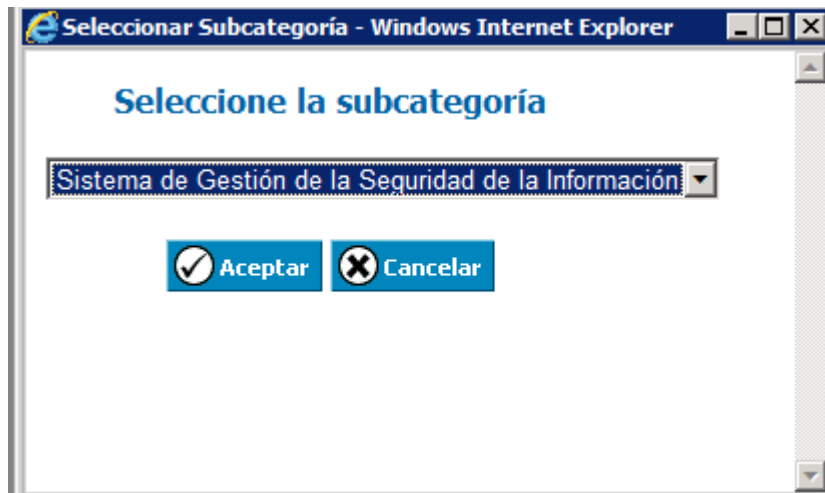
Lectores	BORRADOR	PENDIENTE ANÁLISIS	PENDIENTE COMPROBAC IÓN	PENDIENTE CIERRE	FINALIZADA
Creador	x	x	x	x	x
Admin. Docs	x	x	x	x	x
Comité Gerencia		x	x	x	x
Director de Centro		x	x	x	x
Personal AAFP		x	x	x	x
Director Área		x	x	x	x

3.4.2.8 AC SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA INFORMACION (ACSGSI)

Son realizados por el COMITE SGSI, se pone en contacto con los directores a medida que se van creando las acciones que les afectan.

Una vez publicado el informe de auditoría interna de un sector, se procede a crear las acciones derivadas del mismo, que trataran todos aquellos puntos o aspectos relevantes del informe de la auditoria que son susceptibles de mejora. El propósito de los AC SGSI es consolidar y afianzar el cumplimiento de las mejoras señaladas durante la auditoria y en el informe de la misma.

La operativa de estas AC permite un seguimiento continuo por parte del personal autorizado de todas las sugerencias que se van incorporando a lo largo de las diferentes etapas existentes hasta su finalización. El cierre de los AC SGSI pone fin a la auditoria, siempre que éste sea conforme. En caso de disconformidad, se genera una nueva acción de mejora.



ACCIÓN CORRECTIVA SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN

Cursar
 Guardar
 Cancelar
 Expandir
 Compactar

CABECERA ☐
Creado por Usuario General 0000 el día 24/02/2017
Borrador

ORIGEN:	☒ Auditoría ☐ Otros ☐ Revisión del sistema ☐ Seguimiento Indicadores/Objetivos ☐ Incidencias	*FECHA AUDITORIA:	MM/AAAA
*CENTRO:		SECTOR:	

Ejemplo de codificación
ACSGSI-xxx/xx

3.4.2.8.1 Responsables y Niveles de Acceso

AC SGSI

Responsables	BORRADOR	PENDIENTE ANÁLISIS	PENDIENTE COMPROBACIÓN	PENDIENTE CIERRE	FINALIZADA
Creador [SGSI]	x	x	x	x	x
Dirección de Centro		x	x		
Director Área		x			
Director Territorial			x		
COMITE SGSI		x	x		
Admin. Docs	x	x	x	x	x

Lectores	BORRADOR	PENDIENTE ANÁLISIS	PENDIENTE COMPROBACIÓN	PENDIENTE CIERRE	FINALIZADA
Creador	x	x	x	x	x
Admin. Docs	x	x	x	x	x
Comité Gerencia		x	x	x	x

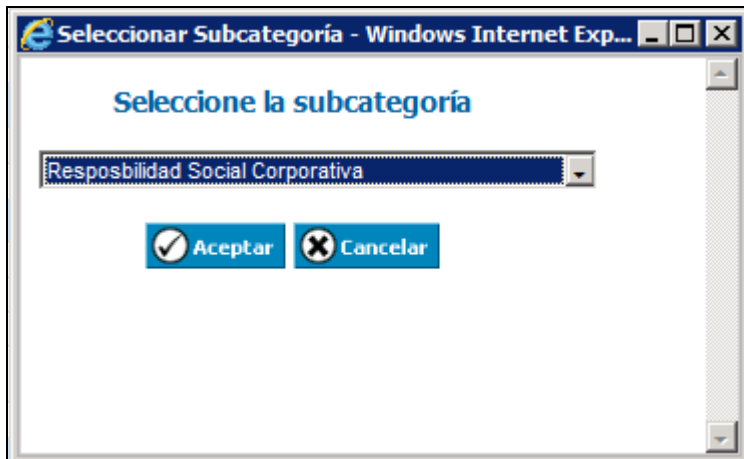
COMITE SGSI		x	x	x	x
DIRECCION TIC SGSI AGSI_Personal		x	x	x	x
DIRECCION TIC Soporte Local AG9A_Personal		x	x	x	x
Dirección de Centro		x	x	x	x
Personal AAFF		x	x	x	x
Director Área		x	x	x	x

3.4.2.9 AC RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPOTATIVA (ACRSC)

Son realizados por la Dirección de Calidad y por el COMITE GETSIÓN POR PROCESOS, se pone en contacto con los directores a medida que se van creando las acciones que les afectan.

Una vez publicado el informe de auditoría interna de un sector, se procede a crear las acciones derivadas del mismo, que tratan todos aquellos puntos o aspectos relevantes del informe de la auditoría que son susceptibles de mejora. El propósito de los AC RSC es consolidar y afianzar el cumplimiento de las mejoras señaladas durante la auditoría y en el informe de la misma.

La operativa de estas AC permite un seguimiento continuo por parte del personal autorizado de todas las sugerencias que se van incorporando a lo largo de las diferentes etapas existentes hasta su finalización. El cierre de los ACP RSC pone fin a la auditoría, siempre que éste sea conforme. En caso de disconformidad, se genera una nueva acción de mejora.



ACCIÓN CORRECTIVA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA			
Cursar Guardar Cancelar Expandir Compactar			
CABECERA ☐		Creado por Usuario General 0000 el día 24/02/2017 Borrador	
ORIGEN:	☒ Auditoría ☐ Otros ☐ Revisión del sistema ☐ Seguimiento Indicadores/Objetivos ☐ Incidencias	*FECHA AUDITORIA:	
*CENTRO:		SECTOR:	

Ejemplo de codificación ACRSC-xxx/xx

3.4.2.9.1 Responsables y Niveles de Acceso

ACCIONES CORRECTIVAS

RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPOTIVA

Responsables	BORRADOR	PENDIENTE ANÁLISIS	PENDIENTE COMPROBACIÓN	PENDIENTE CIERRE	FINALIZADA
Creador [RSC]	x			x	
Responsable Calidad Centro		x	x		
Dirección de Centro		x	x		
Director Área		x	x		
Admin. Docs	x	x	x	x	x

Lectores	BORRADOR	PENDIENTE ANÁLISIS	PENDIENTE COMPROBACIÓN	PENDIENTE CIERRE	FINALIZADA
Creador	x	x	x	x	x
Admin. Docs	x	x	x	x	x
Comité Gerencia		x	x	x	x
COMITE CODIGO CONDUCTA ASEPEYO	x	x	x	x	x
Responsable Calidad Centro		x	x	x	x
Dirección de Centro		x	x	x	x
Personal AAFP		x	x	x	x
Usuarios Acc Mej ACP_Gestores		x	x	x	x
Director Área		x	x	x	x

3.4.3 INFORME DE VERIFICACIÓN DAS-DP (IV DAS-DP)

Son realizados por la Dirección de Asistencia Sanitaria y la Dirección de Prestaciones. Un usuario de los grupos **DIRECCION ASISTENCIA SANITARIA A9_Dirección** o **DIRECCION PRESTACIONES AL_Dirección** o **DIRECCION ASISTENCIA SANITARIA_Farmacia A9_Personal**, se pone en contacto con los directores a medida que se van creando los IV DAS-DP que les afectan.

Una vez publicado el informe de auditoría interna de un sector, se procede a crear las acciones derivadas del mismo, que tratan todos aquellos puntos o aspectos relevantes del informe de la auditoría que son susceptibles de mejora. El propósito de los IV DAS-DP es consolidar y afianzar el cumplimiento de las mejoras señaladas durante la auditoría y en el informe de la misma.

La operativa de estos IV DAS-DP permite un seguimiento continuo por parte del personal autorizado de todas las sugerencias que se van incorporando a lo largo de las diferentes etapas existentes hasta su finalización. El cierre de los

IV DAS-DP pone fin a la auditoria, siempre que éste sea conforme. En caso de disconformidad, se genera una nueva acción de mejora.



INFORME DE VERIFICACIÓN DAS-DP

CABECERA ☐

ORIGIN: Calidad Gestión Otros

*FECHA AUDITORIA:

Creado por Usuario General 0000 el día 31/03/2014

*CENTRO:

SECTOR:

MM/AAAA

Ejemplo de codificación
IV DAS-DP-xxx/xx

3.4.3.1 Responsables y Niveles de Acceso

INFORME DE VERIFICACIÓN (IV)

Responsables	BORRADOR	PENDIENTE ANÁLISIS	PENDIENTE COMPROBACIÓN	PENDIENTE CIERRE	FINALIZADA
Creador [IVDASDP]	x			x	
Dirección de Centro		x	x		
Director Área		x	x		
Admin.	x	x	x	x	x

Lectores	BORRADOR	PENDIENTE ANÁLISIS	PENDIENTE COMPROBACIÓN	PENDIENTE CIERRE	FINALIZADA
Creador	x	x	x	x	x
Admin. Docs	x	x	x	x	x
Comité Gerencia		x	x	x	x
DIRECCION ASISTENCIA SANITARIA A9_Dirección		x	x	x	x
DIRECCION PRESTACIONES AL_Dirección		x	x	x	x
DIRECCION ASISTENCIA SANITARIA_Farmacía		x	x	x	x

A9_Personal.					
Dirección de Centro		x	x	x	x
Personal AAFF		x	x	x	x
Director Área		x	x	x	x

4 ALERTAS

Recientemente la aplicación ha sido modificada para que sea capaz de enviar mensajes de alerta sobre los diferentes estados del ciclo de vida de las acciones de mejora, a través del notificador de la intranet.

4.1 NOTIFICACION PENDIENTE DE ANÁLISIS

4.1.1 ACCMEJ01

La alerta con código ACCMEJ01, es enviada al responsable del análisis, cuando la acción de mejora está pendiente del análisis.

La alerta informa el código, el título, y el estado de pendiente de análisis de la acción de mejora, junto con un enlace a dicha acción.

4.2 NOTIFICACION PENDIENTE DE LA COMPROBACIÓN

4.2.1 ACCMEJ02

La alerta con código ACCMEJ02, es enviada al responsable de la implantación y de la comprobación, y cuando la acción de mejora está pendiente de la comprobación.

La alerta informa el código, el título, y el estado de pendiente de comprobación de la acción de mejora, junto con un enlace a dicha acción.

4.3 NOTIFICACION PENDIENTE DE CIERRE

4.3.1 ACCMEJ03

La alerta, con código ACCMEJ03, es enviada al creador de la acción de mejora y cuando la acción de mejora está pendiente de cierre.

La alerta informa el código, el título, y el estado de pendiente de cierre de la acción de mejora, junto con un enlace a dicha acción.

4.4 NOTIFICACION DE CIERRE

4.4.1 ACCMEJ04

La alerta con código ACCMEJ04, es enviada a todos los involucrados en la acción de mejora, director de centros, director de áreas funcionales, comité de gerencia, responsable de la implantación/comprobación, cuando la acción de mejora es cerrada.

La alerta informa el código, el título, y el estado de del cierre de la acción de mejora, conforme o no conforme, junto con un enlace a dicha acción.

4.5 NOTIFICACION DE RECORDATORIO DE VENCIMIENTO DE LOS PLAZOS

4.5.1 ACCMEJ05

La alerta con código ACCMEJ05, es enviada para un recordatorio del vencimiento de los plazos, a los involucrados en cada estado que se encuentra la acción de mejora. La alerta informa el código, el título, y el estado en que se encuentra la acción de mejora, junto con un enlace a dicha acción.

4.6 NOTIFICACION DE VENCIMIENTO DE LOS PLAZOS

4.6.1 ACCMEJ06

La alerta, con código ACCMEJ06, es enviada para informar del vencimiento de los plazos, a los involucrados en cada estado que se encuentra la acción de mejora. La alerta informa el código, el título, el estado en que se encuentra la acción de mejora, y la fecha que se venció el plazo para actuar, junto con un enlace a dicha acción.