

**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**

**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y EMPRESARIALES**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ADMINISTRACIÓN Y GERENCIA**



**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**DIRECCIÓN NACIONAL DE LA DIRECCION DEL ASEGURADO DE SALUDPOL –  
CALIDAD DE SERVICIO ISO 9001:2015**

**PRESENTADO POR EL BACHILLER**

**CÉSAR CABRERA CCALLO**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADO EN ADMINISTRACIÓN Y GERENCIA**

**LIMA, PERÚ**

**2021**

## **DEDICATORIA**

A mi preciada familia, quienes me impulsan a realizar mis proyectos con mucho ímpetu y esfuerzo, para el logro del éxito que me ayuda a seguir trascendiendo en mi vida profesional.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios, quien me guía, me da fortaleza e inteligencia para trascender en la vida y ser un buen profesional y sobre todo una excelente persona.

A mi Alma Mater, la Universidad Ricardo Palma, mi centro de formación profesional y el centro donde recibí las enseñanzas de todos los catedráticos que con su paciencia y buen ánimo me encaminaron para ser un excelente profesional.

## PRESENTACIÓN

El Presente Trabajo de Suficiencia Profesional muestra parte de lo que ahora soy, y todo gracias a mi centro de formación, la Universidad Ricardo Palma, Institución prestigiosa en la que aprendí el rol con el que debe contar un verdadero administrador de empresas, y todo se plasma en el contenido del presente Trabajo de Suficiencia Profesional.

Tal como lo menciona (Chiavenato, 2004), la administración es “el proceso de planear, organizar, dirigir y controlar el uso de los recursos para lograr los objetivos organizacionales”

Después de dejar las aulas y recibir la preparación académica teórica y práctica, inicie mi proceso de profesionalización en diferentes instituciones las que mediante sus actividades laborales engrandecen mi desarrollo profesional.

La razón de seguir avanzando me lleva a realizar este proceso, realizar mi Trabajo de Suficiencia Profesional tiene por finalidad la culminación de un objetivo muy importante en mi vida personal que sirve mucho para mi vida profesional.

El Trabajo de Suficiencia Profesional contiene capítulos según se requiere en el Reglamento de Grados y Títulos, estos capítulos son los siguientes:

El capítulo I: Contiene el resumen donde se detalla mi experiencia laboral desarrollada posterior a mi egreso de las aulas de la Universidad

El capítulo II: Tiene como contenido las teorías y conceptos importantes que sirven para desarrollar la idea del trabajo presentado.

El capítulo III: Muestra el desarrollo de todo el trabajo que actualmente realizo en la institución que laboro, muestra mis inicios, los diferentes procesos que realice y los proyectos que a futuro deseo realizar.

El capítulo IV: Tiene como contenido mi desempeño laboral, mi cargo, mi jerarquía, la dependencia de mi puesto laboral, los resultados obtenidos por mi desempeño laboral.

El capítulo V: Muestra los diferentes cargos que desempeñe en variadas instituciones.

El capítulo VI, Muestra el contenido de la parte final del Trabajo de Suficiencia Profesional y las conclusiones.

## ÍNDICE

CARÁTULA

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

PRESENTACIÓN

ÍNDICE

LISTA DE FIGURAS

### **CAPÍTULO I**

1.- Resumen

1.1.- Descripción Breve del Trabajo

1.2.- Importancia del Trabajo

1.3.- Principales Logros Alcanzados

1.4.- Experiencias que Enriquecen el Nivel Profesional

### **CAPÍTULO II**

2.- Marco Teórico

2.1.- Teorías de la Administración Según Autores

2.1.1.- Proceso Administrativo

2.2.- Dirección de la Institución

2.3.- Calidad de Servicio

2.4.- Iso

### **CAPÍTULO III**

3.- Presentación de la Institución

3.1.- Objetivos Estratégicos

3.2.- Misión

3.3.- Visión

3.4.- Organización y Funciones

3.4.1.- Reglamento de Organización y Funciones de la Dirección del Asegurado

3.4.2.- Funciones de la Dirección del Asegurado

3.4.3.- Unidad de Gestión del Asegurado

3.4.4.- Organigrama de la Dirección del Asegurado

3.4.5.- Organigrama y Ubicación del Cargo Desempeñado

#### **CAPÍTULO IV**

4.- Actividad Profesional

4.1.- Descripción del Cargo

4.2.- Nivel de Jerarquía

4.3.- De quién Depende

4.4.- Funciones Generales

4.5.- Gestión Laboral

4.5.1.- ISO 9001 Versión 2015: Nuevos Requisitos Para los Sistemas de Gestión de la Calidad

4.5.2.- Resultado de la Gestión

#### **CAPÍTULO V**

5.- Otros Cargos Profesionales Desempeñados

5.1.- Instituciones Donde se Realizaron Otras Actividades Laborales

5.2.- Tiempo de Servicios Prestados

#### **CAPÍTULO VI**

6.- Conclusiones Generales

## 7.- Referencias

### 8.- Anexos

8.1.- Anexo "A" Curso de Control Interno

8.2.- Anexo "B" Certificado - Capacitación Sobre la Ley Marco del Empleo Publico

8.3.- Anexo "C" Resolución de Gerencia General

8.4.- Anexo "D" Certificado ER-0384-2020\_ES\_2020-09-18

8.5.- Anexo "E" Certificado – Curso Contrataciones con el Estado

8.6.- Anexo "F" Certificado Técnico en Computación

8.7.- Anexo "G" Certificate Lotus SmartSuite 9.8 Course

8.8.- Anexo "H" Constancia Casa Militar

8.9.- Anexo "I" Boleta de Pago – Diciembre 2020

8.10.- Anexo "J" Boleta de Pago – Marzo 2021

8.11.- Anexo "K" Declaración Jurada de Intereses

8.12.- Anexo "L" Informe de Personal – Información de Febrero 2014



## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1: Representación esquemática de los elementos de un proceso

Figura 2: Representación de la estructura de esta Norma Internacional con el ciclo PHVA

Figura 3: Organigrama de la Dirección del asegurado de SaludPol

Figura 4: Organigrama SaludPol – Dirección del Asegurado

Figura 5: Certificado ER-0384-2020\_ES\_2020-09-18.

## CAPÍTULO I

### **1. Resumen**

El Trabajo de Suficiencia Profesional desarrollado me ayuda a lograr el cumplimiento de uno de mis principales objetivos, obtener el Título Profesional de Licenciado en Administración y Gerencia. Tal es así que, en cada capítulo que contiene el trabajo, presento mis inicios, logros, resultados y mis proyectos a futuro por realizar.

El contenido del Trabajo de Suficiencia Profesional se basa en la presentación de la búsqueda de la Calidad de Servicio en el tema de Afiliación, Gestión de Asegurado (Activación, validación y actualización de registro de asegurados, atención de dudas, consultas y reclamos) del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú – SALUDPOL en Lima, institución en la cual estoy realizando mis actividades laborales en relación a mi profesión en la actualidad. La Calidad de Servicio para la Institución es muy importante ya que el servicio brindado es para los policías que desempeñan sus labores a nivel nacional.

El cargo que desempeño es la de Director Nacional de la Dirección del Asegurado del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú – SALUDPOL, cargo que me permitió realizar muchas mejoras en diferentes procesos administrativos, todo con la finalidad de obtener un reconocimiento en base a la Calidad de Servicio que brindamos a nuestros asegurados.

Según mencionan los autores sobre la Calidad de Servicio (Berry, Parasuraman, & Zeithaml, 1993), “La calidad de servicio es la amplitud de la discrepancia o diferencia que existe entre las expectativas o deseos de los clientes y sus percepciones en función de la tangibilidad, confiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía”. Como resultado al trabajo

realizado para brindar Calidad de Servicio, la Institución SaludPol obtuvo el ISO 9001:2015 AENOR Certificado del Sistema de Gestión de la Calidad. Logrando así que la institución tenga un reconocimiento de gran envergadura para el beneplácito de todos los que componen y desarrollan sus labores de manera eficiente en la Institución.

### **1.1.- Descripción Breve del Trabajo**

SaludPol es una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) su razón de ser es garantizar el financiamiento de prestaciones de salud para los beneficiarios de manera oportuna y de calidad a través de una gestión efectiva y eficiente de los recursos administrados, por ende a través de la gestión del asegurado se busca atender sus necesidades de la familia policial brindando servicios de calidad, para ello se hace el seguimiento permanente del registro de afiliaciones, del proceso de gestión de información, atención de consultas, orientación y atención de quejas y reclamos e implementar estudios periódicos para medir el nivel de satisfacción de los beneficiarios.

El presente Trabajo de Suficiencia Profesional se describe como un trabajo donde se puede observar la operatividad de la institución, sus actividades en general, su propósito de desarrollo, sus objetivos y sobre todo lo que viene desarrollando en favor de todos sus asegurados.

Los resultados obtenidos durante mi gestión muestran el desarrollo del proceso de evaluación de la Calidad de Servicio con la que realizamos nuestra actividad laboral, nuestra gestión con los asegurados ayudo a obtener el ISO 9001:2015 logro muy importante que favorece a la institución SaludPol.

El ISO 9001 según (Iono, 2020), “es el estándar internacional para implementar sistemas de gestión de calidad. Para obtener el certificado, se debe demostrar que el sistema utilizado en la organización cumple con los requisitos de los clientes y las autoridades”.

El concepto emitido muestra la importancia que tiene el proceso que sirve para asegurar la calidad ya que esta es fundamental para la institución, no solo desde el punto de vista de la gerencia, sino también de los asegurados. Todos deben poder confiar en que la institución está bien gestionada y ofrece garantías de cara al futuro. Para que la institución SaludPol pueda demostrar de puertas afuera que cuentan con un sistema de gestión de calidad impecable, la Organización Internacional de Normalización (ISO) propone una norma con su correspondiente certificado, siendo esta la ISO 9001.

### **1.2.- Importancia del Trabajo**

El Trabajo de Suficiencia Profesional es importante porque muestra todo el proceso que se desarrolló para lograr un objetivo sobre la Calidad de Servicio que se brinda a los asegurados de la institución, es importante también porque impulsa a seguir avanzando con el desarrollo de proyectos y sus cumplimientos, proyectos a corto, mediano y largo plazo, todos evaluados con la finalidad de tener una institución de prestigio donde se hace realidad el cumplimiento de la misión y visión que tiene. Asimismo, es importante porque permite desarrollarme profesionalmente aplicando todas las herramientas, planificando, organizando, dirigiendo y controlando los procesos en la institución donde realizo mis labores profesionales relacionados a mi carrera.

### **1.3.- Principales Logros Alcanzados**

Existen diferentes logros alcanzados, logros con excelentes resultados que favorecen en mi desarrollo profesional y en el engrandecimiento de la institución que me brinda la oportunidad de ser un profesional a carta cabal, los principales logros alcanzados son los siguientes:

### ❖ **Aplicativo móvil Salud Policial PNP**

Con el uso del aplicativo móvil SaludPol, el asegurado puede revisar las atenciones recibidas en las instituciones de salud de la PNP, solicita reembolsos y conoce los datos de contacto de la institución a través de la aplicación móvil Salud Policial PNP.

Dicha aplicación está disponible para dispositivos Android y es administrada por el Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú (Saludpol).

### ❖ **SaludPol – Oficina Virtual**

Con la finalidad de que los asegurados del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú – SaludPol accedan a los servicios de orientación de trámites y procedimientos desde la seguridad de su hogar sobretodo tomando en cuenta el aislamiento social por la enfermedad que acoja la salud, la aseguradora ha implementado su nueva oficina virtual a través de la cual el asegurado puede recibir atención en tiempo real por medio de una videoconferencia con los especialistas.

Dicha iniciativa forma parte de las múltiples acciones de mejora que se vienen implementando en la institución de SaludPol Gracias al trabajo sumado de la Oficina de Tecnología de la Información y la Dirección del Asegurado, ha sido posible poner en marcha este proyecto, evitando la exposición y reduciendo así los riesgos de contagio de los asegurados frente al Covid-19.

Para acceder a la atención virtual se deben seguir los siguientes pasos: primero se debe ingresar a [www.gob.pe/saludpol](http://www.gob.pe/saludpol) y dirigirse a la opción enlaces de interés ubicada en la parte inferior, luego de ello darle click en la pestaña, Oficina Virtual, con esto se puede acceder a cualquier consulta, como, por ejemplo, los servicios de afiliación, pasajes, orientación, reclamos y denuncias, así como también verificar los estados de sus trámites.

Con esta nueva modalidad de acercamiento al beneficiario, SaludPol mantiene su compromiso en continuar implementando sus procesos de mejora a favor de la familia policial.

#### ❖ **SaludPol logra certificación ISO 9001:2015**

SaludPol, gracias a su impecable labor a favor de velar por la salud y reafirmando su compromiso con la familia policial, logró obtener importante reconocimiento internacional que regula los sistemas de gestión de calidad y sus procesos administrativos con más eficiencia.

Cabe destacar que la certificación fue otorgada por la Asociación Española de Normalización, AENOR, luego de realizar rigurosas auditorías en gestión de calidad.

“Esta certificación es el logro de un objetivo muy importante y es consecuencia del gran apoyo del Mininter”.

Este valioso logro, es el resultado de un constante trabajo por parte de la aseguradora y es reflejo de que se va siguiendo una línea de progreso. Asimismo, SaludPol espera seguir alcanzando sus objetivos a fin de otorgar a sus beneficiarios un servicio de calidad.

#### **1.4.- Experiencias que Enriquecen el Nivel Profesional**

Las experiencias recibidas son múltiples, experiencias que enriquecen mi actitud personal y profesional, las experiencias se basan en el desempeño laboral y la interacción que día a día realizo en mi centro laboral.

- Realizar convenios con instituciones médicas. - los convenios con instituciones médicas son procesos donde se puede ampliar una mayor cobertura que beneficia al asegurado, los procesos se realizan entre la dirección que tengo a mi cargo con los gerentes de las instituciones médicas, teniendo buena participación y muy favorable en toda la actividad mencionada.

- Conocer y aprender de las políticas, directivas, normas con las que se desarrolla la institución y la dirección que tengo a mi cargo, asimismo, conocer las políticas, reglas y normas con las que otras instituciones se relacionan con la institución donde me desempeño laboralmente.
- Comprender el coste de oportunidad y su presencia en todas y cada una de las decisiones que tenía que tomar, decisiones que previa evaluación seguía un importante camino cuyo resultado favorece en mi vida personal y profesional, sobre todo a la institución donde laboro. El coste de oportunidad dice que cada decisión otorga recursos a un lado en la misma medida que reduce o priva en otro. Absolutamente todas las decisiones que tomo se rigen a una regla fundamental ahora siempre tengo claro el coste de la decisión, además que la oportunidad que puede o no traer. Si necesito evaluar sobre la toma de decisión que tengo que realizar, ya no respondo movido por la obligación, sino que lo valoro desde el punto de vista del coste que me supone (que no siempre es dinero) y de la oportunidad que me ofrece. Esto significa que no hago nada si no es en mi propio beneficio, es simplemente que lo que hago lo hago con consciencia y las decisiones las tomo con mejor criterio.

## CAPÍTULO II

### **2.- Marco Teórico**

#### **2.1.- Teorías de la Administración Según Autores**

El portal (losrecursoshumanos.com., 2016), indica que existen muchas teorías de la administración, teorías muy importantes que se muestran y sirven como referencia para el presente trabajo, las teorías de la administración son:

- **Teoría clásica (1916):** Su representante es Henri Fayol. Esta teoría tiene una perspectiva estructuralista y su enfoque organizacional se centra exclusivamente en la organización formal; tiene una aproximación normativa y prescriptiva. Su concepto de organización es el de una estructura formal como conjunto de órganos, cargos y tareas. Concibe al hombre como un *homo economicus* que percibe una remuneración por sus laborales. Busca la máxima eficiencia.
- **Teoría científica:** El representante es Frederick Taylor quien desarrolló esta teoría en 1903. Esta teoría tiene una perspectiva que pone énfasis en las tareas y el enfoque organizacional se centra en la organización formal exclusivamente. El método se centra en la departamentalización. Su concepto de organización se basa en la sustitución de métodos empíricos por un método científico y se basa en tiempos y movimientos. Concibe al hombre como un *homo economicus* y las aportaciones son los principios básicos de la administración como: planeación, preparación, control y ejecución. El propósito de esta teoría es el aumento de la eficiencia empresarial a través del incremento de la producción. Los incentivos vienen a ser la remuneración por las labores del trabajador.



- **Teoría humanista:** El representante es Elton Mayo, quien en el año 1932 elaboró esta teoría desde una perspectiva conductista con enfoque en las relaciones humanas. Se basa en la organización informal, aquella que subyace por fuera de la organización formal. Considera al trabajador un hombre social, y las aportaciones es que estudia a la organización como grupos de personas, la delegación plena de la autoridad, la autonomía del trabajador, la importancia del contenido del cargo, las recompensas y sanciones sociales, el nivel de producción depende de la integración social. Los incentivos principales del trabajador son los sociales y los simbólicos. Los resultados son la eficiencia óptima.

- **Teoría del comportamiento:** Su representante es Abraham Maslow quien en el año 1950 desarrolló esta teoría desde una perspectiva conductista. Estudia la organización formal y la informal. Se enfoca en la psicología organizacional y el concepto de organización se basa en relaciones interpersonales. La concepción del hombre es de un ser individual y social. Los aportes de la teoría del comportamiento es la teoría de Maslow de las necesidades humanas sobre la base de una pirámide de necesidades que el hombre va satisfaciendo a medida que cumple metas. Los incentivos tienen que ver con la pirámide de necesidades, y busca al empleado satisfecho.

- **Teoría X / Y:** El representante es Douglas Mac Gregor quien elaboró esta teoría con una perspectiva mecanicista. El enfoque de la organización es de innovación y creatividad. El concepto de la organización es de:

- Positivos Y
- Negativos X

La concepción del hombre es de un ser individual y social. La teoría X lleva a las personas a hacer exactamente lo que la organización pide que haga, ya que se da en forma de imposición.

La teoría Y desarrolla un estilo de administración muy abierto y extremadamente democrático. Autócrata = X versus Autocontrol= Y

- **Teoría neoclásica:** Esta teoría fue elaborada por Peter Drucker en 1954 bajo la perspectiva metodológica. Considera a la organización formal y a la informal. Para Drucker la organización es un sistema social con objetivos por alcanzar racionalmente. Los aportes de esta teoría es que le asigna alta jerarquía a los conceptos clásicos de estructura, autoridad y responsabilidad. Además, incorpora otros enfoques teóricos como la dinámica de grupos, la organización informal, la comunicación interpersonal y la apertura hacia una dirección democrática. Los objetivos organizacionales son la integración entre objetivos individuales de los trabajadores con los objetivos organizacionales.

- **Teoría estructuralista:** Su representante es James Burnham en 1947. La perspectiva la ubica sobre la estructura organizacional, las personas y el ambiente. Tiene un enfoque de la organización múltiple y globalizante, formal e informal. La organización es considerada una unidad social grande y compleja. Se basa en un sistema abierto y utiliza un modelo natural. El hombre, para el estructuralismo, es un ser social que desempeña roles dentro de varias organizaciones. Los aportes de la teoría estructuralista son los niveles jerárquicos:

- Nivel técnico
- Nivel gerencial
- Nivel institucional.

Los objetivos organizacionales tratan de lograr un equilibrio entre los objetivos organizacionales e individuales. Los incentivos son materiales y sociales.

### **2.1.1.- Proceso Administrativo**

El proceso administrativo es un conjunto de etapas (planificación, organización, dirección y control) cuya finalidad es conseguir los objetivos de una empresa u organización de la forma más eficiente posible.

En palabras aún más sencillas, el proceso administrativo se compone de una serie de etapas que nos ayudarán a conseguir los objetivos propuestos. El proceso administrativo es continuo. No se trata de realizar cada una de las etapas y todo termina ahí. Cuando termina un ciclo, se pasa al siguiente. Normalmente se utiliza para el objetivo general de la empresa, objetivos particulares o incluso para proyectos menores. Henri Fayol, fue el creador del proceso administrativo. De él emanan las 4 etapas de las que se compone el proceso administrativo:

- Planificar
- Organizar
- Dirigir
- Controlar

Para Fayol, estas cuatro etapas eran imprescindibles para la buena gestión gerencial. Todo equipo directivo debe dominarlas y tenerlas en cuenta de cara a cualquier proyecto. Con todo, Fayol nunca fue extremista en sus ideas y se puede leer en su obra como dejaba espacio para la flexibilidad y la adaptación. Así, los seguidores de la teoría clásica de la administración han ido completando, mejorando y adaptando el proceso administrativo a los diferentes tipos de empresas que han ido naciendo durante las últimas décadas.

### **2.2.- Dirección de la Institución**

La tarea del directivo no es fácil y no tiene por qué estar relacionada con la actitud autoritaria que erróneamente se suele asociar a su figura. Dirigir implica asegurar que los empleados cumplirán con sus funciones de elaborar el producto o servicio de modo eficiente. Dado que el directivo es el encargado de analizar el mercado en el que se mueve la institución, a él le corresponde la organización y adaptación de la compañía a los cambios en el entorno de la misma. Antes de dirigir equipos hay que saber dirigir personas y, por ello, es indispensable crear un entorno laboral adecuado, implantar canales de comunicación en la empresa y conseguir que los trabajadores hagan suyos los objetivos de la compañía.

- **El beneficio son los clientes.** Un buen directivo debe crear un producto pensando en las necesidades de los consumidores y no en el beneficio económico. Hay que tender hacia la satisfacción del consumidor.
- **Saber delegar.** Si quiere ser el mejor directivo, debe aprender a delegar el trabajo específico a personas especializadas para poder centrarse en Mejorar la Productividad Desarrollando las Competencias Profesionales.
- **Motivar a sus trabajadores.** Como se ha señalado anteriormente, que el empleado esté contento es crucial para que desempeñe correctamente su trabajo. Le invitamos a leer nuestro artículo sobre teorías de motivación en la empresa

Tener una visión estratégica, delegar, motivar, innovar y el aprendizaje constante son características que hay que tener siempre presentes para dirigir de forma apropiada y ganarse el respeto de los subordinados.

### **2.3.- Calidad de Servicio**

Muchas teorías se plasman para esta variable, teorías que con el tiempo se fueron ampliando dando mayor enfoque a su conceptualización, según (Kotler, 1997), menciona que la Calidad de Servicio “Es cualquier actividad o beneficio que una parte ofrece a otra; son esencialmente intangibles y no dan lugar a la propiedad de ninguna cosa. Su producción puede estar vinculada o no con un producto físico”

También existe la teoría de (Deming, 1989), el cual menciona que, “Calidad es traducir las necesidades futuras de los usuarios en características medibles; solo así un producto puede ser diseñado y fabricado para dar satisfacción a un precio que el cliente pagará; la calidad puede estar definida solamente en términos del agente”

Asimismo, la palabra calidad tiene múltiples significados y Dos de ellos son los más representativos, según (Juran, 1990), la palabra Calidad significa:

- i) La calidad consiste en aquellas características de producto que se basan en las necesidades del cliente y que por eso brindan satisfacción del producto.
- ii) Calidad consiste en libertad después de las deficiencias.

La teoría que menciona (Ishikawa, 1986), De manera sintética, “calidad significa calidad del producto. Más específicamente, calidad es calidad del trabajo, calidad del servicio, calidad de la información, calidad de proceso, calidad de la gente, calidad del sistema, calidad de la compañía, calidad de objetivos”.

Del mismo modo (Crosby, 1988) detalla que “Calidad es conformidad con los requerimientos. Los requerimientos tienen que estar claramente establecidos para que no haya malentendidos; las mediciones deben ser tomadas continuamente para determinar conformidad con esos requerimientos; la no conformidad detectada es una ausencia de calidad”.

Según menciona (Imai, 1998), “La calidad se refiere, no solo a productos o servicios terminados, sino también a la calidad de los procesos que se relacionan con dichos productos o servicios”. La calidad pasa por todas las fases de la actividad de la empresa, es decir, por todos los procesos de desarrollo, diseño, producción, venta y mantenimiento de los productos o servicios.

Finalizo las teorías sobre la variable Calidad de servicio, mencionando a (Druker, 1990), quien con su interesante aporte menciona que “La calidad no es lo que se pone dentro de un servicio, es lo que el cliente obtiene de él y por lo que está dispuesto a pagar”.

Cada teoría descrita fue parte del proceso que sirvió para obtener el ISO 9001:2015, mediante sus aportes se fue desarrollando una mejor atención a los asegurados logrando así el reconocimiento a nuestra Calidad de Servicio.

#### **2.4.- ISO**

ISO (Organización Internacional de Normalización) es una federación mundial de organismos nacionales de normalización (organismos miembros de ISO). El trabajo de preparación de las normas internacionales normalmente se realiza a través de los comités técnicos de ISO. Cada organismo miembro interesado en una materia para la cual se haya establecido un comité técnico, tiene el derecho de estar representado en dicho comité. Las organizaciones internacionales, públicas y privadas, en coordinación con ISO, también participan en el trabajo. ISO colabora estrechamente con la Comisión Electrotécnica Internacional (IEC) en todas las materias de normalización electrotécnica.

En la parte 1 de las Directivas ISO/IEC se describen los procedimientos utilizados para desarrollar esta norma y para su mantenimiento posterior. En particular debería tomarse nota de los diferentes criterios de aprobación necesarios para los distintos tipos de documentos

ISO. Esta norma se redactó de acuerdo con las reglas editoriales de la parte 2 de las Directivas ISO/IEC (véase [www.iso.org/directives](http://www.iso.org/directives)).

Se llama la atención sobre la posibilidad de que algunos de los elementos de este documento puedan estar sujetos a derechos de patente. ISO no asume la responsabilidad por la identificación de cualquiera o todos los derechos de patente. Los detalles sobre cualquier derecho de patente identificado durante el desarrollo de esta norma se indican en la introducción y/o en la lista ISO de declaraciones de patente recibidas (véase [www.iso.org/patents](http://www.iso.org/patents)).

Cualquier nombre comercial utilizado en esta norma es información que se proporciona para comodidad del usuario y no constituye una recomendación.

Para obtener una explicación sobre el significado de los términos específicos de ISO y expresiones relacionadas con la evaluación de la conformidad, así como información de la adhesión de ISO a los principios de la Organización Mundial del Comercio (OMC) respecto a los Obstáculos Técnicos al Comercio (OTC), véase la siguiente dirección: <http://www.iso.org/iso/foreword.htm>.

El comité responsable de esta norma es el ISO/TC 176, *Gestión y aseguramiento de la calidad*, Subcomité SC 2, *Sistemas de la calidad*.

Esta quinta edición anula y sustituye a la cuarta edición (Norma ISO 9001:2008), que ha sido revisada técnicamente, mediante la adopción de una secuencia de capítulos revisados y la adaptación de los principios de gestión de la calidad revisados y de nuevos conceptos. También anula y sustituye al Corrigendum Técnico ISO 9001:2008/Cor.1:2009.

➤ **Prólogo de la versión en español**

Esta Norma Internacional ha sido traducida por el Grupo de Trabajo *Spanish Translation Task Force* (STTF) del Comité Técnico ISO/TC 176, *Gestión y aseguramiento de la calidad*,

en el que participan representantes de los organismos nacionales de normalización y representantes del sector empresarial de los siguientes países:

Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, España, Estados Unidos de América, Honduras, México, Perú y Uruguay.

Igualmente, en el citado Grupo de Trabajo participan representantes de COPANT (Comisión Panamericana de Normas Técnicas) e INLAC (Instituto Latinoamericano de la Calidad).

Esta traducción es parte del resultado del trabajo que el Grupo ISO/TC 176, viene desarrollando desde su creación en el año 1999 para lograr la unificación de la terminología en lengua española en el ámbito de la gestión de la calidad.

➤ **Introducción**

➤ **Generalidades**

La adopción de un sistema de gestión de la calidad es una decisión estratégica para una organización que le puede ayudar a mejorar su desempeño global y proporcionar una base sólida para las iniciativas de desarrollo sostenible.

Los beneficios potenciales para una organización de implementar un sistema de gestión de la calidad basado en esta Norma Internacional son:

- a) la capacidad para proporcionar regularmente productos y servicios que satisfagan los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables;
- b) facilitar oportunidades de aumentar la satisfacción del cliente;
- c) abordar los riesgos y oportunidades asociadas con su contexto y objetivos;
- d) la capacidad de demostrar la conformidad con requisitos del sistema de gestión de la calidad especificados.

Esta Norma Internacional puede ser utilizada por partes internas y externas.



No es la intención de esta Norma Internacional presuponer la necesidad de:

- — uniformidad en la estructura de los distintos sistemas de gestión de la calidad;
- — alineación de la documentación a la estructura de los capítulos de esta Norma Internacional;
- — utilización de la terminología específica de esta Norma Internacional dentro de la organización.

Los requisitos del sistema de gestión de la calidad especificados en esta Norma Internacional son complementarios a los requisitos para los productos y servicios.

Esta Norma Internacional emplea el enfoque a procesos, que incorpora el ciclo Planificar-Hacer-Verificar-Actuar (PHVA) y el pensamiento basado en riesgos.

El enfoque a procesos permite a una organización planificar sus procesos y sus interacciones.

El ciclo PHVA permite a una organización asegurarse de que sus procesos cuenten con recursos y se gestionen adecuadamente, y que las oportunidades de mejora se determinen y se actúe en consecuencia.

El pensamiento basado en riesgos permite a una organización determinar los factores que podrían causar que sus procesos y su sistema de gestión de la calidad se desvíen de los resultados planificados, para poner en marcha controles preventivos para minimizar los efectos negativos y maximizar el uso de las oportunidades a medida que surjan (véase el capítulo A.4).

El cumplimiento permanente de los requisitos y la consideración constante de las necesidades y expectativas futuras, representa un desafío para las organizaciones en un entorno cada vez más dinámico y complejo. Para lograr estos objetivos, la organización podría considerar

necesario adoptar diversas formas de mejora además de la corrección y la mejora continua, tales como el cambio abrupto, la innovación y la reorganización.

En esta Norma Internacional, se utilizan las siguientes formas verbales:

- — “debe” indica un requisito;
- — “debería” indica una recomendación;
- — “puede” indica un permiso, una posibilidad o una capacidad.

La información identificada como “NOTA” se presenta a modo de orientación para la comprensión o clarificación del requisito correspondiente.

## ➤ **0.2 Principios de la gestión de la calidad**

Esta Norma Internacional se basa en los principios de la gestión de la calidad descritos en la Norma ISO 9000. Las descripciones incluyen una declaración de cada principio, una base racional de por qué el principio es importante para la organización, algunos ejemplos de los beneficios asociados con el principio y ejemplos de acciones típicas para mejorar el desempeño de la organización cuando se aplique el principio.

Los principios de la gestión de la calidad son:

- — enfoque al cliente;
- — liderazgo;
- — compromiso de las personas;
- — enfoque a procesos;
- — mejora;
- — toma de decisiones basada en la evidencia;
- — gestión de las relaciones.
-

➤ **0.3 Enfoque a procesos**

➤ **0.3.1 Generalidades**

Esta Norma Internacional promueve la adopción de un enfoque a procesos al desarrollar, implementar y mejorar la eficacia de un sistema de gestión de la calidad, para aumentar la satisfacción del cliente mediante el cumplimiento de los requisitos del cliente. En el apartado 4.4 se incluyen requisitos específicos considerados esenciales para la adopción de un enfoque a procesos.

La comprensión y gestión de los procesos interrelacionados como un sistema contribuye a la eficacia y eficiencia de la organización en el logro de sus resultados previstos. Este enfoque permite a la organización controlar las interrelaciones e interdependencias entre los procesos del sistema, de modo que se pueda mejorar el desempeño global de la organización.

El enfoque a procesos implica la definición y gestión sistemática de los procesos y sus interacciones, con el fin de alcanzar los resultados previstos de acuerdo con la política de la calidad y la dirección estratégica de la organización. La gestión de los procesos y el sistema en su conjunto puede alcanzarse utilizando el ciclo PHVA (véase 0.3.2) con un enfoque global de pensamiento basado en riesgos (véase 0.3.3) dirigido a aprovechar las oportunidades y prevenir resultados no deseados.

La aplicación del enfoque a procesos en un sistema de gestión de la calidad permite:

- a) la comprensión y la coherencia en el cumplimiento de los requisitos;
- b) la consideración de los procesos en términos de valor agregado;
- c) el logro del desempeño eficaz del proceso;
- d) la mejora de los procesos con base en la evaluación de los datos y la información.

### Representación esquemática de los elementos de un proceso

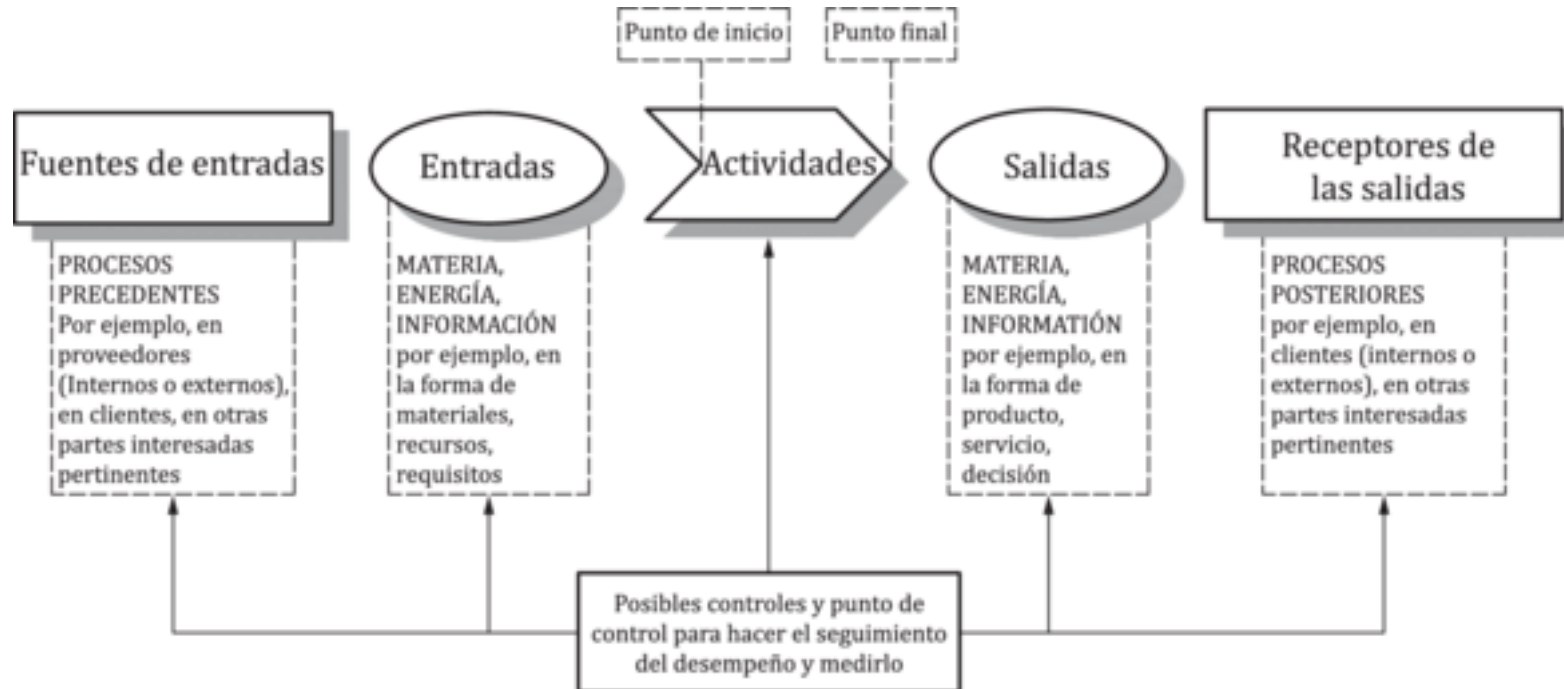


Figura 1: Representación esquemática de los elementos de un proceso

Fuente: iso.org

La Figura 1 proporciona una representación esquemática de cualquier proceso y muestra la interacción de sus elementos. Los puntos de control del seguimiento y la medición, que son necesarios para el control, son específicos para cada proceso y variarán dependiendo de los riesgos relacionados.

### ➤ 0.3.2 Ciclo Planificar-Hacer-Verificar-Actuar

El ciclo PHVA puede aplicarse a todos los procesos y al sistema de gestión de la calidad como un todo. La Figura 2 ilustra cómo los Capítulos 4 a 10 pueden agruparse en relación con el ciclo PHVA.

#### Representación de la estructura de esta Norma Internacional con el ciclo PHVA

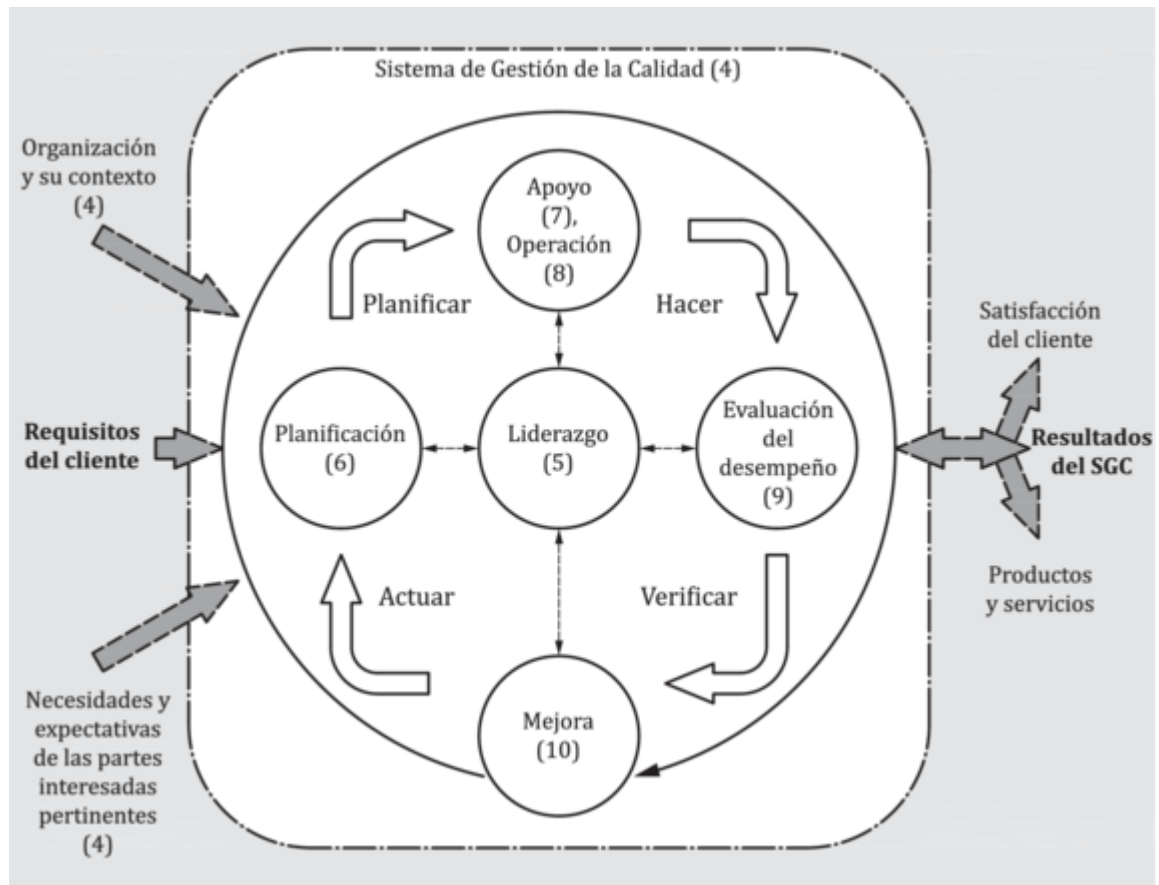


Figura 2: Representación de la estructura de esta Norma Internacional con el ciclo PHVA

Fuente: iso.org

Nota Los números entre paréntesis hacen referencia a los capítulos de esta Norma Internacional.

El ciclo PHVA puede describirse brevemente como sigue:

- **Planificar:** establecer los objetivos del sistema y sus procesos, y los recursos necesarios para generar y proporcionar resultados de acuerdo con los requisitos del cliente y las políticas de la organización, e identificar y abordar los riesgos y las oportunidades;
- **Hacer:** implementar lo planificado;
- **Verificar:** realizar el seguimiento y (cuando sea aplicable) la medición de los procesos y los productos y servicios resultantes respecto a las políticas, los objetivos, los requisitos y las actividades planificadas, e informar sobre los resultados;
- **Actuar:** tomar acciones para mejorar el desempeño, cuando sea necesario.

### ➤ **0.3.3 Pensamiento basado en riesgos**

El pensamiento basado en riesgos (véase el Capítulo A.4) es esencial para lograr un sistema de gestión de la calidad eficaz. El concepto de pensamiento basado en riesgos ha estado implícito en ediciones anteriores de esta Norma Internacional, incluyendo, por ejemplo, llevar a cabo acciones preventivas para eliminar no conformidades potenciales, analizar cualquier no conformidad que ocurra, y tomar acciones que sean apropiadas para los efectos de la no conformidad para prevenir su recurrencia.

Para ser conforme con los requisitos de esta Norma Internacional, una organización necesita planificar e implementar acciones para abordar los riesgos y las oportunidades. Abordar tanto los riesgos como las oportunidades establece una base para aumentar la eficacia del sistema de gestión de la calidad, alcanzar mejores resultados y prevenir los efectos negativos.

Las oportunidades pueden surgir como resultado de una situación favorable para lograr un resultado previsto, por ejemplo, un conjunto de circunstancias que permita a la organización atraer clientes, desarrollar nuevos productos y servicios, reducir los residuos o mejorar la productividad. Las acciones para abordar las oportunidades también pueden incluir la

consideración de los riesgos asociados. El riesgo es el efecto de la incertidumbre y dicha incertidumbre puede tener efectos positivos o negativos. Una desviación positiva que surge de un riesgo puede proporcionar una oportunidad, pero no todos los efectos positivos del riesgo tienen como resultado oportunidades.

➤ **0.4 Relación con otras normas de sistemas de gestión**

Esta Norma Internacional aplica el marco de referencia desarrollado por ISO para mejorar el alineamiento entre sus Normas Internacionales para sistemas de gestión (véase el Capítulo A.1).

Esta Norma Internacional permite a una organización utilizar el enfoque a procesos, en conjunto con el ciclo PHVA y el pensamiento basado en riesgos, para alinear o integrar su sistema de gestión de la calidad con los requisitos de otras normas de sistemas de gestión.

Esta Norma Internacional se relaciona con la Norma ISO 9000 y la Norma ISO 9004 como sigue:

- ISO 9000 *Sistemas de gestión de la calidad — Fundamentos y vocabulario*, proporciona una referencia esencial para la comprensión e implementación adecuadas de esta Norma Internacional.
- ISO 9004 *Gestión para el éxito sostenido de una organización. — Enfoque de gestión de la calidad*, proporciona orientación para las organizaciones que elijan ir más allá de los requisitos de esta Norma Internacional.

El Anexo B proporciona detalles de otras Normas Internacionales sobre gestión de la calidad y sistemas de gestión de la calidad que han sido desarrolladas por el Comité Técnico ISO/TC 176.

Esta Norma Internacional no incluye requisitos específicos de otros sistemas de gestión, tales como aquellos para la gestión ambiental, la gestión de la salud y seguridad ocupacional o la gestión financiera.

Para varios sectores se han desarrollado normas del sistema de gestión de la calidad específicas del sector, basadas en los requisitos de esta Norma Internacional. Algunas de estas normas especifican requisitos adicionales del sistema de gestión de la calidad, mientras que otras se limitan a proporcionar orientación para la aplicación de esta Norma Internacional dentro del sector particular.

➤ **Objeto y campo de aplicación**

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 y servicios que satisfagan los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables, y
- b) aspira a aumentar la satisfacción del cliente a través de la aplicación eficaz del sistema, incluidos los procesos para la mejora del sistema y el aseguramiento de la conformidad con los requisitos del cliente y los legales y reglamentarios aplicables.

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



### **CAPITULO III**

#### **3.- Presentación de la Institución**

El Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú– SALUDPOL se crea con el Decreto Legislativo N° 1174 del 7 de diciembre de 2013, en el marco de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud y a partir de esta legislación se reconoce su personería jurídica de derecho público interno con calidad de administradora de fondos intangibles de salud, adscrita al Ministerio del Interior, que cuenta con autonomía técnica, económica, financiera, presupuestal y contable.

Como Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud pública – IAFAS, SaludPol recibe, capta y gestiona los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud dirigidas al personal de la PNP y sus familiares derechohabientes, a través de una cobertura de los riesgos de salud.

#### **3.1.- Objetivos Estratégicos**

Los Objetivos Estratégicos Institucionales (OEI) están establecidos con una proyección del 2020 al 2022, articulados a los objetivos y metas del SaludPol

- Garantizar el acceso oportuno y de calidad a los beneficiarios de SaludPol
- Fortalecer la sostenibilidad financiera del SaludPol a través de la gestión eficiente de los fondos de aseguramiento en salud.
- Impulsar la modernización de la gestión y posicionamiento institucional de SaludPol
- Fortalecer la Gestión de Riesgos ante desastres y emergencias de la entidad.

### **3.2.- Misión**

Garantizar el financiamiento de prestaciones de salud para los beneficiarios de manera oportuna y de calidad a través de una gestión efectiva y eficiente de los recursos administrados por SaludPol

### **3.3.- Visión**

Ser una institución reconocida por el personal PNP y sus familiares derechohabientes, posicionada a nivel nacional e internacional por cobertura sus necesidades de salud con seguridad, confianza, calidad y oportunidad.

### **3.4.- Organización y Funciones**

Las funciones asignadas a la institución tienen gran importancia y se desarrolla con total responsabilidad y

- Captar y administrar los aportes del Estado dirigidos al aseguramiento en salud de sus beneficiarios.
- Establecer y financiar los planes de salud, dirigidos a sus beneficiarios, según los estudios matemáticos actuariales elaborados por SaludPol
- Financiar al régimen de salud de la PNP de conformidad con la normativa vigente.
- Suscribir convenios o contratos con IPRESS pública o privadas, conforme a la normativa de la materia, de servicios asistenciales requeridos para complementar oportunamente la oferta de salud de la Dirección de Sanidad Policial de la PNP.
- Suscribir convenios con IAFAS públicas, mixtas o privadas, conforme a la normativa de la materia.
- Suscribir convenios con instituciones públicas en el ámbito nacional e internacional para el fortalecimiento de la gestión administrativa del SaludPol

- Suscribir convenios o contratar servicios médicos especializados en el extranjero, de acuerdo a la normatividad previamente aprobada por el Directorio.
- Contratar servicios de asesoría, auditoría y consultoría en asuntos administrativos, informáticos, de gestión y en general, en cualquier materia que permita el mejoramiento continuo para una atención oportuna y de calidad.
- Administrar los bienes muebles e inmuebles del SaludPol
- Administrar el Registro de beneficiarios, conforme a las normas vigentes.
- Organizar los procesos y procedimientos para el acceso de los beneficiarios del SaludPol a los servicios de salud de las IPRESS contratadas o en convenio.
- Garantizar el acceso y la cobertura de servicios de salud a los beneficiarios de SaludPol
- Administrar los fondos del SaludPol procurando su rentabilidad, seguridad y equilibrio financiero, dentro del marco legal correspondiente.
- Efectuar estudios de riesgos para determinar los costos de los servicios y tarifario.
- Efectuar los estudios económicos y financieros necesarios para la mejor administración del fondo del SaludPol
- Establecer y efectuar procedimientos para evaluar la calidad de los servicios de salud que se brindan a los beneficiarios del SaludPol
- Establecer y efectuar mecanismos de control de las prestaciones de salud brindadas a los beneficiarios del SaludPol

### 3.4.1.- Reglamento de Organización y Funciones de la Dirección del Asegurado



## RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL

Nº 0029-2020-IN-SALUDPOL-GG

Lima, 06 FEB. 2020

### SE RESUELVE:

**Artículo 1.-** Aprobar la creación de las unidades funcionales de los Órganos de Línea que comprende la Estructura Funcional del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú – SALUDPOL; así como las funciones de los mismos, de acuerdo al siguiente detalle:

#### Órgano de Línea:

- **Dirección de Financiamiento y Planes de Salud:**
  - Unidad de Gestión de Riesgo y Planes de Salud
  - Unidad de Gestión Financiera y Compras de Prestaciones de Salud.
- **Dirección de Prestaciones de Salud:**
  - Unidad de Auditoría Prestacional de Salud
  - Unidad de Gestión de la Calidad Prestacional de Salud.
- **Dirección del Asegurado:**
  - Unidad de Gestión del Asegurado.

### **3.4.2.- Funciones de la Dirección del Asegurado**

Artículo 24: funciones de la Dirección del Asegurado

Son funciones de la Dirección del Asegurado del SaludPol, son las siguientes:

- a. Planificar, organizar, ejecutar y supervisar las actividades, acciones y de control de riesgo en materia de su competencia, orientadas al logro de los objetivos estratégicos y procesos misionales del SaludPol
- b. Conducir el proceso de registro de los beneficiarios del SaludPol
- c. Proponer normas, estándares y estrategias para la accesibilidad, procesos de trámite y técnicas para mejorar la atención al beneficiario y sus solicitudes.
- d. Formular y proponer metodologías, procedimientos, estándares e indicadores referidas a la verificación de la condición de los beneficiarios
- e. Programar, dirigir, controlar y supervisar la operatividad y el desempeño de sus funciones en el ámbito de sus competencias a nivel nacional, así como disponer la adopción de medidas correctivas de las mismas.
- f. Dirigir el proceso de gestión de información, orientación y atención de quejas y reclamos a través de la plataforma de atención al usuario de SaludPol en el ámbito nacional.
- g. Diseñar e implementar estudios periódicos para medir el nivel de satisfacción de los usuarios respecto de los servicios, prestaciones y coberturas del SaludPol y Epress
- h. Gestionar los requerimientos necesarios que garanticen la ejecución de las actividades y el logro de los objetivos misionales en el ámbito nacional.

### 3.4.3.- Unidad de Gestión del Asegurado

La Unidad de Gestión del Asegurado, es la unidad funcional dependiente de la Dirección del Asegurado responsable de realizar el seguimiento y monitoreo del proceso de gestión de información, orientación y reclamos, y del proceso de validación y actualización de registro de los beneficiarios. Este a cargo de un Jefe de Unidad

La Unidad de Gestión del Asegurado tiene las siguientes funciones:

- a. Vigilar la actualización permanente de la base de datos de afiliados al Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú-SaludPol
- b. Elaborar y proponer los proyectos de lineamientos, directivas y procedimientos necesarios para el control prestacional, en el marco de la simplificación administrativa y gestión de riesgos, y en concordancia a las normativas vigentes y las condiciones pactadas en los convenios, en cada ámbito territorial
- c. Velar por el cumplimiento de la normatividad vigente relacionada con el proceso de afiliación, así como de su actualización según corresponde
- d. Monitorear el cumplimiento del proceso de atención de reclamos en SaludPol a nivel nacional, así como brindar el soporte técnico a los órganos y/o unidades que lo requieran, en el marco de la normatividad vigente.
- e. Implementar estrategias que coadyuven a establecer acciones de difusión a los beneficiarios, respecto a sus derechos y deberes, así como del proceso de atención de consultas y reclamos.
- f. Gestionar oportunamente la atención de quejas/denuncias, de acuerdo a la normatividad vigente, así como los reclamos según corresponda
- g. Efectuar el seguimiento y monitoreo de la ejecución de los estudios que m den el nivel de satisfacción de los beneficiarios y emitir opinión técnica al respecto.
- h. Desarrollar acciones que establezcan el acceso oportuno de los beneficiarios del SaludPol a los servicios de salud, a través de la compra de prestaciones bajo la modalidad de carta a de garantía, de manera excepcional, en casos de atención de emergencia y urgencia, en tanto no existan convenios y contratos con IPRESS que sean aplicables.

- i. Emitir opinión técnica y brindar asistencia técnica sobre las ternas vinculados al ámbito de su competencia
- j. Otras funciones que le asigne el/Director(a) o la Dirección del Asegurado, en el ámbito de su competencia

### 3.4.4.- Organigrama de la Dirección del Asegurado

#### DIRECCIÓN DEL ASEGURADO

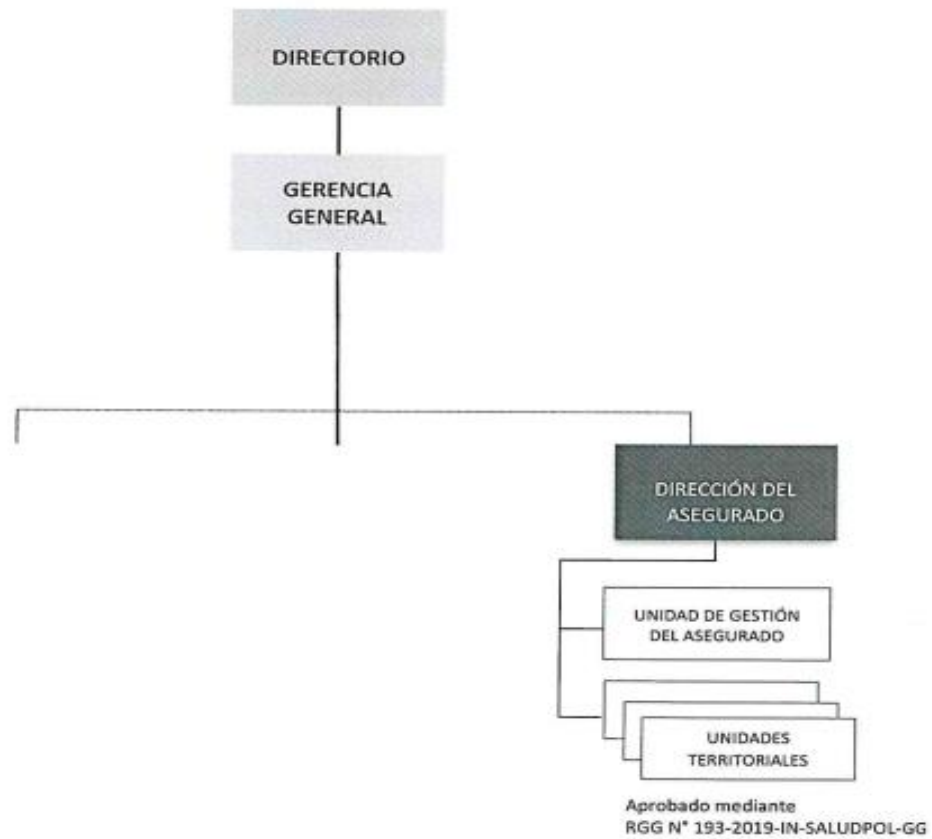


Figura 3: Organigrama de la Dirección del asegurado de SaludPol

Fuente: SaludPol



### 3.4.5.- Organigrama y Ubicación del Cargo Desempeñado



Figura 4: Organigrama SaludPol – Dirección del Asegurado

Fuente: SaludPol

El organigrama que tiene SaludPol se muestra con el Directorio como el ente superior que maneja a la institución, seguido de la Gerencia General, y con el cuadro resaltado se muestra a la Dirección del asegurado de SaludPol.

## CAPÍTULO IV

### **4.- Actividad Profesional**

El cargo que desempeño como profesional es de Director Nacional de la Dirección del Asegurado del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú - SaludPol, para desempeñar este cargo se requiere ser bachiller en Administración, contar con experiencia laboral como mínimo 5 años en la administración pública y conocimientos de sistemas informáticos.

#### **4.1.- Descripción del Cargo**

La descripción que merece el cargo que desempeño se desarrolla como el órgano de línea responsable de normar, conducir y supervisar el proceso de gestión del asegurado que comprende la suscripción, registro y atención de los beneficiarios; encargándose de coordinar, dirigir y ejecutar las actividades a través de las macro regiones en el ámbito nacional

#### **4.2.- Nivel de Jerarquía**

El nivel de jerarquía se basa como Director Nacional de la Dirección del Asegurado del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú – SaludPol.

#### **4.3.- De quién Depende**

Depende jerárquicamente de la Gerencia General, del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú – SaludPol.

#### **4.4.- Funciones Generales**

Las funciones generales como director de la Dirección del asegurado son las siguientes:

- Planificar, organizar, ejecutar y supervisar las actividades, acciones y de control de riesgos en materia de su competencia, orientadas al logro de los objetivos estratégicos y procesos misionales del SaludPol en el ámbito nacional.

- Conducir el proceso de registro de los beneficiarios del SaludPol.
- Proponer normas, estándares y estrategias para la accesibilidad, procesos de trámite y técnicas para mejorarla atención al beneficiario y sus solicitudes.
- Formular y proponer metodologías, procedimientos, estándares e indicadores referidos a la verificación de la condición de los beneficiarios.
- Programar, dirigir, controlar y supervisar la operatividad y el desempeño de las macro regiones en el ámbito nacional y disponer la adopción de medidas correctivas de las mismas.
- Dirigir el proceso de gestión de información, consultas, orientación y atención de quejas y reclamos a través de la Plataforma de Atención al Usuario en Salud del SaludPol en el ámbito nacional.
- Diseñar e implementar estudios periódicos para medir el nivel de satisfacción de los beneficiarios respecto de los servicios, prestaciones y cobertura del SaludPol e IPRESS.
- Gestionar los requerimientos necesarios que garanticen la ejecución de las actividades y al logro de los objetivos misionales en el ámbito nacional.
- Formular y proponer los documentos normativos y procedimientos técnicos en materia de su competencia, así como supervisar su cumplimiento.
- Implementar y ejecutar el proceso de compra de prestaciones a través de otras modalidades de manera excepcional, en casos de atención de emergencia y urgencia, en tanto no existan convenios y contratos con IPRESS que sean aplicables.
- Brindar asistencia técnica en materia de su competencia.
- Emitir opinión técnica sobre los temas vinculados al ámbito de su competencia.
- Otras funciones que le asigne/la Gerente(a) General, en el ámbito de su competencia.

Así mismo como director del Área soy responsable de gestionar a los órganos desconcentrados a nivel nacional.

#### **4.5.- Gestión Laboral**

Dentro de los procesos que realice y logre obtener un resultado muy importante es la implementación del ISO 9001:2015, logro que realza la imagen de la institución, beneficia a la institución generando en cada asegurado la seguridad que desea obtener con la institución sobre el manejo de sus fondos en relación a la salud.

Para lograr la obtención del ISO 9001 versión 2015 se necesitó presentar ciertos requisitos que fueron elementos importantes para lograr el resultado obtenido, junto a las dependencias de la institución se logró conseguir la meta trazada, los requisitos presentados son los siguientes:

##### **4.5.1.- ISO 9001 Versión 2015: Nuevos Requisitos Para los Sistemas de Gestión de la Calidad**

Los requisitos para la aplicación del Sistemas de Gestión de la Calidad, es lo que la institución reunió y presento según las indicaciones a la hora de preparar la auditoría de certificación del SGC según la norma ISO 9001:2015.

Esta lista de revisión de la transición a la actualización de la norma ISO 9001 ayudo a comprender cuáles son los nuevos requisitos y qué debe de llevar a cabo la organización para darle cumplimiento. Los requisitos de ISO 9001:2015 para los Sistemas de Gestión de la Calidad son los siguientes:

#### **Cláusula 4: Contexto de la organización**

##### **➤ 4.1. Entender el contexto de la organización:**

Este requisito sobre la organización ayudará a determinar las cuestiones externas e internas que sean relevantes para el propósito y la dirección estratégica, así como que estas mismas

cuestiones afecten a su capacidad para lograr el resultado deseado en su Sistema de Gestión de la Calidad. La organización deberá supervisar y revisar toda la información.

En el artículo Cómo identificar el Contexto de la organización en ISO 9001:2015 se explica qué se entiende por factores internos y externos así como las partes interesadas.

➤ **4.2. Comprender las necesidades y expectativas de las partes interesadas:**

En este nuevo requisito nos encontramos con que, debido al impacto potencial en su entorno de la institución SaludPol en la realización de su actividad para ofrecer productos y servicios, la institución deberá tener en cuenta las partes interesadas que sean relevantes para el Sistema de Gestión de la Calidad.

Así mismo, la institución SaludPol deberá determinar los requisitos de estas partes interesadas. Igual que en el apartado anterior la organización deberá supervisar y revisar toda la información sobre las necesidades y expectativas de las partes interesadas.

➤ **4.3 Determinación del alcance del sistema de gestión de la calidad:**

Otro de los nuevos requisitos que presentó la institución SaludPol para los Sistemas de Gestión de la Calidad es que deberá determinar los límites y la aplicabilidad del Sistema de Gestión de la Calidad para establecer su alcance.

➤ **4.4 Sistema de gestión de la calidad:**

La institución SaludPol deberá establecer, implementar, mantener y mejorar continuamente su Sistema de Gestión de la Calidad, incluyendo los procesos necesarios y sus interacciones.

➤ **Cláusula 5: Liderazgo**

Dentro de la cláusula 5 sobre el liderazgo, la institución SaludPol deberá contar en relación a este punto con los siguientes nuevos requisitos para los Sistemas de Gestión de la Calidad:

➤ **5.1 Liderazgo y compromiso:**

➤ **5.1.1 Generalidades:**

- Tomar responsabilidad de la eficacia del SGC.
- Garantizar que la política y los objetivos de calidad se establezcan para el SGC y sean compatibles con el contexto y la dirección estratégica de la organización.
- Asegurar la integración de los requisitos del SGC en los procesos de negocio de la organización.
- Promover el uso del enfoque de proceso y del pensamiento basado en el riesgo.
- Asegurar que los recursos necesarios para el SGC estén disponibles.
- Comunicar la importancia de una gestión eficaz de la calidad y de la conformidad con los requisitos del SGC.
- Garantizar que el SGC alcance los resultados esperados.
- Involucrar, dirigir y apoyar a las personas para que contribuyan a la eficacia del SGC
- Promover la mejora continua.
- Apoyar otros roles de gestión relevantes para demostrar su liderazgo en lo que respecta a sus áreas de responsabilidad.

➤ **5.1.2 Enfoque al cliente:**

- El cliente y los requisitos legales y reglamentarios aplicables se determinan, entienden y se cumplen.
- Determinar y abordar los riesgos y oportunidades que pueden afectar la conformidad de los productos y servicios y la capacidad de mejorar la satisfacción del cliente.
- El enfoque en la mejora de la satisfacción del cliente se mantiene.

➤ **5.2 Política:**

➤ **5.2.1 Desarrollo de la Política de Calidad:**

La alta dirección establecerá, revisará y mantendrá una política de calidad que es apropiado para el propósito y contexto de la organización.

Proporciona un marco para establecer y revisar los objetivos de calidad e incluye un compromiso para satisfacer los requisitos aplicables. Así mismo, debe comunicarse y entenderse y ponerse a disposición de las partes interesadas pertinentes, según proceda.

➤ **5.2.2 Comunicación de la Política de Calidad:**

- Estar disponible y mantenerse como información documentada.
- Ser comunicada, entendida y aplicada dentro de la organización.
- Debe estar disponible para las partes interesadas pertinentes, según proceda.

➤ **5.3 Funciones, responsabilidades y autoridades de la organización:**

La alta dirección garantizará que las responsabilidades y las autoridades para las funciones pertinentes se asignen, comuniquen y entiendan dentro de la organización.

## **Cláusula 6: Planificación**

Para este nuevo requisito se debe considerar las cuestiones mencionadas anteriormente en el punto 4.1 y 4.2, que la institución SaludPol debe tener en cuenta a la hora de planificar su Sistema de Gestión de la Calidad.

➤ **6.1 Acciones para abordar el riesgo y las oportunidades:**

- Garantizar que el SGC puede lograr los resultados previstos.
- Mejorar los efectos deseables.
- Prevenir o reducir, indeseados efectos.
- Lograr mejoras.

➤ **6.1.2 La organización deberá planificar:**

Acciones para abordar los riesgos y oportunidades, para ello, deberá integrar e implementar las acciones en su Sistema de Gestión de la Calidad y evaluar la efectividad de las mismas.

➤ **6.2 Objetivos**

De calidad y planificación para lograrlos.

➤ **6.2.1 La organización deberá:**

Establecer objetivos de calidad en las funciones, niveles y procesos pertinentes necesarios para el SGC.

➤ **6.2.2 Al planificar acciones para lograr objetivos de calidad:**

La organización debe determinar qué es lo que se hará, qué recursos se requerirán, quién será responsable, cuándo se completará, cómo se evaluarán los resultados.

➤ **Cláusula 7: Soporte**

Dentro de los nuevos requisitos para los Sistemas de Gestión de la Calidad, en la «cláusula 7: Soporte» encontramos:

➤ **7.1 Competencia**

La institución SaludPol deberá determinar la competencia necesaria de las personas que realizan trabajos bajo su control que afectan el desempeño y la efectividad del SGC, y asegurar que estas personas sean competentes sobre la base de una educación, formación o experiencia apropiadas.

Cuando proceda, adoptar medidas para adquirir la competencia necesaria y evaluar la eficacia de las medidas adoptadas y conservar la información documentada apropiada como prueba de competencia.



### ➤ 7.2 Conciencia

Las personas que trabajan bajo el control de la organización deben tener en cuenta la política de calidad y los objetivos de calidad pertinentes, así como su contribución a la eficacia del SGC, incluidos los beneficios de un mejor rendimiento, y las implicaciones de no conformarse con los requisitos del SGC.

### ➤ 7.3 Comunicación

La organización determinará las comunicaciones internas y externas que sean necesarias para el SGC.

## **Cláusula 8: Operación**

### ➤ 8.1 Planificación y control operativos

La institución SaludPol planificará, implementará y controlará los procesos necesarios para cumplir con los requerimientos para el suministro de productos y servicios, y para implementar las acciones determinadas en 6.0 por:

- Determinación de los requisitos para los productos y servicios.
- Establecer criterios para los procesos y para la aceptación de productos y servicios.
- Determinación de los recursos necesarios para lograr la conformidad con los requisitos de productos y servicios.
- Implementar el control de los procesos de acuerdo con los criterios.
- Determinar y conservar la información documentada en la medida necesaria para tener confianza en que los procesos se han llevado a cabo como se ha planificado y demostrar la conformidad de los productos y servicios con los requisitos.

La organización controlará los cambios planificados y revisará las consecuencias de los cambios involuntarios tomando medidas para mitigar los efectos adversos según sea necesario.

También asegurará los procesos de sub-contratación y su control.

Los anteriores son los nuevos requisitos para los Sistemas de Gestión de la Calidad que establece ISO 9001 versión 2015. A continuación, citamos **nuevas cláusulas que no contienen requisitos nuevos**, sino requerimientos que ya formaban parte del conjunto de requisitos de la norma ISO 9001:2008:

### Cláusula 9: Evaluación

- **9.2 Auditoría interna**
- **9.3 Revisión de la gestión**



## FONDO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA PNP – SALUDPOL

### INFORME DE AUDITORÍA

Nº PROYECTO DE CERTIFICACIÓN: <b>2020/0846/ER/01</b>	Nº INFORME: <b>2</b> TIPO DE AUDITORÍA: <b>FASE II</b>
NORMA DE APLICACIÓN: <b>UNE-EN ISO 9001:2015</b>	Auditoría: Individual <input type="checkbox"/> Combinada <input type="checkbox"/> Integrada <input type="checkbox"/>
	Requiere envío de Acciones Correctivas:                      SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Nº PROYECTO DE CERTIFICACIÓN:	Nº INFORME:                      TIPO DE AUDITORÍA:
NORMA DE APLICACIÓN:	Auditoría: Individual <input type="checkbox"/> Combinada <input type="checkbox"/> Integrada <input type="checkbox"/>
	Requiere envío de Acciones Correctivas:                      SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Nº PROYECTO DE CERTIFICACIÓN:	Nº INFORME:                      TIPO DE AUDITORÍA:
NORMA DE APLICACIÓN:	Auditoría: Individual <input type="checkbox"/> Combinada <input type="checkbox"/> Integrada <input type="checkbox"/>
	Requiere envío de Acciones Correctivas:                      SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Fecha de realización de la Auditoría: 2020-08-25 y 26

## Datos Generales

### A. DATOS DE LA ORGANIZACIÓN

<b>Nombre de la Organización</b>	FONDO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA PNP – SALUDPOL
<b>Dirección</b>	CALLE ALFREDO MALDONADO, 142. PUEBLO LIBRE(LIMA) Perú
<b>Representante de la Organización (nombre y cargo)</b>	D. Jorge Arturo FLORES DEL PAZO – Director Financiero

### B. EQUIPO AUDITOR

<b>Función</b>	<b>Nombre</b>	<b>Iniciales</b>
Auditor Jefe	Dña. VICA GALICIA CRUZ	VGC
Auditor Jefe en Prácticas	Dña. KELLY DUEÑAS FERNANDEZ	KDF
Experto Técnico	D. DANIEL LIÑAN	DL

### C. CRITERIOS DE AUDITORÍA

El equipo auditor comprueba la identificación y vigencia de los siguientes criterios de auditoría:

- Requisitos de la/s norma/s de sistema de gestión de referencia
- Los procesos definidos y la documentación del sistema de gestión desarrollada por el cliente
- Los requisitos legales y reglamentarios aplicables

## Resumen Ejecutivo de Auditoría

### Cuestiones generales para todos los Sistemas de Gestión

#### Confirmación de la realización de la auditoría

Se ha realizado la Auditoría inicial (FASE II) de Certificación al Sistema de Gestión de Calidad (SGC) de FONDO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA PNP – SALUDPOL, donde se ha comprobado la implantación del Sistema respecto a los requisitos especificados en la norma de referencia UNE-EN ISO 9001:2015 “Sistema de Gestión de la Calidad— Requisitos” salvo para lo reflejado como no conformidad en el presente informe.

#### Alcance de la auditoría y adecuación del alcance del certificado

Gestión de siniestros (Verificación del cumplimiento de la prestación de servicio de salud de los beneficiarios de SALUDPOL a nivel Lima).  
Gestión del asegurado (Activación, validación y actualización de registro de los beneficiarios de SALUDPOL a nivel Lima).

*¿Es adecuado el alcance del certificado? SI  NO  Indicar si se han producido cambios o modificaciones, desde la anterior auditoría: sin embargo, se han precisiones a solicitud del cliente*

*Alcance de la auditoría:* Gestión de Asegurado (Activación, validación y actualización de registro de asegurados, atención de dudas, consultas y reclamos) y la Gestión del Siniestro (Verificación de estándares de calidad para ejecutar prestaciones de salud, control prestacional de pertinencia, concurrente y financiero) del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú – SALUDPOL en Lima.

*¿Se han auditado todas las actividades incluidas en el alcance del certificado (sólo para auditorías de seguimiento)?*

*SI  NO  Encasonegativo incluir descripción del muestreo realizado (actividades, proyectos, líneas de producto, tipos de servicio, emplazamientos temporales, etc.)*

#### Declaración sobre la conformidad y eficacia del sistema de gestión

**Valoración sobre la conformidad y la eficacia del Sistema de Gestión:**

**b.1. Capacidad del sistema de gestión para cumplir los requisitos aplicables y lograr los resultados esperados**

El Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) de **FONDO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA PNP – SALUDPOL**, cumple con los requisitos de la Norma y con el resto de criterios de auditoría (requisitos legales y reglamentarios, requisitos del cliente, requisitos propios del sistema de gestión interno) y se considera que se encuentra implantado; sin embargo, existen situaciones de desvíos (03 no conformidad de carácter menor, 03 observaciones) que indican que dicho sistema no ha alcanzado todavía un grado de eficacia óptimo, por lo que se anima a la organización a analizar con profundidad los hallazgos detectados y a emprender las acciones necesarias.

Para la no conformidad menor detectada (03), la organización deberá elaborar el correspondiente Plan de Acciones Correctivas (PAC) que se deberá enviar a AENOR en un plazo no mayor de 30 días calendario, adjuntando la evidencia documental en cada caso del análisis de causas y la implementación de acciones correctivas, o al menos evidencias que ya se iniciaron a implementar dichas acciones con plazos acordes a la criticidad.

Las observaciones (03) describen situaciones puntuales que la organización debe considerar trabajarlas para evitar dar lugar a alguna no conformidad a futuro, y en caso de las oportunidades de mejora (02), pueden ser consideradas por la organización como fuente de información para la mejora continua. Para ambos casos NO es necesario enviar evidencias a AENOR.

Se deja constancia que esta auditoría fue realizada con carácter aleatorio de modo que puede haber fortalezas o desviaciones que durante la auditoría no se detectaron, lo cual no exime a la organización de la responsabilidad y verificación permanente del cumplimiento a las exigencias de estos estándares internacionales y a la normativa legal aplicable

## **b.2. Auditoría interna y el proceso de revisión del sistema por la Dirección**

*En cuanto al proceso de auditoría interna: Este proceso se ha ejecutado del 16 al 18 de junio del 2020, liderado por Dña. Rosemary GILBONIO como Auditor líder, como*

*resultado del proceso se han identificado 03 no conformidades mayores, 02 no conformidades menores, 01 observación y 08 oportunidades de mejora.*

*En cuanto al proceso de Revisión del sistema por la Dirección: Este proceso se ha desarrollado el 29/07/2020 en modalidad remota, esta soportado por su acta de sesión ordinaria N° 005-2020-CSGC, con la participación de los miembros del comité de SGC.*

### **Cambios significativos con respecto a la anterior visita y su impacto en el Sistema de Gestión**

Ninguno

### **Confirmación sobre el cumplimiento de los objetivos de auditoría**

*Los objetivos de la auditoría son:*

- ✓ Determinar la conformidad del sistema de gestión de la organización / empresa auditada, o partes de dicho sistema, con los criterios de auditoría*
- ✓ Determinar su capacidad para asegurar que la organización cumple con los requisitos legales, reglamentarios y contractuales aplicables (teniendo siempre presente que una auditoría de certificación de un sistema de gestión no es una auditoría de cumplimiento legal);*
- ✓ Determinar la eficacia del sistema de gestión, para asegurar que el cliente puede tener expectativas razonables en relación con el cumplimiento de los objetivos especificados; y cuando corresponda, identificar posibles áreas de mejora.*

La Organización comunicó a AENOR de manera previa a la auditoria la restricción de las visitas, como medida de prevención del contagio del CoVid-19, y por tanto de manera

excepcional y después de haber sido aprobado por el coordinador técnico de calidad de AENOR, la presente auditoría se ha realizado en un 70% en modalidad remoto y un 30% presencial.

Durante el transcurso de la misma, se ha podido comprobar y evidenciar toda la información y registros solicitados a través de la plataforma Ms Teams, OneDrive y correo electrónico para el intercambio de información, así como las entrevistas, donde los responsables han sustentado y demostrado las actividades a través de sus plataformas operativas.

¿Se han cumplido los objetivos de la auditoría? SI  NO

*Se indicará si se ha producido cualquier situación durante la auditoría que haya afectado a la consecución de sus objetivos (imposibilidad de evaluar una actividad, centro, requisito...), así como cualquier cuestión significativa que afecte al programa de auditoría y/o al Plan de auditoría, incluyendo las causas que las han generado.*

*No se han presentado situaciones que pudieran poner en riesgo los objetivos de auditoría*

*¿Qué cuestiones han quedado por resolver a la finalización de esta auditoría?*

*Ninguno.*

#### **Cuestiones para Sistema de Gestión adaptados a la Estructura de Alto Nivel**

##### **f.1. Comprensión del contexto de la organización**

*La organización ha determinado sus cuestiones externas e internas sustentado a través de su MATRIZ ASPECTOS INTERNOS Y EXTERNOS (FODA), código: P.E.1.1.1.2, 28.04.2020 Mediante la resolución de la gerencia, versión 0. Donde se han identificado 07 fortalezas, 06 oportunidades, 07 debilidades y 07 amenazas, las estrategias identificadas aseguran acciones y seguimiento a través de indicadores establecidos en el Plan Estratégico PE-2020-2022.*

*Con respecto a las partes interesadas, sus necesidades y expectativas y sus requisitos derivados, la organización ha determinado como grupos de interés: Estado (PNP, MINSA, MININTER, SUSALUD, OTROS), Clientes (Personal de PNP y Derechohabientes), Colaboradores, Proveedores (IPRESS públicas y privadas, Bienes, Servicios), Comunidad.*

<b>f.2. Enfoque a riesgos y oportunidades</b>
<p><i>La organización ha determinado los riesgos y oportunidades soportado desde su Manual de Gestión de riesgos operacional, V3 del 2020.</i></p> <p><i>Se han determinado factores de riesgos para el Personal, Procesos internos, Tecnología de Información, Eventos externos, Eventos de riesgos operacionales.</i></p>
<b>f.3.Liderazgo</b>
<p>El liderazgo y el compromiso de la alta dirección han sido demostrados a través de la participación en el proceso de auditoría, la revisión y aprobación de políticas, procedimientos, recursos, mejoras y toma de decisiones en base a revisiones del sistema de gestión de la calidad y los procesos que los soportan.</p>
<b>Otras consideraciones del equipo auditor</b>
Ninguno.
<b>Puntos fuertes</b>
<p>✓ Se considera como punto fuerte la buena predisposición de todos los entrevistados con el sistema de gestión de la calidad y cumplimiento del itinerario planificado.</p>
<b>Oportunidades de mejora</b>

1. Atención de reclamos: En los informes de respuesta de atención a los reclamos de los asegurados, en aquellos declarados como INFUNDADOS, sería oportuno incluir párrafos sobre actividades inmediatas ya realizadas, así como incluir párrafos de acercamiento al asegurado con enfoque de mejora continua en la atención del servicio.
2. Culminar con la revisión de las metas establecidas en los indicadores de procesos, considerando que por la coyuntura (Covid-19) las metas han quedado afectadas. Así mismo, establecer algún indicador que permita medir la tasa de observaciones durante la atención de solicitudes de los beneficiarios/asegurados (alta, baja, modificación).



N°	Observaciones	Norma/s
01	Se observa, la comunicación del proceso de control de calidad de las prestaciones de salud en las IPRESS se ha dado mediante la carta N° 216-2020-SALUDPOL con fecha emitida el 02.03, no se encuentra alineado al anexo N° 3 y el ítem 7.7.1 f de la directiva N° 002-2018-SALUDPOL-GG.	8 . 5 . 1
02	<p>Recursos Humanos: Se observa eficacia en el establecimiento de la Directiva: definición de puestos y clasificación de cargos para el proceso de contrataciones, aprobado el 20/03/2020 y aplicación del Manual clasificador de cargos vigente.</p> <p>a. Una vez revisado el Manual de Clasificador de Cargos, no se ha encontrado el cargo de Afiliador o similar que asegure la ejecución de actividades desarrolladas en la gestión del asegurado. No obstante, los servidores públicos entrevistados tienen contrato de terceros asociado con Términos de Referencia (DTR) como Afiliador de asegurado que si están acordes a las actividades realizadas.</p> <p>b. Una vez revisado el legajo del Operador de orientación al usuario, régimen CAS, quien realiza tareas de afiliador en sede Augusto B. Leguía, no está en concordancia con el cumplimiento de la definición del perfil en el Manual Clasificador de cargos. Por ejemplo, la experiencia específica no menor a 2 años, los registros sustentan únicamente por 10 meses (por tener contrato antes del 2019).</p>	7 . 2
03	En cumplimiento de los requisitos legales aplicables: Si bien SALUDPOL ha inscrito el Banco de Datos Personales para: Padrón de Beneficiarios y Sistema de Reembolso ante el ministerio de justicia, se observa la existencia de otros bancos de datos personales que aún no han sido inscritos: Informes de auditoría médica de pertinencia, emergencia, financiera (donde se incluyen datos sensibles del asegurado), Proveedores, Servidores públicos.	8.2.3.1 d)

### Documentos adjuntos al informe de auditoría:

Matriz de actividades de auditoría

Hoja de Datos

Otros:

- Lista de documentos vigentes
- Lista de documentos legales
- Mapa de procesos

## ANEXO

### Cuestiones particulares del Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001

#### a. ISO 9001 (Sistemas de Gestión de Calidad)

i. Información sobre satisfacción de Cliente

Este proceso está soportado por su *Instructivo de trabajo P.E.3.4.1.3. Satisfacción del Usuario*. La medición es semestral y el informe técnico 0227:2020 del 11/08/20 tiene como resultado la obtención de resultado final del 85.51% sobre la meta del 85%. Para Lima se han encuestado a 42 asegurados.

ii. Enfoque a procesos

Existe enfoque a procesos, la organización ha trabajado en flujos y mapa de proceso aprobados con resolución de gerencia general como Manual de procedimientos (MAPRO), donde se identifican los objetivos, alcance, base normativa, requisitos, fuente, indicadores, actividades, documentos de salida, procesos relacionados.

#### Información específica del sistema de gestión a adjuntar al informe, cuando aplique:

Listado de proyectos

Listado de obras y/o servicios

Listado completo de centros temporales

Otros:

- Mapa de procesos
- Lista de documentos legales
- Lista de documentos externos
- Guía del SGC

## Anexo - Matriz Actividades de Auditoría

UNE-EN ISO 9001:2015				4.1- 4.2 Comprensión del contexto. Partes interesadas	4.3 -4.4 Determinación alcance, SGC y sus procesos	5 Liderazgo	6.1 Acciones para abordar riesgos y oportunidades	6.2 Objetivos de la calidad y planificación para lograrlos	6.3 Planificación de los cambios	7.1 Recursos	7.2 – 7.3 Competencia y toma de conciencia	7.4 – 7.5 Comunicación e Información documentada	8.1 Planificación y control operacional	8.2 Requisitos para los productos y servicios	8.3 Diseño y desarrollo de productos y servicios	8.4 Control proc., prod. Y serv. Suministrados externamente	8.5 Producción y provisión del servicio	8.6 Liberación de los productos y servicios	8.7 Control de las salidas no conformes	9.1.1-9.1.3 Seguimiento, medición, análisis y eval.	9.1.2 Satisfacción del cliente	9.2 Auditoría interna	9.3 Revisión por la dirección	
D	C	H	A	PROCESO/ DPTO/ DOCUMENTO/ ACTIVIDAD																				
25/08	1*	09:00-09:20	VG / KD / D L	Reunión inicial																				
25/08	1*	09:20-13:00	K D/V G D L	Gestión del asegurado (Activación, validación y actualización de registro de los beneficiarios de SALUDPOL a nivel Lima).				X					X	X	X	-	X	X	X	X	X			
25/08	1*	13:00	KD / V G DL	Almuerzo																				
25/08	1*	14:30-18:00	K D/V G/DL	Gestión de siniestros (Verificación del cumplimiento de la prestación de servicio de salud de los beneficiarios de SALUDPOL a nivel Lima).				X					X	X	X	-	X	X	X	X	X			
26/08	1	09:00-10:30	VG	Visita y validación de la operación en sitio, Sistema de Gestión de la Calidad y Revisión de Acciones correctivas de Fase I	X	X	X	X	X	X			X		X	-					X	X	X	X
26/08	1	10:30-11:30	VG	Logística									X			-	X							
26/08	1	11:30-13:00	VG	Sistemas y TI						X		X				-								
26/08	1	13:00	VG	Almuerzo																				
26/08	1*	14:30-16:00	VG	Recursos Humanos						X	X					-								
26/08	1*	16:00-17:30	VG	Elaboración del informe de auditoría por el equipo auditor																				
26/08	1*	17:30-18:00	VG	Reunión final																				

### Cuadro de no Conformidades

Ref. NC	DESCRIPCIÓN DE LA NO CONFORMIDAD	Apdo. Norma	Apdo. Norma	Categoría N. C.
01	Con relación al tratamiento y cierre de las no conformidades detectadas en la anterior auditoría (Fase I), No se evidencia cierre en el tratamiento de 01 de 02 no conformidades declaradas en auditoría de Fase I, NC 01 Menor sobre el requisito 6.1.1. Actualmente en estado abierto con fecha de implementación a setiembre 2020.	10.2.1	a)	Menor
02	No se evidencia la actividad de comunicación de la suspensión a las IPRESS evaluadas hacia los beneficiarios/asegurados, según resultado de evaluación. No hay lineamientos en el Plan anual de proceso de calidad del 27/02/2020. No obstante, los lineamientos están en etapa de revisión y aprobación. Casos revisados: Centro de Diálisis los olivos E.I.R.L con puntaje 57% no aprobado.	8.2.1	-	Menor
03	En cumplimiento del requisito 8.6 de la norma de referencia y cumplimiento del <i>Plan anual de proceso de calidad del 27/02/2020</i> , no se evidencia la implementación de disposiciones de liberación de servicio, que aseguren el cumplimiento de los requisitos del servicio para la Gestión del asegurado y Gestión de siniestros.  Gestión de asegurado: no hay controles de revisión/validación de la Base de Datos (DB) del registro de derechohabientes posterior a las atenciones y actualizaciones realizadas antes de la disposición de la BD para las IPRESS (actividad que queda sujeta a confianza del afiliador).  Gestión de siniestros: Médico auditor libera el servicio a través de un informe de liberación: actividad no evidenciable a fecha de esta revisión y no está formalmente establecido en el proceso de control de calidad, <i>Directiva del proceso de control de calidad de las prestaciones de salud, 002-2018</i> .	8.6	-	Menor

Nota 1: Para todas las NC descritas en esta tabla, será necesario que la Organización establezca y documente las acciones correctivas pertinentes.

Nota 2: Aunque puedan existir apartados / subapartados que se auditen conjuntamente (cuando así lo indique la Matriz de Actividades), las NC se asignarán al subapartado específico en el que se detectan.

EL REPRESENTANTE DE LA ORGANIZACIÓN

EL EQUIPO AUDITOR

## Disposiciones Finales

Las observaciones y no conformidades han sido aclaradas y entendidas.

A la vista de los resultados de la auditoría, el Auditor Jefe realiza la siguiente propuesta sobre la certificación:

### CONCESIÓN DE CERTIFICADO, SUPEDITADO A LA ACEPTACION DEL PLAN DE ACCIONES CORRECTIVAS - PAC

No obstante, los Servicios Técnicos de Aenor Internacional S.A.U. son el órgano responsable de la decisión final sobre la certificación, una vez analizados los resultados reflejados en este informe de auditoría y en el plan de acciones correctivas (cuando proceda) enviado por la organización. En consecuencia, la propuesta del equipo auditor sobre la certificación podrá ser ratificada o no.

Teniendo en cuenta las no conformidades indicadas en este informe, si fuese necesaria la presentación del Plan de Acciones Correctivas, la Organización se compromete a enviarlo a Aenor Internacional S.A.U. (a la dirección de correo electrónico facilitada por la delegación) en 30 días naturales a partir de la fecha de emisión del informe de auditoría, con la información requerida por la *Guía para la elaboración del plan de acciones correctivas*. En caso de que el Plan de Acciones Correctivas no fuera satisfactorio, la organización dispone de un plazo de 15 días naturales para el envío de la documentación adicional que le sea requerida por Aenor Internacional S.A.U., a partir de la fecha de recepción dicho requerimiento.

Indicar las no conformidades del presente informe a las cuales la organización tiene intención de presentar apelación. En este caso, la organización deberá enviar a Aenor Internacional S.A.U. en el plazo de 7 días naturales, a contar desde la fecha del último día de auditoría, la justificación y evidencias documentales necesarias para su valoración por los servicios de Aenor Internacional S.A.U. Asimismo, se informa a la organización que cualquier queja o reclamación sobre la actuación de Aenor Internacional S.A.U., estas deben ser remitidas a la siguiente dirección [calidad@enor.com](mailto:calidad@enor.com)

Se indican a continuación los comentarios del equipo auditor sobre el cierre de las no conformidades detectadas en la anterior auditoría (en el caso de auditoría de renovación se revisarán todas las no conformidades del ciclo): Se ha verificado cierre de los hallazgos

identificados en Fase I, la NC 01 se mantiene en estado abierto.

El Equipo Auditor informa que esta auditoría se ha realizado a través de un muestreo por lo que pueden existir otras no conformidades no identificadas en este informe y hace entrega al Representante de la Organización del Informe de Auditoría.

Durante la auditoría se ha comprobado el uso de la marca correspondiente a la/s Norma/s auditada/s, identificándose en el presente informe cualquier desviación que pudiera haberse detectado al respecto.

Las no conformidades pueden referirse a incumplimientos de los requisitos de la norma de referencia aplicable, o de cualquier otro requisito establecido en el Sistema de Gestión de la Organización.

Se acuerda con la Organización, las siguientes fechas para la realización de la próxima auditoría:

Fecha próxima auditoría:	<b>AGOSTO 2021</b>
Fecha expiración del actual certificado: <i>(no cumplimentar en Fase I / Fase II)</i>	

Comentarios si procede, sobre la planificación de la próxima auditoría (a cumplimentar por el Auditor Jefe):

Con antelación a la realización de la próxima auditoría, se determinarán en el Plan de Auditoría los centros a visitar y la planificación de actividades prevista.

Una vez concedida la Certificación, la organización se compromete a poner a disposición de AENORINTERNACIONAL S.A.U. durante la realización de las auditorías la documentación vigente del Sistema de Gestión.

Para cualquier aspecto relacionado con el proceso de certificación, la organización puede dirigirse al Técnico Responsable de su Expediente (TRE). **GALICIA CRUZ, VICA**

En Lima, a los 26 días de agosto del 2020

### Anexo A Centros Visitados

<b>DIRECCIONES CENTROS AUDITADOS (Detallar la dirección de los centros indicados en la Matriz de Actividades)</b>
<b>CENTROS FIJOS</b>
<b>CENTRO 1: OFICINA PRINCIPAL</b>
<b>DIRECCIÓN:</b> CALLE ALFREDO MALDONADO, 142. - PUEBLO LIBRE (LIMA - Perú)
<b>ACTIVIDADES DEL ALCANCE: TODO EL ALCANCE</b>
<b>CENTRO 2:</b>
<b>DIRECCIÓN:</b>
<b>ACTIVIDADES DEL ALCANCE:</b>
<b>CENTRO 3:</b>
<b>DIRECCIÓN:</b>
<b>ACTIVIDADES DEL ALCANCE:</b>
<b>CENTRO 4:</b>
<b>DIRECCIÓN:</b>
<b>ACTIVIDADES DEL ALCANCE:</b>
<b>CENTROS TEMPORALES</b>
<b>CENTRO 1:</b>
<b>DIRECCIÓN:</b>
<b>ACTIVIDADES DEL ALCANCE:</b>
<b>CENTRO 2:</b>
<b>DIRECCIÓN:</b>
<b>ACTIVIDADES DEL ALCANCE:</b>
<b>CENTRO 3:</b>
<b>DIRECCIÓN:</b>
<b>ACTIVIDADES DEL ALCANCE:</b>
<b>CENTRO 4:</b>
<b>DIRECCIÓN:</b>
<b>ACTIVIDADES DEL ALCANCE:</b>

**Anexo B Relación de Participantes (marcar con X el tipo de participación)**

<b>Nombre y apellidos</b>	<b>Departamento o cargo</b>	<b>Reunión inicial</b>	<b>Desarrollo Auditoría</b>	<b>Reunión final</b>
Dr. Renzo ZAVALA URTEAGA	Gerente General	X	X	X
D. Jorge FLORES DEL POZO	Representante de la Gerencia General / Director de la Dirección de Financiamiento y Planes de la Salud.	X	X	X
D. Juan Arturo RODRIGUEZ	Jefe de la Oficina de Gestión y Mejora Continua / Responsable del Sistema de Gestión de la Calidad	X	X	X
<b>D. Cesar CABRERA</b>	<b>Director de la Dirección del Asegurado</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
Dña. Rosemary GILBONIO	Consultora interna de SALUDPOL	X	X	X
D. Víctor ROBLES	Director de la dirección de Prestaciones de Salud	X	X	X
D. Carlos Daniel LOPEZ	Asistente Administrativo de la Dir. De Prestaciones de la Salud	X	X	X
D. Juan Carlos ESPAÑA TARAZONA	Especialista en Gestión del Asegurado	X	X	X
Lic. Edmundo SAN MARTÍN	Jefe de la Unidad de Recursos Humanos	X	X	X
Ing. Julio Cesar ROJAS MEDINA	Jefe de la Oficina de Tecnologías de la Información	X	X	X
Lic. Artemio DIAZ	Jefe de la Unidad de Logística y Patrimonio	X	X	X
Dña. Paola CHINCHAY	Responsable de Quejas y Reclamos	X	X	X
Dña. VICA GALICIA CRUZ	Auditor Jefe – AENOR	X	X	X
Dña. KELLY DUEÑAS FERNANDEZ	Auditor jefe en prácticas – AENOR	X	X	
D. DANIEL LIÑAN	Experto técnico – AENOR	X	X	



## Anexo Hoja de Datos

DATOS GENERALES		Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)
<b>Nombre de la Organización</b>	FONDO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA PNP – SALUDPOL	
<b>Factoría/Planta/Delegación</b>		
<b>Domicilio Social</b>	<SEDE_SOCIAL>	CALLE ALFREDO MALDONADO, 142. - PUEBLO LIBRE (LIMA - Perú)
<b>C.I.F.</b>	PE20178922581	
<b>NACE</b>	84.11 -	
<b>Grupo (si aplica)</b>	<GRUPO>	
<b>Correo electrónico</b>	<EMAIL_EMPRESA>	
<b>Representante de la Dirección</b>		
<b>Nombre</b>	D./Dña. Rosemary Susana Gilborio Pinillos	D. Jorge Arturo Flores del Pozo
<b>Cargo</b>	<CARGO_CONTACTO>	Director de financiamiento
<b>Teléfono</b>	956 811 861	999916038
<b>Correo electrónico</b>	ogmc30@saludpol.gob.pe	Jflores@saludpol.gob.pe
<b>Director General</b>		
<b>Nombre</b>	Gilborio Pinillos, Rosemary Susana	Dr. Renzo Zavala Urteaga
<b>Cargo</b>	<CARGO_DIRECTOR>	Gerente General
<b>Contacto de Facturación</b>		
<b>Nombre</b>	<NOMBRE_CONTACTO_FACTURACION>	
<b>Cargo</b>	<CARGO_CONTACTO_FACTURACION>	
<b>Teléfono</b>	<TELEFONO_CONTACTO_FACTURACION>	
<b>Correo electrónico</b>	<CORREO_CONTACTO_FACTURACION>	

<b>ALCANCE DEL CERTIFICADO</b> (añadir tantas filas como traducciones sean necesarias)					<b>Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)</b>				
<b>Norma de referencia</b>	UNE-EN ISO 9001:2015								
<b>Alcance Español</b>	Gestión de Asegurado (Activación, validación y actualización de registro de asegurados, atención de dudas, consultas y reclamos) y la Gestión del Siniestro (Verificación de estándares de calidad para ejecutar prestaciones de salud, control prestacional de pertinencia, concurrente y financiero) del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú – SALUDPOL en Lima.								
<b>Alcance Inglés</b>	Insured Management (Activation, validation and updating of the insured registry, attention to doubts, queries and claims) and Claim Management (Verification of quality standards to execute health services, appropriate, concurrent and financial performance control) of the Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú - SALUDPOL in Lima.								
<b>Procesos subcontratados</b> (mencionar procesos)									
<b>Productos/Proyectos</b>									
<b>CENTROS DE ACTIVIDAD Y N° PERSONAS</b>					<b>Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)</b>				
	<b>Pers Pro p</b>	<b>Pers Subc</b>	<b>Colectivo (*)</b>	<b>N°</b>		<b>Pers Pro p</b>	<b>Pers Subc</b>	<b>colectivo</b>	<b>N°</b>
<b>Total personas implicadas en el alcance del certificado:</b>	50		N. A.		<b>Total, personas implicadas en el alcance del certificado:</b>			ELIJA..	
<b>Emplazamientos permanentes a incluir en el certificado</b> (añadir tantas filas como sean necesarias)	<b>Pers Pro p</b>	<b>Pers Subc</b>	<b>colectivo</b>	<b>N°</b>	<b>Indicar posibles modificaciones en los centros</b> (añadir tantas filas como sean necesarias)	<b>Pers Pro p</b>	<b>Pers Subc</b>	<b>colectivo</b>	<b>N°</b>
CALLE ALFREDO MALDONADO, 142. - PUEBLO LIBRE (LIMA - Perú)	15	35	ELIJA ..					N.A.	
			ELIJA ..					ELIJA..	
			ELIJA ..					ELIJA..	
			N.A.					ELIJA..	
			N.A.					ELIJA..	

(\*) Explicación sobre colectivos:


ACTIVIDAD DE LA ORGANIZACIÓN	Colectivo	Explicación y exclusiones:			
Cualquier actividad	Comerciales				
Limpieza	Limpiadores	No se incluye en este colectivo a Limpiadores especializados (por ejemplo: limpiadores de quirófanos, centrales nucleares, zonas contaminadas, etc.)			
Seguridad	Personal de Seguridad	No se incluye en este colectivo, a los Servicios especiales de seguridad (por ejemplo: guardaespaldas, personal de los furgones de seguridad, instalaciones especiales, etc.).			
Transporte	Conductores				
	Conductores de transportes especiales	Por ejemplo: conductores de camiones con material muy voluminoso, mercancías peligrosas, mercancías que requieran cadena de frío, transporte de pasajeros, etc.).			
Sanitaria en hospitales y residencias	Celadores	No se incluye en este colectivo el personal de enfermería (enfermeros o auxiliares de enfermería)			
Construcción / Actividades extractivas a cielo abierto	Peones	No se incluye en este colectivo al Personal especializado (oficiales de primera, encargados de obra, montadores de andamios, instaladores, etc)			
Call-centers y Tele-marketing	Telefonistas	No se incluye en este colectivo al Personal que realiza actividades de tele-asistencia			
Agraria	Recolectores				
<b>Emplazamientos temporales</b>	Nº Centros:	NA	<b>Emplazamientos temporales</b>	Nº Centros:	
	Ámbito geográfico (Local / Nac / Internac):	NA		Ámbito geográfico (Local / Nac / Internac):	

OTROS DATOS SOBRE EL PERSONAL DE LA ORGANIZACIÓN				Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)			
<b>Personal estacional</b>	Nº Personas	Periodo:		<b>Personal estacional</b>	Nº Personas:	Periodo:	
<b>Personal a tiempo parcial</b>	Nº Personas	Duración jornada:		<b>Personal a tiempo parcial</b>	Nº Personas:	Duración jornada:	
<b>Personal en turnos</b>	Nº Personas	Nº turnos:		<b>Personal en turnos</b>	Nº Personas:	Nº turnos:	
<b>Distribución personal por área</b>				<b>Distribución personal por área</b>			
Dirección:	4	Producción:	2 5	Comercial:	21	Admón:	

ASPECTOS ESPECÍFICOS DEL ESQUEMA AUDITADO	Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)
Indicar los apartados de la Norma en los que se realizan exclusiones	Requisito: 8.3 diseño y desarrollo de los productos y servicios 7.1.5.2. Trazabilidad de las mediciones

<b>Reglamentación aplicable al alcance del certificado</b>	Lista de documentos legales aplicables, se adjunta al expediente		<b>Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)</b>		
<b>OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE PARA EL DIMENSIONAMIENTO DE LA AUDITORÍA</b>					
<b>Volumen de proyectos (ISO 166002)</b>					
<b>Superficie (m<sup>2</sup>)/ n° Líneas/N° APPCC (ISO 22000)</b>					
<b>Consumo anual de energía (Mwh/año) / N° de fuentes de energía / N° usos significativos de energía (ISO 50001)</b>					
<b>N° Usuarios con privilegios de administración y gestión (ISO 27001)</b>					
<b>Áreas/departamentos implicados en el Business Impact Analysis (ISO 22301)</b>					
<b>Otros esquemas</b>					

<b>OTROS ASPECTOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN</b>		<b>Modificaciones identificadas en auditoría (planificación y/o realización)</b>
<b>Sistema de Gestión integrado</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
<b>Grado de integración (en %)</b>		

El representante de la empresa	El representante de AENOR INTERNACIONAL S.A.U.
Fecha: 2020-08-26	
F d o :	Fdo:

#### 4.5.2.- Resultado de la Gestión

Como resultado por la gestión realizada en relación a la Calidad de Servicio de la institución Fondo de Aseguramiento en Salud de la PNP – SaludPol se obtuvo el Certificado ER-0384-2020\_ES\_2020-09-18. Sistema de Gestión de la Calidad



Figura 5: Certificado ER-0384-2020\_ES\_2020-09-18.

Fuente: Aenor

## **CAPÍTULO V**

### **5.- Otros Cargos Profesionales Desempeñados**

Realice la labor de Asistente administrativo en el Gabinete de consejeros del despacho presidencial, el tiempo laborado fue Desde el 18 de febrero del 2013 al 05 de octubre del 2016

También realice la labor de Asistente administrativo de la Dirección de Operaciones en el Gabinete de consejeros del despacho presidencial, el tiempo laborado fue Del 05 de octubre del 2016 al 31 de enero del 2017.

Asimismo, desempeñe la labor de Coordinador Administrativo de la Dirección del Asegurado de la entidad Salud Policial, el tiempo laborado fue del 25 de febrero del 2020 al 15 de mayo del 2020

#### **5.1.- Instituciones Donde se Realizaron Otras Actividades Laborales**

- Gabinete de Consejeros del Despacho Presidencial
- Salud Policial - SaludPol

#### **5.2.- Tiempo de Servicios Prestados**

- Desde el 18 de febrero del 2013 al 05 de octubre del 2016
- Del 05 de octubre del 2016 al 31 de enero del 2017
- Del 25 de febrero del 2020 al 15 de mayo del 2020

## CAPÍTULO VI

### **6.- Conclusiones Generales**

En base al trabajo desarrollado puedo concluir que la Dirección es un aspecto muy importante para el desarrollo de las instituciones o empresas, porque esto trae como consecuencia el comportamiento del recurso humano de la empresa. Ser Director exige un alto nivel de liderazgo de quienes dirigen la empresa, requiere el establecimiento de un sistema de comunicación que permita a los colaboradores trabajar en equipo, al coordinar todos sus esfuerzos y contribuir eficazmente al cumplimiento de los objetivos de la organización.

También puedo concluir que La Dirección tiene que ver con emitir instrucciones ordenanzas u asignaciones y asegurarse de que los colaboradores sigan las instrucciones, por eso se le considera un proceso para guiar actividades de los colaboradores en sus direcciones asignadas.

Además, una conclusión importante es que la Dirección es una parte fundamental en el trabajo de los administradores, sea presidente de una organización, gerente de una sucursal, gerente de departamento, en fin, todos los que dirigen o lideran un grupo de colaboradores dentro de la organización.

Contribuyendo a lo anterior, puedo definir que la dirección que desarrollo en mi institución SaludPol, en base a todo lo aprendido y con la experiencia realizada en diferentes temas laborales, es para mí la dirección de la institución SaludPol como “Un conjunto de relaciones interpersonales en evolución continua, donde contando con mi liderazgo dirigido a un grupo de colaboradores buscando guiar sus esfuerzos y motivarlos, para que sus actitudes y aptitudes estén enfocadas al logro de los objetivos de la organización”

Dicho esto, la acción de dirigir es una función básica e importante dentro de la institución, por lo que algunos expertos consideran que la dirección y la organización tienen el mismo significado.

Asimismo, también puedo concluir que la calidad de servicio es un factor necesario y muy importante que toda institución tiene que desarrollar de diferentes maneras o formas con la firme finalidad de tener satisfechos a sus usuarios.

Es importante brindar una buena calidad de servicio porque es un tema que todos en la institución deben de comprender, pues es un factor que ayuda a mantener una buena relación con los asegurados.

Es determinante saber que los empleados son una parte importante para desarrollar la calidad de servicio al asegurado. Razón importante para que la institución los capacite regularmente con la finalidad de pulir sus habilidades para una mejor atención al asegurado. Algunos de los factores que deben tener en cuenta son la capacidad de comunicación, experiencia en la materia, habilidades para resolver problemas, etc.

Además, otra conclusión importante es que los colaboradores deben comprometerse y conocer sobre la calidad de servicio, ya que esto sirve para que sientan valorados y respetados, por lo tanto, es muy probable que entreguen lo mejor de sí.

Del mismo modo se puede concluir que SaludPol tiene como tarea brindar una experiencia increíble a los asegurados en cada uno de los puntos de contacto que este tenga con la institución.

Como Director de la Dirección del asegurado también me compete desarrollar una visión de 360 grados de mis áreas de la calidad de servicio al asegurado y descubrir cuáles están trabajando



eficientemente y cuales necesitan mejoras. Esto hará que sea más fácil para mi dirigir y trabajar en las desventajas y ayudará a que la institución mantenga satisfechos a los asegurados evitando así tener detractores de marca.

La construcción de una relación confiable con los asegurados depende del desarrollo de excelentes habilidades internas de calidad de servicio. Los representantes pueden ser entrenados para hacer las preguntas correctas y obtener las respuestas que necesitas de parte de los asegurados.

Es importante comprender la importancia de la calidad servicio al asegurado para valorar sus problemas y resolverlos en tiempo real. De igual manera, es mi deber hacer un seguimiento regular, incluso posterior a que se hayan resuelto los problemas. Esto por supuesto gracias a los comentarios que pueda obtener de los asegurados, los cuales pueden ayudarme a mejorar de manera continua el servicio que brinda la institución.

## 7.- Referencias

Berry, L., Parasuraman, A., & Zeithaml, V. (1993). *Calidad total en la gestión de servicio*.

Madrid, España.

Chiavenato, I. (2004). *"Introducción a la Teoría General de la Administración"*.

Crosby, P. (1988). *La organización permanece exitosa*. México.

Deming, W. (1989). *Calidad, productividad y competitividad. La salida de la crisis*. Madrid.

Druker, P. (1990). *El ejecutivo eficaz*. Buenos Aires.

<https://www.emprendices.co/importancia-de-la-direccion-en-las-organizaciones/#:~:text=La%20Direcci%C3%B3n%20es%20un%20aspecto,recurso%20humano%20de%20la%20empresa.&text=La%20Direcci%C3%B3n%20es%20fundamental%20dentro,en%20la%20planeaci%C3%B3n%20y%20organizaci%C3%B3n>

<https://www.questionpro.com/blog/es/importancia-del-servicio-al-cliente/#:~:text=Brindar%20un%20servicio%20al%20cliente,organizaci%C3%B3n%20a%20garantizar%20el%20%C3%A9xito.&text=Ofrecer%20productos%20y%20servicios%20que,manera%20de%20reducir%20tus%20ventas>

<https://www.questionpro.com/blog/es/importancia-del-servicio-al-cliente/#:~:text=Brindar%20un%20servicio%20al%20cliente,organizaci%C3%B3n%20a%20garantizar%20el%20%C3%A9xito.&text=Ofrecer%20productos%20y%20servicios%20que,manera%20de%20reducir%20tus%20ventas>

<https://www.questionpro.com/blog/es/importancia-del-servicio-al-cliente/#:~:text=Brindar%20un%20servicio%20al%20cliente,organizaci%C3%B3n%20a%20garantizar%20el%20%C3%A9xito.&text=Ofrecer%20productos%20y%20servicios%20que,manera%20de%20reducir%20tus%20ventas>

Imai, M. (1998). *Cómo implementar el kaizen en el sitio de trabajo (Gemba)*. Bogotá.

Iono, S. G. (2020). *ISO 9001: certificación de calidad*.

Ishikawa, K. (1986). *¿Qué es control total de la calidad?* . Bogotá.

Juran, J. M. (1990). *Juran y la planificación de la calidad*. Madrid.

Kotler, P. (1997). *Mercadotecnia*. México. losrecursoshumanos.com. (2016). *Principales teorías administrativas: enfoques y representantes*.

## 8.- Anexos

## 8.1.- Anexo "A" Curso de Control Interno



**8.2.- Anexo "B" Certificado - Capacitación Sobre la Ley Marco del Empleo Publico**

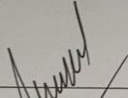
*Despacho Presidencial*

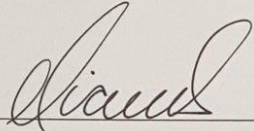
*Se otorga el presente CERTIFICADO a:*

**CABRERA CCALLO CESAR**

*Por su asistencia a la charla de capacitación sobre la Ley Marco del Empleo Público - Ley N° 28175, realizada el día jueves 03 de febrero de 2005, con un total de 02 horas lectivas*

*Lima, 03 de Febrero de 2005*

  
HANS CHENEFFUSSE/DUBOC  
Gerente Central de Administración  
Despacho Presidencial

  
Dr. GUILLERMO MIRANDA HURTADO  
Director General de la Oficina de Asesoría Jurídica  
del Ministerio de Trabajo y Promoción Social

### 8.3.- Anexo "C" Resolución de Gerencia General



## RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL N° 0097 -2020-IN-SALUDPOL-GG

Lima, 31 JUL. 2020

#### VISTOS:

El Memorando N° 0128-2020-SALUDPOL/GG emitido por la Gerencia General de SALUDPOL; el Informe N° 204-2020-SALUDPOL/GG-OA-URH de la Unidad de Recursos Humanos de la Oficina de Administración; y el Informe N° 3040-2020-SALUDPOL/GG-OAJ de la Oficina de Asesoría Jurídica; y,



#### CONSIDERANDO:

Que, mediante Decreto Legislativo N° 1174, Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú, modificado mediante Decretos Legislativos N° 1230 y 1267, se crea el Fondo de Aseguramiento de Salud de la Policía Nacional del Perú - SALUDPOL, definiéndose además su condición de personería jurídica en su calidad de Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS;



Que, a través del Decreto Supremo N° 002-2015-IN del 27 de enero de 2015, se aprobó el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1174, Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú, el cual en su artículo 13° dispone que el Gerente General es el Titular del Fondo y la máxima autoridad ejecutiva y administrativa; asimismo, dirige, supervisa y coordina las actividades administrativas y operativas del SALUDPOL;

Que, con Resolución de Directorio N° 008-2017-IN-SALUDPOL-PD del 28 de abril del 2017, se delegó a la Gerencia General del SALUDPOL la facultad de designar a los servidores en cargos de confianza, debiéndose dar cuenta al Directorio de dichas designaciones;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 158-2019-IN, del 24 de enero de 2019, se aprobó el Manual de Operaciones del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú - SALUDPOL, modificado por Resolución Ministerial N° 1270-2019-IN de fecha 19 de agosto de 2019;



Que, con Resolución Ministerial N° 298-2020-IN de fecha 13 de marzo de 2020, se aprobó el Cuadro para Asignación de Personal - CAP Provisional del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú - SALUDPOL, el cual de acuerdo a las consideraciones expuestas en dicha resolución y conforme al Anexo, que es parte integrante del mismo, se establecieron las clasificaciones de todos los cargos de la entidad, verificándose que la Dirección Del Asegurado, cuenta con el cargo de Director/a (CAP-P N° 180), se encuentra prevista para ser ocupada como cargo de confianza;



## RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL

Que, la Gerencia General, a través del Memorando N° 0128-2020-SALUDPOL/GG, dispone la designación del señor César Cabrera Ccallo, en el cargo de Director de la Dirección del Asegurado del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú – SALUDPOL, a partir del 1 de agosto de 2020;

Que, la Cuarta Disposición Complementaria Transitoria del Decreto Supremo N° 075-2008-PCM, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1057, que regula el régimen especial de Contratación Administrativa de Servicios (CAS), modificado por el Decreto Supremo N° 065-2011-PCM, establece que los cargos cubiertos por personas designadas por Resolución no se encuentran sometidos a las reglas de duración del contrato, procedimiento, causales de suspensión y extinción reguladas en el precitado Reglamento;

Con la visación del Jefe de la Unidad de Recursos Humanos, del Jefe de la Oficina de Administración, y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica; y,

De conformidad con las facultades conferidas en el Decreto Supremo N° 002-2015-IN, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1174, Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú, modificado por los Decretos Legislativos N° 1230 y 1267; y en mérito a la Resolución de Directorio N° 008-2017-IN-SALUDPOL-PD del 28 de abril de 2017; y,

### SE RESUELVE:

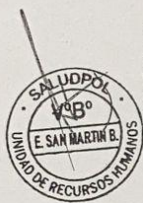
**Artículo 1.- DESIGNAR**, a partir del 01 de agosto de 2020, al señor César Cabrera Ccallo, en el cargo de Director de la Dirección del Asegurado del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú – SALUDPOL.

**Artículo 2.- DAR** cuenta al Directorio de SALUDPOL de la designación autorizada en el artículo precedente.

**Artículo 3.- ENCARGAR** a la Unidad de Recursos Humanos de la Oficina de Administración el cumplimiento de la presente resolución.

**Artículo 4.- NOTIFICAR** la presente Resolución al interesado, para conocimiento y fines pertinentes.

Regístrese, comuníquese y archívese.



RENZO ZAVALA URTEAGA  
GERENTE GENERAL  
SALUDPOL

<p><b>SALUDPOL</b> Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú. El testatario que suscribe certifica que el presente documento que ha tenido a la vista es COPIA FIEL DEL ORIGINAL, y al que me remito en caso necesario de lo que doy fe. Lima, 03/08/2020</p> <p>ELIZABETH EMILIA SALAS PAZ FEDATARIO R.G.G. N° 0025-2020-IN-SALUDPOL-GG</p>
--

## 8.4.- Anexo "D" Certificado ER-0384-2020\_ES\_2020-09-18

Original de copia  
AENOR AENOR



**Certificado del Sistema de Gestión de la Calidad**



**ER-0384/2020**

AENOR certifica que la organización

**FONDO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA PNP – SALUDPOL**

dispone de un sistema de gestión de la calidad conforme con la Norma ISO 9001:2015

para las actividades: Gestión de Asegurados (Activación, validación y actualización de registros de asegurados, atención de dudas, consultas y reclamos) y la Gestión del Sistema (Verificación de evidencias de calidad para ejecutar prestaciones de salud, control prestacional de pertinencia, concurrente y (branded) del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú – SALUDPOL en Lima.

que se realizan en: CALLE ALFREDO MALDONADO, 142 - PUEBLO LIBRE (LIMA - Perú)

Fecha de primera emisión: 2020-06-19  
Fecha de expiración: 2023-06-19



Rafael GARCÍA MERO  
Director General

**INTERNACIONAL SAS**  
Teléfono: 91 2806 Madrid España  
Tel: 91 432 92 00 - www.aenor.com





AENOR - Perú - Calle Mariscal Castilla 1989 - San Isidro - Lima - Perú - www.aenor.com

#### 8.4.- Anexo “E” Certificado – Curso Contrataciones con el Estado



### UNIVERSIDAD ESAN

Confiere este certificado a

***Cesar Cabrera Ccallo***

por haber concluido y aprobado el curso

***Contrataciones del Estado***

dictado al personal del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú - SALUDPOL, desarrollado en 18 horas lectivas de clase, de cuarenta y cinco minutos cada una, en la ciudad de Lima, del 04 al 22 de diciembre de 2020.

JORGE TALAVERA TRAVERSO  
RECTOR

Consta en el Registro de Certificados de Suficiencia de esta Universidad a folio número: 9979

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado por la Universidad Esan, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 009-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas en el siguiente código de verificación: 9979.





8.6.- Anexo "F" Certificado Técnico en Computación

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE INGENIERÍA**  
Facultad de Ingeniería Industrial y de Sistemas

Expide el presente

# Certificado

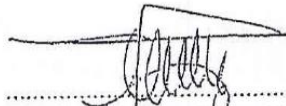


Otorgado a: ..... **CABRERA CCALLO, CÉSAR** .....

Por haber: ..... **APROBADO** .....

el ..... **Módulo de: TECNICO EN COMPUTACION** .....

Realizado del ..... **11-MAYO-03 AL 12-FEBRERO-05** .....

  
.....  
Ing. Jorge Alvarez Alvarez  
DECANO FIIS



  
.....  
Ing. Hernán Parra Osorio  
JEFE DEL CENTRO DE COMPUTO FIIS



**8.7.- Anexo "G" Certificado Lotus Smartsuite 9.8 Course**

**PC Institute**  
Learn. Think. Succeed.

**ThinkCentre | ThinkPad**

## *Certificate of Achievement*

*Presented to*

**CABRERA CCALLO CESAR**

*upon the successful completion of*

**Lotus SmartSuite 9.8 Course**

*and in recognition thereof is awarded this certificate on*



Patrik Pacheco  
PC Institute Coordinator

**lenovo**

© 2005 Lenovo

### 8.8.- Anexo "H" Constancia Casa Militar



Jefatura Casa Militar  
Del Despacho Presidencial



## CONSTANCIA

EL SR. GRAL. BRIG. JEFE DE LA CASA MILITAR DEL DESPACHO PRESIDENCIAL, QUIEN CERTIFICA, EXPIDE LA PRESENTE CONSTANCIA:

*Que el SGT02 SAA CABRERA CCALLO CESAR, DEL RC N°1 "GHJ"EPR, prestó servicio militar de Junio del 2001 al 15 de Diciembre del 2002 .*

*Durante su permanencia en la Casa Militar el referido servidor representó una ayuda efectiva e importante por cuanto sus funciones fueron desempeñadas con eficiencia, lealtad y responsabilidad cumpliendo a cabalidad las tareas encomendadas, a quien me permito recomendar plenamente.*




*Se expide la presente a solicitud del interesado, para los fines que estime conveniente.*

Lima, 15 de diciembre del 2002






107320600  
RAFAEL HOYOS DE VINATEA  
General de Brigada EP.  
Jefe de la Casa Militar del  
Presidente de la República

## 8.9.- Anexo "I" BOLETA DE PAGO – DICIEMBRE 2020

 <b>BOLETA DE PAGO</b> RUC: 20178022581					
<b>Trabajador</b>	: CABRERA CCALLO CESAR			<b>DNI</b>	: 42770910
<b>Sexo</b>	: Masculino	<b>Nacionalidad</b>	: Peruana		
<b>Cargo</b>	: DIRECTOR DE LA DIRECCION DEL ASEGURADO				
<b>Sede</b>	: CENTRAL	<b>Departamento</b>	: LIMA	<b>Provincia</b>	: LIMA
<b>Fecha de Ingreso</b>	: 15/12/2020	<b>Rem. Básica</b>	: 12,000.00	<b>Días Trab.</b>	: 16
<b>Unidad Org.</b>	: Dirección del Asegurado			<b>Días No Lab.</b>	: 0
<b>Régimen Pens.</b>	: AFP PROFUTURO	<b>CUSPP</b>	: 602831CCCL0	<b>Días Subsidiados</b>	: 0
<b>Cond. Laboral</b>	: D.L. 1057 (CAS)				
	<b>Horas Trab.</b>	: 160	<b>Minutos Trab.</b>	: 0	
	<b>Horas Extras</b>	: 0	<b>Minutos Ext.</b>	: 0	
<b>DICIEMBRE 2020</b>					
INGRESOS		EGRESOS		APORTACIONES	
CONCEPTO	MONTO	CONCEPTO	MONTO	CONCEPTO	MONTO
00101 REMUNERACION	6,400.00	00308 IMP. A LA RENTA	512.00	00505 ESSALUD	0.00
		00441 AFP APORTE OBLIG.	640.00		
		00442 AFP COMISIÓN PORCENTUAL	108.18		
		00443 AFP PRIMA SEGURO	69.85		
		00444 AFP COMIS. MIXTA	0.00		
<b>TOTAL INGRESOS</b>	<b>6,400.00</b>	<b>TOTAL EGRESOS</b>	<b>1,330.01</b>	<b>NETO A PAGAR</b>	<b>5,068.99</b>
<b>SON: CINCO MIL SESENTA Y NUEVE CON 99/100 Soles</b>					
<b>OBSERV.:</b>					
 <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: left;"> <p>Fecha de Firma: 06/01/2021 16:31            Firmante: RUIZ CALDERON DE ARELLANO Raquel FAU 20178022581            hard</p> </div> <div style="text-align: right;">  </div> </div> <p><a href="https://sigef-bol.saludpol.gob.pe:10444/00216/1/06/bp-cf-20201201042770910.pdf">https://sigef-bol.saludpol.gob.pe:10444/00216/1/06/bp-cf-20201201042770910.pdf</a></p>					
<b>EMPLEADOR</b>					

## 8.10.- Anexo "J" BOLETA DE PAGO – MARZO 2021

 <b>BOLETA DE PAGO</b> RUC: 20178622581					
<b>Trabajador</b>	: CABRERA CCALLO CESAR			<b>DNI</b>	: 42770010
<b>Sexo</b>	: Masculino	<b>Nacionalidad</b>	: Peruana		
<b>Cargo</b>	: DIRECTOR DE LA DIRECCION DEL ASEGURADO				
<b>Sede</b>	: CENTRAL	<b>Departamento</b>	: LIMA	<b>Provincia</b>	: LIMA
<b>Fecha de Ingreso</b>	: 15/12/2020	<b>Ram. Básica</b>	: 12,000.00	<b>Días Trab.</b>	: 30
<b>Unidad Org.</b>	: Dirección del Asegurado			<b>Días No Lab.</b>	: 0
<b>Régimen Pens.</b>	: AFP PROFUTURO	<b>CUSPP</b>	: 602631000RLO		
<b>Cond. Laboral</b>	: D.L. 1057 (CAS)				
	<b>Horas Trab.</b>	: 180	<b>Minutos Trab.</b>	: 0	
	<b>Horas Extras</b>	: 0	<b>Minutos Ext.</b>	: 0	
<b>MARZO 2021</b>					
INGRESOS		EGRESOS		APORTACIONES	
CONCEPTO	MONTO	CONCEPTO	MONTO	CONCEPTO	MONTO
00101 REMUNERACION	12,000.00	00308 IMP. A LA RENTA	0.00	00505 ESSALUD	217.80
		00441 AFP APORTE OBLIG.	1,200.00		
		00442 AFP COMISIÓN PORCENTUAL	202.80		
		00443 AFP PRIMA SEGURO	172.24		
		00444 AFP COMIS. MIXTA	0.00		
<b>TOTAL INGRESOS</b>	<b>12,000.00</b>	<b>TOTAL EGRESOS</b>	<b>1,575.04</b>	<b>NETO A PAGAR</b>	<b>10,424.96</b>
<b>SON: DIEZ MIL CUATROCIENTOS VEINTICUATRO CON 96/100 Soles</b>					
<b>OBSERV.:</b>					
		Fecha de Firma: 05/04/2021 13:36 Firmante: RUIZ CALDERON DE ARELLANO Raquel FAU 20178622581 Inad			
<a href="https://sigef-bol.saludpol.gob.pe:10444/2021/04/05/bp-cf-20210301C427700101009.pdf">https://sigef-bol.saludpol.gob.pe:10444/2021/04/05/bp-cf-20210301C427700101009.pdf</a>					
<b>EMPLEADOR</b>					

8.11.- Anexo "K" **DECLARACION JURADA DE INTERESES**

Firmado digitalmente por:  
 CABRERA CCALLO Cesar FIR  
 42770910 hard  
 Motivo: Soy el autor del  
 documento  
 Fecha: 24/08/2020 11:52:03-0500

**FORMATO DE DECLARACION JURADA DE INTERESES**NOMBRES Y APELLIDOS: **CESAR CABRERA CCALLO**TIPO DE DOCUMENTO: **DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD**NRO DOCUMENTO: **42770910**FECHA DE PRESENTACION: **24 DE AGOSTO DEL 2020**

a. Información de empresas, sociedades u otras entidades en las que posea alguna clase de participación patrimonial o similar, constituidas en el país o en el exterior.

RAZON SOCIAL	R.U.C	NATURALEZA DE LA PARTICIPACIÓN	PORCENTAJE DE PARTICIPACIÓN	PERIODO
--------------	-------	--------------------------------	-----------------------------	---------

b. Información sobre representaciones, poderes y mandatos otorgados por personas naturales y/o jurídicas, públicos o privados.

NOMBRE, DENOMINACIÓN SOCIAL	R.U.C	NATURALEZA	PERIODO
-----------------------------	-------	------------	---------

c. Participación en directorios, consejos de administración y vigilancia, consejos consultivos, consejos directivos o cualquier cuerpo colegiado semejante, sea remunerado o no.

NOMBRE, DENOMINACIÓN SOCIAL	R.U.C	NATURALEZA DEL CUERPO COLEGIADO	PERIODO
-----------------------------	-------	---------------------------------	---------

d. Empleos, asesorías, consultorías, y similares, en los sectores público y privado, sea remunerado o no.

NOMBRE DE LA ENTIDAD PÚBLICA	R.U.C	CARGO	PERIODO (Inicio / Actual / Cese)
------------------------------	-------	-------	-------------------------------------

FONDO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD DE LA POLICIA NACIONAL DEL PERU - SALUDPOL	20178922581	DIRECTOR DE LA DIRECCION DEL ASEGURADO	01/08/2020 ALA FECHA
--	-------------	--	----------------------

e. Participación en organizaciones privadas (asociaciones, gremios y organismos no gubernamentales).

ORGANIZACIÓN PRIVADA	R.U.C	NATURALEZA DE LA PARTICIPACIÓN	PERIODO
----------------------	-------	--------------------------------	---------

f. Participaciones en Comités de Selección (Licitación pública, concurso público, contratación directa y adjudicación simplificada) y fondos por encargo.

NOMBRE DE LA ENTIDAD PÚBLICA	R.U.C	TIPO DE COMITÉ	PERIODO
------------------------------	-------	----------------	---------

g. Relación de personas que integran el grupo familiar (padres, suegros, cónyuge, conviviente, hijos, hermanos), incluyendo sus actividades y ocupaciones actuales.

APELLIDOS Y NOMBRES	DNI/CE/PAS.	PARENTESCO	ACTIVIDADES U OCUPACIONES ACTUALES	LUGAR DE TRABAJO
CABRERA QUISPE VICENTE	24689495	Padre/Madre	SU CASA	SU CASA
CCALLO DE CABRERA FELIPA	24689608	Padre/Madre	SU CASA	SU CASA

h. Otra información relevante que considere necesario declarar:

Declaro expresamente que toda la información contenida en la presente declaración contiene todos los datos relevantes, es veraz y exacta.

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en la Presidencia del Consejo de *Ministros*, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S.

070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: <https://dji.pide.gob.pe/consultas-dji>

## 8.12.- Anexo "L" INFORME DE PERSONAL – INFORMACIÓN DE FEBRERO 2014

REGIMEN LABORAL Y/O MODALIDAD DE CONTRATACIÓN	APELLIDOS y NOMBRES	CARGO	DEPENDENCIA Y/O OFICINA	DETALLE DE INGRESOS					TOTAL INGRESOS MENSUAL
				REMUNERACIONES (276 Y CAS)	HONORARIOS (FAG, PAC, PNUD, 278)	INCENTIVO (CAFAE)	AGUINALDO / GRATIFICACIÓN / ESCOLARIDAD	OTROS INGRESOS (DU)	
DESCRIPCIÓN:	DESTACADO DE RREE								
Régimen 728/OTROS	CARLOS EDMUNDO, BULLERVIZCARRA		SECRETARIA GENERAL DE LA PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA	0	0	924	0	0	924
CAS	CESAR, CABRERA CCALLO		DIRECCION DE OPERACIONES	2500	0	0	0	0	2500
Régimen 728/OTROS	CARLOS MANUEL, CACHO QUIROZ	CONDUCTOR DE VEHICULOS	DIRECCION DE OPERACIONES	3275	0	0	0	0	3275