

Año  
2019

# Informe de Revisión por la Dirección

Diciembre de 2019

SGC

MARÍA TERESA MENESES RAMIREZ

FUNDACIÓN COVIDA | Armenia



	<b>FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA "COVIDA"</b>		
		CÓDIGO: GE-FO-002	
		VERSIÓN: 1	
		FECHA: octubre de 2015	
		PÁGINA: 1 de 49	

## Contenido

1.	PERTINENCIA DE LA PLATAFORMA ESTRATÉTICA .....	2
2.	REVISIONES POR LA DIRECCIÓN PREVIAS.....	2
3.	CUESTIONES INTERNAS Y EXTERNAS.....	3
4.	RETROALIMENTACIÓN DE LAS PARTES INTERESADAS .....	4
4.1.	RETROALIMENTACIÓN DEL CLIENTE.....	4
4.2.	PQR.....	7
4.3.	RETROALIMENTACIÓN DEL CLIENTE INTERNO .....	8
5.	OBJETIVOS DE CALIDAD.....	12
6.	DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS Y CONFORMIDAD DEL SERVICIO.....	3
7.	ESTADO ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS.....	10
8.	SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN.....	11
8.1.	Gestión Estratégica y Dirección .....	11
8.2.	Gestión Comercial .....	12
8.3.	Terapias Integrales .....	12
8.4.	Gestión Administrativa y financiera .....	18
8.5.	Gestión Talento Humano .....	19
8.6.	Gestión de Compras – Desempeño de los proveedores externos .....	21
9.	RESULTADOS DE AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD.....	22
10.	ADECUACIÓN DE LOS RECURSOS .....	22
11.	SEGUIMIENTO A RIESGOS .....	23
12.	SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA CALIDAD – RESOLUCION 256 DE 2016 .....	24
13.	PAMEC – ESTANDARES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE .....	24
14.	SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO – DECRETO 1072 de 2015 .....	27
15.	OPORTUNIDADES DE MEJORA Y RECURSOS.....	30
16.	CAMBIOS QUE PODRIAN AFECTAR EL SGC.....	35
17.	CIERRE DEL INFORME POR LA DIRECCIÓN EJECUTIVA .....	35

	FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA "COVIDA"	
	INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	CÓDIGO: GE-FO-002
		VERSIÓN: 1
		FECHA: octubre de 2015

FECHA: 31 de diciembre de 2019

PERIODO: enero a diciembre de 2019

**OBJETIVO:** Identificar las oportunidades de mejora y fortalezas de la organización. Evaluar la gestión empresarial en forma integral con el propósito de determinar la eficacia de los resultados, teniendo en cuenta las metas y objetivos fijados, los recursos humanos, financieros y materiales, la organización de esos recursos y los controles establecidos bajo el Sistema de Gestión de calidad.

La Dirección de la empresa elabora el informe de gestión cada año.

Basado en ISO 9001:2015

#### ENTRADAS DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN:

1. PERTINENCIA DE LA PLATAFORMA ESTRATÉTICA	
<b>Resultados</b>	
Misión:	Somos una Entidad sin ánimo de Lucro que presta servicios de salud, para preservar y recuperar la autonomía de las personas, capacitando las familias como co-terapeutas contribuyendo a construir su proyecto de vida.
Visión:	Consolidar nuestro modelo terapéutico incluyente, participativo y sostenible en la búsqueda de la excelencia para ser referentes en la Región.
Política de calidad:	<p>La <b>Fundación Social Somos Constructores de Vida COVIDA</b>, dedica su actuación a la atención de personas con discapacidad neurológica mediante la habilitación / rehabilitación integral e intensiva, con educación a la familia y/o cuidador, como elemento del modelo de rehabilitación basada en comunidad (RBC), a través de un equipo multidisciplinario de profesionales especializados, idóneo y competente, que dirige sus acciones hacia la identificación de las necesidades del usuario para satisfacerlas, hacia la eficiencia y eficacia de sus acciones, al cumplimiento de los requisitos y los estándares de calidad establecidos en la normativa vigente y hacia un proceso permanente de mejora continua.</p> <p>La política de calidad no tiene cambios.</p>

#### 2. REVISIONES POR LA DIRECCIÓN PREVIAS

A continuación, se detallan las acciones de mejora planteadas en el informe de revisión por la dirección del año 2018 a ejecutar en el año 2019, y los resultados obtenidos con su ejecución

PROCESO	ACCION DE MEJORA	RECURSOS NECESARIOS	FECHA DE IMPLEMENTACIÓN	SEGUIMIENTO
Gestión estratégica y Dirección	Ampliar el portafolio de servicios para tener nuevas líneas de intervención	Económicos Talento Humano Recursos Físicos Recursos tecnológicos e informáticos	Junio de 2018	Portafolio ampliado. Aun no se habilitan los servicios debido a que no hay contratación para dichos servicios
Gestión de calidad	Identificar nuevos indicadores de los procesos que permitan	Talento Humano	31 de enero de 2018	Se realiza evaluación y no se evidencia la necesidad de

	FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA "COVIDA"			
	INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN		CÓDIGO: GE-FO-002	
			VERSIÓN: 1	
			FECHA: octubre de 2015	PÁGINA: 3 de 49

PROCESO	ACCION DE MEJORA	RECURSOS NECESARIOS	FECHA DE IMPLEMENTACIÓN	SEGUIMIENTO
	monitorear el sistema de calidad y tomar decisiones			incluir o eliminar indicadores, los existentes aun entregan información importante.
Terapias Integrales	Adquisición de dispositivos médicos que apoyen la terapia física	Directora Ejecutiva	Junio de 2018	SI colchonetas, espaldadera, infraestructura de consultorio de Terapia Física, nevera para paquetes fríos
Gestión Talento Humano	Establecimiento de comité de bienestar para la atención de los colaboradores de la Fundación.	Talento Humano	Marzo de 2018	SI comité conformado, cronograma 2019
Gestión Administrativa y Financiera	La Directora Ejecutiva para el segundo semestre del año 2018, contratará una líder administrativa y financiera	Humano Económicos	Julio de 2018	SI Profesional contratado

### 3. CUESTIONES INTERNAS Y EXTERNAS

En el año 2017 se realiza un completo análisis del contexto de la Fundación, teniendo en cuenta variables como:

- Introducción: Proceso Estratégico
- Planeación de la Estrategia de la Fundación Covida
- Proceso estratégico y Metodología
- Entorno
- Grupos de interés

Dicho análisis se realiza con todo el equipo de trabajo en jornadas únicas, de este trabajo se determinan los siguientes resultados:

- Propuesta de Valor y Capacidades internas
- Misión, Valores y Visión
- Alcance del SGC
- No aplicabilidad
- DOFA
- Objetivos Estratégicos
- Proyectos Estratégicos

Para esta revisión por la dirección se realiza análisis de los resultados, determinando que siguen siendo vigentes a la fecha y sobre los cuales se está trabajando durante el año 2019.

Ver documento Planeación estratégica Fundación Covida.

	<b>FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA "COVIDA"</b>		
		CÓDIGO: GE-FO-002	
		VERSIÓN: 1	
		FECHA: octubre de 2015	
		PÁGINA: 4 de 49	

#### DESEMPEÑO Y EFICACIA DEL SGC:

### 4. RETROALIMENTACIÓN DE LAS PARTES INTERESADAS

#### 4.1. RETROALIMENTACIÓN DEL CLIENTE

Se presenta la trazabilidad del indicador, desde el año 2016, hasta I semestre 2019.

De acuerdo con la trazabilidad, denota la variabilidad de los resultados y de las intervenciones realizadas. Sigue superando la meta establecida, de 1 x 1000 usuarios que asisten a la IPS, aunado al tipo de población que se atiende, que en su mayoría es de alto compromiso neurológico y motriz.

Se resalta que en el primer semestre del año 2019, se evidencia un incremento de caídas, para las cuales se gestionaron acciones desde el comité de seguridad del paciente, como puede evidenciarse en las actas de dicho comité.



Fuente. Indicadores de calidad Resolución 256 de 2016. Años 2016 – I semestre 2019

1. **Con relación al dominio de experiencia en la atención, frente al indicador: Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la IPS**, se presenta la trazabilidad del indicador, con una percepción de satisfacción de los usuarios, mayor al 95% superando la meta establecida. Lo anterior relacionado con la mejora de la infraestructura física y de la calidad del personal que labora en la Fundación.



Fuente. Indicadores de calidad Resolución 256 de 2016. Años 2016 – I semestre 2019

2. Frente al dominio de experiencia en la atención: Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos, se supera la meta establecida del 95%, fluctuando en la trazabilidad en puntajes desde 93% y el 100% obtenido en el II semestre del año 2017. Se mantiene estable durante el año 2018 y disminuye un punto porcentual en el I semestre de 2019, relacionado con la oportunidad en las citas.



Fuente. Indicadores de calidad Resolución 256 de 2016. Años 2016 – I semestre 2019

	<b>FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA "COVIDA"</b>		
	CÓDIGO: GE-FO-002		
	VERSIÓN: 1		
	FECHA: octubre de 2015		
	PÁGINA: 6 de 49		

## Segundo semestre 2019

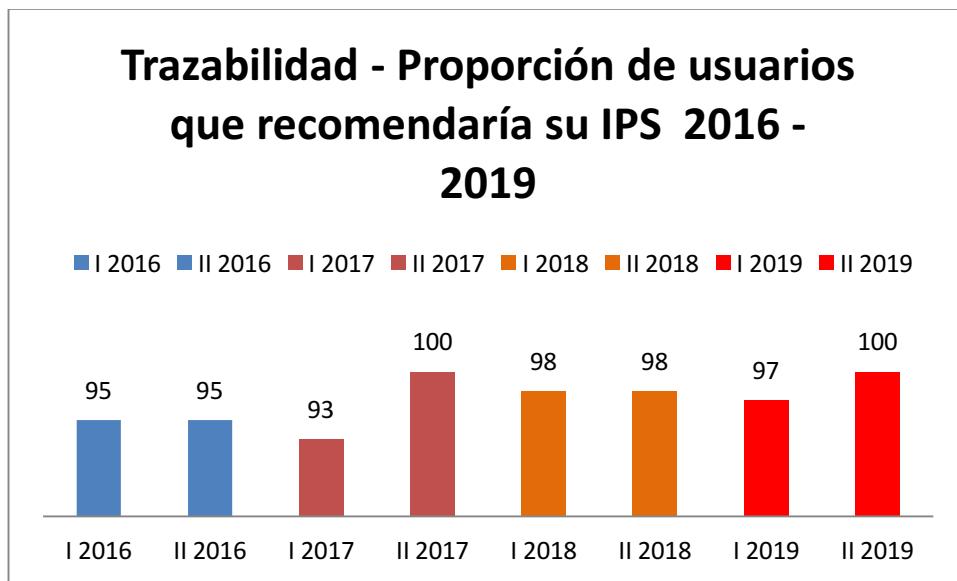
1. Con relación al dominio de experiencia en la atención, frente al indicador: **Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la IPS**, se presenta la trazabilidad del indicador, con una percepción de satisfacción de los usuarios, del 100% superando la meta establecida. Lo anterior relacionado con la mejora de la infraestructura física y de la calidad del personal que labora en la Fundación.



Fuente: Oficina calidad. Indicadores de calidad Resolución 256 de 2016. Años 2016 –2019. Enero 2020.

2. Frente al dominio de experiencia en la atención: **Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos**, se supera la meta establecida del 95%, fluctuando en la trazabilidad en puntajes desde 93% y el 100% obtenido en el II semestre del año 2017 y año 2019. Se mantiene estable durante el año 2018 y disminuye un punto porcentual en el I semestre de 2019, relacionado con la oportunidad en las citas.

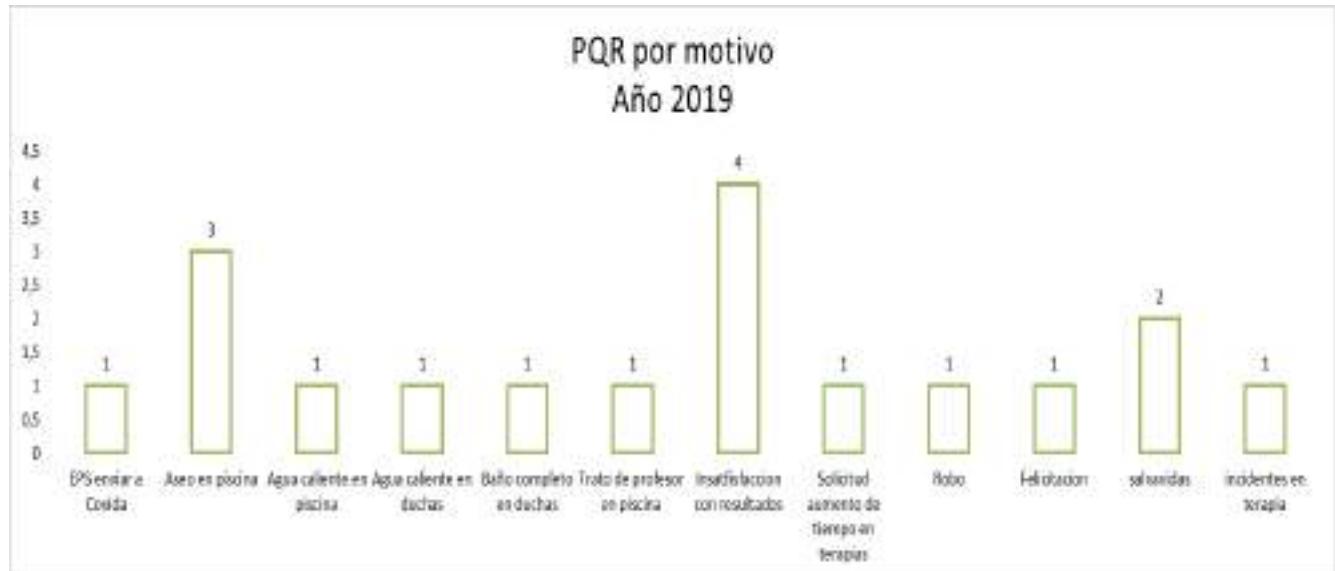
	<b>FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA “COVIDA”</b>	
<b>INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN</b>		CÓDIGO: GE-FO-002
		VERSIÓN: 1
		FECHA: octubre de 2015
		PÁGINA: 7 de 49



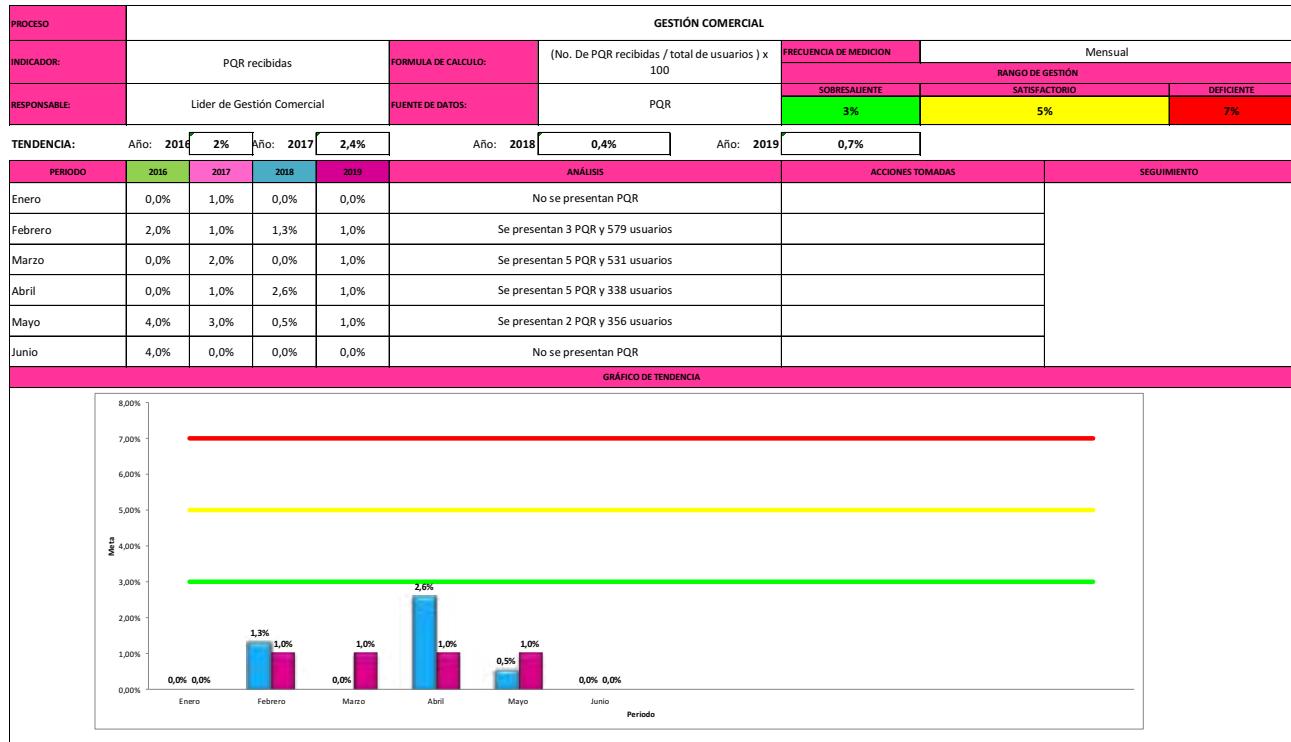
Fuente: Oficina calidad. Indicadores de calidad Resolución 256 de 2016. Años 2016 –2019. Enero 2020.

#### 4.2. PQR

En promedio del primer semestre del año se presenta un 0.7% de PQR recibidas en la Fundación, todas las PQR han sido gestionadas y se presenta respuesta oportuna al usuario.



	FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA "COVIDA"					
	INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN					
						CÓDIGO: GE-FO-002
						VERSIÓN: 1
						FECHA: octubre de 2015
						PÁGINA: 8 de 49



#### 4.3. RETROALIMENTACIÓN DEL CLIENTE INTERNO

Se realiza evaluación a 11 personas para medir la satisfacción del cliente interno, obteniendo un resultado del 88% en promedio de todos los criterios evaluados; así podemos evidenciar en el gráfico No. 1 que el criterio con resultado más bajo corresponde a comunicación 82% (ver detalle en gráfico No. 6)

Es importante tomar acciones primero a los criterios que obtienen resultados menores al 90%, con intención de mejorar la satisfacción del talento humano, quien es el motor de la prestación del servicio.


**Gráfico No. 1**

A continuación, se encuentran los resultados por criterio:


**Gráfico No. 2**

**La empresa:** en el gráfico general se encuentra con resultado del 97%, mejora frente a la evaluación del año 2018

	<b>FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA “COVIDA”</b>		
	CÓDIGO: GE-FO-002	VERSIÓN: 1	FECHA: octubre de 2015
<b>INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN</b>			PÁGINA: 10 de 49



Gráfico No. 3

**Condiciones ambientales:** Comodidad en puesto de trabajo 78%, es conveniente el análisis de estos dos puntos para generar acciones que permitan la mejora.

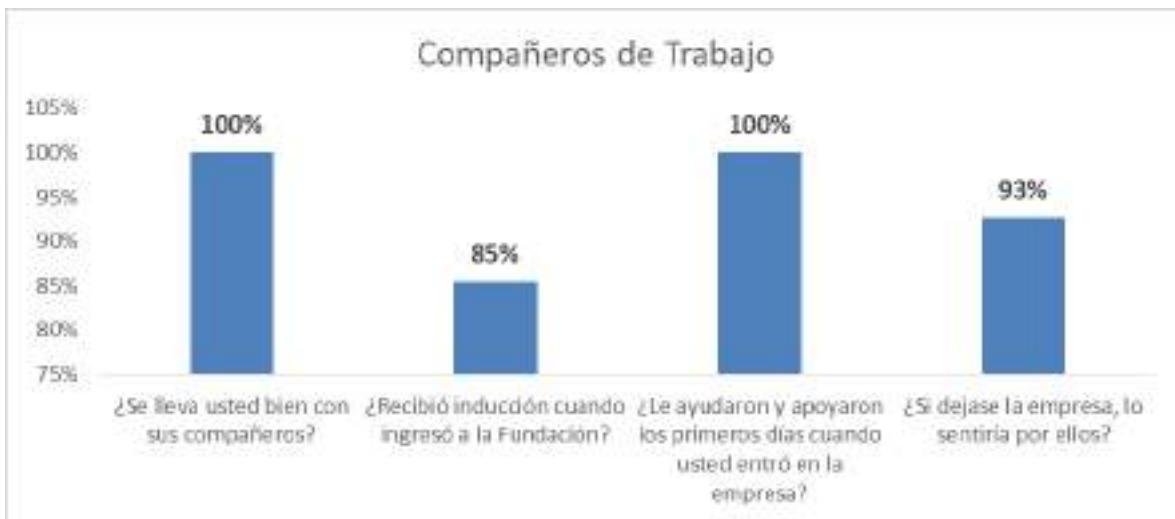


Gráfico No. 4

**Compañeros de trabajo:** Inducción 85%, se ha mejorado en comparación con el año 2018, se debe seguir trabajando en el tema

 <b>FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA “COVIDA”</b>	
	CÓDIGO: GE-FO-002
	VERSIÓN: 1
	FECHA: octubre de 2015
	PÁGINA: 11 de 49

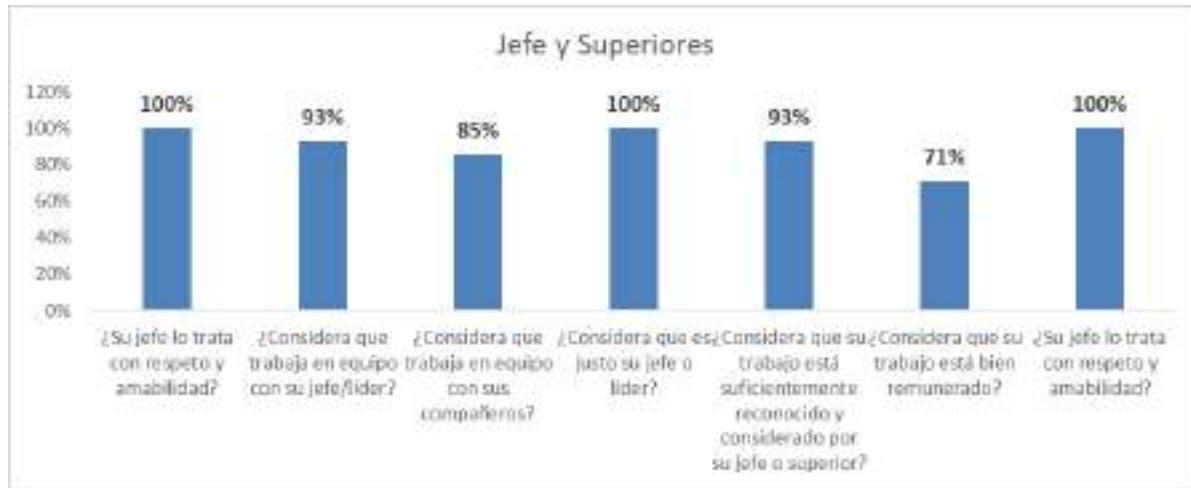


Gráfico No. 5

**Jefe y Superiores:** el criterio más bajo corresponde a la remuneración, este tema es evaluado cada año y se realizan los ajustes de acuerdo a las condiciones de la Fundación.

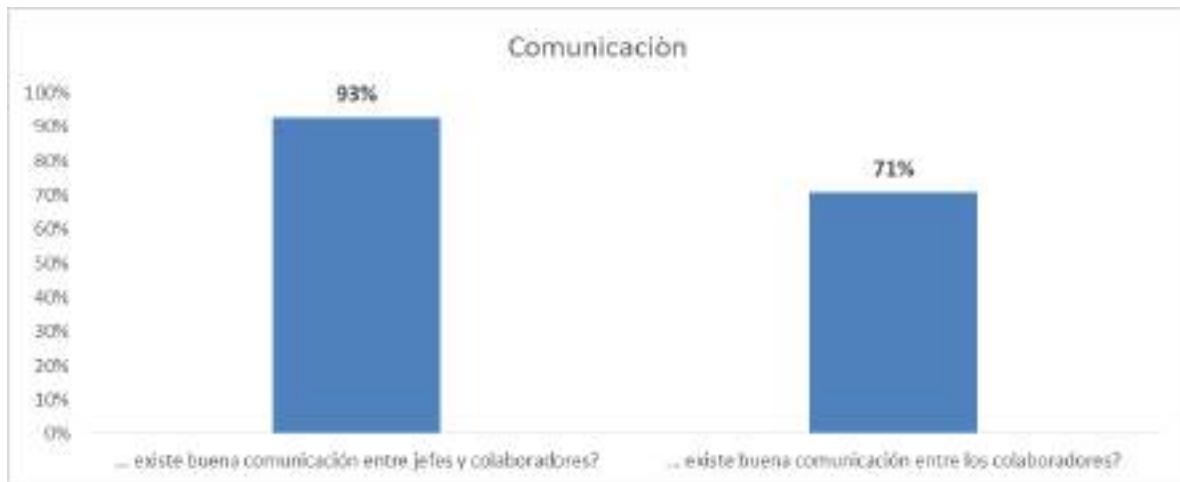
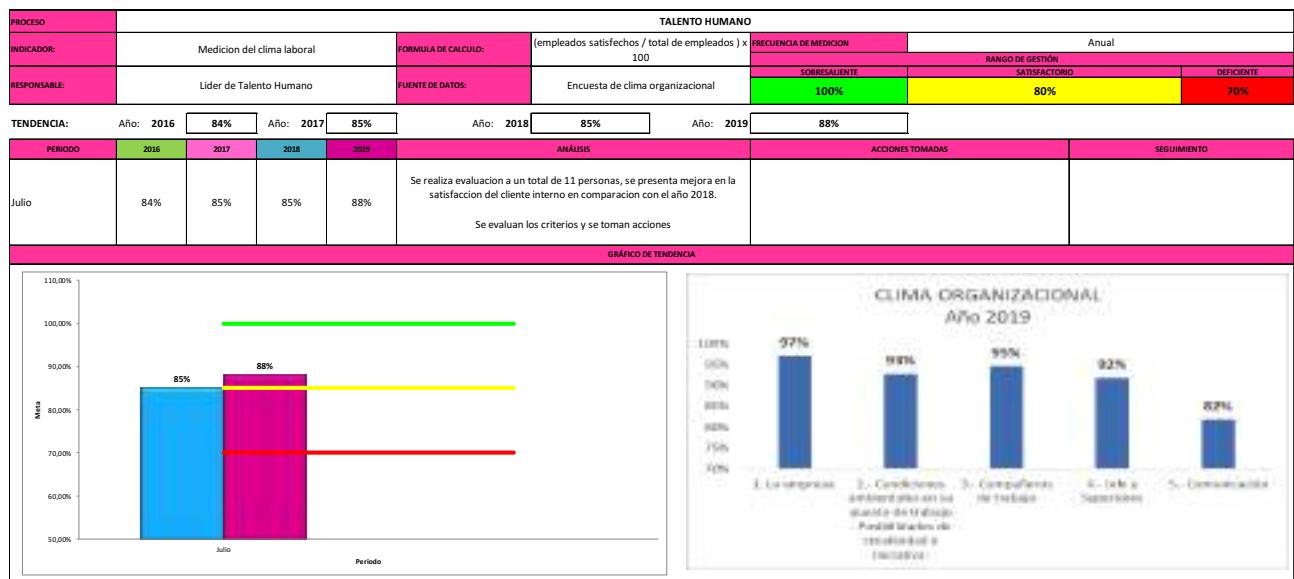


Gráfico No. 6

**Comunicación:** ha mejorado en comparación con el año 2018 la comunicación entre jefes y colaboradores, se debe mejorar la comunicación entre colaboradores.

	<b>FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA "COVIDA"</b>				
<b>INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN</b>					CÓDIGO: GE-FO-002
					VERSIÓN: 1
					FECHA: octubre de 2015
					PÁGINA: 12 de 49



## 5. OBJETIVOS DE CALIDAD

### PLAN DE ACCION – OBJETIVOS DE CALIDAD

DIRECTRICES PARA LA POLÍTICA DE CALIDAD	OBJETIVOS DE CALIDAD	PLAN DE ACCIÓN	RESPONSABLE	RECURSOS
Atención de personas con discapacidad neurológica	Prestar servicios de salud de habilitación/rehabilitación con alta calidad	<p>P: identificar la población sujeta de intervención, para mercadear el portafolio de servicios</p> <p>H: Llegar a la población identificada mediante contratación</p> <p>Prestar el servicio de acuerdo al alcance del contrato</p> <p>Facturar presentando los soportes de los servicios prestados para el pago</p> <p>V: A través de la historia clínica, se logra identificar los avances terapeúticos de cada usuario</p> <p>A: tomar las acciones correspondientes de acuerdo a la verificación</p>	Directora Ejecutiva  Grupo misional  Facturador	Humanos Económicos Logísticos Locativos Tecnológicos

	FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA "COVIDA"	
	INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	
	CÓDIGO: GE-FO-002	
	VERSIÓN: 1	

FECHA: octubre de 2015  
PÁGINA: 1 de 49

DIRECTRICES PARA LA POLÍTICA DE CALIDAD	OBJETIVOS DE CALIDAD	PLAN DE ACCIÓN	RESPONSABLE	RECURSOS
Modelo de habilitación / rehabilitación integral e intensiva, con educación a la familia y/o cuidador, como elemento del modelo de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC). Formar padres co-terapeutas	Educar a la familia y/o cuidador, como elemento del modelo de rehabilitación basada en comunidad (RBC)	P: planificar las actividades a realizar con los padres de familia  H: ejecutar las actividades de acuerdo al plan  V: verificar el cumplimiento del plan  A: tomar acciones	Líder misional	Humanos Logísticos
Equipo multidisciplinario de profesionales especializados, idóneo y competente	Mejorar la competencia del personal	P: programar los temas, responsables, recursos y fechas en cronograma de capacitación por comités  H: Ejecutar las capacitaciones de acuerdo a lo planificado  v: evaluar la adherencia a temas presentados  A: tomar acciones de re-entrenamiento si es necesario	Líder de Talento Humano	Humanos Logísticos
Cumplimiento de los requisitos y los estándares de calidad establecidos en la normativa vigente	Trabajar con estándares de calidad y bajo normas estrictas de seguridad	P: identificar las normas aplicables a la institución  H: Actualizar trimestralmente la matriz normativa y aplicarlas  V: verificar el cumplimiento de la normatividad vigente  A: Actuar frente a las normas que se encuentran en proceso o no cumplidas	Directora Ejecutiva  Líder de Calidad	Humanos Económicos Logísticos Locativos Tecnológicos
Direccionar acciones hacia la identificación de las necesidades del usuario para satisfacerlas.	Monitorear la satisfacción de los clientes	P: identificar la herramienta, responsable, frecuencia para la aplicación de las encuestas de satisfacción del cliente y el usuario  H: Aplicar la encuesta  V: Analizar los resultados  A: tomar las acciones pertinentes	Líder de Talento Humano	Humanos Logístico
Eficiencia y eficacia de las acciones				

	FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA "COVIDA"		
	INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN		CÓDIGO: GE-FO-002
			VERSIÓN: 1
			FECHA: octubre de 2015
			PÁGINA: 2 de 49

DIRECTRICES PARA LA POLÍTICA DE CALIDAD	OBJETIVOS DE CALIDAD	PLAN DE ACCIÓN	RESPONSABLE	RECURSOS
Proceso permanente de mejora continua.	Mejorar continuamente	P: establecer acciones de mejora en los procesos  H: Ejecutar las acciones de mejora establecidas  V: verificar el cumplimiento y eficacia de las acciones  A: tomar acciones de acuerdo con los resultados	Líder de Calidad	Humanos Económicos Logísticos Locativos Tecnológicos

### SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN OBJETIVOS DE CALIDAD

OBJETIVOS DE CALIDAD	INDICADOR	FÓRMULA	META	RESPONSABLE DE LA MEDICIÓN	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	SEGUIMIENTO DE LA MEDICIÓN
Prestar servicios de salud de habilitación/rehabilitación con alta calidad	Medición adherencia a guías por parte del personal	(No. De guías, protocolos, instructivos con resultados de evaluación mayor al 90% / total de Guías adoptadas) x 100	90%	Líder misional	Anual	100%
	Resultados en contrataciones - convenios	(No. De contrataciones concretadas / No. De propuestas entregadas) x 100	15%	Director ejecutivo	Semestral	50%
	Evaluación por parte de los padres o cuidadores con respecto a la prestación del servicio	(No. Padres con satisfacción mayor al 80% / total encuestados) x 100	90%	Líder de calidad	Anual	100%
	Evaluación por parte de los padres /cuidadores con respecto a las terapeutas que prestan el servicio	(No. De terapeutas con resultados mayores a 85%/total e terapeutas evaluadas) x 100	90%	Líder de calidad	Anual	100%
Educar a la familia y/o cuidador, como elemento del modelo de rehabilitación basada en comunidad (RBC)	% de actividades realizadas con padres y/o cuidadores	(No. de actividades ejecutadas/ No. De actividades planeadas) x 100	90%	Dirección ejecutiva	Semestral	100%

	FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA "COVIDA"					
	INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN				CÓDIGO: GE-FO-002	
					VERSIÓN: 1	
					FECHA: octubre de 2015	

PÁGINA: 3 de 49

OBJETIVOS DE CALIDAD	INDICADOR	FÓRMULA	META	RESPONSABLE DE LA MEDICIÓN	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	SEGUIMIENTO DE LA MEDICIÓN
Mejorar la competencia del personal	Capacitar al personal en temas asociados a su labor	(No. De personas con adherencia a temas de capacitación (resultado mayor o igual a 4) / total de personas capacitadas) x 100	80%	Talento Humano	Semestral	95%
Trabajar con estándares de calidad y bajo normas estrictas de seguridad	Cumplimiento de estándares de habilitación.	(No. De estándares aplicados / No. Total de estándares) x 100	100%	Director ejecutivo	Semestral	85%
Monitorear la satisfacción de los clientes	Tasa de satisfacción global	(No. Total de clientes - usuarios satisfechos/No. Total de clientes - usuarios encuestados) x 100	90%	Líder de Talento Humano	Semestral	100%
						usuarios 97%
Mejorar continuamente	Implementación de acciones de mejora	(No. De acciones de mejora ejecutadas/ No. De acciones de mejora planteadas) x 100	80%	Líder Calidad Director Ejecutivo	Semestral	100%

## 6. DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS Y CONFORMIDAD DEL SERVICIO

Se establecieron medidas de desempeño en cada uno de los procesos identificados en la empresa, así se elabora una matriz de indicadores donde se presenta información como indicador, como medir, meta, frecuencia, responsable y resultado.

Número de indicadores por proceso:

- Gestión estratégica y de dirección: 2
- Gestión de calidad: 3
- Gestión comercial: 3
- Terapias integrales: 5
- Gestión administrativa y financiera: 2
- Gestión de talento humano: 5
- Gestión de compras: 1

Se puede evidenciar el siguiente cumplimiento de metas:

	<b>FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA "COVIDA"</b>	
<b>INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN</b>		CÓDIGO: GE-FO-002 VERSIÓN: 1 FECHA: octubre de 2015 PÁGINA: 4 de 49

Número de indicadores	21
Verde	81%
Amarillo	0%
Rojo	10%

## SERVICIO NO CONFORME

PROCESO		TERAPIAS INTEGRALES												
INDICADOR:	Servicio no conforme			FORMULA DE CALCULO:	(servicio no conforme periodo actual-SNC periodo anterior)/ SNC periodo anterior) x 100		FRECUENCIA DE MEDICION		Trimestral					
RESPONSABLE:	Líder proceso Terapias Integrales			FUENTE DE DATOS:	Registro de servicio no conforme		SOBRESALIENTE	SATISFACTORIO	DEFICIENTE					
TENDENCIA:	Año: 2016 [18%]			Año: 2017 [-49%]	Año: 2018 [83%]	Año: 2019 [6%]								
PERIODO	MOTIVO	Cantidad	2017	Cantidad	2018	Cantidad	2019	ANÁLISIS			SEGUIMIENTO			
enero - marzo	Atención inopportuna	4				2		Se presenta un total de 32 servicios no conformes en el periodo enero a marzo de 2019, cada uno ha tenido el tratamiento correspondiente.						
	Agresiones entre usuarios	0			1	1								
	no prestación del servicio por infraestructura	1		3	1	1								
	Fallas en registros clínicos	0		1	10	7								
	Fallas en la infraestructura relacionada con software	0		1	1	1								
	Fallas en comunicación	0		1	7	7								
	Ausentismo	0		1	4	4								
	No cumplir con lo prometido	0		1	5	5								
	Uso de horarios por fuera del alcance del contrato	0												
	Fallas en orden y limpieza institucional	0												
Abil- junio	Atención inopportuna	0		4	3	3		Se presenta un total de 34 servicios no conformes en el periodo enero a marzo de 2019, cada uno ha tenido el tratamiento correspondiente.						
	no prestación del servicio por infraestructura	2		7	11	11								
	Fallas en registros clínicos	0		1	7	7								
	Fallas en la infraestructura relacionada con software	0		3	2	2		Se presenta aumento en los SNC con respecto al periodo anterior en el 6%						
	Fallas en comunicación	0		4	4	4								
	No cumplir con lo prometido	0		1	6	6								
	Uso de horarios por fuera del alcance del contrato	0		2	1	1								
	Fallas en orden y limpieza institucional	0		1	1	1								
<b>GRÁFICO DE TENDENCIA</b>														

### • AUSENTISMOS DE LOS USUARIOS:

Persiste el ausentismo en todas las fases, cuyas causas son diversas: enfermedad, situación económica, dificultad en la flexibilidad del horario, entre otras.

### Solución:

Se ha designado a líderes por cada fase para que haga control de los ausentismos a través de llamada o internet, pero continúa sin solución la razón real por la cual sucede. Se solicitan reportes médicos o escolares, etc para comprobar veracidad de lo que se dice. En algunos casos el problema radica en la emisión de la orden correspondiente.

	<b>FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA "COVIDA"</b>		
<b>INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN</b>			CÓDIGO: GE-FO-002
			VERSIÓN: 1
			FECHA: octubre de 2015
			PÁGINA: 5 de 49

Es importante iniciar campaña de fidelización, visitas a la eps por parte de la alta gerencia con el fin de determinar si existe alguna dificultad en la referencia de pacientes hacia la institución.

Activar compromisos con la institución ya que a pesar de tener subsidio de transporte continúan faltando.

Realizar encuesta de satisfacción del cliente externo que permita ampliar variables sobre las necesidades de los clientes externos y el portafolio de la Fundación.

La gerencia se comunicó con diferentes eps para reportar ausentismos pero hasta el momento sólo una de ellas respondió.

- **TAREAS INSTITUCIONALES:**

Dentro de las tareas a realizar para alcanzar objetivos de sistema de gestión de la calidad, en cuanto al proceso misional, se genera cierta resistencia a desarrollar metas consideradas fuera del tiempo laboral o del perfil del cargo.

**Solución:**

Incluir tareas específicas dentro del perfil del cargo y asignar el tiempo institucional para el desarrollo y ejecución de la actividad.

Capacitar aún más al personal en todos los procesos y caracterizaciones con el fin de que identifiquen con mayor facilidad sus posibilidades de contribución.

Asignar de manera individual algunos de los objetivos sujetos a tiempos de cumplimiento.

- **DESCONOCIMIENTO DE LOS USUARIOS:**

Se sigue presentando la atención de usuarios por parte de la profesional que no corresponde o desarrollando tareas que no hacen parte del motivo de remisión inicial.

Esta situación está originada en varios puntos:

No siempre quien valora es quien atiende y en la gran mayoría de los casos, la información acerca del usuario no se comparte.

El software no permite la revisión de la historia clínica completa.

El tiempo de valoración es insuficiente y dificulta en algunos casos tener una idea clara del programa hacia el que va el nuevo usuario.

En algunos momentos la profesional no verifica si el usuario debió o no ingresar-

**Solución:**

Se han organizado las citas de valoración intentando que quien valora sea quien atiende pero hasta el momento no se ha alcanzado un punto de equilibrio tal que permita subsanar esta dificultad.

	<b>FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA "COVIDA"</b>		
	CÓDIGO: GE-FO-002	VERSIÓN: 1	FECHA: octubre de 2015
<b>INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN</b>			PÁGINA: 6 de 49

El equipo de soporte ha hecho mejoras en el software encaminadas a que cada profesional está al tanto de las historias clínicas, pero ha sido un proceso algo lento. Se ha recomendado el uso de las redes para agilizar esta labor de ser el caso.

Ampliar el tiempo de valoración que favorezca la recopilación más completa de información relevante y por consiguiente una mejor ubicación dentro de los programas de la Fundación.

Crear protocolo de ingreso a las sesiones en las que se verifique si debe o no ingresar. Se había hablado de una plantilla de usuarios para alimentarla con esta información, evitando que se generen inconvenientes.

Crear tiempo para reporte de valoraciones, ya que el personal en la jornada de la tarde e hidroterapia no siempre tiene la oportunidad. Esto redundaría en beneficio de los planes de trabajo y en la calidad de la atención.

- **EVENTOS ADVERSOS Y POLÍTICA DE SEGURIDAD DEL USUARIO**

Se reportaron eventos adversos o pequeños incidentes que no ocasionaron dificultades pero no fueron reportados.

Se presentaron pérdidas y daños de elementos personales de los guarda maletines sin seguro. Aún no se implementó la semaforización de los usuarios de alto riesgo de caída o disfagia.

**Solución:**

Ampliar capacitaciones acerca del tema, sensibilizando al personal, no sólo misional en la tarea del reporte para mejorar los controles que se realizan, con respecto a los eventos adversos.

Capacitar a los padres y familias en la política de seguridad del usuario.

Implementar un sistema seguro de custodia de las pertenencias, como por ejemplo guarda maleta con candado

Ya se adquirieron las manillas identificadoras. Se hará capacitación a los usuarios de manera continua. Se incluye semaforización de disfagia, se inicia capacitación a los usuarios incluyendo adultos. Se hace entrega a los usuarios de la manilla al ingreso de cada jornada.

- **RETIRO DE CONVENIO**

Se presenta retiro de usuarios del convenio con Participar ya que la EPS ASMET SALUD finaliza el convenio con ellos. Se retiran alrededor de casi 200 pacientes y sus familias. Se intentan estrategias para evitar dejar desprotegidos o interrumpidos los procesos de las personas pero no hubo resultados. Una dificultad que se encontró es que algunos usuarios quisieron acudir a la asociación de usuarios y ésta no está en funcionamiento. El impacto en las finanzas de la Fundación es significativo.

	<b>FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA "COVIDA"</b>  <b>INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN</b>	<b>CÓDIGO:</b> GE-FO-002 <b>VERSIÓN:</b> 1 <b>FECHA:</b> octubre de 2015 <b>PÁGINA:</b> 7 de 49
---	---	--

**Solución:**

Buscar estrategias comerciales para lograr alianzas estratégicas. Promover otro tipo de atención a usuarios, tanto particulares como individuales. Crear productos nuevos a vender de manera estructurada y que puedan venderse a otras instituciones. Activar la asociación de usuarios de manera consistente.

- **RETRASOS EN AUTOCAPACITACIONES Y ESTUDIOS DE CASOS**

Dentro de las actividades planeadas del equipo misional no se llevaron a cabo los estudios de caso y auto capacitaciones ya que las revisiones planeadas eran de usuarios de Participar y los temas planteados se aplazaron debido a las modificaciones en los horarios de atención y el retiro de profesionales.

**Solución:**

Se reorganizaron nuevos temas a cargo de otras terapeutas. SE espera el listado de nuevos casos a revisar y quienes estarán a cargo. En reunión de equipo se establecerá cronograma.

Respetar tiempos y espacios creados para reunir a todo el equipo misional, pues para algunas, es el único momento en que pueden recibir la información, capacitarse, etc.

- **DESACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN:**

Al presentarse diferentes contingencias como cancelación de terapias, reportes de suspensión del convenio, indagar por ausentismos, cambios de horarios, entre otros se encuentran fallas significativas en la notificación de cambios de datos personales, diagnósticos, etc. Esto ha generado que acudan a los procesos y sean devueltos, se presenten PQR, se retrase la prestación de servicios, etc.

**Solución:**

Los usuarios a los que se debió suspender proceso, se les dio la ruta de atención a seguir para solucionar el inconveniente (los problemas posteriores ya se dieron directamente en ASMET). Se creó documento de solicitud de actualización de información el cual fue codificado por calidad como estrategia de permanente renovación. También se han empezado campañas educativas de seguridad del paciente solicitando los reportes que verifiquen estado actual de diagnósticos y procedimientos. Ahora, se escanean los documentos, resultados y diagnósticos.

- **FORMATOS EN LA PLATAFORMA:**

Al revisar historia clínica digital, para la elaboración del protocolo de valoración, se encuentra que algunos formatos de los empleados o subidos están incompletos o requieren modificaciones o ampliaciones.

**Solución:**

	<b>FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA "COVIDA"</b>		
	<b>INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN</b>		
	<b>CÓDIGO:</b> GE-FO-002 <b>VERSIÓN:</b> 1 <b>FECHA:</b> octubre de 2015 <b>PÁGINA:</b> <b>8 de 49</b>		

Una vez detectadas las necesidades, éstas se expusieron frente a las personas encargadas de modificar el contenido en el software, ofrecieron realizar reuniones con cada equipo terapéutico por áreas, en las fechas que ellos tuvieran posibilidad según su agenda. Mientras tanto el equipo terapéutico formularía sus cambios y necesidades específicas en los formatos.

- **AUTONOMÍA EN LA TOMA DE DECISIONES:**

En revisión de casos se planteó la derivación de un usuario a otra modalidad de atención según seguimiento a las dificultades presentadas, se revisaron documentos, historia clínica y actas donde se encontraba el sustento de la determinación, sin embargo desde las directivas se planteó que debe ser nuevamente ingresado al programa, sin que las personas a cargo de su atención, estuvieran de acuerdo, más aún si se tiene en cuenta que desde la valoración inicial se omitió información completa y veraz, además de que fue valorado sin ninguna remisión de especialista ( reportes que tampoco aportó después)

**Solución:**

Se expuso la situación ante las directivas para trabajar el concepto de autonomía de cada profesional y el respeto al criterio en la toma de decisiones. Además, en la revisión del protocolo de valoración se aclararon puntos acerca de la información precisa, completa y veraz que debe proporcionar el usuarios para que se pueda delimitar bien el quehacer terapéutico y evitar que ingresen pacientes de los cuales no se tienen datos relevantes que aclaren si cumple o no con los parámetro para estar en los programas de Covida.

- **MOTIVO DE CONSULTA:**

Continúan llegando usuarios con historias clínicas incompletas, sin antecedentes o sin la hoja del diagnóstico principal lo que dificulta la toma de decisiones con respecto al programa terapéutico a desarrollar y las necesidades reales de la persona, además de las posibles complicaciones y eventos adversos. Se solicita que traigan los reportes y resultados pero usualmente esto no se cumple:

**Solución:**

En algunos casos donde el diagnóstico preciso es básico para saber hacia que programa se dirige el usuario, no se permite el ingreso hasta tanto no aporte la hoja del resultado de su diagnóstico.

También en el protocolo de valoración se especifican puntos específicos para la no atención si no se cumple con los requisitos.

Se ha planteado a la dirección capacitar a las personas que remiten y autorizan procesos con el propósito de mejorar el contenido de historia clínica.

Se sugiere crear un mecanismo o procedimiento en el que se estipule según la ley, cómo se maneja a un usuario que omite o miente al aportar datos sobre su historia.

	<b>FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA "COVIDA"</b>  <b>INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN</b>	<b>CÓDIGO:</b> GE-FO-002 <b>VERSIÓN:</b> 1 <b>FECHA:</b> octubre de 2015 <b>PÁGINA:</b> 9 de 49
---	---	--

- **DIFICULTADES EN EL SERVICIO PACTADO:**

Debido a que no se contaba con las profesionales de lenguaje y terapia física, se reorganizaron los grupos y los usuarios para que fuesen atendidos por auxiliar, lo que generó que fuera necesario mezclar edades diferentes de neurodesarrollo, provocando reacciones negativas por parte de los usuarios. Desde el equipo misional se expuso la inconveniencia de tomar decisiones basados en la economía y de manera reactiva y se sugiere la revisión de estas directrices.

**Solución:**

Replantear criterios y proceso de humanización en la atención, ya que no debe ser el usuario quien se vea expuesto a un programa terapéutico que no corresponda con lo requerido.

Además es importante trabajar en la cultura de la calidad ya que la toma de decisiones de manera reactiva conlleva el aumento de riesgo de presentación de eventos adversos, deserción por insatisfacción, pobres avances en los planes de tratamiento, entre otras cosas.

Crear banco de hojas de vida y redes de apoyo con profesionales de las áreas que se trabajan en Covida para contar con el recurso humano suficiente y evitar los incumplimientos.

- **INCUMPLIMIENTO DE TAREAS DE COMITES:**

El comité Gagas nuevamente debió aplazar su reunión para fecha posterior debido a que a la persona encargada se le asignó otra tarea a pesar de que el cronograma está publicado desde el comienzo del año. La suplente se encontraba en vacaciones.

**Solución:**

Realizar capacitaciones con directivas y personal para trabajar en la identificación de la necesidad de desarrollar las tareas específicas de cada comité y el respeto al tiempo planeado para ello.

Replantear el cronograma en caso tal con la debida anticipación para evitar contingencias y ausencias en los titulares y suplentes de los comités.

- **MANTENIMIENTO DE EQUIPOS:**

No todas las profesionales cuentan con un computador funcionando y el office libre instalado para trabajar documentos y palta formas presenta inconvenientes ya que no todas las personas recibieron capacitación en su uso, se generó la entrada de páginas y publicidad inconvenientes.

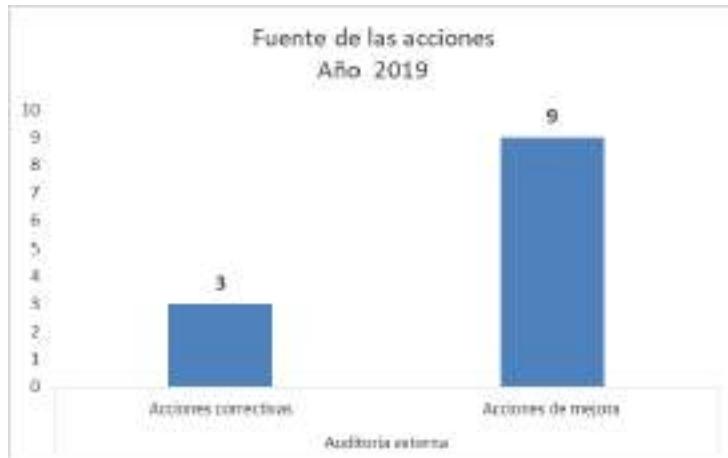
**Solución:**

Se hará revisión y soporte técnico de los equipos. Se comprarán licencias de office para evitar inconvenientes.

	<b>FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA "COVIDA"</b>	
<b>INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN</b>		<b>CÓDIGO: GE-FO-002</b>
<b>VERSIÓN: 1</b>		<b>FECHA: octubre de 2015</b>
<b>PÁGINA: 10 de 49</b>		

## 7. ESTADO ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS

Para el año 2019, se han establecido un total de 11 acciones, así:



De las 11 acciones hasta la fecha documentadas para el año 2019, 2 tienen fecha de ejecución para el segundo semestre del año, y las 9 restantes para el primer semestre, las cuales se han ejecutado al 100% con los resultados esperados.

PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD															
INDICADOR:	% de Eficacia de las acciones correctivas y de mejora			FORMULA DE CALCULO:	(Total acciones correctivas y de mejora cerradas/ Total acciones identificadas) * 100			FRECUENCIA DE MEDICIÓN	Semestral							
RESPONSABLE:	Líder de Calidad			FUENTE DE DATOS:	Plan de acción			SORRESALIENTE	SATISFACTORIO	DEFICIENTE						
TENDENCIA:	Año: 2016	100%	Año: 2017	94%	Año: 2018	100%	Año: 2019	100%								
PERÍODO	2016	2017	2018	2019	ANÁLISIS	ACCIONES TOMADAS			SEGUIMIENTO							
Marzo	100%	100%	100%	100%	Se toman acciones correctivas (2) derivadas de las auditorías externas y 9 acciones de mejora, las cuales son cerradas de forma eficaz	NA			NA							
Noviembre	100%	88%	100%													
<b>GRÁFICO DE TENDENCIA</b>																
<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; width: fit-content;"> <tr> <td>Periodo</td> <td>Marzo</td> <td>Noviembre</td> </tr> <tr> <td>100%</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> </table>											Periodo	Marzo	Noviembre	100%	100%	100%
Periodo	Marzo	Noviembre														
100%	100%	100%														

	FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA "COVIDA"					
	INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN				CÓDIGO: GE-FO-002	
					VERSIÓN: 1	
					FECHA: octubre de 2015	

## 8. SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN

### 8.1. Gestión Estratégica y Dirección

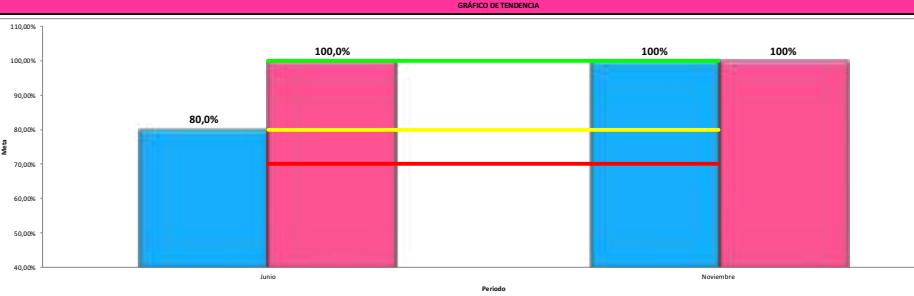
#### Cumplimiento de las estrategias:

PROCESO	GESTIÓN ESTRÁTÉGICA Y DE DIRECCIÓN															
	INDICADOR:		FÓRMULA DE CALCULO:		(No de estrategias que cumplen la meta/No. De objetivos estratégicos propuestos) x 100		FRECUENCIA DE MEDICIÓN		semestral							
RESPONSABLE:	Director Ejecutivo		FUENTE DE DATOS:		Estrategias Organizacionales		SOBRESALIENTE	SATISFACTORIO	DEFICIENTE							
	Año: 2016	100%	Año: 2017	100%	Año: 2018	97%	Año: 2019	100%								
PERÍODO	2016	2017	2018	2019	ANÁLISIS		ACCIONES TOMADAS		SEGUIMIENTO							
Junio	100%	100%	94%	100%	Se han establecido un total de 24 estrategias para ejecutar en el año 2018 - 2019, de las cuales a la fecha se han llevado a cabo el 100% en los tiempos establecidos, estas estrategias se generan con el fin de fortalecer la organización y derivadas de los análisis realizados tanto a la organización como a las partes interesadas				se contrata							
GRÁFICO DE TENDENCIA																
 <table border="1"> <caption>Data for Strategy Implementation Trend Graph</caption> <thead> <tr> <th>Periodo</th> <th>Porcentaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Junio</td> <td>94%</td> </tr> <tr> <td>Noviembre</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>											Periodo	Porcentaje	Junio	94%	Noviembre	100%
Periodo	Porcentaje															
Junio	94%															
Noviembre	100%															

#### Análisis:

Se han establecido un total de 24 estrategias para ejecutar en el año 2018 - 2019, de las cuales a la fecha se han llevado a cabo el 100% en los tiempos establecidos, estas estrategias se generan con el fin de fortalecer la organización y derivadas de los análisis realizados tanto a la organización como a las partes interesadas.

#### Cumplimiento de las acciones tomadas en la revisión por la dirección:

PROCESO	GESTIÓN ESTRÁTÉGICA Y DE DIRECCIÓN																	
	INDICADOR:		FÓRMULA DE CALCULO:		(No. de acciones de mejora ejecutadas/ No. de acciones de mejora planteadas) x 100		FRECUENCIA DE MEDICIÓN		Semestral									
RESPONSABLE:	Director Ejecutivo		FUENTE DE DATOS:		Informe de revisión por la dirección		SOBRESALIENTE	SATISFACTORIO	DEFICIENTE									
	Año: 2016	55%	Año: 2017	100%	Año: 2018	90%	Año: 2019	100%										
PERÍODO	2016	2017	2018	2019	ANÁLISIS		ACCIONES TOMADAS		SEGUIMIENTO									
Junio	60%	100%	80,0%	100,0%	En el año semestre se ejecutan a cabalidad el total de estrategias planteadas para el año 2019													
Noviembre	50%	100%	100%	100%														
GRÁFICO DE TENDENCIA																		
 <table border="1"> <caption>Data for Action Execution Trend Graph</caption> <thead> <tr> <th>Periodo</th> <th>Porcentaje</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Junio</td> <td>80%</td> </tr> <tr> <td>Julio</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>Noviembre</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>											Periodo	Porcentaje	Junio	80%	Julio	100%	Noviembre	100%
Periodo	Porcentaje																	
Junio	80%																	
Julio	100%																	
Noviembre	100%																	

	FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA "COVIDA"					
	INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN				CÓDIGO: GE-FO-002	
					VERSIÓN: 1	
					FECHA: octubre de 2015	

### Análisis:

En el año se ejecutan a cabalidad el total de estrategias planteadas para el año 2019

## 8.2. Gestión Comercial

### Contrataciones:

PROCESO	GESTIÓN COMERCIAL						
	INDICADOR:		FÓRMULA DE CALCULO:	(No. De contrataciones concretadas/ No. De propuestas entregadas) x 100	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	RANGO DE GESTIÓN	
RESPONSABLE:	Líder de Gestión Comercial		FUENTE DE DATOS:	Informe	SOBRESALIENTE	SATISFACTORIO	DEFICIENTE
	Año: 2016	17%	Año: 2017	17%	Año: 2018	57%	Año: 2019
PERÍODO	2016	2017	2018	2019	ANÁLISIS	ACCIONES TOMADAS	SEGUIMIENTO
Junio	13%	14%	55%	50%	Se han presentado 4 propuestas en el periodo, se han empezado la prestacion del servicio en 2, Sanitas y Compensar		
Diciembre	20%	15%	60%				

**GRÁFICO DE TENDENCIA**

Periodo	Porcentaje
Junio	55%
Diciembre	60%

**Análisis:** Se han presentado 4 propuestas en el periodo, se han empezado la prestacion del servicio en 2, Sanitas y Compensar

## 8.3. Terapias Integrales

### Eventos Adversos (tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa):

PROCESO	TERAPIAS INTEGRALES						
	INDICADOR:		FÓRMULA DE CALCULO:	(Número total de pacientes atendidos que sufren caídas en el periodo/total de pacientes atendidos en el periodo.) x 1000	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	Semestral	
RESPONSABLE:	Líder de Calidad		FUENTE DE DATOS:	Informe de eventos	SOBRESALIENTE	SATISFACTORIO	DEFICIENTE
	Año: 2016	100%	Año: 2017	4,48	Año: 2018	5,65	Año: 2019
PERÍODO	2016	2017	2018	2019	ANÁLISIS	ACCIONES TOMADAS	SEGUIMIENTO
Junio	0,00%	6,50	7,50	6,90	En la institucion por cada 1000 personas que asisten, 6,9 se caen en la institucion, derivadas en su mayoria por su patología neurológica que condiciona su marcha y estabilidad		
Diciembre	0,01%	2,45	3,80	23,20	En la institucion por cada 1000 personas que asisten, 23,2 (10 personas sobre 430 atendidas), se caen en la institucion, derivadas en su mayoria por su patología neurológica que condiciona su marcha y estabilidad		

**GRÁFICO DE TENDENCIA**

Periodo	Tasa de Caída
Junio	6,90
Diciembre	7,50

	<b>FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA "COVIDA"</b>	
<b>INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN</b>		CÓDIGO: GE-FO-002
		VERSIÓN: 1
		FECHA: octubre de 2015
		PÁGINA: 13 de 49

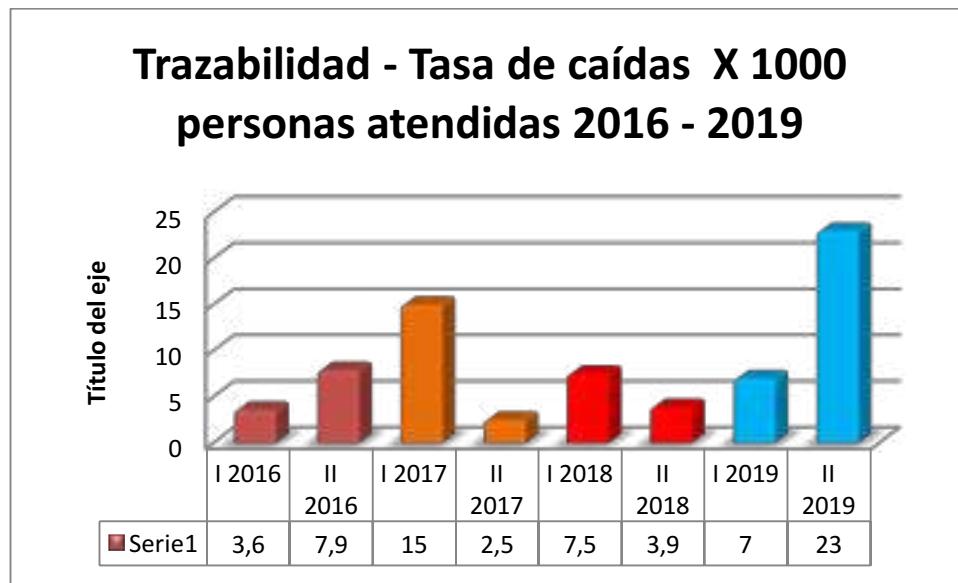
**Análisis:**

**Con relación al dominio seguridad, con el indicador “Tasa de caída de pacientes en el Servicio de apoyo diagnóstico y complementación terapéutica”**

Se presenta la trazabilidad del indicador, desde el año 2016, hasta II semestre 2019.

De acuerdo con la trazabilidad, denota la variabilidad de los resultados y de las intervenciones realizadas. Sigue superando la meta establecida, aunado al tipo de población que se atiende, que en su mayoría es de alto compromiso neurológico y motriz. Es la primera vez que la Fundación, llega a ese número de eventos.

**Se resalta que en el segundo semestre del año 2019, se evidencia un incremento de caídas, que supera la meta institucional de 10 x 1000 pacientes que asisten a la Fundación. Hay que repensar si las acciones tomadas en el Comité de seguridad para las atenciones inseguras derivadas de caídas han sido efectivas.**



Fuente: Oficina calidad. Indicadores de calidad Resolución 256 de 2016. Años 2016 –2019. Enero 2020.

**Actividades con padres y cuidadores:**

	<b>FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA "COVIDA"</b>		
<b>INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN</b>			<b>CÓDIGO:</b> GE-FO-002 <b>VERSIÓN:</b> 1 <b>FECHA:</b> octubre de 2015 <b>PÁGINA:</b> 14 de 49

PROCESO	TERAPIAS INTEGRALES			FRECUENCIA DE MEDICIÓN	RANGO DE GESTIÓN														
	INDICADOR:	FÓRMULA DE CALCULO:	(No. De actividades ejecutadas/No. De actividades planeadas) x 100																
RESPONSABLE:	Lider del Proceso	FUENTE DE DATOS:	Informe de eventos	EJECUTANTE	SATISFACTORIO														
TENDENCIA:	Año: 2018 100%	Año: 2019		DIFICIENTE															
PERÍODO	2018	2019	ANÁLISIS	ACTIVIDADES TOMADAS	SEGUIMIENTO														
Junio	100%	100%	<p>1. Planeación y desarrollo de tema a trabajar con los padres durante el mes, para lo cual se estableció cronograma anual y se tuvieron en cuenta contenidos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Política de seguridad del paciente.</li> <li>- Semaforización por riesgo de caídas y disfagia.</li> <li>- Decreto 1421 de 2017, orientaciones municipales para la implementación.</li> <li>- Recomendaciones y normas dadas a los padres para la seguridad de los niños en la piscina.</li> <li>- Tareas y responsabilidades de un niño de acuerdo a su edad.</li> <li>- Educación sobre patologías propias de los usuarios.</li> </ul> <p>2. Planeación del contenido bimestral a trabajar con las diferentes fases:</p> <p>Cada dos meses se planearon los contenidos a trabajar con los niños dentro de las sesiones, tarea que está encaminada a coordinar e integrar objetivos terapéuticos de todas las áreas, buscando que los temas se desarrollen de acuerdo a la edad de los usuarios y que los padres y/o cuidadores tuvieran un derrotero de las metas a cumplir con el refuerzo en casa, logrando de esta manera que se realizará de forma más organizada. También en el siguiente bimestre se revisaba lo positivo y negativo encontrado en el trámite de la ejecución. Los temas trabajados fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Esquema corporal.</li> <li>- Importancia de las rutinas terapéuticas que se realizan en la Fundación (masaje del amor, integración neurosensorial, etc)</li> <li>- Decálogo de normas para usuarios, padres y acudientes.</li> <li>- Taller de pautas de crianza</li> <li>- Actitudes negativas y positivas en los niños.</li> <li>- Normas de convivencia con los niños.</li> <li>- La familia.</li> <li>- Cómo fortalecer autoridad y tener el respeto.</li> </ul> <p>3. EVALUACIÓN DE LOS PADRES / CONFERENCIA CONOCIMIENTO:</p> <p>Cada dos meses se realizaba una reunión de evaluación de los contenidos trabajados, aunque no siempre de manera escrita.</p> <p>4. PUBLICACIONES DE DIVERSOS TEMAS:</p> <p>Los temas desarrollados también fueron publicados en las redes sociales, carteleras y se entregaron volantes. Dentro de estas publicaciones se tuvieron en cuenta contenidos diferentes a los planeados pero que se consideraron relevantes e informativos, como por ejemplo alimentación, enfermedades y pautas de prevención, control de epidémicas, características del desarrollo general de los niños, contenidos específicos sobre las patologías que se</p>	<p>Se presenta dificultad para la implementación total de la escuela a los padres en la jornada de la tarde ya que la profesional a cargo de la clase tiene que dividir su tiempo entre los niños y los adultos (los padres también vienen solos). La retroalimentación que se hace de lo aprendido por los padres y profesora, aún en definitiva no siempre se pone en práctica.</p>	<p>Se logró visualizar tanto las fases 2 y 3 desarrollando los temas con los padres y enseñando a darles a conocer la política de seguridad del usuario y estrategias del manejo de los niños en casa.</p>														
GRÁFICO DE TENDENCIA																			
<table border="1"> <caption>Data for Gráfico de Tendencia</caption> <thead> <tr> <th>Período</th> <th>Red Bar (%)</th> <th>Green Bar (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Junio</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>Julio</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>Agosto</td> <td>100%</td> <td>100%</td> </tr> <tr> <td>Septiembre</td> <td>100%</td> <td>110%</td> </tr> </tbody> </table>					Período	Red Bar (%)	Green Bar (%)	Junio	100%	100%	Julio	100%	100%	Agosto	100%	100%	Septiembre	100%	110%
Período	Red Bar (%)	Green Bar (%)																	
Junio	100%	100%																	
Julio	100%	100%																	
Agosto	100%	100%																	
Septiembre	100%	110%																	

## Análisis:

### REUNIONES

Se llevaron a cabo reuniones mensuales dentro de las cuales se desarrollaron varias objetivos:

1. Planeación y desarrollo de tema a trabajar con los padres durante el mes, para lo cual se estableció cronograma anual y se tuvieron en cuenta contenidos de:

- Política de seguridad del paciente.
- Semaforización por riesgo de caídas y disfagia.
- Decreto 1421 de 2017, orientaciones municipales para la implementación.
- Recomendaciones y normas dadas a los padres para la seguridad de los niños en la piscina.
- Tareas y responsabilidades de un niño de acuerdo a su edad.
- Educación sobre patologías propias de los usuarios.

2. Planeación del contenido bimestral a trabajar con las diferentes fases:

Cada dos meses se planearon los contenidos a trabajar con los niños dentro de las sesiones, tarea que está encaminada a coordinar e integrar objetivos terapéuticos de todas las áreas, buscando que los temas se desarrollen de acuerdo a la edad de los usuarios y que los padres y/o cuidadores tuvieran un derrotero de las metas a cumplir con el refuerzo en casa, logrando de esta manera que se realizará de forma más organizada. También en el siguiente bimestre se revisaba lo positivo y negativo encontrado en el trámite de la ejecución. Los temas trabajados fueron:

- Esquema corporal.
- Importancia de las rutinas terapéuticas que se realizan en la Fundación (masaje del amor, integración neurosensorial, etc)
- Decálogo de normas para usuarios, padres y acudientes.
- Taller de pautas de crianza
- Actitudes negativas y positivas en los niños.

	<b>FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA "COVIDA"</b>		
<b>INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN</b>			CÓDIGO: GE-FO-002 VERSIÓN: 1 FECHA: octubre de 2015 PÁGINA: 15 de 49

- Normas y límites con los niños.
- La familia.
- Cómo fortalecer autoestima y evitar el matoneo.

### 3. EVALUACIÓN DE LOS PADRES, ADHERENCIA Y CONOCIMIENTO:

Cuando se desarrollaron los temas se realizó evaluación de los contenidos trabajados, aunque no siempre de manera escrita.

### 4. PUBLICACIONES DE DIVERSOS TEMAS:

Los temas desarrollados también fueron publicados en las redes sociales, carteleras y se entregaron volantes. Dentro de estas publicaciones se tuvieron en cuenta contenidos diferentes a los planeados pero que se consideran relevantes e informativos, como por ejemplo: alimentación, enfermedades y pautas de prevención, control de epidemias, características del desarrollo general de los niños, contenidos específicos sobre las patologías que se presentan en los usuarios, uso de los pictogramas.

### 5. INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN EN ESCUELA DE PADRES:

Se realizó inducción a nuevas integrantes del equipo terapéutico sobre la metodología de escuela de padres y sus objetivos.

### 6. ACTIVIDADES LÚDICO RECREATIVAS Y DE REFLEXIÓN DENTRO DE "CUIDANDO AL CUIDADOR":

Enmarcados en fechas especiales como el día de la madre, el día del agua, se trabajaron talleres lúdico reflexivos con las cuidadoras de la fase 1 (soporte con imágenes y fotografías en redes sociales). También se llevaron a cabo juegos de relajación, estiramientos y manejo corporal.

### 7. TALLERES A LOS PADRES:

Se llevaron a cabo talleres específicos sobre los temas trabajados no sólo en horarios específicos, sino también como ejercicios de retroalimentación y charlas educativas e informativas con los cuidadores.

### 8. CAMPAÑA EDUCATIVA

Empleando el televisor, cartelera, redes y pictogramas se inició una campaña educativa de los cuidadores y acudientes dentro de la Fundación para establecer unas pautas de cultura ciudadana.

## PLAN DE ACCION

Se presenta dificultad para la implementación total de la escuela de padres en la jornada de la tarde ya que la profesional a cargo de la escuela de padres no se encuentra. Por otro lado, se percibe vacío también en el grupo de los adultos ( algunos también vienen solos)

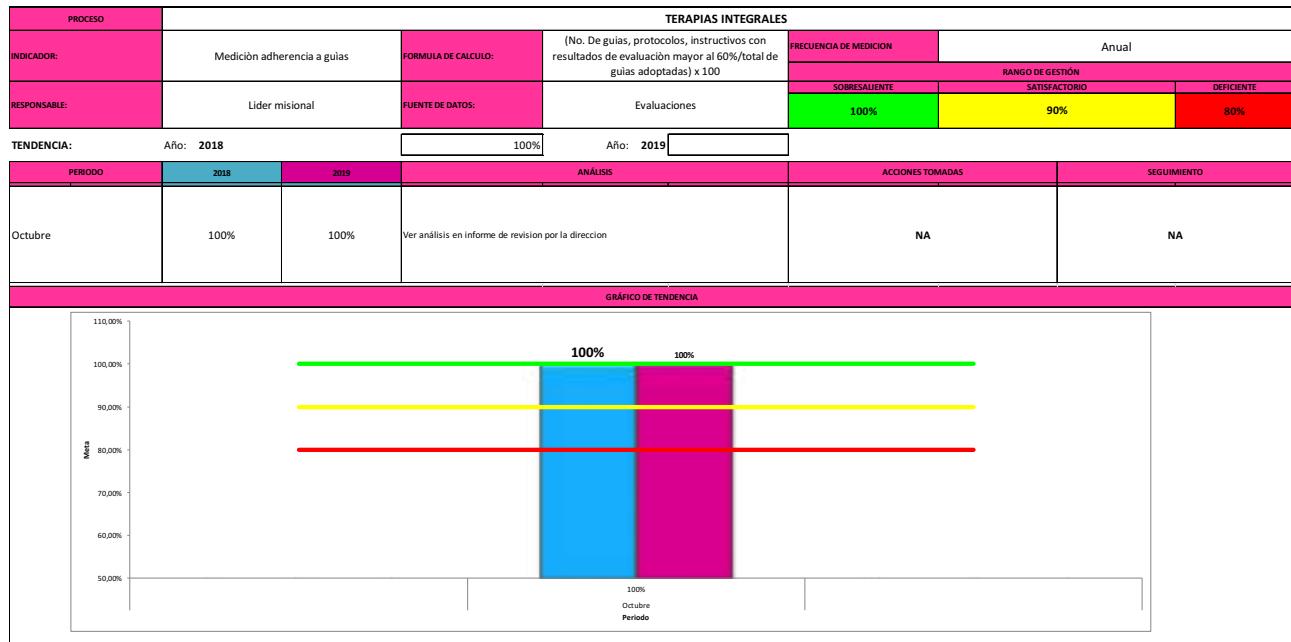
La retroalimentación que se hace de lo aprendido por los padres y cuidadores, aún es deficiente, no siempre se puede ver reflejado en la práctica.

## SEGUIMIENTO

Se logró vincular más a las fases 2 y 3 desarrollando los temas con los padres y empezando a darles a conocer la política de seguridad del usuarios y estrategias del manejo de los niños en casa.

	<b>FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA "COVIDA"</b>		
<b>INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN</b>			CÓDIGO: GE-FO-002 VERSIÓN: 1 FECHA: octubre de 2015 PÁGINA: <b>16 de 49</b>

### Adherencia a Guías:



### Análisis:

#### OBJETIVO GENERAL:

Asegurar en el personal la adherencia al cumplimiento de los protocolos de atención, identificando el grado de apropiación y uso de los contenidos con relación a la atención brindada. Además permitirá reconocer oportunidades de mejora y desarrollar acciones que favorezcan el progreso continuo de la calidad.

¿Qué se evalúa?

- El conocimiento sobre los procedimientos y procesos dentro de cada guía y protocolo.
- El manejo marco teórico y contenidos sobre los temas.
- La adherencia a cada guía y protocolo

¿A quiénes se aplican?

A todos aquellos miembros del equipo terapéutico y de admisiones relacionados con el proceso. (7)

Durante el presente año se realizaron tres evaluaciones de adherencia a protocolos y guías que maneja la institución.

#### 1. Abril 1 de 2019: Abril 1 de 2019

Evaluación de la guía de práctica clínica “**Evaluación de la parálisis cerebral en el lactante**”.

Dentro de la cual se evaluaron conocimientos básicos en el manejo de la patología de la parálisis cerebral en bebés que permiten diferenciar los variados tipos que existen y los signos más relevantes a tomar en cuenta, ya que es una de las patologías más prevalentes en la institución.

Se observa que existe reconocimiento de los conceptos básicos sobre parálisis cerebral en lactantes, aunque se presentan algunas fallas en el manejo de los reflejos.

	<b>FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA "COVIDA"</b>		
<b>INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN</b>			CÓDIGO: GE-FO-002
			VERSIÓN: 1
			FECHA: octubre de 2015
			PÁGINA: 17 de 49

Oportunidad de mejora: es importante fortalecer y retroalimentar al equipo en el manejo de los reflejos a evaluar en los bebés de alto riesgo de presentar PC por lo cual se propone desarrollar tema en las reuniones de equipo.

## 2. Julio 8 de 2019:

Primera evaluación del protocolo de valoración versión dos que se realiza posterior a capacitación sobre el tema y la cual está enfocada a detectar aspectos a modificar y reevaluar dentro del procedimiento actual para hacerlo más ágil y práctico. Algunos vacíos encontrados en el manejo por parte del equipo fueron: poco reconocimiento de la delimitación o lineamientos institucionales según circunstancias especiales de los usuarios y los procedimientos a seguir. Así mismo, el personal misional aún presenta dificultades en la apropiación de los valores institucionales inmersos en el proceso.

Oportunidad de mejora: modificar protocolo de valoración ajustándolo a la realidad del proceso de evaluación de los usuarios que acuden por primera vez, delimitando aspectos que no son claros y que dificultan la toma de decisiones por parte del equipo terapéutico. Realizar evaluación diferenciada para el equipo misional y de admisiones.

## 3. Septiembre 19 de 2019

Segunda evaluación de adherencia a protocolo de valoración modificado versión 4

En esta ocasión se realiza evaluación diferenciada para el personal de admisiones y el equipo terapéutico pues si bien deben conocer por completo el protocolo, las tareas son diferentes. Se evidencian avances en la identificación de criterios y directrices más claras dentro del documento, así como mayor familiarización de los procedimientos correspondientes, sobre todo posteriormente a la revisión por parte de las directivas y la socialización a cada persona. También existe una mejor identificación de las posibilidades de optimización del proceso.

Oportunidad de mejora: de acuerdo a la apertura de nuevos programas de atención, el protocolo deberá ser ajustado al proceso real que se aplica

### DIFICULTADES ENCONTRADAS:

El personal de los procesos terapéuticos en el área de hidroterapia presentan mayor tiempo de resolución de las evaluaciones y aciertos más bajo que el promedio lo cual puede ser atribuible a que no siempre pueden asistir a las reuniones de equipo para recibir las inducciones y re inducciones correspondientes

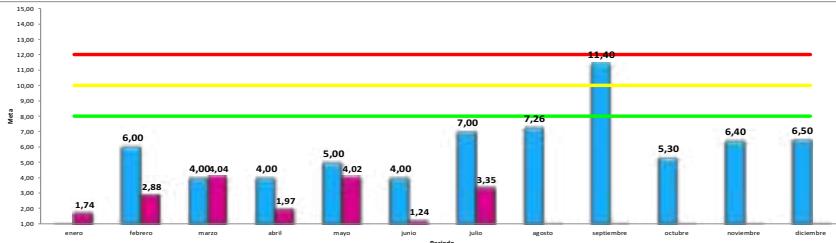
Oportunidad de mejora:

Modificar horarios de reuniones con el fin de lograr que se vinculen de manera más activa y reciban las capacitaciones pertinentes

Se evidencia que en general el grupo reconoce y se apropia de la información pero se requiere capacitación continua para mayor claridad en conceptos y políticas de la institución.

	<b>FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA "COVIDA"</b>		
<b>INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN</b>			<b>CÓDIGO: GE-FO-002</b> <b>VERSIÓN: 1</b> <b>FECHA: octubre de 2015</b> <b>PÁGINA: 18 de 49</b>

## Oportunidad:

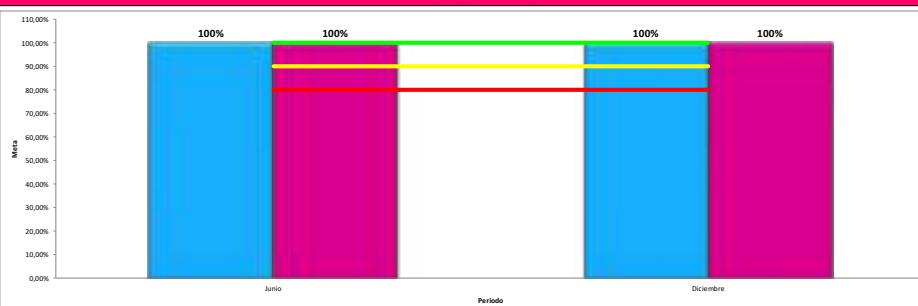
PROCESO	TERAPIAS INTEGRALES								
	INDICADOR:	Oportunidad en asignación de citas ≤ 10 días hábiles	FÓRMULA DE CALCULO:	(Sumatoria de la diferencia de días hábiles entre la fecha que se asignó la cita de primer vez y la fue asignada/total de citas de primera vez asignadas)	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	Mensual			
RESPONSABLE:									
TENDENCIA:	Año: 2018	5,57	Año: 2019	2,75					
PERÍODO	2018	2019	ANÁLISIS			SEGUIMIENTO			
enero	-	1,74	El promedio en el semestre de oportunidad en la atención está en 2,65 días; no se presenta desviación en ningún mes de la meta establecida; se puede evidenciar mejora en comparación con los resultados del año 2018						
febrero	6,00	2,88							
marzo	4,00	4,04							
abril	4,00	1,97							
mayo	5,00	4,02							
junio	4,00	1,24							
julio	7,00	3,35							
agosto	7,26								
septiembre	11,40								
octubre	5,30								
noviembre	6,40								
diciembre	6,50								
GRÁFICO DE TENDENCIA									
 <p>Este gráfico es un diagrama de barras que muestra la tasa de oportunidad por mes. Las barras azules representan el resultado real, y las barras rosas representan la meta. Se incluyen líneas horizontales de color rojo, amarillo y verde para marcar los rangos de gestión. Los datos detallados son: Enero (1,74), Febrero (6,00), Marzo (4,00,4), Abril (4,00,1,97), Mayo (5,00,4,02), Junio (4,00,1,24), Julio (7,00,3,35), Agosto (7,26), Septiembre (11,40), Octubre (5,30), Noviembre (6,40) y Diciembre (6,50).</p>									

## Análisis:

El promedio en el semestre de oportunidad en la atención está en 2,65 días; no se presenta desviación en ningún mes de la meta establecida; se puede evidenciar mejora en comparación con los resultados del año 2018

## 8.4. Gestión Administrativa y financiera

### Mantenimientos:

PROCESO	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA						
	INDICADOR:	Mantenimientos preventivos	FÓRMULA DE CALCULO:	(Mantenimiento ejecutado/mantenimiento planeado) x 100	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	semestral	
RESPONSABLE:							
TENDENCIA:	Año: 2016	100%	Año: 2017	100%	Año: 2018	100%	
PERÍODO	2016	2017	2018	2019	ANÁLISIS		
Junio	100%	100%	100%	100%	Se evidencia cumplimiento de los mantenimientos en equipos biomédicos y tecnológicos en el periodo enero a junio de 2019		
Diciembre	100%	100%	100%	100%	Se evidencia cumplimiento de los mantenimientos en equipos biomédicos y tecnológicos en el periodo julio a diciembre de 2019		
GRÁFICO DE TENDENCIA							
 <p>Este gráfico es un diagrama de barras que muestra el porcentaje de cumplimiento de los mantenimientos preventivos. Las barras azules representan el resultado real, y las barras rosas representan la meta. Se incluye una línea horizontal de color rojo para marcar el rango de gestión. Los datos detallados son: Junio (100%), Diciembre (100%).</p>							

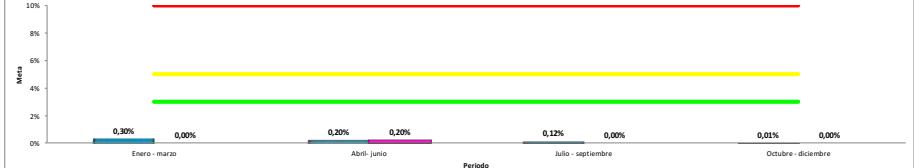
	FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA "COVIDA"			
	INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN			CÓDIGO: GE-FO-002
				VERSIÓN: 1
				FECHA: octubre de 2015

PÁGINA: 19 de 49

### Análisis:

Se evidencia cumplimiento de los mantenimientos en equipos biomédicos y tecnológicos en el año 2019

### Glosas:

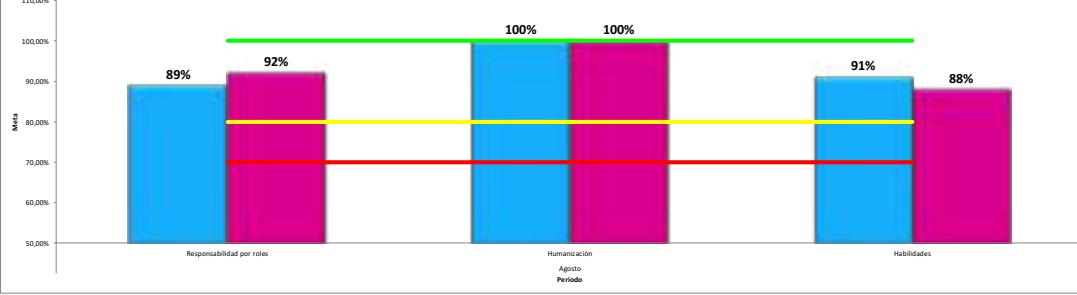
PROCESO	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA														
	INDICADOR:		% Glosas	FORMULA DE CALCULO:	(Valor de las glosas / valor de la facturación) x 100	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	Trimestral			RANGO DE GESTIÓN					
RESPONSABLE:	Líder Administrativa y Financiera	FUENTE DE DATOS:	informe		SOBRESALIENTE	SATISFACTORIO	DEFICIENTE								
TENDENCIA:	Año: 2016	56%	Año: 2017	5,6%	Año: 2018	0,2%									
PERÍODO	2016	2017	2018	2019	ANÁLISIS			ACCIONES TOMADAS		SEGUIMIENTO					
Enero - marzo	80%	12,11%	0,30%	0,00%	En el primer trimestre no se presentan glosas										
Abril- junio	52%	3,38%	0,20%	0,20%	En el segundo trimestre se presenta un total de \$ 195,790 en glosas frente a un facturación total de \$ 127,000,000										
Julio - septiembre	35%	5,56%	0,12%												
Octubre - diciembre		1,50%	0,01%												
GRÁFICO DE TENDENCIA															
 <p>Este gráfico es un diagrama de líneas que muestra la tasa de glosas por período. La escala vertical (y-axis) es 'Meta' con marcas de 0%, 25%, 50%, 75%, 100% y 125%. La escala horizontal (x-axis) es 'Período' con marcas para Enero - marzo, Abril - junio, Julio - septiembre y Octubre - diciembre. Se presentan tres líneas: una roja horizontal a 100% (Sobresaliente), una amarilla horizontal a 50% (Satisfactorio) y una verde horizontal a 25% (Deficiente). Se incluyen tres barras horizontales debajo de cada período: una azul para Enero-mayo (0,30%), una naranja para Abril-junio (0,20%) y una morada para Julio-diciembre (0,01%).</p>															

### Análisis:

En el segundo trimestre se presenta un total de \$ 195,790 en glosas frente a un facturación total de \$ 127.000.000

## 8.5. Gestión Talento Humano

### Desempeño del personal:

PROCESO	TALENTO HUMANO														
	INDICADOR:		Desempeño del personal	FORMULA DE CALCULO:	(empleados que cumplen criterios responsabilidades por roles, Humanización y Habilidades/ total de empleados) x 100	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	Anual			RANGO DE GESTIÓN					
RESPONSABLE:	Líder de Talento Humano	FUENTE DE DATOS:	Evaluación de desempeño		SOBRESALIENTE	SATISFACTORIO	DEFICIENTE								
TENDENCIA:	Año: 2016	85%	Año: 2017	93%	Año: 2018	93%	Año: 2019	93%							
PERÍODO	2016	2017	2018	2019	ANÁLISIS			ACCIONES TOMADAS		SEGUIMIENTO					
Agosto	Responsabilidad por roles		89%	92%	se evalúa un total de 14 personas, todas con desempeño que cumple con los requisitos de la organización										
	Humanización		100%	100%											
	Habilidades	85%	91%	88%											
GRÁFICO DE TENDENCIA															
 <p>Este gráfico es un diagrama de barras que muestra el porcentaje de desempeño por período. La escala vertical (y-axis) es 'Meta' con marcas de 50,00%, 60,00%, 70,00%, 80,00%, 90,00%, 100,00% y 110,00%. La escala horizontal (x-axis) es 'Período' con marcas para Responsabilidad por roles, Humanización y Habilidades. Se presentan tres barras: una azul para Responsabilidad por roles (89%), una rosa para Humanización (100%) y una morada para Habilidades (88%). Una línea horizontal amarilla marca el 80% (Satisfactorio).</p>															

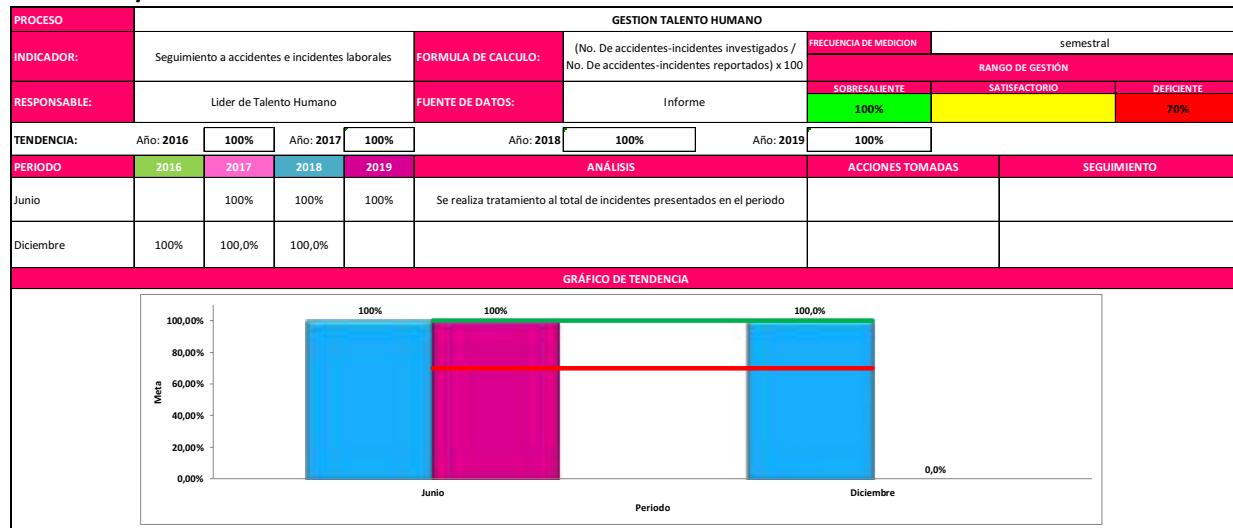
	FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA "COVIDA"					
	INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN				CÓDIGO: GE-FO-002	VERSIÓN: 1

FECHA: octubre de 2015  
PÁGINA: 20 de 49

### Análisis:

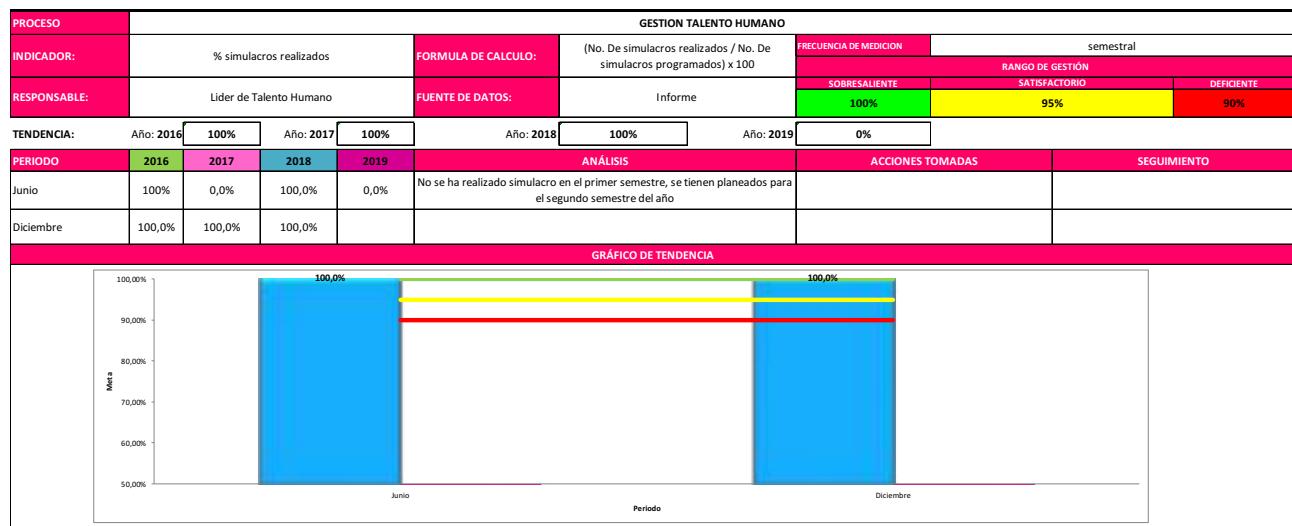
Se evalúa un total de 14 personas, todas con desempeño que cumple con los requisitos de la organización, se evidencia cumplimiento del 100% en humanización, de gran importancia en la institución para el trato de usuarios; en habilidades se tiene un resultado del 88%, se establecen compromisos con quienes se encuentre la necesidad.

### Incidentes/accidentes laborales:



**Análisis:** Se presenta 1 incidente en el área de terapia en el mes de mayo.

### Simulacros:



### Análisis:

Los simulacros se tienen planeados para el segundo semestre del año 2019.

	FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA "COVIDA"				
	INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN				
					CÓDIGO: GE-FO-002 VERSIÓN: 1 FECHA: octubre de 2015 PÁGINA: 21 de 49

### Ausentismo:

PROCESO	GESTIÓN TALENTO HUMANO									
	INDICADOR:	Ausentismo	FÓRMULA DE CALCULO:	(No. Total de días de ausentismo / No. Total días de laborados) x 100	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	semestral				
RESPONSABLE:					SOBRESALIENTE	RANGO DE GESTIÓN				
					SATISFACTORIO	DEFICIENTE				
TENDENCIA:	Año: 2016	13%	Año: 2017	6%	Año: 2018	8%				
PERÍODO	2016	2017	2018	2019	ANÁLISIS	ACCIONES TOMADAS	SEGUIMIENTO			
Junio	10%	9,0%	8%	55%	La desviación corresponde a los permisos personales que la empresa otorgó en el periodo, por un total de 52 días y periodo de vacaciones para un total de 12 días					
Diciembre	15%	2,0%		10,0%	Se presenta ausentismo por 12 colaboradores en el segundo semestre, por motivos como "Permiso", "Sin permiso", "Enfermedad General" y "Vacaciones"					

**GRÁFICO DE TENDENCIA**

Este gráfico es un diagrama de barras que muestra el porcentaje de ausentismo en Junio (8%) y Diciembre (10%). Una línea horizontal amarilla marca el promedio al 55%. Una barra azul horizontal indica la media entre ambos períodos, que es del 0,0%.

### Análisis:

La desviación corresponde a los permisos personales que la empresa otorgó en el periodo, por un total de 52 días y periodo de vacaciones para un total de 12 días

Se presenta ausentismo por 12 colaboradores en el segundo semestre, por motivos como "Permiso", "Sin permiso", "Enfermedad General" y "Vacaciones"

### 8.6. Gestión de Compras – Desempeño de los proveedores externos

#### Proveedores:

PROCESO	GESTIÓN DE COMPRAS									
	INDICADOR:	Desempeño de proveedores	FÓRMULA DE CALCULO:	(Proveedores que cumplen / total de proveedores) x 100	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	ANUAL				
RESPONSABLE:					SOBRESALIENTE	RANGO DE GESTIÓN				
					100%	80%				
TENDENCIA:	Año: 2016	94%	Año: 2017	100%	Año: 2018	78%				
PERÍODO	2016	2017	2018	2019	ANÁLISIS	ACCIONES TOMADAS	SEGUIMIENTO			
Junio	88%	100%		78%	Se evalúa un total de 9 proveedores a los cuales se les ha realizado compras en el periodo evaluado. El 100% de los proveedores cumplen con los requisitos de la empresa	NA	NA			
Diciembre	100%	100,0%		100%						

**GRÁFICO DE TENDENCIA**

Este gráfico es un diagrama de barras que muestra el porcentaje de cumplimiento en Junio (78%) y Diciembre (100%). Una línea horizontal amarilla marca el promedio al 100%. Una barra azul horizontal indica la media entre ambos períodos, que es del 88%.

	<b>FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA "COVIDA"</b>  <b>INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN</b>	CÓDIGO: GE-FO-002 VERSIÓN: 1 FECHA: octubre de 2015 PÁGINA: 22 de 49
---	---	---

**Análisis:** Se evalúa un total de 9 proveedores a los cuales se les ha realizado compras en el periodo evaluado, EL 100% de los proveedores cumplen con los requisitos de la empresa

## 9. RESULTADOS DE AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD

En el año se realiza un ciclo de auditorías, para el año 2019 se realiza en el mes de febrero, con el fin de determinar el nivel de cumplimiento de la norma en su versión 2015, así:

PROCESO	TOTAL, HALLAZGOS (No conformidad)	ESTADO
Gestión Estratégica y de Dirección	0	NA
Gestión de Calidad	0	NA
Gestión Comercial	0	NA
Terapias Integrales	6	Cerrada
Gestión Administrativa y Financiera	0	NA
Compras	0	NA
Talento Humano	3	Cerradas
<b>TOTAL</b>		

## 10. ADECUACIÓN DE LOS RECURSOS

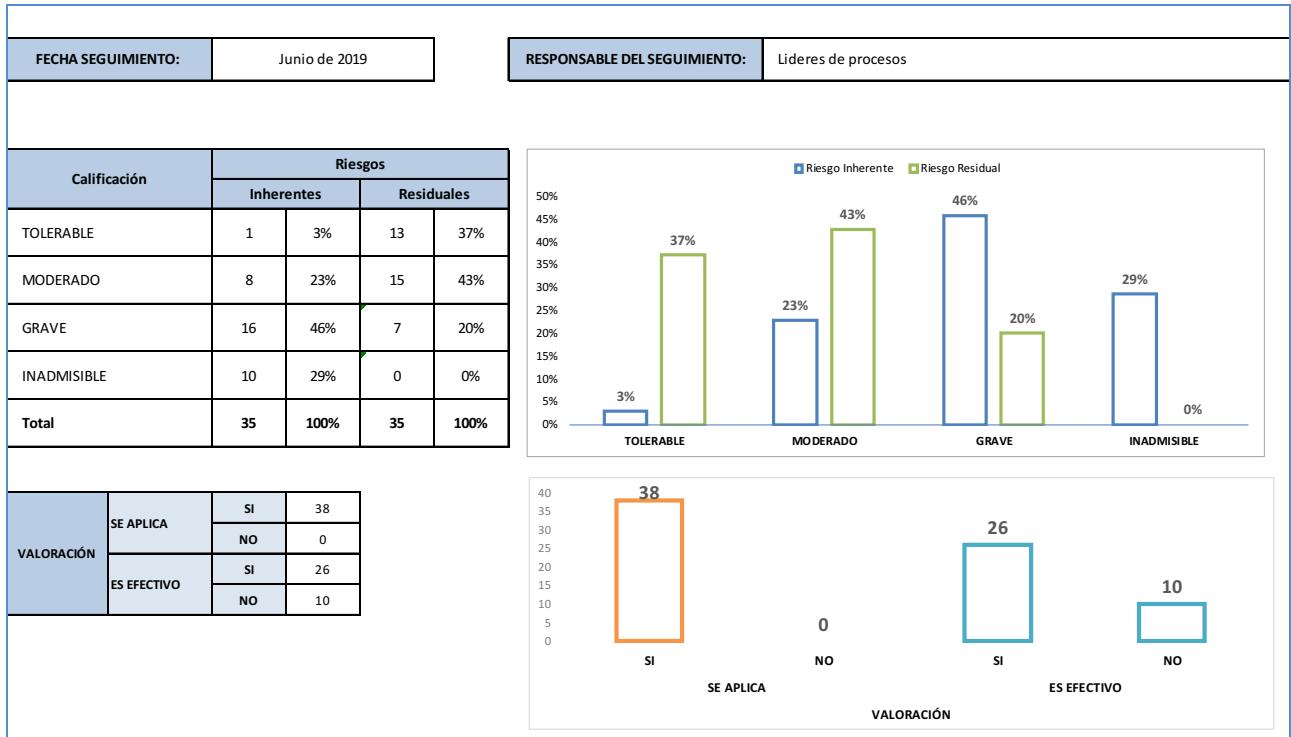
La Fundación determina recursos para cada una de las acciones tomadas, objetivos de calidad, acciones correctivas y de mejora, acciones para mitigar riesgos, estrategias, entre otros.

No existen no conformidades o insatisfacción por parte de clientes y usuarios por falta de recursos.

La Dirección provee los recursos necesarios para actividad de la empresa, la mejora del SGC y la satisfacción del cliente.

	<b>FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA "COVIDA"</b> <b>INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN</b>	<b>CÓDIGO:</b> GE-FO-002 <b>VERSIÓN:</b> 1 <b>FECHA:</b> octubre de 2015 <b>PÁGINA:</b> 23 de 49
---	---	---

## 11. SEGUIMIENTO A RIESGOS

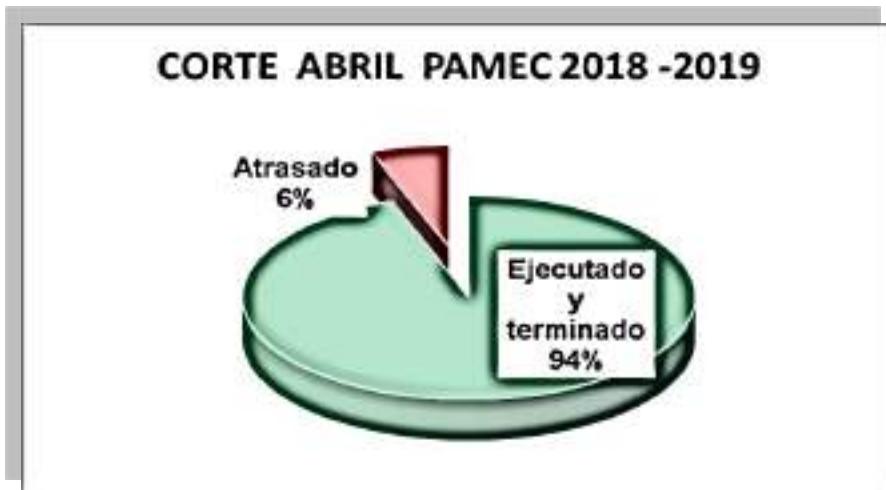


Se identifican un total de 35 riesgos inherentes a los procesos, después de realizar seguimiento en el mes de junio se evidencia que los riesgos de valoración “Inadmisible” fueron eliminados ya que los controles han sido eficaces y dichos riesgos no se han presentado en el periodo; así, se puede ver que aumentan los riesgos “tolerables”, los “Moderados” se mantienen y los “Graves” disminuyen.

**INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN**
**12. SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA CALIDAD – RESOLUCIÓN 256 DE 2016**
**13. PAMEC – ESTÁNDARES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

Total de actividades: 36.

Gráfica No. 1. % cumplimiento, consolidado de actividades IV Seguimiento – cierre final



Fuente: Documento Plan de mejora PAMEC 2018 – 2019

Cómo se evidencia en el **gráfico 1**, el PAMEC de la Fundación Social Somos Constructores de Vida COVIDA, finaliza con un cumplimiento del 94%

### **APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL**

En la Fundación COVIDA, el Aprendizaje Organizacional en la ejecución del PAMEC se toma como una herramienta que permite transformar la información obtenida de las actividades programadas en conocimiento, con la finalidad de mejorar continuamente los procesos institucionales reflejados en la calidad y desarrollo institucional.

En su mayoría el éxito de las oportunidades y acciones de mejora fue debido a los talento humano en donde se evidencio el liderazgo y el compromiso, es importante recalcar que el gran diferenciador de la Fundación se debe a la calidad de sus productos y/o servicios que permiten lograr la satisfacción de sus clientes.

#### **Aprendizaje organizacional**

#### **Éxitos**

- Mejoramiento de procesos: ajuste de procesos y procedimientos, incluyendo las acciones que demostraron ser efectivas para el mejoramiento de la calidad.

	<b>FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA "COVIDA"</b>  <b>INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN</b>	<b>CÓDIGO:</b> GE-FO-002 <b>VERSIÓN:</b> 1 <b>FECHA:</b> octubre de 2015 <b>PÁGINA:</b> 25 de 49
---	---	---

### 13. PAMEC – ESTANDARES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

- Retroalimentación de resultados Divulgación de avances y aprendizajes a través de reuniones de personal.
- Está estandarizado el ciclo de atención del usuario desde que llega a la Fundación hasta su egreso, en sus diferentes momentos de contacto administrativo y asistencial; es conocido por todo el personal asistencial y administrativo de la organización; se verifica el conocimiento y se implementan acciones frente a las desviaciones.

#### Barreras

- Alta rotación del personal, lo que afecta el mantenimiento y mejora continua del aprendizaje
- No definición clara de la estrategia de comunicación a los ciudadanos y sus familias, tema involucrado en la escuela de padres

#### RECOMENDACIONES

Continuar con el seguimiento semestral a la eficacia de los Comités institucionales

Se recomienda que las acciones propias del PAMEC se articulen con el direccionamiento estratégico, con el fin de procurar el seguimiento y monitoreo constante a estas acciones y garantizando el mejoramiento esperado.

Es necesario que el responsable del PAMEC mantenga la presentación de los informes periódicos relacionados con la ejecución, dificultades, logros y compromisos frente al Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

Es importante capacitar al personal en el modelo organizacional de la prestación de los servicios de Covida y en el mejoramiento de sus competencias, como herramienta de fidelización del talento humano y como espacio vital para la implementación del proceso de humanización de los servicios de salud.

Diseñar e implementar el Modelo de Humanización, articulado con el programa de seguridad del paciente y con el Código de Ética y Buen Gobierno, que incluya todas las políticas institucionales.

Se realiza autoevaluación para la ejecución del PAMEC 2019 – 2020. Se anexa cronograma

	FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA "COVIDA"				
	INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN				
	CÓDIGO: GE-FO-002				
	VERSIÓN: 1				
FECHA: octubre de 2015					
PÁGINA: 26 de 49					

Corresponde a cada uno de los 9 pasos de la ruta crítica que determinan las actividades a realizar	Cargo de la persona responsable de la ejecución de la actividad	Fecha de inicio de la actividad, fecha programada	Propósitos de la actividad	Coloque el área servicio, proceso o ubicación donde se realizará la actividad	Describa los métodos medios y estrategias para la realización de la actividad, acorde con las pautas que indica el MS y PS basado en Seguridad del Paciente y mejoramiento del resultado de los indicadores del Sistema de Información para la Calidad
QUÉ	QUIÉN	CUÁNDO	POR QUÉ?	DÓNDE (LUGAR)	CÓMO
CONFORMACION DEL GRUPO DE CALIDAD Y LEVANTAMIENTO DEL ACTA DE CONFORMACION DEL GRUPO GESTOR DEL PAMEC	Director ejecutivo	Mayo 28 de 2019	El comité es necesario para definir los lineamientos de cómo que se implementará COVIDA para gestionar y organizar paso a paso el Programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad y en enfoque de seguridad del paciente/indicadores de calidad.	Fundación Social COVIDA	Ser consta con la participación de representantes de COVIDA para conformar el comité del PAMEC así: Directora Líder administrativa y financiera Líder Talento Humano Líder misional Asistente Administrador de la piscina Líder de calidad
AUTOEVALUACION:	Líder de calidad	Junio de 2019	Los prestadores de servicios deberán definir, desarrollar y evaluar los procesos de atención, auditoría interna y las acciones preventivas de mejora y/o coyuunturales que permitan a la organización identificar sus principales problemas de calidad (procesos prioritarios), conocer su desempeño actual (calidad actual) e implementar planes de mejoramiento que les permitan disminuir la brecha con respecto a las expectativas cumplimiento establecidas (calidad esperada).	Fundación Social COVIDA	1. La autoevaluación con énfasis en mejoramiento del resultado de los indicadores del Sistema de Información para la Calidad se realizó en acuerdo al informe de la auditoría interna realizada en el año 2016: "Proporción de usuarios que recomiendan la IPS a familiares o amigos, "Proporción de satisfacción global de usuarios, Tasa de pacientes que sufren una recaída en el periodo de seguimiento externa. El enfoque en Seguridad del Paciente se dirige hacia el fortalecimiento del Programa de Seguridad del paciente documentado en la entidad y la implementación de las buenas prácticas de seguridad del paciente recomendadas en la Guía Técnica correspondiente.
SELECCIÓN DE PROCESOS A MEJORAR	Líderes de estándares	Junio de 2019	Se debe enfocar los procesos de mejora en los puntos críticos de mayor impacto en la prestación del servicio según el resultado de la auditoría: cuantitativa y cualitativa.	Fundación Social COVIDA	Realizar la selección de los procesos misionales, a partir de la identificación de las oportunidades de mejoramiento estableciendo a qué procesos pertenecen. Las oportunidades de mejoramiento que surgen a través de las funciones organizacionales como son la comunicación, la información, partes del proceso en el ciclo PHVA o un proceso como tal. Se debe concentrarse en el mejoramiento de los procesos que tienen más impacto en la causa raíz de los problemas, evitando quedarse en la solución de síntomas. Se sugiere que se señale de los procesos objeto de mejoramiento se realice con los líderes que participan en el ejercicio de autodiagnóstico, con el propósito de continuar la participación activa de los miembros de la institución en la implementación del componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud.
PRIORIZACION DE PROCESOS A MEJORAR	Líderes de estándares	Junio de 2019	La razón para seleccionar los procesos a mejorar está determinada por el hecho de que, los recursos siempre son limitados y dado que el mejoramiento requiere un proceso de aprendizaje individual y colectivo de trabajo en equipo y colaboración entre los participantes en las organizaciones. Es necesario Priorizar procesos de obligatorio monitoreo y procesos con fallas de calidad factores críticos de éxito	Fundación Social COVIDA	Se lleva a cabo proceso de una matriz de priorización definida como una herramienta para evaluar opciones basadas en una serie de criterios que la organización ha decidido como importantes para tomar una decisión adecuada. Se lleva a cabo la calificación de acuerdo al impacto de la calificación de cada uno de los temas planteados en la autoevaluación en cada uno de los procesos de la IPS y la inclusión obligatoria del proceso de Atención al usuario.
DEFINICION DE LA CALIDAD ESPERADA	Líderes de estándares	Junio de 2019	Para cada uno de los procesos seleccionados como prioritarios, el nivel de calidad que responderá el mismo y quienes se encarguen a su cargo la función de auditoría interna, los profesionales de la institución y los usuarios que serán beneficiarios de la calidad esperada por el proceso. Definir el nivel de calidad esperada significa establecer la meta a la que quiere llegar la organización, según el problema de calidad priorizado para ser atendido.	Fundación Social COVIDA	Para definir la calidad esperada se estableció la meta a alcanzar y la forma como se realizó.
MEDICION INICIAL DEL DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS	Líderes de estándares	Julio de 2019	La auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud es una estrategia de mejoramiento que pretende detectar la diferencia entre lo que se logró y los resultados en calidad esperada, lo cual es posible si se determina el nivel de calidad actual.	Fundación Social COVIDA	*CALIDAD ESPERADA SEGUIMIENTO A RIESGOS Y SEGURIDAD DEL PACIENTE.
ESTABLECER UN PUNTO DE PARTIDA	Líderes de estándares	Julio de 2019	Como herramienta para la evaluación y medición inicial del desempeño de los procesos priorizados del CSO se utilizaron las siguientes herramientas de niveles de Operación:	Fundación Social COVIDA	Para esto se utilizan los mismos criterios diseñados para establecer la calidad esperada. Como herramienta para la evaluación y medición inicial del desempeño de los procesos priorizados del CSO se utilizaron las siguientes herramientas de niveles de Operación:
1. Autocontrol 2. Auditoria Interna 3. Auditoria Externa	Y se llevarán a cabo a través de tres tipos de acciones:	1. Acciones Preventivas 2. Acciones de Seguimiento 3. Acciones Coyuunturales	Se realizará la aplicación de los indicadores utilizando la información del trimestre anterior, que permitirá medir el impacto de las acciones de mejoramiento.		
PLAN DE ACCION Y/O PLAN DE MEJORAMIENTO	Líderes de estándares	Julio de 2019	La formulación del plan de mejoramiento deberá considerar a la detección de las causas fundamentales de los principales problemas de calidad (procesos prioritarios), para lo cual se deberán aplicar las herramientas que permitan detectar y bloquear lo que no permite lograr los resultados deseados. Hoy se propone la solución en forma definitiva mediante métodos como el de análisis y solución de problemas.	Fundación Social COVIDA	Con los resultados de los pasos anteriores, los responsables de los procesos y el equipo de auditoría contarán con la información necesaria para establecer los planes de acción que permitan solucionar las fallas de calidad detectadas.
ELABORACION DEL PLAN DE ACCION	Líderes de estándares	Agosto de 2019	A avanzar en el proceso de mejoramiento continuo a partir de la aplicación de correctivos y acciones de intervención,	Fundación Social COVIDA	Este debe ser capaz de bloquear las causas y el efecto no deseado o problema detectado, creando además instrumentos para evaluar y monitorear las acciones resultantes.
ELABORACION DEL PLAN DE MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL COMITÉS	Líderes de estándares	Agosto de 2019	Como elemento del seguimiento es importante evaluar si las acciones que se están ejecutando están siendo efectivas y en cuál es posible de observar a través de la medición sistemática de los indicadores propuestos.	Fundación Social COVIDA	Adicional se debe explicar que las preguntas de la primera actividad salen de la plataforma de Seguridad del paciente del Ministerio de Salud y Protección Social.
EVALUACION DEL MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO DEL COMITÉS	Líderes de estándares	Agosto de 2019	El aprendizaje organizacional hace relación a la toma de decisiones distintivas, elaborar estándares con los cuales se pueda hacer un control permanente y una mejora permanente, para prevenir que se produzca nuevamente una brecha entre la calidad esperada y la observada.	Fundación Social COVIDA	A través de la medición sistemática de los indicadores propuestos, se debe verificar si se cumplió o no con la meta establecida y si disminuyó la brecha entre la calidad esperada y la observada. El monitoreo se realizará durante un año, según la periodicidad planteada para cada indicador. Los comités de la IPS estarán involucrados en el seguimiento a la implementación de las mejoras.
APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL	Líderes de estándares	Julio de 2020	El aprendizaje organizacional hace relación a la toma de decisiones distintivas, elaborar estándares con los cuales se pueda hacer un control permanente y una mejora permanente, para prevenir que se produzca nuevamente una brecha entre la calidad esperada y la observada.	Fundación Social COVIDA	Retroalimentación de los resultados. Estandarización y ajuste de procesos. Divulgación de experiencias exitosas. Capacitación y reentrenamiento del personal (reentrenar y capacitar las personas de la organización en la obtención de estándares sobre los cuales se realiza seguimiento). Monitoreo sistemático de la brecha entre la calidad esperada y mejorar los resultados de los procesos priorizados e intervenidos potenciando el mejoramiento continuo).
Hace relación a la toma de decisiones distintivas, elaborar estándares, retroalimentación y estandarización de mejoras en los procesos					En este punto, el ciclo de mejoramiento retorna al inicio y puede volverse a aplicar la ruta completa, ya no para disminuir las brechas de calidad, sino para potenciar un proceso de mejoramiento continuo.

	<b>FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA "COVIDA"</b>		
	<b>INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN</b>		
	<b>CÓDIGO: GE-FO-002</b>		
	<b>VERSIÓN: 1</b>		
	<b>FECHA: octubre de 2015</b>		
	<b>PÁGINA: 27 de 49</b>		

<b>14. SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO – DECRETO 1072 de 2015</b>	
<b>INFORME DE RENDICIÓN DE CUENTAS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST</b>	
<b>1. OBJETO</b>	
<p>Realizar el informe y metodología para realizar la rendición de cuentas frente al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo – SG-SST, con el fin de identificar oportunidades de mejora, necesidad de implementación de acciones correctivas, preventivas y de mejora.</p>	
<b>2. ALCANCE</b>	
<p>Este procedimiento aplica a las actividades que hacen parte del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo – SG-SST, desde la planeación, el hacer, el verificar y el actuar de la <b>Fundación Covida</b>.</p>	
<b>3. DEFINICIONES</b>	
<p><b>3.1. Alta Dirección:</b> Persona o grupo de personas que dirigen y controlan una empresa.</p>	
<p><b>3.2. Efectividad:</b> Logro de los objetivos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo – SG-SST con la máxima eficacia y la máxima eficiencia.</p>	
<p><b>3.3. Eficacia:</b> Es la capacidad de alcanzar el efecto que espera o se desea tras la realización de una acción.</p>	
<p><b>3.4. Eficiencia:</b> Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados.</p>	
<p><b>3.5. Rendición de cuentas:</b> Mecanismo por medio del cual las personas e instituciones informan sobre su desempeño.</p>	
<p><b>3.6. Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo – SG-SST:</b> El Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo – SG-SST consiste en el desarrollo de un proceso lógico y por etapas, basado en la mejora continua y que incluye la política, la organización, la planificación, la aplicación, la evaluación, la auditoria y las acciones de mejora con el objetivo de anticipar, reconocer, evaluar y controlar los riesgos que puedan afectar la seguridad y la salud en el trabajo.</p>	
<b>4. RESPONSABLES</b>	
<p><b>4.1. Alta Dirección:</b> se encarga de informar los resultados al Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo - COPASST, con el fin de que se definan las acciones identificadas.</p>	
<p><b>4.2. Responsable del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo – SG-SST:</b> Es el responsable de realizar el proceso de rendición de cuentas a la Alta Dirección de acuerdo con los lineamientos definidos en el presente procedimiento.</p>	

	<b>FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA "COVIDA"</b>		
	<b>INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN</b>		
	CÓDIGO: GE-FO-002 VERSIÓN: 1 FECHA: octubre de 2015 PÁGINA: 28 de 49		

## 14. SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO – DECRETO 1072 de 2015

**4.3. Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo – COPASST:** es el encargado de realizar el análisis de la rendición de cuentas, y establecer el marco de referencia para la mejora continua, del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo – SG-SST. Fue actualizado en el mes de Agosto del presente año, ya que antes de esta fecha existía vigía de SST

### 5. DOCUMENTOS RELACIONADOS

5.1. Decreto 1072 de 2015

### 6. DESCRIPCIÓN

ITEM	ACTIVIDAD	OBSERVACIONES
1	<b>Programar la rendición de cuentas:</b> El responsable de SG-SST definirá en el plan anual de trabajo la programación de la rendición de cuentas, esta se debe hacer mínima una vez al año.	No se ha programado por ciclo la rendición de cuentas a la alta dirección. De todas las actividades planeadas en el plan de trabajo anual se cumplieron el 90% de las actividades; habiendo faltado otras actividades según lo detectado en la matriz de peligros.
2	<b>Realizar divulgación de la ejecución de la rendición de cuentas:</b> El responsable de SG-SST divulgara a la alta dirección, al COPASST o al vigía la fecha definida para la rendición de cuentas.	Se procede a realizar informe del porcentaje de cumplimiento en materia de seguridad y salud en el trabajo.
3	<b>Realizar rendición de cuentas:</b> De acuerdo a la programación el responsable de SG-SST realizará la rendición de cuentas teniendo en cuenta los siguientes criterios:  Definición, avance y cumplimiento del plan anual de trabajo. Estado de la intervención de los peligros identificados. Estado y cumplimiento del programa de capacitaciones. Cumplimiento de los indicadores de los programas.  Estado de la investigación de accidentes y enfermedad laboral y cumplimiento de los planes de acción definidos. Estado del cumplimiento de los requisitos legales. Ejecución del presupuesto.	Según las evidencias del plan de trabajo anual se han cumplido en un 90% las actividades planeadas. No se han intervenido los riesgos identificados en la matriz de peligros. Se realizarán los indicadores en base a los objetivos de SST y de ausentismo en el primer trimestre de 2018. Se tienen establecidos los requisitos legales; pero sin determinar el porcentaje de cumplimiento del total de estos. No se ha investigado los incidentes presentados, ni el accidente laboral presentado. En ejecución se encuentra la asignación de recursos para la implementación del SG-SST. A la fecha no se han conformado los equipos de brigadas y es necesario actualizar el plan de contingencia.

**14. SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO – DECRETO 1072 de 2015**

	<p>Estado de las comunicaciones de las partes interesadas.</p> <p>Estado de la implementación del plan de emergencias.</p> <p>Ejecución de simulacros.</p> <p>Estado del cumplimiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica.</p> <p>Análisis del ausentismo laboral, estado de la implementación de acciones derivadas de este.</p> <p>La alta dirección evaluará el desempeño del responsable de SST de acuerdo con los criterios definidos, acorde a los resultados de la revisión se deben identificar necesidades de acciones correctivas, preventivas y de mejora.</p> <p><b>Comunicar los resultados de la rendición de cuentas:</b></p> <p>De acuerdo con los resultados de la revisión la alta dirección informará los resultados al COPASST o al vigía, con el fin de que se definan las acciones identificadas.</p> <p><b>Implementar acciones:</b></p> <p>El responsable de SST deberá definir el plan de acción de acuerdo con los resultados.</p> <p><b>Realizar seguimiento al plan de acción:</b></p> <p>El COPASST, vigía y el responsable de SG-SST realizarán el seguimiento a la implementación y avances del plan de acción.</p>	<p>Se realizó el simulacro en concordancia con el simulacro a nivel nacional.</p> <p>A la fecha no se han diseñado ni implementado programas de vigilancia epidemiológica alguno.</p> <p>Se tienen actualizadas las bases de datos de la caracterización del ausentismo por enfermedad común y permisos en general.</p> <p>Se realizará según el plan de trabajo anual la rendición de cuentas en noviembre de 2018.</p> <p>Se le rendirá cuentas a la líder de calidad según el cronograma de actividades.</p> <p>En noviembre de 2018 se rendirá informe sobre el avance del SG-SST.</p>
	<p>Según lo descrito anteriormente el 35% de la gestión documental (Estructura) en el sistema de gestión en seguridad y salud en el trabajo, se encuentran al día.</p> <p>La fase de planificación (Matriz de peligros, planes de acción, planes de intervención, Gestión del riesgo, plan de trabajo anual en seguridad y salud, programa de capacitación e instrucción en seguridad y salud, Plan de contingencia, plan de rutas y evacuación, plan de continuidad del negocio, control total de perdidas, análisis de vulnerabilidad y análisis de amenazas) se encuentra en ejecución en un 45%.</p> <p>En el periodo 2018/2020 se realizará la fase de implementación, verificación y vigilancia y control en concordancia con los plazos previstos por la resolución 1111/2017.</p>	

	FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA "COVIDA"			
	INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN		CÓDIGO: GE-FO-002	
			VERSIÓN: 1	
			FECHA: octubre de 2015	PÁGINA: 30 de 49

### Salidas de la revisión por la dirección

15. OPORTUNIDADES DE MEJORA Y RECURSOS				
PROCESO	ACCION DE MEJORA	RESPONSABLE	RECURSOS NECESARIOS	FECHA DE IMPLEMENTACIÓN
Gestión estratégica y Dirección	<p>Dificultades en seguir la matriz de comunicación, de manera asertiva, limitando la posibilidad de compartir ideas, pensamientos, proyectos, entre otros, afectando así la divulgación y conocimiento de la información básica que promueve la labor dentro de los valores de la empresa y de la política de calidad en un equipo de trabajo fortalecido.</p> <p>Por esto se debe <b>promover la cultura de la comunicación interna y externa como valor estratégico</b> para la transmisión de los valores institucionales, misión y visión, lo cual generará: cohesión en el personal en general, mayor trabajo en equipo para avanzar en los objetivos de la Fundación integrados a los planes y proyectos actuales y futuros.</p>	Director Ejecutivo	Económicos Talento Humano Recursos Físicos Recursos tecnológicos e informáticos	Año 2020
Gestión estratégica y Dirección	<p>Pobre reconocimiento de los clientes internos sobre las líneas estratégicas planteadas por la dirección, ocasionando confusión en el norte hacia dónde orientar los esfuerzos y energía para ejecutar objetivos propuestos.</p> <p>De acuerdo a lo anterior, sería conveniente que exista una campaña de socialización y reconocimiento de los proyectos por parte de los funcionarios, que permita la organización del equipo y la formulación de objetivos, siempre considerando la visión</p>	Director Ejecutivo	Económicos Talento Humano Recursos Físicos Recursos tecnológicos e informáticos	Año 2020

	FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA "COVIDA"	
	INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	
	CÓDIGO: GE-FO-002	
	VERSIÓN: 1	

FECHA: octubre de 2015

PÁGINA: 31 de 49

15. OPORTUNIDADES DE MEJORA Y RECURSOS				
PROCESO	ACCION DE MEJORA	RESPONSABLE	RECURSOS NECESARIOS	FECHA DE IMPLEMENTACIÓN
	formulada para el periodo que comienza.			
Gestión Talento Humano	<p>Perduran algunas dificultades en el sentido de pertenencia y satisfacción del cliente interno, pues a pesar de que existen propósitos institucionales, en ocasiones los esfuerzos del personal no están alineados con las estrategias y metas planteadas por la dirección, afectando el clima laboral y los resultados finales.</p> <p>Desarrollar plan de fortalecimiento del trabajo en equipo y mejora del clima laboral a través de ejercicios prácticos que permitan encontrar las fortalezas y debilidades del grupo y avanzar en la construcción de la unidad en las que exista real apoyo.</p>	Líder de Talento Humano	Humanos Económicos	Año 2020
Gestión de calidad	<p>Limitada oportunidad de circulación de la información operativa pertinente a tiempo y en forma concisa, generando dificultades operativas y pérdida de productividad en el no tiempo</p> <p>Desarrollar la matriz de comunicación con la creación de procedimiento dentro de los cuales las tareas sean formuladas en forma clara con objetivos y metas a cumplir.</p>	Líder de calidad	Humanos	Año 2020
Terapias Integrales	Existen pocas acciones para medir la ejecución de tareas y cumplimiento de objetivos lo que provocar retrasos y aplazamientos de temas y necesidades generando	Líder del proceso	Económicos Talento Humano Recursos Físicos Recursos tecnológicos e informáticos	Año 2020

	FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA "COVIDA"	
	CÓDIGO: GE-FO-002	
	VERSIÓN: 1	
	FECHA: octubre de 2015	PÁGINA: 32 de 49
INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN		

15. OPORTUNIDADES DE MEJORA Y RECURSOS				
PROCESO	ACCION DE MEJORA	RESPONSABLE	RECURSOS NECESARIOS	FECHA DE IMPLEMENTACIÓN
	<p>una cultura de la reactividad y no de la pro actividad.</p> <p>Es importante elaborar instrumentos de medición y verificación de cumplimiento de tareas en el grupo misional para que se dé retroalimentación y modificación en los puntos que sean necesarios.</p>			
Terapias Integrales	<p>Programas grupales y de horarios fijos que no permiten el ingreso de nuevos usuarios que dinamicen el flujo de pacientes a atender.</p> <p>Se sugiere implementar la atención individual en horarios diferentes y organizados según los recursos humanos y disponibilidad de tiempo.</p>	Líder del proceso	Económicos Talento Humano Recursos Físicos Recursos tecnológicos e informáticos	Año 2020
Terapias Integrales	<p>Desconocimiento del personal autorizador de las EPS para realizar adecuadas referencias hacia la institución lo que limita las posibilidades de nuevos ingresos.</p> <p>Se recomienda realizar campaña de socialización a las personas que remiten los usuarios para que se familiaricen con los servicios prestados en la Fundación.</p>	Líder del proceso	Económicos Talento Humano Recursos Físicos Recursos tecnológicos e informáticos	Año 2020
Terapias Integrales	<p>El equipo misional tiene dificultades para poner en común no solo información sino también tareas y planes de trabajo con los usuarios ya que los tiempos con los que se cuenta no son comunes a todos y es poca la posibilidad de reunirlos.</p> <p>Por lo anterior sería importante reevaluar los horarios asignados</p>	Líder del proceso	Talento Humano	Año 2020

	FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA "COVIDA"	
	INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	
	CÓDIGO: GE-FO-002	
	VERSIÓN: 1	

FECHA: octubre de 2015

PÁGINA: 33 de 49

15. OPORTUNIDADES DE MEJORA Y RECURSOS				
PROCESO	ACCION DE MEJORA	RESPONSABLE	RECURSOS NECESARIOS	FECHA DE IMPLEMENTACIÓN
	para que las reuniones sean respetadas y pueda estar todo el grupo			
Terapias Integrales	Continúan presentándose fallas en el programa de historias clínicas y el uso del tiempo para cumplir con la responsabilidad de registro diario  Por lo anterior se sugiere cambio de prestador del servicio y la creación del horario de registro con el fin de que no se generen retrasos ni un mal clima laboral.	Líder del proceso	Económicos Talento Humano Recursos Físicos Recursos tecnológicos e informáticos	Año 2020
Gestión Comercial	Disminuyó el flujo de usuarios que acuden a los servicios y no existen oportunidades de atención diferentes para los clientes externos.  Se propone hacer otro tipo de ofertas empleando recursos tecnológicos e implementando los ya planteados para externalizar los servicios, desarrollar un plan para investigar el mercado on line y salir a promover el reconocimiento y posicionamiento de la Fundación por medio de trabajo en la comunidad desarrollando un programa de responsabilidad social que al mismo tiempo sea una estrategia de difusión.	Director Ejecutivo	Económicos Talento Humano Recursos Físicos Recursos tecnológicos e informáticos	Año 2020
Talento Humano	No existe un plan de capacitación en nuevas estrategias, metodología y formar de trabajo en el equipo misional que diversifiquen y fortalezcan el servicio al usuario generando una alta satisfacción y le permitan sentir que sus necesidades están cubiertas.	Líder de Talento humano	Económicos Talento Humano Recursos Físicos Recursos tecnológicos e informáticos	Año 2020

	FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA "COVIDA"	
	CÓDIGO: GE-FO-002	
	VERSIÓN: 1	
	FECHA: octubre de 2015	PÁGINA: 34 de 49

15. OPORTUNIDADES DE MEJORA Y RECURSOS				
PROCESO	ACCION DE MEJORA	RESPONSABLE	RECURSOS NECESARIOS	FECHA DE IMPLEMENTACIÓN
	Dentro de este marco se podría pensar en elaborar un plan de capacitaciones según las necesidades detectadas en los usuarios, no sólo internas sino también externas y que constituyan un aspecto motivacional para los profesionales incentivándolos a diversificar. Esto podría hacerse no solo presencial sino también permitiendo el acceso a teleconferencias, capacitaciones dentro del tiempo laboral y que se dan en forma gratuita. También aprovechando alianzas con otras instituciones.			
Direccionamiento	<p>La escuela de padres y/o cuidadores continúa teniendo pobre cobertura y dinamización, siendo uno de los mayores y mejores recursos para renovar los procesos y crear nuevas modalidades de atención a la comunidad.</p> <p>Se sugiere que se establezca compromiso real por parte de las directivas en el desarrollo de propuesta planteada, con delimitación de tiempo y recursos existentes.</p>	Director Ejecutivo	Económicos Talento Humano Recursos Físicos Recursos tecnológicos e informáticos	Año 2020
Terapias Integrales	<p>Existen pocos elementos diferenciadores con en el servicio con respecto a otras instituciones y esto disminuye la oportunidad de vender servicios</p> <p>Una estrategia para dinamizar procesos podría estar en acceder a nuevas tecnologías que den valor agregado a la atención o que permitan vender nuevos servicios,</p>	Líder del proceso	Económicos Talento Humano Recursos Físicos Recursos tecnológicos e informáticos	Año 2020

	FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA "COVIDA"	
	CÓDIGO: GE-FO-002	
	VERSIÓN: 1	
	FECHA: octubre de 2015	PÁGINA: 35 de 49

15. OPORTUNIDADES DE MEJORA Y RECURSOS				
PROCESO	ACCION DE MEJORA	RESPONSABLE	RECURSOS NECESARIOS	FECHA DE IMPLEMENTACIÓN
	por ejemplo software para trabajar con cierto tipo de población (sistemas de comunicación aumentativa, afasias, etc). Así mismo complementar el equipo de trabajo con profesionales en otras áreas que sean afines y complementarias (educación especial, neuropsicología, entre otras). Además podrían crearse programas no existentes en el mercado según demanda y capacidad instalada (grupos empresariales, grupo de adolescentes, etc) y que no estén enmarcados dentro de la misma modalidad de atención			
Administrativo y Financiero	De infraestructura se planea poner cielo Razo en pvc para el área de gimnasio	Director Ejecutivo	Económicos Talento Humano Recursos Físicos	Año 2020
Administrativo y Financiero	Cambio de color de piscina y mejora en el piso	Director Ejecutivo	Económicos Talento Humano Recursos Físicos	Año 2020
Gestión Comercial	Financiero  Ampliar a un 20% el ingreso en covida de clientes particulares Buscar contrato con la nueva EPS Tener firmado contrato con sanitas	Director Ejecutivo	Económicos Talento Humano Recursos Físicos	Año 2020
Terapias Integrales	Misional  Iniciar programa adulto mayor	Líder del proceso	Humanos	Año 2020

#### 16. CAMBIOS QUE PODRIAN AFECTAR EL SGC

En el año no se han presentado cambios que afectan el SGC

#### 17. CIERRE DEL INFORME POR LA DIRECCIÓN EJECUTIVA

Revisado el informe de revisión por la dirección concluyo que existe:

**CONVENIENCIA:** la implementación del sistema de gestión de calidad bajo la norma ISO 9001:2015, permitió mejorar el orden documental a los programas y procesos que se venían recopilando años atrás. Además de poder tomar acciones a partir de la medición de los procesos. Es una entrada de confianza ante clientes que requieren de los servicios de la Fundación.

	<b>FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA "COVIDA"</b>		
	CÓDIGO: GE-FO-002	VERSIÓN: 1	FECHA: octubre de 2015
<b>INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN</b>			PÁGINA: 36 de 49

## 17. CIERRE DEL INFORME POR LA DIRECCIÓN EJECUTIVA

**ADECUACION:** la comunicación interna mejoró, los usuarios expresan libremente sus peticiones y agradecimientos por los resultados obtenidos en sus hijos y/o familias que participan en los procesos terapéuticos. Se identifica la satisfacción de los usuarios y clientes que permiten la toma de decisiones.

El proceso ordenado permitió optimizar el compromiso y sentido de pertenencia del talento Humano.

**EFICACIA:** Todas las peticiones, quejas y reclamos PQR'S fueron atendidas de manera eficaz.

Permanentemente se observó y evaluó al personal en los puestos de trabajo, facilitando la retroalimentación y la mejora de las tareas evaluadas.