


Informe de Revisión por la Dirección

Diciembre de 2017

SGC
GLADYS AMANDA RAMIREZ RIOS


FUNDACIÓN COVIDA | Armenia



	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 38


Contenido

1.	PERTINENCIA DE LA PLATAFORMA ESTRATÉGICA	2
2.	OBJETIVOS DE CALIDAD.....	0
2.1.	RESULTADOS DE LA MEDICION DE LOS OBJETIVOS DE CALIDAD:.....	0
3.	RESULTADOS DE AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD	5
4.	RETROALIMENTACIÓN DEL CLIENTE	6
5.	DESEMPEÑO DE PROCESOS.....	9
5.1.	Gestión Estratégica y Dirección.....	9
5.2.	Gestión de Calidad	11
5.3.	Gestión Comercial	13
5.4.	Terapias Integrales	15
5.5.	Gestión Administrativa y financiera	17
5.6.	Gestión Talento Humano	18
5.1.	Gestión de Compras	24
6.	ESTADO ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS.....	24
7.	REVISIONES POR LA DIRECCIÓN PREVIAS	24
8.	CAMBIOS QUE PODRIAN AFECTAR EL SGC.....	26
9.	SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA CALIDAD – RESOLUCION 256 DE 2016	26
10.	PAMEC – ESTANDARES DE ACREDITACIÓN	26
11.	SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO – DECRETO 1072 de 2015	29
12.	RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA.....	32
13.	CIERRE DEL INFORME POR LA DIRECCIÓN EJECUTIVA	32

	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 38


FECHA: 10 de enero de 2018	PERIODO: enero a diciembre de 2017
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 9001:2008	

1. PERTINENCIA DE LA PLATAFORMA ESTRATÉGICA	
Resultados	
Misión:	<p>La FUNDACIÓN SOCIAL COVIDA está comprometida en la habilitación/rehabilitación integral e intensiva de personas con discapacidad neurológica. Para lograr su máximo potencial, se cuenta con un equipo multidisciplinario de profesionales competentes, que utilizan como estrategia la formación a la familia y a la comunidad, con permanente mejora continua, procesos y ambientes seguros, para la prestación de sus servicios.</p> <p>Para el año 2018, la alta dirección ha identificado cambios en la plataforma estratégica, por lo tanto, la misión a partir de enero de 2018 será la siguiente:</p> <p>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.</p>
Visión:	<p>Para el año 2020 COVIDA será una empresa certificada en calidad y líder a nivel del eje cafetero, mediante la formación y fortalecimiento de los padres, madres y familia co-terapeutas para que asuman el reto de la habilitación/rehabilitación desde la familia, logrando sensibilizar a la sociedad para el cambio de actitud frente a la discapacidad.</p> <p>Visión año 2018:</p> <p>Consolidar nuestro modelo terapéutico incluyente, participativo y sostenible en la búsqueda de la excelencia para ser referentes en la Región.</p>
Política de calidad:	<p>La Fundación Social Somos Constructores de Vida COVIDA, 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 sufre cambios.</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: 0 de 38

Los objetivos de calidad son ajustados en su medición, así:

2. OBJETIVOS DE CALIDAD							
DIRECTRICES PARA LA POLÍTICA DE CALIDAD	OBJETIVOS DE CALIDAD	No.	INDICADOR	FÓRMULA	RESPONSABLE	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	META
Atención de personas con discapacidad neurológica	Prestar servicios de salud de habilitación/rehabilitación con alta calidad	1	Medición adherencia a guías por parte del personal	$(\text{No. De guías con resultados de evaluación mayor al 90\%} / \text{total de Guías adoptadas}) \times 100$	Líder de calidad	Anual	90%
		2	Evaluación por parte de los padres o cuidadores con respecto a la prestación del servicio	$(\text{No. Padres con satisfacción mayor al 80\%} / \text{total encuestados}) \times 100$	Líder de calidad	Anual	90%
		3	Evaluación por parte de los padres /cuidadores con respecto a las terapias que prestan el servicio	$(\text{No. De terapias con resultados mayores a 85\%} / \text{total de terapias evaluadas}) \times 100$	Líder de calidad	Anual	90%
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	Educación a la familia y/o cuidador, como elemento del modelo de rehabilitación basada en comunidad (RBC)	4	% de actividades realizadas con padres y/o cuidadores	$(\text{No. de actividades ejecutadas} / \text{No. De actividades planeadas}) \times 100$	Dirección ejecutiva	Anual	100%
Equipo multidisciplinario de profesionales especializados, idóneo y competente	Mejorar la competencia del personal	5	Desempeño del personal	$(\text{empleados que cumplen criterios responsabilidades por roles, Humanización y Habilidades} / \text{total de empleados}) \times 100$	Talento Humano	Semestral	80%

	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 38

2. OBJETIVOS DE CALIDAD							
DIRECTRICES PARA LA POLÍTICA DE CALIDAD	OBJETIVOS DE CALIDAD	No.	INDICADOR	FÓRMULA	RESPONSABLE	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	META
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	6	Cumplimiento de estándares de habilitación.	$(\text{No. De estándares aplicados} / \text{No. Total de estándares}) \times 100$	Director ejecutivo	Anual	100%
Direccionar acciones hacia la identificación de las necesidades del usuario para satisfacerlas. Eficiencia y eficacia de las acciones	Monitorear la satisfacción de los clientes	7	Tasa de satisfacción global	$(\text{No. Total de clientes - usuarios satisfechos} / \text{No. Total de clientes - usuarios encuestados}) \times 100$	Trabajador Social	Semestral	90%
Proceso permanente de mejora continua.	Mejorar continuamente	8	Implementación de acciones de mejora	$(\text{AM implementadas} / \text{AM establecidas}) \times 100$	Líder Calidad Director Ejecutivo	Semestral	80%

	FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA “COVIDA”		
	INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	CÓDIGO: GE-FO-002	
		VERSIÓN: 1	
		FECHA: octubre de 2015	
		PÁGINA: 0 de 38	

2.1. RESULTADOS DE LA MEDICION DE LOS OBJETIVOS DE CALIDAD:

1. Prestar servicios de salud de habilitación/rehabilitación con alta calidad

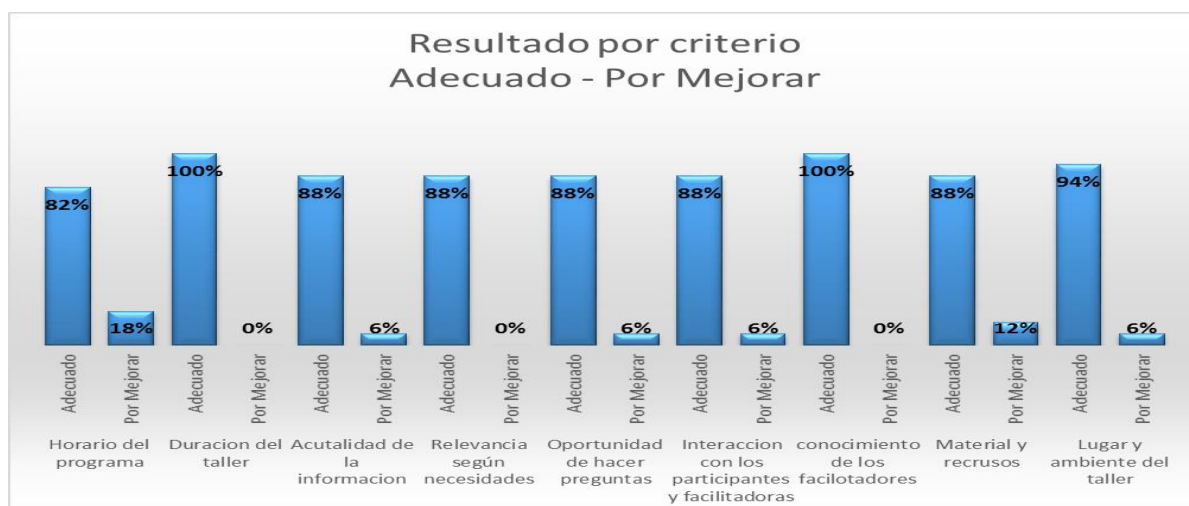
INDICADOR	FORMULA	META	RESULTADO
Medición adherencia a guías por parte del personal	(No. De guías con resultados de evaluación mayor al 90% / total de Guías adoptadas) x 100	90%	93%

INDICADOR	FORMULA	META	RESULTADO
Evaluación por parte de los padres o cuidadores con respecto a la prestación del servicio	(Criterios evaluados con resultado 80%/ total criterios evaluados) x 100	90%	100%


El 100% de los criterios evaluados obtuvieron resultados entre 82% a 100%, se evidencia:

Criterios por mejorar:

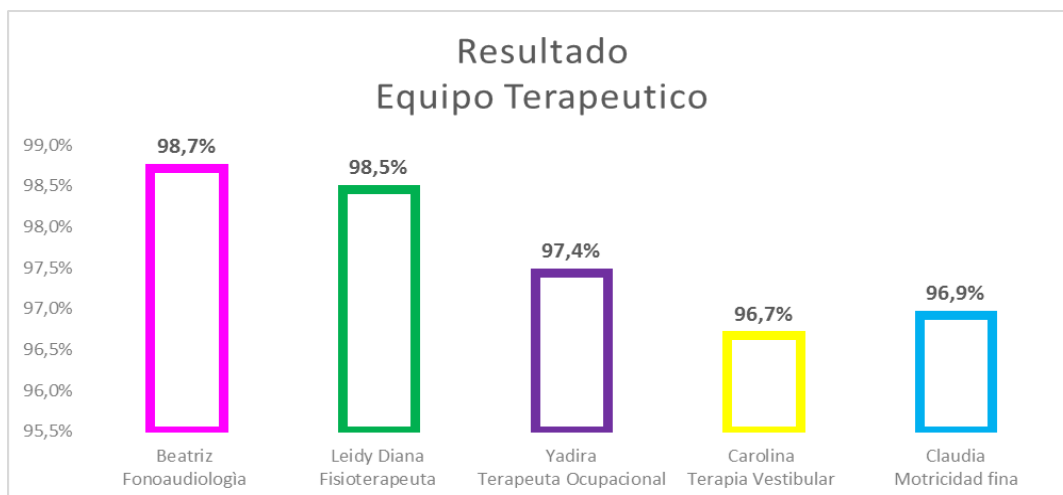
- Horario del programa
- Actualidad de la información
- Oportunidad de hacer preguntas
- Interacción con los participantes y facilitadoras
- Material y recursos
- Lugar y ambiente del taller



INDICADOR	FORMULA	META	RESULTADO
Evaluación por parte de los padres /cuidadores con respecto a las terapias que prestan el servicio	(No. De terapeutas con resultados mayores a 85%/total e terapeutas evaluadas) x 100	90%	100%

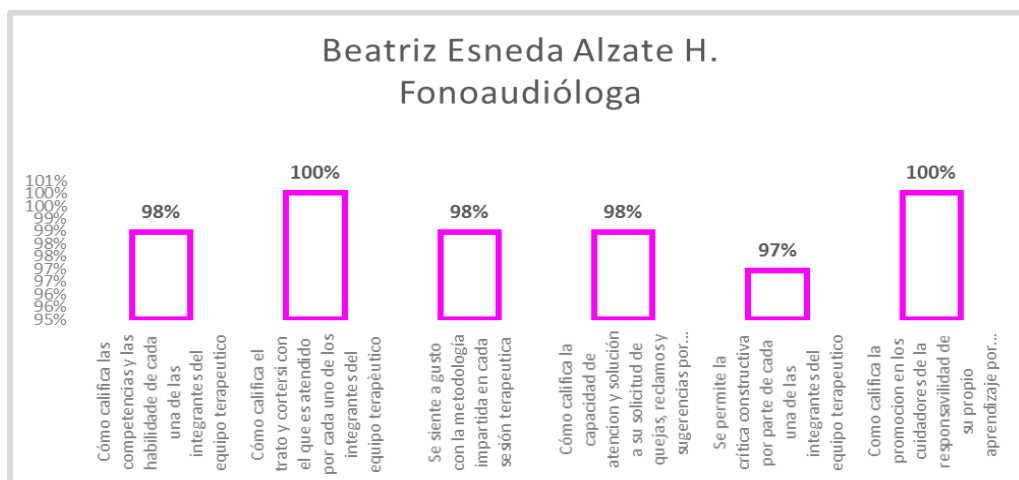
	FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA “COVIDA”	
	INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	CÓDIGO: GE-FO-002
		VERSIÓN: 1
		FECHA: octubre de 2015
		PÁGINA: 1 de 38

Se realiza evaluación de la percepción de padres/cuidadores en cuanto a las competencias de terapeutas, así:

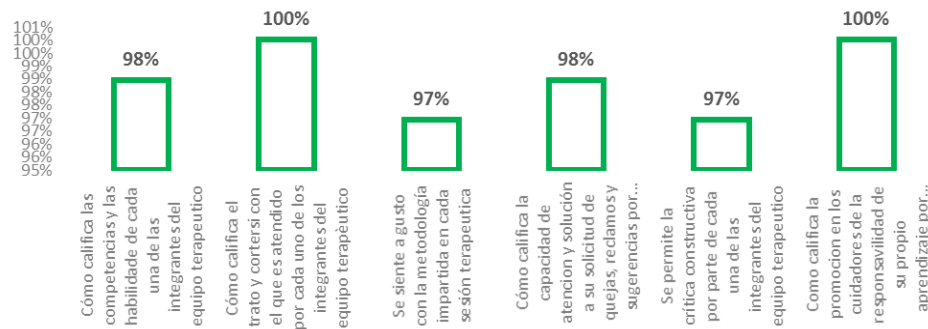


El total del personal terapéutico obtuvo resultados por encima del 90% de satisfacción.

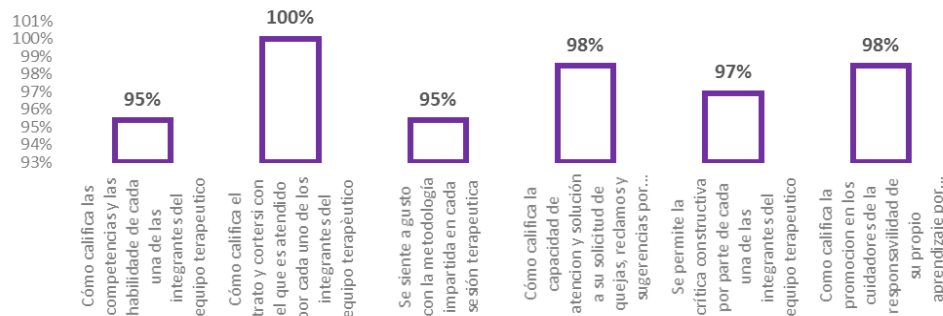
A continuación, se relacionan los resultados por cada uno de los terapeutas.



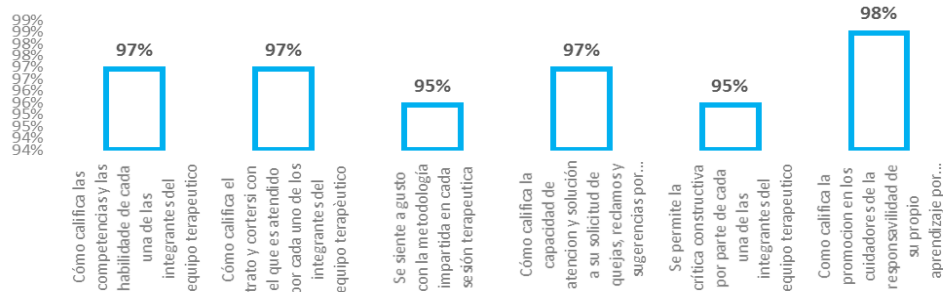
Leidy Diana Larota Fisioterapeuta




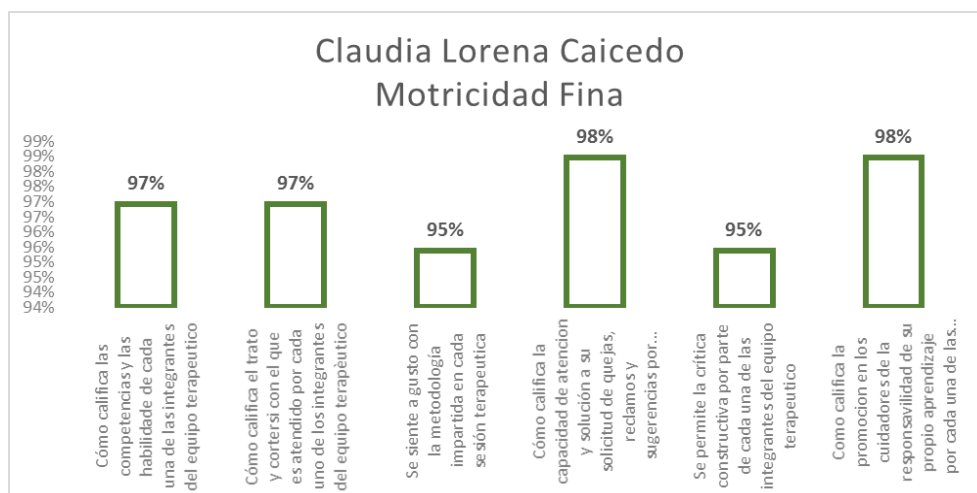
Elena Yadira Ortega Terapeuta Ocupacional



Claudia Carolina Garnica Terapeuta Vestibular



	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 38




- Cómo califica las competencias y las habilidades de cada una de las integrantes del equipo terapéutico: 3 de 5 terapeutas obtuvieron resultados entre 95% y 97%.
- Cómo califica el trato y cortesía con el que es atendido por cada uno de los integrantes del equipo terapéutico: 2 de 5 terapeutas obtuvieron resultados de 97%
- Se siente a gusto con la metodología impartida en cada sesión terapéutica, 4 de 5 terapeutas obtuvieron resultados entre 95% y 97%.
- Cómo califica la capacidad de atención y solución a su solicitud de quejas, reclamos y sugerencias por parte de cada una de las integrantes del equipo terapéutico, 1 de 5 terapeutas obtuvo resultados de 97%
- Se permite la crítica constructiva por parte de cada una de las integrantes del equipo terapéutico, 5 de 5 terapeutas obtuvieron resultados entre 95% y 97%.

4. Educar a la familia y/o cuidador, como elemento del modelo de rehabilitación basada en comunidad (RBC)

INDICADOR	FORMULA	META	RESULTADO
% de actividades realizadas con padres y/o cuidadores	$(\text{No. de actividades ejecutadas} / \text{No. De actividades planeadas}) \times 100$	100%	71%

Número de actividades planificadas	14
Número de actividades ejecutadas	10
TOTAL	71%

5. Competencia del personal

	FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA “COVIDA”		
	INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	CÓDIGO: GE-FO-002	
		VERSIÓN: 1	
		FECHA: octubre de 2015	
		PÁGINA: 4 de 38	

INDICADOR	FORMULA	META	RESULTADO	
Desempeño del personal	(empleados que cumplen criterios responsabilidades por roles, Humanización y Habilidades/ total de empleados) x 100	80%	Responsabilidad por roles	89%
			Humanización	100%
			Habilidades	91%

ANÁLISIS: Se evalúa un total de 13 personas, el resultado en general el 100% del personal obtiene resultado de "Cumple" con puntaje entre 3,6 a 5 puntos

6.Trabajar con estándares de calidad y bajo normas estrictas de seguridad

INDICADOR	FORMULA	META	RESULTADO
Cumplimiento de estándares de habilitación.	(No. De estándares aplicados / No. Total de estándares) x 100	100%	83%

ITEM	ESTANDAR	ESTADO
1	Infraestructura	No cumple debido a fallas en condiciones y mantenimiento de las áreas asistenciales
2	Dotación	Cumple
3	Medicamentos, dispositivos médicos e insumos	Cumple
4	Procesos prioritarios	Cumple
5	Historia Clínica y Registros	Cumple
6	Interdependencia	NA

La Fundación para el mes de diciembre de 2017 y parte de enero del año 2018 tiene planificada la remodelación de las instalaciones para dar cumplimiento al estándar de infraestructura.

7.Monitorear la satisfacción de los clientes


INDICADOR	FORMULA	META	RESULTADO
Tasa de satisfacción global	(No. Total de clientes - usuarios satisfechos/No. Total de clientes - usuarios encuestados) x 100	90%	95%

Se analiza en el numeral 4 de este documento.

8.Mejorar continuamente

INDICADOR	FORMULA	META	RESULTADO
Implementación de acciones de mejora	(AM implementadas / AM establecidas) *100	80%	100%

Para el primer semestre del año se evidencia que no se han documentado acciones correctivas o de mejora, solo se cuenta con la acción correctiva que fue documentada en la auditoria externa en diciembre de 2016 pero ejecutable en el año 2017

	FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA “COVIDA”	
	INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	CÓDIGO: GE-FO-002
		VERSIÓN: 1
		FECHA: octubre de 2015
		PÁGINA: 5 de 38

Plan de acción:

Realizar reinducción a todo el personal sobre acciones correctivas, preventivas y de mejora, con el fin de poder documentar acciones que permitan hacerles seguimiento y evidenciar su efectividad.

3. RESULTADOS DE AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD

En el año se realiza un ciclo de auditorías, en el mes de agosto, septiembre y octubre de 2017, de las cuales se obtienen los siguientes resultados:

PROCESO	TOTAL, HALLAZGOS (No conformidad)	ESTADO
Gestión Estratégica y de Dirección	0	NA
Gestión de Calidad	0	NA
Gestión Comercial	0	NA
Terapias Integrales	5	Cerradas
Gestión Administrativa y Financiera	0	NA
Compras	1	Cerrada
Talento Humano	2	Cerradas
TOTAL		Cerradas

CONCLUSIONES DE LA AUDITORÍA INTERNA

Se evidencia un alto compromiso de todo el personal; por parte de la dirección en la provisión de recursos para el SGC; así:

Talento Humano: se evidencian dos no conformidades correspondientes a la documentación de las hojas de vida incompletas en algunos casos y porque no se evalúa el conocimiento entregado en capacitaciones.

Terapias Integrales: las no conformidades encontradas en resumen corresponden al no se evidencia planificación del servicio, ajuste de documentos, registro de no conformidades, manejo de archivo y seguimiento a indicador del proceso

Compras: se evidencia una no conformidad que corresponde a documentos incompletos de un proveedor.

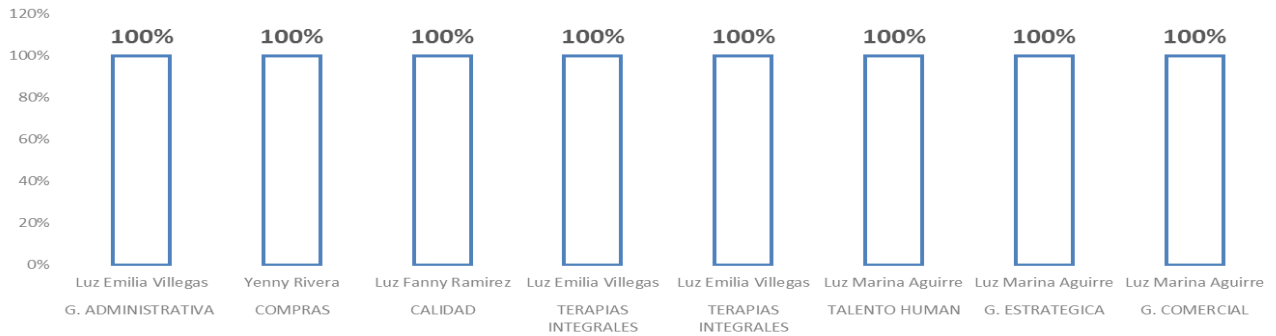
Los demás procesos presentan un alto nivel de cumplimiento.

El SGC cumple con los requisitos de la norma, de la Organización, de la ley y de los clientes y usuarios.

EVALUACION DE AUDITORES:

Se evalúa el desempeño de los auditores, el cual dio un resultado del 100% satisfechos con el método y el criterio de cada uno de los auditores.

EVALUACIÓN AUDITORES INTERNOS Año 2017



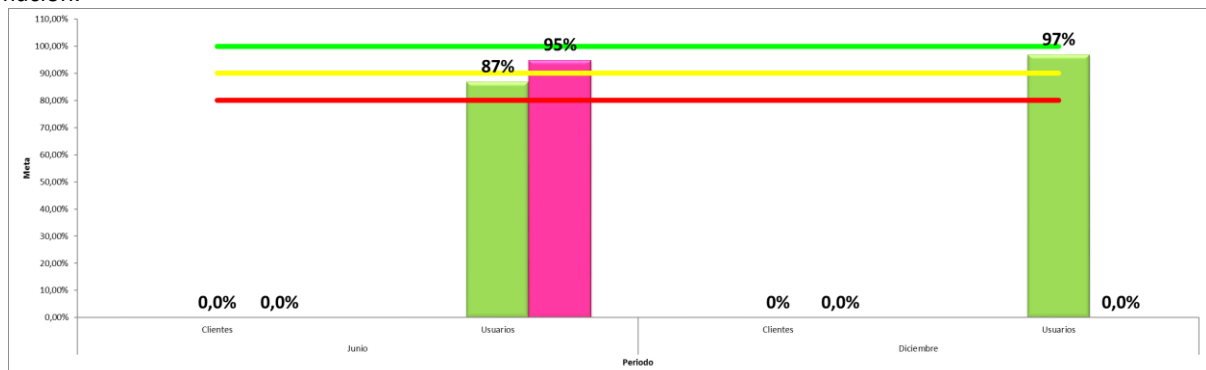
ASPECTO EVALUADO


Ético
De Mentalidad abierta
Diplomático
Observador
Perceptivo
Versátil
Tenaz
Decidido
Seguro de sí mismo
Firme
Abierto a la mejora
Colaborador
Abierto a las diferencias culturales

4. RETROALIMENTACIÓN DEL CLIENTE

Satisfacción del cliente:

En el mes de junio se evalúa la satisfacción de clientes y usuarios, en cuanto a los usuarios se obtiene resultado del 97% aumento en comparación al año 2016. No ha sido posible la realización de las evaluaciones a clientes, han sido enviadas las encuestas, pero no son devueltas para su medición y análisis, de todas formas, se está haciendo la gestión para obtener la información.



	FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA “COVIDA”	
	INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	CÓDIGO: GE-FO-002
		VERSIÓN: 1
		FECHA: octubre de 2015
		PÁGINA: 7 de 38

Análisis:

RESULTADOS PERIODO EVALUADO: Enero a junio de 2017 (Usuarios)

PREGUNTA	1	3	5	SIN RESPUESTA	PROMEDIO
Instalaciones físicas en que se encuentra la Fundación		6	35		4,7
Facilidad para conseguir cita	1		39	1	4,8
Confianza en el desempeño del personal Administrativo			41		5,0
Confianza en el desempeño del personal de la Secretaría			41		5,0
Confianza en el desempeño del personal del área de piscina		2	36	3	4,5
Confianza que transmite el personal del área de piscina			41		5,0
Amabilidad del personal Administrativo			41		5,0
Amabilidad del personal Terapéutico		1	40		5,0
Amabilidad del personal de secretaria			41		5,0
Amabilidad del personal del área de piscina		1	36	4	4,5
Idoneidad del personal terapéutico		1	40		5,0
Satisfacción con la prestación de los servicios terapéuticos			41		5,0
Satisfacción con la prestación del servicio terapéutico hídrico		1	38	2	4,7
¿Son claras las indicaciones dadas, frente al tratamiento y seguimiento en casa?		3	38		4,8

PREGUNTA	Variables	Calificación
¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de la Fundación?	Muy mala	0
	Mala	0
	Regular	0
	Buena	9
	Muy buena	30
	No informa	2
¿Recomendaría Usted nuestro servicio a familiares y amigos?	Definitivamente no	0
	Probablemente no	0
	Probablemente si	3
	Definitivamente si	35
	No informa	3

Fuente: Cuestionario Satisfacción del usuario. I semestre 2017


Al realizar el análisis del cuestionario se encuentra que la Fundación obtuvo un promedio general en la primera parte del cuestionario de un 97%, donde las calificaciones de menor puntuación, con 4.5 corresponden a las variables:

- Confianza en el desempeño del personal del área de piscina
- Amabilidad del personal del área de piscina

Le siguen en orden ascendente, con un 4.7

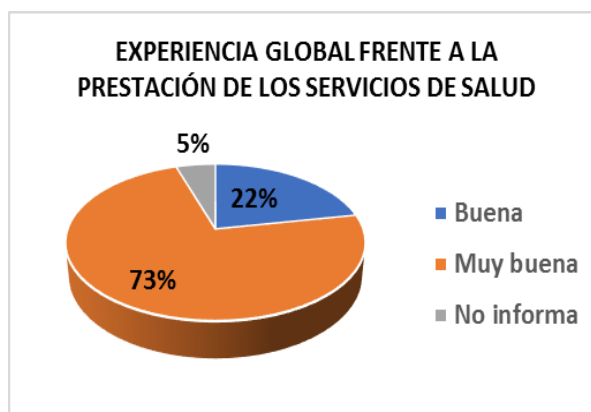
- Instalaciones físicas en que se encuentra la Fundación
- Satisfacción con la prestación del servicio terapéutico hídrico

Los demás ítems fueron calificados con una puntuación de 4.8 y 5, mostrando un alto grado de satisfacción de los usuarios

	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 38

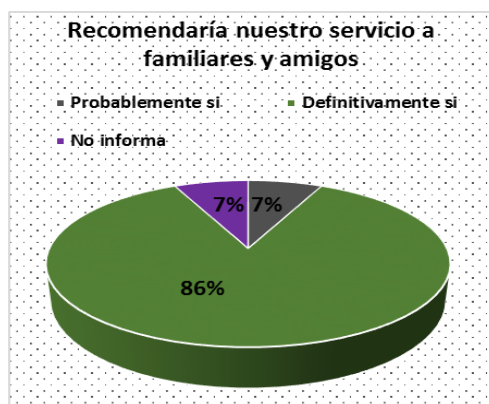
con los servicios que se ofertan en la Fundación.

Con relación a la pregunta: ¿Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la IPS? y de acuerdo con la medición dada en la Ficha Técnica de los indicadores de la resolución 256 de 2016, el 95% expresa la satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos en la IPS.



Fuente: Cuestionario Satisfacción del usuario. I semestre 2017

La última pregunta ¿Recomendaría Usted nuestro servicio a familiares y amigos?, los usuarios manifiestan con un 93%, que si lo harían. (respondieron “definitivamente sí” o “probablemente sí”)




Fuente: Cuestionario Satisfacción del usuario. I semestre 2017

OBSERVACIONES PRESENTADAS POR LOS USUARIOS

○ FELICITACIONES

- El servicio recibido ha sido muy bueno
- Es muy buena para mejorar la salud de su cuerpo y espíritu
- Todo me parece perfecto, antes no debería uno de dejar de volver y mantener acá
- Excelente
- Bueno. El niño ha evolucionado lo que hace que está aquí
- Todo muy bien
- Excelente, con satisfacción y mucho agrado por parte de la fisioterapia

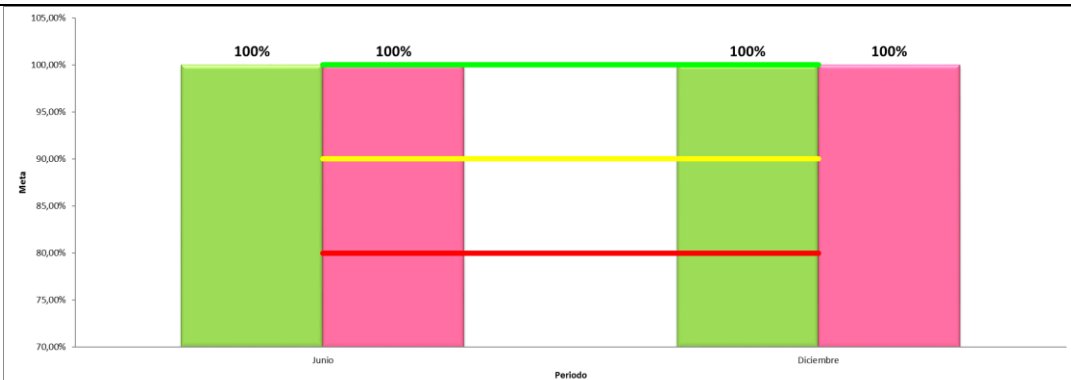
○ SUGERENCIAS


	FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA “COVIDA”		
	INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN		CÓDIGO: GE-FO-002
			VERSIÓN: 1
			FECHA: octubre de 2015
			PÁGINA: 9 de 38

- Me gustaría que mejoraran las instalaciones de los baños que sean más confortables y amplios.
- Una cortina en la ducha de agua caliente que queda al frente de la piscina para dar más privacidad al ducharnos.
- Me gustaría que pusieran en consideración un baño normal o de niños, porque los sanitarios actuales son muy altos y bien pensados para los adultos, pero para los niños son muy altos y en el caso de los varones no alcanzan para hacer pis. Gracias
- Mejorar las instalaciones sanitarias, adecuándolas para las necesidades de los niños, al igual que los Vestier y duchas para ellos.
- Realizar mantenimiento a las instalaciones.
- El interior de la piscina está en regular estado.
- La última la calificué 3, puesto que siempre hay que mejorar y es bueno hacerse con las sugerencias constantes de continuar el trabajo en casa.
- Los servicios sanitarios y de duchas son pocos para las personas que usamos el servicio.
- En el transcurso de las terapias me parece que se debe hacer seguimiento o control con la fisioterapeuta.
- Gracias por el servicio prestado. Que se caliente un poco más el agua.

En el informe presentado a la Secretaria de Salud Departamental se identifican las acciones a ejecutar en busca de mejorar la satisfacción del usuario.

5. DESEMPEÑO DE PROCESOS									
5.1. Gestión Estratégica y Dirección									
Cumplimiento de las estrategias:									
PROCESO	GESTIÓN ESTRATÉGICA Y DE DIRECCIÓN								
INDICADOR:	Cumplimiento de los objetivos estratégicos establecidos	FORMULA DE CALCULO:	(No de estrategias que cumplen la meta/No. De objetivos estartégicos propuestos) x 100	FRECUENCIA DE MEDICION	semestral				
RESPONSABLE:	Gerente	FUENTE DE DATOS:	Estrategias Organizacionales		RANGO DE GESTIÓN				
					SOBRESALIENTE	SATISFACTORIO	DEFICIENTE		
					100%	90%	80%		
TENDENCIA:	Año: 2016	100%	Año: 2017	100%					
PERIODO	2016	2017	ANÁLISIS		ACCIONES TOMADAS		SEGUIMIENTO		
Junio	100%	100%	ver archivo		NA		NA		
Diciembre	100%	100%							

									
Análisis:									

	FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA “COVIDA”	
	INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	CÓDIGO: GE-FO-002
		VERSIÓN: 1
		FECHA: octubre de 2015
		PÁGINA: 11 de 38

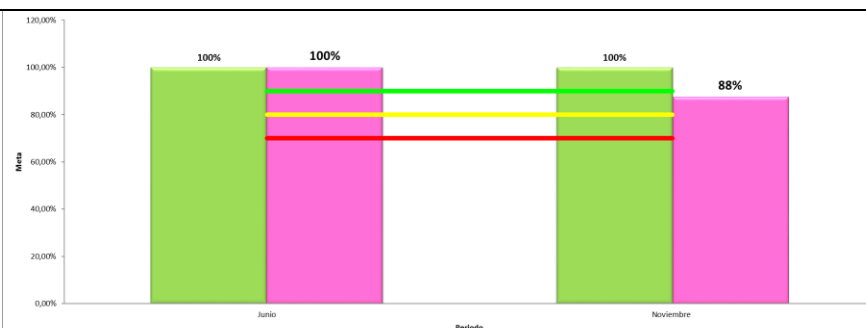
Análisis:

Ver numeral 7 de este informe.

5.2. Gestión de Calidad


Eficacia de las acciones correctivas, preventivas y de mejora:

PROCESO		GESTIÓN DE CALIDAD				
INDICADOR:	% de Eficacia de las acciones correctivas, preventivas y de mejora	FORMULA DE CALCULO:	(Total acciones correctivas, preventivas y de mejora cerradas/ Total acciones identificadas) * 100	FRECUENCIA DE MEDICION	Semestral	
				RANGO DE GESTIÓN		
RESPONSABLE:	Lider de Calidad	FUENTE DE DATOS:	Plan de acción	SOBRESALIENTE	SATISFACTORIO	DEFICIENTE
				90%	80%	70%
TENDENCIA:		Año: 2016	100%	Año: 2017	94%	
PERIODO	2016	2017	ANÁLISIS		ACCIONES TOMADAS	SEGUIMIENTO
Junio	100%	100%	para el primer semestre del año se evidencia que no se han documentado acciones correctivas o de mejora, solo se cuenta con la accion correctiva que fue documentada en la auditoria externa en diciembre de 2016 pero ejecutable en el año 2017		realizar re-inducción a todo el personal sobre acciones correctivas, preventivas y de mejora, con el fin de poder documentar acciones que permitan hacerles seguimiento y evidenciar su efectividad	se realiza en el mes de julio de 2017, se evalua su adherencia
Diciembre	100%	88%	en el segundo semestre se documenta un total de 8 no conformidades detectadas en aditorias internas, a la fecha se han cerrado 7 de las 8, una tiene vencimiento en el año 2018		NA	NA



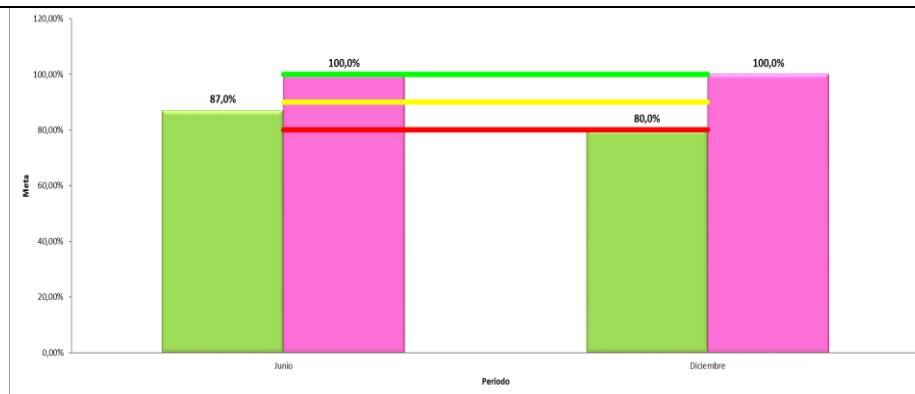
Análisis:

Las acciones tomadas para el cierre de las no conformidades halladas han sido eficaces una vez que no son recurrentes. Se hace necesario seguir en la tarea de difundir constantemente mediante capacitaciones el tema de acciones correctivas, preventivas y de mejora en procesos.

	FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA “COVIDA”	
	INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	CÓDIGO: GE-FO-002
		VERSIÓN: 1
		FECHA: octubre de 2015
		PÁGINA: 12 de 38


Eficacia de los procesos:

PROCESO	GESTIÓN DE CALIDAD					
INDICADOR:	Eficacia de los procesos	FORMULA DE CALCULO:	(sumatoria y/o cumplimiento de metas cumplidas / No. Total de indicadores) 100	FRECUENCIA DE MEDICION	Semestral	
				RANGO DE GESTIÓN		
RESPONSABLE:	Lider de Calidad	FUENTE DE DATOS:	Matriz de indicadores	SOBRESALIENTE	SATISFACTORIO	DEFICIENTE
				100%	90%	80%
TENDENCIA: Año: 2016 <div><div></div>84%</div> Año: 2016 <div><div></div>100%</div>						
PERIODO	2016	2017	ANÁLISIS	ACCIONES TOMADAS		SEGUIMIENTO
Junio	87,0%	100,0%	los indicadores de los procesos cumplen las metas establecidas con resultados entre satisfactorio (9) y sobresaliente (7) de 16 indicadores establecidos	Se definen acciones a realizar para llegar a sobresaliente en todos los indicadores de los procesos		
Diciembre	80,0%	100,0%				



Análisis:

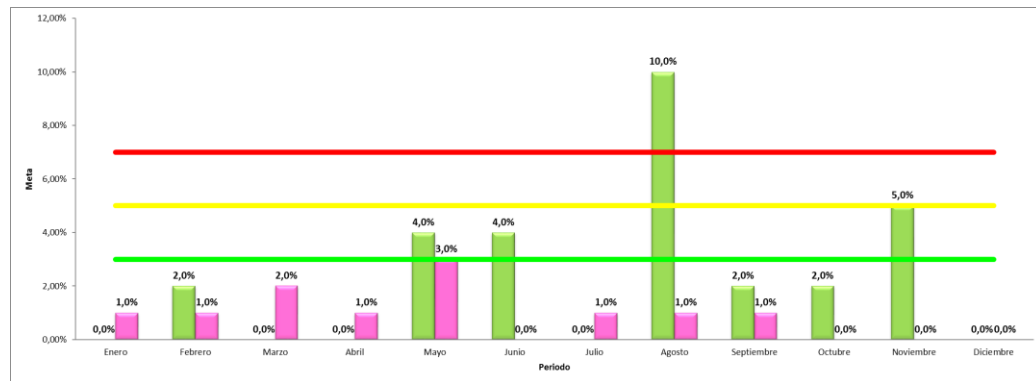
La Fundación en el año reviso sus procesos e indicadores, realizo ajustes y toma decisiones en cuanto a los resultados de los mismos.

	FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA “COVIDA”	
	INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	CÓDIGO: GE-FO-002
		VERSIÓN: 1
		FECHA: octubre de 2015
		PÁGINA: 13 de 38

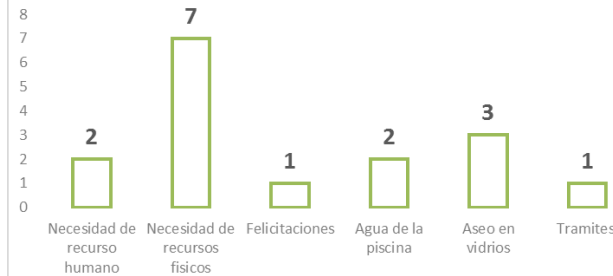
5.3. Gestión Comercial

Peticiones, quejas y reclamos:

PROCESO	GESTIÓN COMERCIAL					
INDICADOR:	% de PQR gestionadas y contestadas al usuario	FORMULA DE CALCULO:	(No. De PQR recibidas / total de usuarios) x 100	FRECUENCIA DE MEDICION	Mensual	
				RANGO DE GESTIÓN		
RESPONSABLE:	Lider de Gestión Comercial	FUENTE DE DATOS:	PQR	SOBRESALIENTE	SATISFACTORIO	DEFICIENTE
				3,00%	5,00%	7,00%
TENDENCIA: Año: 2016 2% Año: 2017 0,9%						
PERIODO	2016	2017	ANÁLISIS	ACCIONES TOMADAS	SEGUIMIENTO	
Enero	0,0%	1,0%	Realizar la apertura del buzón, se encuentran 1 PQR de 118 usuarios	se dio respuesta al usuario	Con respecto al año 2016 se evidencia una rebaja del 0,4% en la recepción de PQR, las mas representativas corresponden a solicitudes de aumento de vestier en la piscina, en cuanto a la prestación del servicio de las terapias no se presentan PQR, La Fundación siempre da respuesta de forma oportuna ante cualquier solicitud, queja o reclamo presentada	
Febrero	2,0%	1,0%	Realizar la apertura del buzón, se encuentran 1 PQR de 150 usuarios	se dio respuesta al usuario		
Marzo	0,0%	2,0%	Realizar la apertura del buzón, se encuentran 2 PQR de 117 usuarios	se dio respuesta al usuario		
Abril	0,0%	1,0%	Realizar la apertura del buzón, se encuentran 1 PQR de 128 usuarios	se dio respuesta al usuario		
Mayo	4,0%	3,0%	Realizar la apertura del buzón, se encuentran 4 PQR de 134 usuarios	se dio respuesta al usuario		
Junio	4,0%	0,0%	Realizar la apertura del buzón, se encuentran 2 PQR de 128 usuarios	se dio respuesta al usuario		
Julio	0,0%	1,0%	Realizar la apertura del buzón, se encuentran 1 PQR de 89 usuarios	se dio respuesta al usuario	Con respecto al segundo semestre del año 2016, se presenta el mismo numero de PQR (6) en ambos periodos, las cuales fueron solucionadas de forma inmediata	
Agosto	10,0%	1,0%	Realizar la apertura del buzón, se encuentran 1 PQR de 252 usuarios	se dio respuesta al usuario		
Septiembre	2,0%	1,0%	Realizar la apertura del buzón, se encuentran 1 PQR de 281 usuarios	se dio respuesta al usuario		
Octubre	2,0%	0,0%	Realizar la apertura del buzón, se encuentran 1 PQR de 229 usuarios	se dio respuesta al usuario		
Noviembre	5,0%	0,0%	No se presentaron PQR	NA		
Diciembre	0,0%	0,0%	No se presentaron PQR	NA		



PQR por motivo Año 2017




Análisis:

En el año se recibieron un total de 16 PQR, estas en comparación con el año pasado bajaron en número, los motivos más representativos son las recibidas como peticiones en cuanto a recursos físicos; la Fundación realiza gestión sobre cada una de las PQR recibidas. Para finales del año 2017 se tiene planificada el mejoramiento de la infraestructura.

Contrataciones:

PROCESO		GESTIÓN COMERCIAL							
INDICADOR:	Resultados en contrataciones- convenios	FORMULA DE CALCULO:	(No. De contrataciones concretadas/ No. De propuestas entregadas) x 100	FRECUENCIA DE MEDICION	semestral				
				RANGO DE GESTIÓN					
RESPONSABLE:	Lider de Gestion Comercial	FUENTE DE DATOS:	Informe	SOBRESALIENTE	SATISFACTORIO	DEFICIENTE			
				25%	15%	5%			
TENDENCIA:									
Año: 2016		17%		Año: 2016		15%			
PERIODO	2016	2017	ANÁLISIS				ACCIONES TOMADAS	SEGUIMIENTO	
Junio	13%	14%	PERIODO	ASESOR	Carmenza Duque	Gladys Ramirez	TOTAL	No se cumple la meta, se realiza la contratacion de un Gestor Comercial para la comercializacion de los servicios de la Fundacion y el plan padrino	Se evidencia incremento en la presentacion de propuestas y visitas comerciales, de la misma forma se incrementa la contratacion con clientes 5 en el segundo semestre 1 en el primer semestre
			1 semestre	PROPUESTAS	0	7	14%		
Diciembre	20%	15%	2 semestre	CONTRATOS	0	1			
				PROPUESTAS	28	5	15%		
				CONTRATOS	4	1			



	FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA “COVIDA”		
	INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	CÓDIGO: GE-FO-002	
		VERSIÓN: 1	
		FECHA: octubre de 2015	
		PÁGINA: 15 de 38	

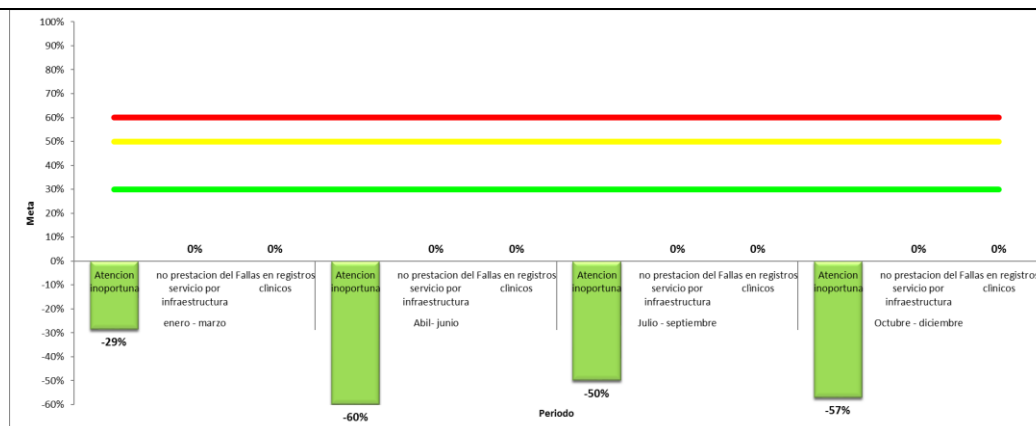
Análisis:

En el año se evidencia un porcentaje de contratación más alto, no se refleja el incremento con respecto al año anterior ya que en el año fueron mayor el número de propuestas y visitas a clientes potenciales realizadas.

5.4. Terapias Integrales

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			
				RANGO DE GESTIÓN				
RESPONSABLE:	Lider proceso Terapias Integrales	FUENTE DE DATOS:	Registro de servicio no conforme	SOBRESALENTE	SATISFACTORIO	DEFICIENTE		
				30%	50%	60%		
TENDENCIA:		Año: 2016	33%	Año: 2017	-49%			
PERIODO	MOTIVO	2016	Cantidad	Cantidad	2017	ANÁLISIS	ACCIONES TOMADAS	SEGUIMIENTO
enero - marzo	Atencion Inoportuna	43%	3,00	4,00	-29%	En el periodo se presento un total de 5 SNC, en comparacion con el periodo enero a marzo de 2016 tuvo una baja en la presentacion de las mismas, de 7 se pasa a 5	Son tomadas de acuerdo a lo establecido en la matriz de servicio no conforme	NA
	no prestacion del servicio por infraestructura	43%	3,00	1,00				
	Fallas en registros clínicos	14%	1,00	-				
Abril- junio	Atencion Inoportuna	40%	2,00	-	-60%	En el periodo se presento un total de 2 SNC, los cuales son menos en comparacion con el año 2016, de 5 pasamos a 2	Son tomadas de acuerdo a lo establecido en la matriz de servicio no conforme	NA
	no prestacion del servicio por infraestructura	40%	2,00	2,00				
	Fallas en registros clínicos	20%	1,00	-				
Julio - septiembre	Atencion Inoportuna	50%	1,00	1,00	-50%	se presenta 1 solo SNC en el periodo, 1 menos que el año anterior	Son tomadas de acuerdo a lo establecido en la matriz de servicio no conforme	NA
	no prestacion del servicio por infraestructura	0%	-	-				
	Fallas en registros clínicos	50%	1,00	-				
Octubre - diciembre	Atencion Inoportuna	43%	3,00	1,00	-57%	en el periodo se presento un total de 3 SNC, 4 menos que el año 2016	Son tomadas de acuerdo a lo establecido en la matriz de servicio no conforme	NA
	no prestacion del servicio por infraestructura	29%	2,00	2,00				
	Fallas en registros clínicos	29%	2,00	-				



Análisis:

Se presentan tres tipos de servicio no conforme:


- Atención inoportuna
- No prestación del servicio por infraestructura
- Fallas en registros clínicos

	FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA “COVIDA”	
	INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	CÓDIGO: GE-FO-002
		VERSIÓN: 1
		FECHA: octubre de 2015
		PÁGINA: 16 de 38

En promedio por cada uno de estos servicios de enero a septiembre se obtiene:

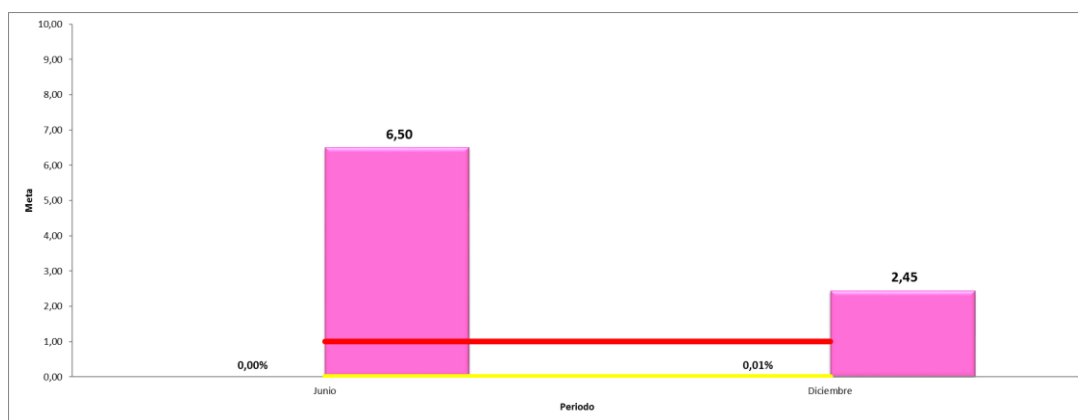
- Atención inoportuna: 44%
- No prestación del servicio por infraestructura: 27.7%
- Fallas en registros clínicos: 28%

Se tiene documentada una matriz donde se identifica el servicio no conforme que se presenta y las acciones a tomar en cada una de ellas, estas acciones fueron ejecutadas de acuerdo con lo presentado; ser evidencia que el más alto corresponde a Atención inoportuna debido a falta de personal que cubra las contingencias de la Fundación.

	FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA “COVIDA”		
	INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	CÓDIGO: GE-FO-002	
		VERSIÓN: 1	
		FECHA: octubre de 2015	
		PÁGINA: 17 de 38	

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

PROCESO		TERAPIAS INTEGRALES						
INDICADOR:	Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa	FORMULA DE CALCULO:	(Número total de pacientes atendidos que sufren caídas en el periodo/total de pacientes atendidos en el periodo.) x 1000	FRECUENCIA DE MEDICION	Semestral			
				RANGO DE GESTION				
RESPONSABLE:	Lider de Calidad	FUENTE DE DATOS:	Informe de eventos	SOBRESALIENTE	SATISFACTORIO	DEFICIENTE		
				0%		1,0%		
TENDENCIA:								
Año: 2016		100%	Año: 2017		447,5%			
PERIODO	2016	2017	ANÁLISIS			ACCIONES TOMADAS	SEGUIMIENTO	
Junio	0,00%	6,50	PERIODO	NUM/DEN	TOTAL		a cada evento se le realiza su tratamiento, registrado en el formato SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORA ATENCIONES. INSEGURAS TI-FO-003	
			1 semestre	No. Eventos Adversos	5	6,5		
	No. Pacientes	775						
Diciembre	0,01%	2,45	2 semestre	No. Eventos Adversos	3	2,45		
				No. Pacientes	1223			



Análisis:


En el primer semestre se mide la tasa de eventos adversos (caídas), 6 pacientes de 1000 sufrieron caídas en dicho periodo, estas son provocadas en las terapias cuando los niños se caen y se lastiman con la alfombra, también se presentan caídas de pacientes por las bases del tándem de sala de espera.

Para el segundo semestre baja la tasa a 2 pacientes de 1000.

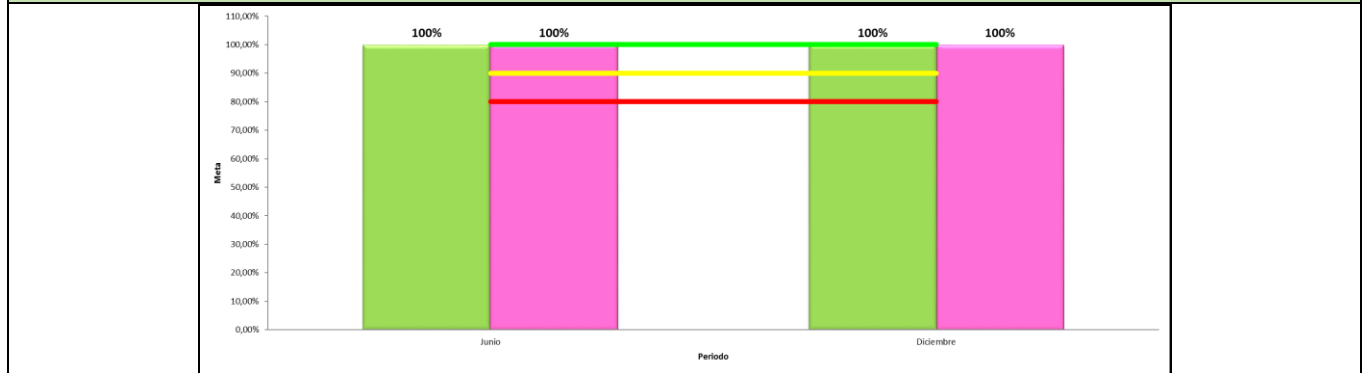
5.5. Gestión Administrativa y financiera

Mantenimiento:

PROCESO	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA					
INDICADOR:	Mantenimientos preventivos	FORMULA DE CALCULO:	(Mantenimiento ejecutado/mantenimiento planeado) x 100	FRECUENCIA DE MEDICION	semestral	
RESPONSABLE:	Lider Administrativo y Financiero	FUENTE DE DATOS:	Cronograma de mantenimiento	RANGO DE GESTIÓN		
				SOBRESALIENTE	SATISFACTORIO	DEFICIENTE
				100%	90%	80%
TENDENCIA:						
Año: 2016		100%	Año: 2017		100%	
PERIODO	2016	2017	ANÁLISIS		ACCIONES TOMADAS	SEGUIMIENTO
Junio	100%	100%	se acuerdo al plan de mantenimiento preventivo, la Fundacion cumple al 100% con dichos mantenimientos		NA	NA
Diciembre	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
		PÁGINA: 18 de 38

5.5. Gestión Administrativa y financiera

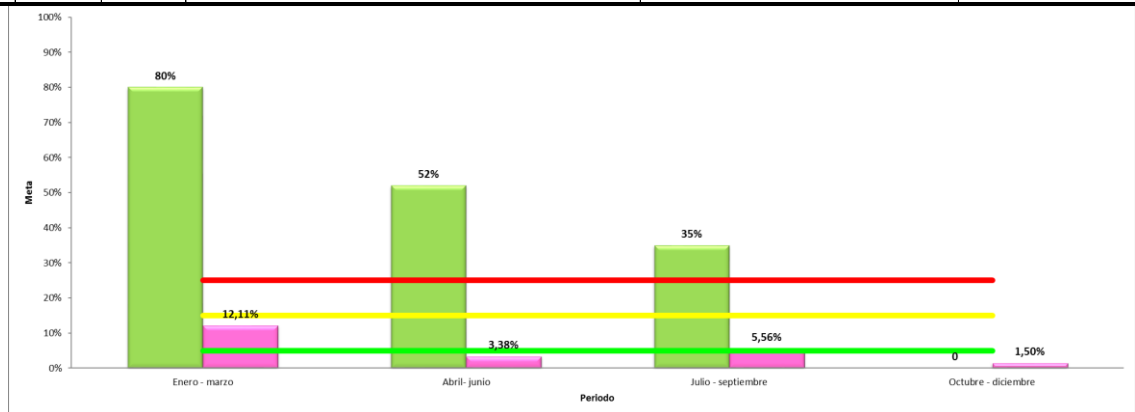


Análisis:

De acuerdo con el plan de mantenimiento preventivo, la Fundación cumple al 100% con dichos mantenimientos. Para el año 2018 la Fundación debe ajustar el plan de mantenimiento puesto que ingresan equipos que requieren calibración.

Glosas:

PROCESO	GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA				
INDICADOR:	% Glosas	FORMULA DE CALCULO:	(Valor de las glosas / valor de la facturación) x 100	FRECUENCIA DE MEDICION	Trimestral
RESPONSABLE:	Lider Administrativa y Financiera	FUENTE DE DATOS:	informe	RANGO DE GESTIÓN	
				SOBRESALIENTE	SATISFACTORIO
				5%	15%
				25%	
TENDENCIA:	Año: 2016	56%	Año: 2017	5,6%	
PERIODO	2016	2017	ANÁLISIS	ACCIONES TOMADAS	SEGUIMIENTO
Enero - marzo	80%	12,11%	Con respecto al año anterior, se evidencia una rebaja en las glosas de acuerdo a la facturación entregada; a dichas glosas se les ha dado respuesta en el tiempo requerido	NA	NA
Abril- junio	52%	3,38%			
Julio - septiembre	35%	5,56%			
Octubre - diciembre		1,50%			




Análisis:

Con respecto al año anterior, se evidencia una disminución en las glosas de acuerdo a la facturación elaborada; a dichas glosas se les ha dado respuesta oportunamente.

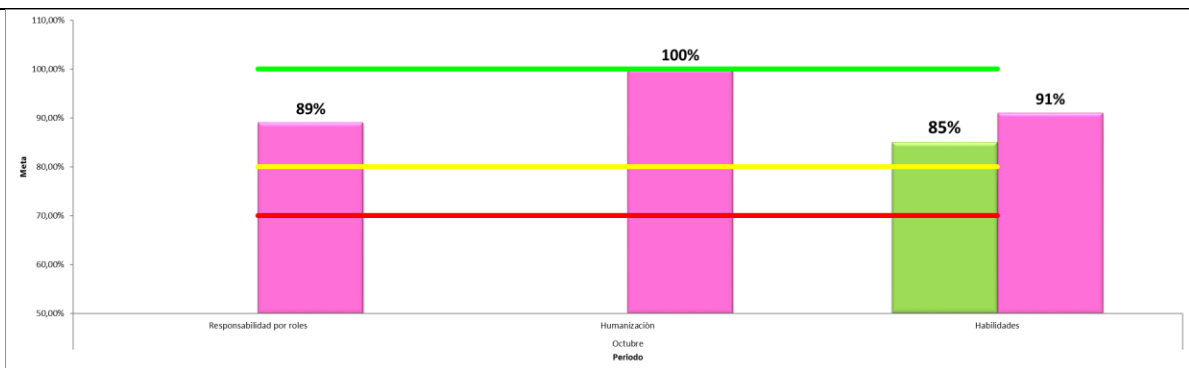
5.6. Gestión Talento Humano

Desempeño de personal:

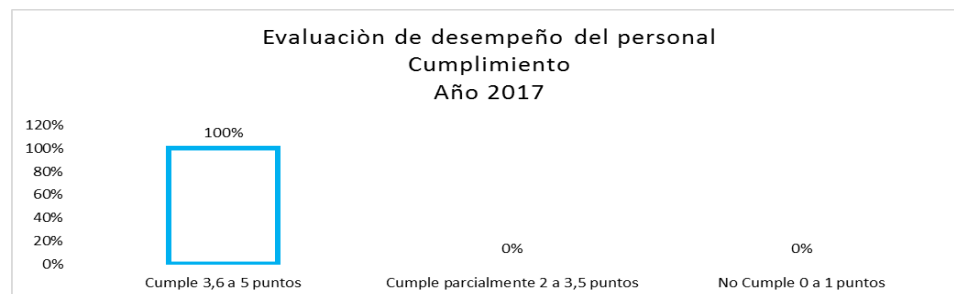
 COVIDA Una esperanza de vida	FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA “COVIDA”	
	INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	CÓDIGO: GE-FO-002
		VERSIÓN: 1
		FECHA: octubre de 2015
		PÁGINA: 19 de 38

5.6. Gestión Talento Humano

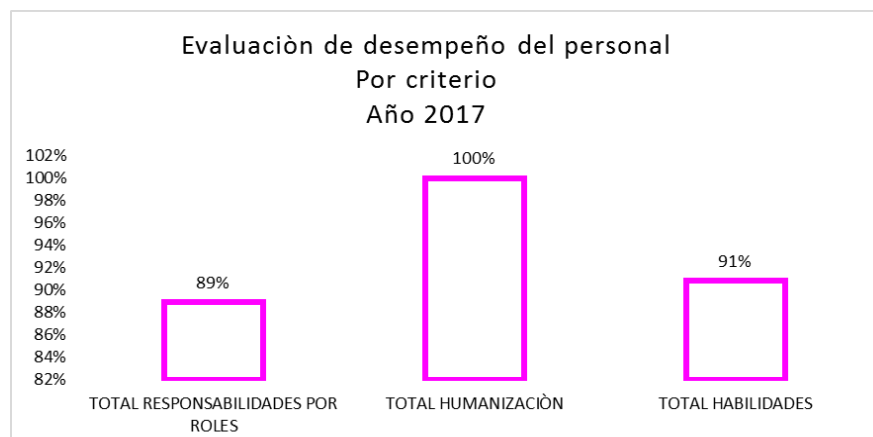
PROCESO		TALENTO HUMANO					
INDICADOR:	Desempeño del personal	FORMULA DE CALCULO:	(empleados que cumplen criterios responsabilidades por roles, Humanización y Habilidades/ total de empleados) x 100	FRECUENCIA DE MEDICION	Annual		
				RANGO DE GESTIÓN			
RESPONSABLE:	Lider de Talento Humano	FUENTE DE DATOS:	Evaluacion de desempeño	SOBRESALIENTE	SATISFACTORIO	DEFICIENTE	
				100%	80%	70%	
TENDENCIA:		Año: 2016	85%	Año: 2017	93%		
PERIODO		2016	2017	ANÁLISIS		ACCIONES TOMADAS	SEGUIMIENTO
Octubre	Responsabilidad por roles		89%	Se evalua un total de 13 personas, el resultado en general el 100% del personal obtiene resultado de "Cumple" con puntaje entre 3,6 a 5 puntos			
	Humanización		100%				
	Habilidades	85%	91%				




Análisis:



El total del personal obtiene puntaje entre 3.6 y 5 puntos “Cumple”.



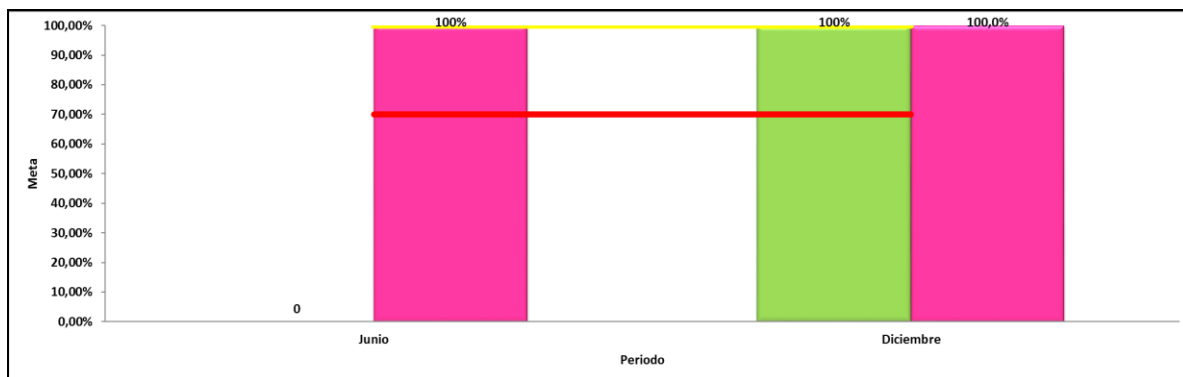
	FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA “COVIDA”	
	INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	CÓDIGO: GE-FO-002
		VERSIÓN: 1
		FECHA: octubre de 2015
		PÁGINA: 20 de 38

5.6. Gestión Talento Humano

Se evalúa un total 13 personas, en el año 2017 se evalúan 3 criterios responsabilidad ante procesos, humanización y habilidades, se detecta puntaje más bajo en el rol de seguridad y salud en el trabajo, para lo cual la Fundación ha tomado la decisión de contratar un profesional que lidere el sistema.

Accidentes/ Incidentes laborales


PROCESO		GESTION TALENTO HUMANO				
INDICADOR:	Seguimiento a accidentes e incidentes laborales	FORMULA DE CALCULO:	(No. De accidentes-incidentes investigados / No. De accidentes-incidentes reportados) x 100	FRECUENCIA DE MEDICION	semestral	
				RANGO DE GESTIÓN		
				SOBRESALIENTE	SATISFACTORIO	DEFICIENTE
RESPONSABLE:	Lider de Talento Humano	FUENTE DE DATOS:	Informe		100%	70%
TENDENCIA:						
Año: 2016		100%		Año: 2017	100%	
PERIODO	2016	2017	ANÁLISIS	ACCIONES TOMADAS		SEGUIMIENTO
Junio		100%	Se presenta un incidente laboral correspondiente a resbalon y golpe en rodilla	Se investiga y se deja informe		Se realiza cambio de puesto del tapete que genero la caída
Diciembre	100%	100,0%	se presenta un total de 3 incidentes en terapia integral por un paciente que se irrita ya agrede físicamente y verbalmente al terapeuta	Se investiga y se deja informe		



Análisis:

En el año se presenta un número total de 4 incidentes laborales, no se presentan accidentes laborales; todos presentan informe de investigación.

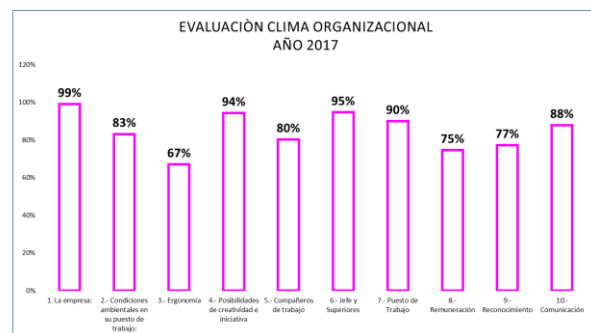
Clima Organizacional:

	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 38

INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN

PÁGINA: 21 de 38

PROCESO		TALENTO HUMANO						
INDICADOR:	Medicion del clima laboral	FORMULA DE CALCULO:	(empleados satisfechos / total de empleados) x 100			FRECUENCIA DE MEDICION	Anual	
RESPONSABLE:	Lider de Talento Humano	FUENTE DE DATOS:	Encuesta de clima organizacional	RANGO DE GESTIÓN				
				SOBRESALIENTE	SATISFACTORIO	DEFICIENTE		
				100%	80%	70%		
TENDENCIA:	Año: 2015	84%	Año: 2016	85%				
PERIODO	2016	2017	ANÁLISIS		ACCIONES TOMADAS		SEGUIMIENTO	
Octubre	84%	85%	Se realiza evaluación del clima organizacional al personal de la Fundacion en el mes de octubre, se evidencia un incremento de 1 punto con respecto al año anterior; se puede analizar que los criterios más bajos corresponden a Ergonomia 67%, remuneración 75%, reconocimiento de sus labores 77%		<p>Ergonomía: se realiza contratación con profesional el SST, quien se encargara de evaluar las condiciones de los colaboradores e indicar las acciones a seguir, se espera para comienzos del año 2018 subsanar las necesidades.</p> <p>Remuneración: la Fundación tiene salarios entre un mínimo (1 persona Operaria de Aseo); 950 mil Profesional con desempeño de 24 horas semanales, un millón 500 mil Profesional con desempeño de 33 horas semanales, los demas salarios estan un millón 100 y un millón 200 mil.</p> <p>se desearia poder ajustar los salarios pero la Fundacion en el momento no cuenta con los recursos necesarios.</p> <p>Reconocimiento: se planea crear comite de bienestar laboral donde se tendran en cuenta muchos aspectos que incluyen el reconocimiento</p>			




Se realiza evaluación del clima organizacional al personal de la Fundación en el mes de octubre, se evidencia un incremento de 1 punto con respecto al año anterior; se puede analizar que los criterios más bajos corresponden a Ergonomía 67%, remuneración 75%, reconocimiento de sus labores 77%

Ergonomía: se realiza contratación con profesional el SST, quien se encargará de evaluar las condiciones de los colaboradores indicar las acciones a seguir, se espera para comienzos del año 2018 subsanar las necesidades.

Remuneración: la Fundación tiene salarios entre un mínimo (1 persona Operaria de Aseo); 950 mil Profesional con desempeño de 24 horas semanales, un millón 500 mil Profesional con desempeño de 33 horas semanales, los demás salarios están un millón 100 y un millón 200 mil.

se desearía poder ajustar los salarios, pero la Fundación en el momento no cuenta con los recursos necesarios.

Reconocimiento: se planea crear comité de bienestar laboral donde se tendrán en cuenta muchos aspectos que incluyen el reconocimiento

	FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA “COVIDA”	
	INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	CÓDIGO: GE-FO-002
		VERSIÓN: 1
		FECHA: octubre de 2015
		PÁGINA: 22 de 38

Simulacros:

PROCESO	GESTIÓN TALENTO HUMANO				
INDICADOR:	% simulacros realizados	FORMULA DE CALCULO:	(No. De simulacros realizados / No. De simulacros programados) x 100	FRECUENCIA DE MEDICION	semestral
RESPONSABLE:	Lider de Talento Humano	FUENTE DE DATOS:	Informe	RANGO DE GESTIÓN	
				SOBRESALIENTE	SATISFACTORIO
				100%	95%
					DEFICIENTE
					90%
TENDENCIA:	Año: 2016	100%	Año: 2017	50,0%	
PERIODO	2016	2017	ANÁLISIS	ACCIONES TOMADAS	SEGUIMIENTO
Junio	100%	0,0%	no se realizan simulacros para el primer semestre del año, se tiene planeado para el segundo semestre en el mes de octubre		
Diciembre	100,0%	100,0%	se realiza simulacro el 25 de octubre de 2017 (realizado a nivel nacional)	Ver informe	




Análisis:

La realización periódica de los simulacros, como mínimo una vez cada año, pretende en último término la activación de los planes de emergencia con el resultado de una participación eficiente de todos los grupos de acción implicados, la creación de unos hábitos de respuesta organizada y operativa a través del adiestramiento práctico, además de la implicación de la dirección y todas las áreas de la empresa en alcanzar las condiciones de seguridad necesarias frente a las posibles emergencias que se puedan producir.

Existen objetivos importantes de verificar el nivel de cumplimiento como son:

- La eficacia de la organización de respuesta ante una emergencia.

 COVIDA Una esperanza de vida	FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA “COVIDA”	
	INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	CÓDIGO: GE-FO-002
		VERSIÓN: 1
		FECHA: octubre de 2015
		PÁGINA: 23 de 38

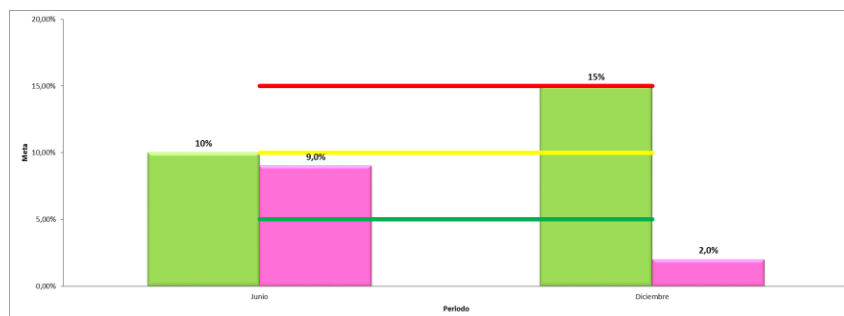
- La capacitación del personal adscrito a la organización de respuesta y a los comités de emergencia.
- El entrenamiento de todo el personal de la actividad en la respuesta frente a una emergencia.
- La suficiencia e idoneidad de los medios y recursos asignados.
- En futuros escenarios se requiere plantear mayores dificultades como SALIDA BLOQUEADA”, falta de iluminación, avería de los teléfonos, colapso de paredes, heridos, etc. a las que tendrán que hacer frente, a veces mediante decisiones improvisadas.

Tras la realización del simulacro se recomienda que:

- Al realizar las modificaciones locativas se tenga en cuenta subsanar los sitios de embotellamiento en las rutas de evacuación.
- Adquirir los equipos correspondientes para la atención de las emergencias y los elementos necesarios como señales de alarma (botiquín portátil, pitos, sirena, paletas de pare y siga, etc.)
- Dar mantenimiento a la señalización existente y modificar la ubicación de muebles y enseres que obstaculizan el paso.
- Reactivar planes de emergencia actualizando la información allí contenida de manera real.
- Establecer cronograma de capacitaciones continuas en evacuación y rescate, primeros auxilios, RCP, manejo de extintores, etc., involucrando y participando de manera integrada con el personal de la piscina
- Establecer cronograma de simulacros (en diversos escenarios) y capacitación a los usuarios y el personal de todas las jornadas, incluyendo los adultos para que tengan información sobre qué hacer frente a una emergencia.
- Propiciar el desarrollo de una política de seguridad dentro de la cual se analice y destinen los recursos necesarios para la consecución de elementos básicos, capacitaciones, etc. dentro de la cual haya adherencia estos planes por parte de la administración y el personal.
- Crear las brigadas con el personal actual.


Ausentismo:

PROCESO	GESTION TALENTO HUMANO				
INDICADOR:	Ausentismo	FORMULA DE CALCULO:	(No. Total de días de ausentismo / No. Total de días laborados) x 100	FRECUENCIA DE MEDICION	semestral
RESPONSABLE:	Lider de Talento Humano	FUENTE DE DATOS:	Informe	RANGO DE GESTIÓN	
				SOBRESALIENTE	SATISFACTORIO
				5%	10%
					DEFICIENTE
					15%
TENDENCIA:	Año: 2016	13%	Año: 2017	6%	
PERIODO	2016	2017	ANÁLISIS	ACCIONES TOMADAS	SEGUIMIENTO
Junio	10%	9,0%	se presenta ausentismo del personal de la Fundación en un total de 13.5 días sobre 144 días laborados en el semestre, éstos corresponden a 13 días hábiles de incapacidad medica por enfermedad general y 5 horas en permisos para citas medicas		
Diciembre	15%	2,0%	Se presenta ausentismo por un total de 24 horas correspondiente a 3 días en el periodo		



Análisis:

En el primer semestre se presenta ausentismo del personal de la Fundación en un total de 13.5 días sobre 144 días

	FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA “COVIDA”		
	INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN		CÓDIGO: GE-FO-002
			VERSIÓN: 1
			FECHA: octubre de 2015
			PÁGINA: 24 de 38

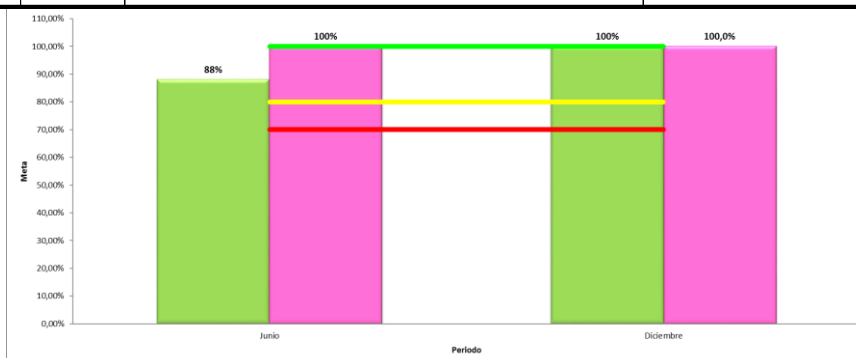
laborados en el semestre, éstos corresponden a 13 días hábiles de incapacidad medica por enfermedad general y 5 horas en permisos para citas medicas

En el segundo semestre se presenta ausentismo por un total de 24 horas correspondiente a 3 días en el periodo.

5.1. Gestión de Compras

Proveedores:

PROCESO	GESTION DE COMPRAS				
INDICADOR:	Desempeño de proveedores	FORMULA DE CALCULO:	(Proveedores que cumplen / total de proveedores) x 100	FRECUENCIA DE MEDICION	semestral
RESPONSABLE:	Lider Administrativo y Financiero	FUENTE DE DATOS:	Evaluacion de proveedores	RANGO DE GESTIÓN	
				SOBRESALIENTE	SATISFACTORIO
				100%	80%
					70%
TENDENCIA:	Año: 2016	88%	Año: 2017	100%	
PERIODO	2016	2017	ANÁLISIS	ACCIONES TOMADAS	SEGUIMIENTO
Junio	88%	100%	se re-evalua un total de 7 proveedores, obtienen resultados entre 80% y 88%, quedando en calificación: APROBADO: ENTRE 60-100: INFORMAR RESULTADOS, SE ACONSEJA MANTENER COMO PROVEEDOR	evaluar los nuevos proveedores que se presenten en el segundo semestre del año	
Diciembre	100%	100,0%	Se realiza evaluacion a tres proveedores nuevos que ingresaron en el mes de septiembre de 2017, los tres cumplen obteniendo resultados entre 88% y 92%	Se envia carta informando el resultado de la evaluacion	



Análisis:

En el primer semestre se realiza re-evaluación de los proveedores y en el segundo semestre se evalúan los proveedores nuevos posterior a la primera compra, en ambos casos todos los proveedores cumplen con puntaje entre 80% y 92%, a todos se les envía carta informándole los resultados de la evaluación aplicada en cada caso.


6. ESTADO ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS

Se analiza en el numeral 4.2 de este informe.


7. REVISIONES POR LA DIRECCIÓN PREVIAS

A continuación, se detallan las acciones de mejora planteadas en el informe de revisión por la dirección del año 2016 a ejecutar en el año 2017, y los resultados obtenidos con su ejecución

ACCION DE MEJORA	FECHA EJECUCIÓN	RESULTADOS	SEGUIMIENTO
Ajustar el sistema de gestión actual al vigente	Año 2017 a 2018	Sistema ajustado a versión ISO 9001:2015	Junio De 2017: Se ha avanzado en la documentación de la plataforma estratégica.

	FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA “COVIDA”		
	INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	CÓDIGO: GE-FO-002	
		VERSIÓN: 1	
		FECHA: octubre de 2015	
		PÁGINA: 25 de 38	


ACCION DE MEJORA	FECHA EJECUCIÓN	RESULTADOS	SEGUIMIENTO
			<p>Se ha realizado avance en la identificación de riesgos los que se han plasmado en la matriz para su valoración.</p> <p>Noviembre de 2017:</p> <p>Ajuste de perfiles de cargos incluyendo responsabilidades y autoridades por roles.</p>
Ajuste de indicadores de acuerdo con las necesidades de los procesos	Enero de 2017	Procesos ajustados con acciones de mejora	<p>Junio de 2017:</p> <p>Se incluye un nuevo indicador en el proceso de terapias integrales, para medir caídas</p> <p>Noviembre de 2017:</p> <p>Se hace modificación de las fichas técnicas de los indicadores, incluyendo variables importantes para el manejo de los mismos</p>
Explorar nuevas líneas de mercado para prestación de servicios innovadores y oportunos	Primer semestre año 2017	Establecimiento de nuevos servicios	<p>Junio de 2017:</p> <p>Se identifica línea de intervención en salud, innovadora para el departamento del Quindío: telemedicina en asocio con el Instituto Roosevelt. Probable implementación en el primer semestre del 2018</p>
Búsqueda de nuevos aliados estratégicos y análisis de la integración de la Fundación a las redes integrales de atención en salud en el departamento	Primer semestre año 2017	Aliados estratégicos	<p>Junio 2017:</p> <p>Se logra establecer una alianza estratégica con el Instituto Roosevelt, donde el año 2017 será la fase de planeación y estructuración del nuevo modelo de prestación de servicios de Covida.</p>
De acuerdo con las nuevas líneas de intervención de la Fundación, se debe realizar un análisis de capacidad instalada que permita identificar recursos relacionados con talento humano, infraestructura, dotación y requerimientos legales	Primer semestre año 2017	Provisión de recursos	<p>Junio 2017:</p> <p>Se tiene identificadas las necesidades de talento humano, infraestructura y equipos biomédicos. En el mes de septiembre llegan los equipos biomédicos requeridos y se adecuan dos consultorios para la atención del médico general y especialista</p>

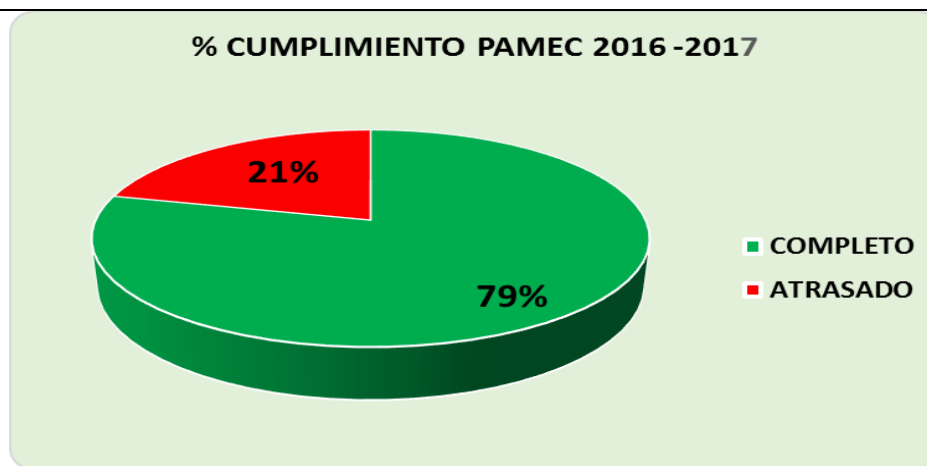
	FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA “COVIDA”	
	INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	CÓDIGO: GE-FO-002
		VERSIÓN: 1
		FECHA: octubre de 2015
		PÁGINA: 26 de 38

8. CAMBIOS QUE PODRIAN AFECTAR EL SGC
<ul style="list-style-type: none"> • El cambio de versión de la NTC ISO9001:2008 a 2015 • La implementación del SG SST de acuerdo con el decreto 1072 de 2015 • Inclusión de nuevos servicios de atención

9. SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA CALIDAD – RESOLUCION 256 DE 2016
<p>Actualmente la norma se ha ajustado mediante la resolución 0256 de 2016, derogando la Resolución 1446 de 2006, para el SISTEMA DE INFORMACION PARA LA CALIDAD, por lo que la Fundación incluye dentro de sus indicadores:</p> <p>¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS? / Número de usuarios que respondieron la pregunta.</p> <p>Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos</p> <p>Tasa de caída de pacientes en el servicio de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica (Número total de pacientes atendidos en el servicio de Apoyo Diagnóstico y Complementación Terapéutica que sufren caídas), se encuentra inmerso en el indicador de eventos adversos.</p> <p>Estos indicadores están analizados en el punto de satisfacción del cliente de este informe.</p>

10. PAMEC – ESTANDARES DE ACREDITACIÓN
<p>El PAMEC 2016-2017 de la Fundación COVIDA, inicia su ejecución en el mes de NOVIEMBRE del 2016 y finaliza su ejecución en OCTUBRE de 2017. La Metodología Utilizada para la elaboración del PAMEC se basó teniendo en cuenta el ciclo PHVA y los pasos de la ruta crítica descritos en las PAUTAS INDICATIVAS del Ministerio de la Protección Social, para el desarrollo e implementación del Programa de Auditoria para el mejoramiento de la calidad: Autoevaluación, Selección a procesos a mejorar, priorización de procesos, definición de la calidad esperada, medición inicial del desempeño de los procesos, plan de acción y/o plan de mejoramiento para procesos seleccionados, ejecución del plan de acción, evaluación del mejoramiento y seguimiento con comités, aprendizaje organizacional.</p> <p>Se logra a través el PAMEC la implementación de acciones preventivas y correctivas, que contribuyen al autocontrol en COVIDA</p> <p>De las actividades programadas (66) para la vigencia 2016 – 2017, se cumplió con el 79%, quedando sin desarrollar el 21%. Para el PAMEC año 2018 se retomarán las oportunidades de mejora No Culminadas dentro del proceso de autoevaluación.</p> <p>Para diciembre de 2017 se presentará la planeación del PAMEC 2018, ya se realizó la Socialización del PAMEC por acreditación al personal misional de la IPS, como consta en el acta del Comité de calidad del mes de noviembre de 2018.</p> <p>Se presentará en febrero el envío de la circular 012 de 2016, de acuerdo con las actividades programadas y ejecutadas y al aprendizaje organizacional.</p> <p>% CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES PAMEC 2016 - 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: 27 de 38



Fuente: Documento Plan de mejora PAMEC 2016 – 2017

Con relación a las atrasadas, el estándar de ambiente físico tiene un incumplimiento frente al total de estándares atrasados del 29%, seguido de los estándares cliente asistencial e información, con un 18,51%.

APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL DEL PAMEC

Gestión estratégica y de dirección: - Deberes y derechos personas con discapacidad - aplicación modelo direccionamiento estratégico. Conocimiento de los requisitos de las partes interesadas, sus necesidades y expectativas (colaboradores, directivos, clientes, esfera pública, esfera económica, esfera social, esfera científica, esfera ambiental, competidores, proveedores, comunidad local, entre otros)

Gestión de la calidad: - Adherencia del personal a la declaración de los deberes y derechos de los usuarios. - Caracterización de los procesos. - Mapa de procesos - Cultura de notificación y gestión de las atenciones inseguras. Gestión

Gestión comercial: - Encuestas de satisfacción para aplicarlas a proveedores, aseguradoras y clientes. Terapias integrales: - Adherencia a guías y protocolos - Lineamientos de Seguridad del paciente: (Política de no re-uso, lavado de manos, prevención de caídas, identificación del usuario y custodia de sus pertenencias)

Gestión del talento Humano: - Código de ética y Buen Gobierno. - Manual de funciones - Reglamento interno de Trabajo- Evaluación del desempeño - Cultura notificación de incidentes / accidentes de trabajo. Promoción

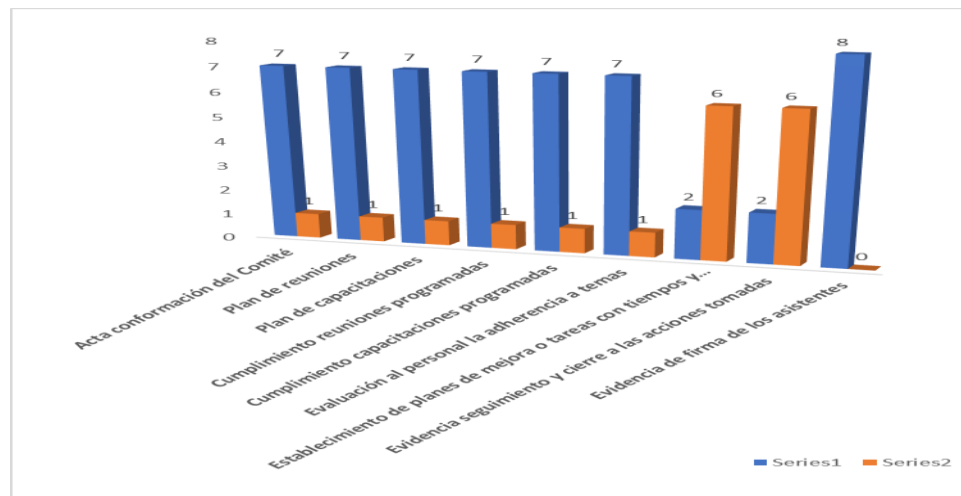
en los colaboradores la manifestación ante el comité de convivencia, de situaciones de acoso laboral
Gestión administrativa y financiera: - Archivo institucional, ajustado a la norma. - Proceso de reciclaje. - Proceso de admisiones.

SEGUIMIENTO A COMITÉS

Los Comités desarrollan un papel importante en el desarrollo de la auditoría para el mejoramiento de la atención en salud, como instrumentos valiosos para implementar las acciones de seguimiento en todos los niveles de la auditoría. En el año 2017, los comités activos en la institución son:

- ☐ Comité de Emergencias
- ☐ Comité de Convivencia
- ☐ Comité Paritario de Seguridad y Salud en el trabajo (COPASST)
- ☐ Comité Grupo ambiental
- ☐ Comité de historias Clínicas
- ☐ Comité de Calidad.
- ☐ Comité de seguridad del paciente
- ☐ Comité Científico

Al analizar el comportamiento, se encuentra de acuerdo a la gráfica:




CONVENCIONES


Series 1: Cumple

Series 2: No cumple

- Un Comité no cuentan con el Acta de conformación (Emergencias)
- El Plan de reuniones tiene un plan de cumplimiento del 87.5%
- El Plan de capacitaciones tiene un cumplimiento del 87.5%.
- Cumplimiento reuniones cumple con un 87.5%, de acuerdo con lo programado.
- Cumplimiento capacitaciones programadas tiene un cumplimiento del 87.5%.
- La medición de adherencia al personal se da con un cumplimiento del 87.5%
- Con referencia a los establecimientos de planes de mejora o tareas con tiempos y responsables para cumplir, existe un cumplimiento del 25%, calificación deficiente
- Se cumple con un 25% del cierre de las actividades de mejora a cumplir.
- El 100% de los Comités evidencian la firma de los asistentes a las reuniones de los Comités

	FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA “COVIDA”	
	INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN	CÓDIGO: GE-FO-002
		VERSIÓN: 1
		FECHA: octubre de 2015
		PÁGINA: 29 de 38

11. SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO – DECRETO 1072 de 2015	
INFORME DE RENDICIÓN DE CUENTAS DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST	
1. OBJETO	
<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>	
2. ALCANCE	
<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 Fundación Covida.</p>	
3. DEFINICIONES	
<p>3.1. Alta Dirección: Persona o grupo de personas que dirigen y controlan una empresa.</p>	
<p>3.2. Efectividad: 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>3.3. Eficacia: Es la capacidad de alcanzar el efecto que espera o se desea tras la realización de una acción.</p>	
<p>3.4. Eficiencia: Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados.</p>	
<p>3.5. Rendición de cuentas: Mecanismo por medio del cual las personas e instituciones informan sobre su desempeño.</p>	
<p>3.6. Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo – SG-SST: 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>	
4. RESPONSABLES	
<p>4.1. Alta Dirección: 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>4.2. Responsable del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo – SG-SST: Es el responsable de realizar el proceso de rendición de cuentas a la Alta Dirección de acuerdo con los lineamientos</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 38

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

definidos en el presente procedimiento.


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.

5. DOCUMENTOS RELACIONADOS


5.1. Decreto 1072 de 2015

6. DESCRIPCIÓN

ITEM	ACTIVIDAD	OBSERVACIONES
1	Programar la rendición de cuentas: 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	Realizar divulgación de la ejecución de la rendición de cuentas: El responsable de SG-SST divulgará 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	Realizar rendición de cuentas: 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 Sgsst. A la fecha no se han conformado los equipos de brigadas y es necesario actualizar el plan 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: 31 de 38

11. 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 a los criterios definidos, acorde a los resultados de la revisión se deben identificar necesidades de acciones correctivas, preventivas y de mejora.</p>	<p>contingencia.</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>
4	<p>Comunicar los resultados de la rendición de cuentas:</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>Se realizará según el plan de trabajo anual la rendición de cuentas en noviembre de 2018.</p>
5	<p>Implementar acciones:</p> <p>El responsable de SST deberá definir el plan de acción de acuerdo con los resultados.</p>	<p>Se le rendirá cuentas a la líder de calidad según el cronograma de actividades.</p>
6	<p>Realizar seguimiento al plan de acción:</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>En noviembre de 2018 se rendirá informe sobre el avance del Sgsst.</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 pérdidas, 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: 32 de 38

12. RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA				
PROCESO	ACCION DE MEJORA	RECURSOS NECESARIOS	RESPONSABLE	FECHA DE IMPLEMENTACIÓN
Gestión estratégica y Dirección	Implementar el proceso de responsabilidad social donde la Fundación realiza un esfuerzo para operar manera socialmente responsable con la sociedad y su entorno.	Humanos	Director Ejecutivo	Año 2018
Gestión de calidad	Identificar nuevos indicadores de los procesos que permitan monitorear el sistema de calidad y tomar decisiones	Humanos	Líderes de procesos	31 de enero de 2018
Terapias Integrales	Ampliar el portafolio de servicios para tener nuevas líneas de intervención	Económicos Talento Humano Recursos Físicos Recursos tecnológicos e informáticos	Director Ejecutivo	Junio de 2018
Gestión Talento Humano	Establecimiento de comité de bienestar para la atención de los colaboradores de la Fundación.	Talento Humano	Líder de Talento Humano	Marzo de 2018
	Contratar profesional para la implementación y control del SGSST	Económicos	Director Ejecutivo	Enero de 2018

13. CIERRE DEL INFORME POR LA DIRECCIÓN EJECUTIVA
<p>Revisado el informe de revisión por la dirección concluyo que existe:</p> <p>CONVENIENCIA: la implementación del sistema de gestión de calidad bajo la norma ISO 9001, 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 además una entrada de confianza ante clientes que requieren de los servicios de la Fundación.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>