

# Informe de Revisión por la Dirección

Diciembre de 2017

SGC

GLADYS AMANDA RAMIREZ RIOS

FUNDACIÓN COVIDA | Armenia



|  |  |                        |
|--|--|------------------------|
|  <p><b>COVIDA</b><br/>Una esperanza de vida</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 |

Contenido

|   |    |
|---|----|
| 1. PERTINENCIA DE LA PLATAFORMA ESTRATÉTICA .....                           | 2  |
| 2. OBJETIVOS DE CALIDAD.....  | 0  |
| 2.1. RESULTADOS DE LA MEDICIÓN 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 |

|  |  |                        |
|--|--|------------------------|
|  <p><b>COVIDA</b><br/>Una esperanza de vida</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 |

|   |   |
|---|---|
| <b>FECHA:</b> 10 de enero de 2018   | <b>PERÍODO:</b> enero a diciembre de 2017 |
| <p><b>OBJETIVO:</b> 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.</p> <p>La Dirección de la empresa elabora el informe de gestión cada año.</p> <p>Basado en ISO 9001:2008</p> |   |
| <p><b>1. PERTINENCIA DE LA PLATAFORMA ESTRATÉGICA</b></p>   |   |

| <b>Resultados</b>           |  |
|-----------------------------|--|
| <b>Misión:</b>              | <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><b>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.</b></p> |
| <b>Visión:</b>              | <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><b>Visión año 2018:</b></p> <p>Consolidar nuestro modelo terapéutico incluyente, participativo y sostenible en la búsqueda de la excelencia para ser referentes en la Región.</p>  |
| <b>Política de calidad:</b> | <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 sufre cambios.</p>   |

|  |  |                        |                        |  |
|--|--|------------------------|------------------------|--|
|  <p><b>COVIDA</b><br/>Una esperanza de vida</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 |  |
|  |  | <b>PÁGINA: 0 de 38</b> |                        |  |

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

| <b>2. OBJETIVOS DE CALIDAD</b>   |  |            |  |   |                     |                                   |             |
|--|--|------------|--|---|---------------------|-----------------------------------|-------------|
| <b>DIRECTRICES PARA LA<br/>POLITICA DE CALIDAD</b>   | <b>OBJETIVOS DE<br/>CALIDAD</b>  | <b>No.</b> | <b>INDICADOR</b>   | <b>FÓRMULA</b>  | <b>RESPONSABLE</b>  | <b>FRECUENCIA<br/>DE MEDICIÓN</b> | <b>META</b> |
| 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   | (No. De guías con resultados de evaluación mayor al 90% / total de Guías adoptadas) x 100                           | Líder de calidad    | Anual                             | 90%         |
|  |  | 2          | 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  | Líder de calidad    | Anual                             | 90%         |
|  |  | 3          | 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 de terapeutas evaluadas) x 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 | Educar 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  | (No. de actividades ejecutadas/ No. De actividades planeadas) x 100   | Dirección ejecutiva | Anual                             | 100%        |
| Equipo multidisciplinario de profesionales especializados, idóneo y competente   | Mejorar la competencia del personal  | 5          | Desempeño del personal   | (empleados que cumplen criterios responsabilidades por roles, Humanización y Habilidades/ total de empleados) x 100 | Talento Humano      | Semestral                         | 80%         |

|  |  |                        |                        |  |
|--|--|------------------------|------------------------|--|
|  <p><b>COVIDA</b><br/>Una esperanza de vida</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 |  |
|  |  | <b>PÁGINA: 1 de 38</b> |                        |  |

| <b>2. OBJETIVOS DE CALIDAD</b>  |   |            |   |   |                                     |                                   |             |
|---|---|------------|---|---|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------|
| <b>DIRECTRICES PARA LA<br/>POLÍTICA DE CALIDAD</b>  | <b>OBJETIVOS DE<br/>CALIDAD</b>   | <b>No.</b> | <b>INDICADOR</b>                            | <b>FÓRMULA</b>  | <b>RESPONSABLE</b>                  | <b>FRECUENCIA<br/>DE MEDICIÓN</b> | <b>META</b> |
| 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. | (No. De estándares aplicados / No. Total de estándares) x 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                 | (No. Total de clientes - usuarios satisfechos/No. Total de clientes - usuarios encuestados) x 100 | Trabajador Social                   | Semestral                         | 90%         |
| Proceso permanente de mejora continua.  | Mejorar continuamente   | 8          | Implementación de acciones de mejora        | (AM implementadas / AM establecidas) *100   | Líder Calidad<br>Director Ejecutivo | Semestral                         | 80%         |

**2.1. RESULTADOS DE LA MEDICIÓN DE LOS OBJETIVOS DE CALIDAD:**
**1. Prestar servicios de salud de habilitación/rehabilitación con alta calidad**

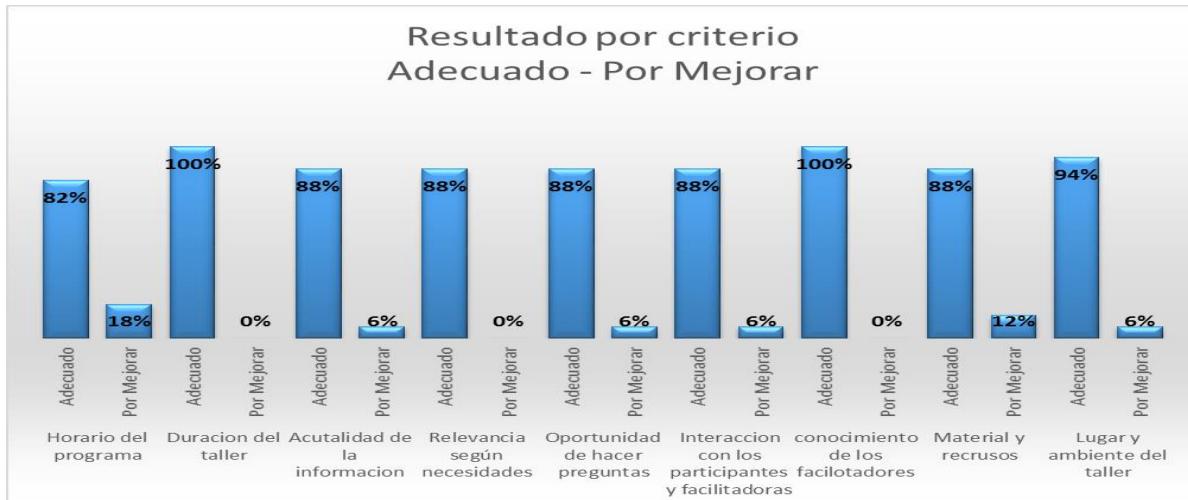
| INDICADOR  | FORMULA   | META | RESULTADO |
|--|---|------|-----------|
| Medición adherencia a guías por parte del personal | (No. De guías con resultados de evaluación mayor al 90% / total de Guías adoptadas) x 100 | 90%  | 93%       |

| 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:

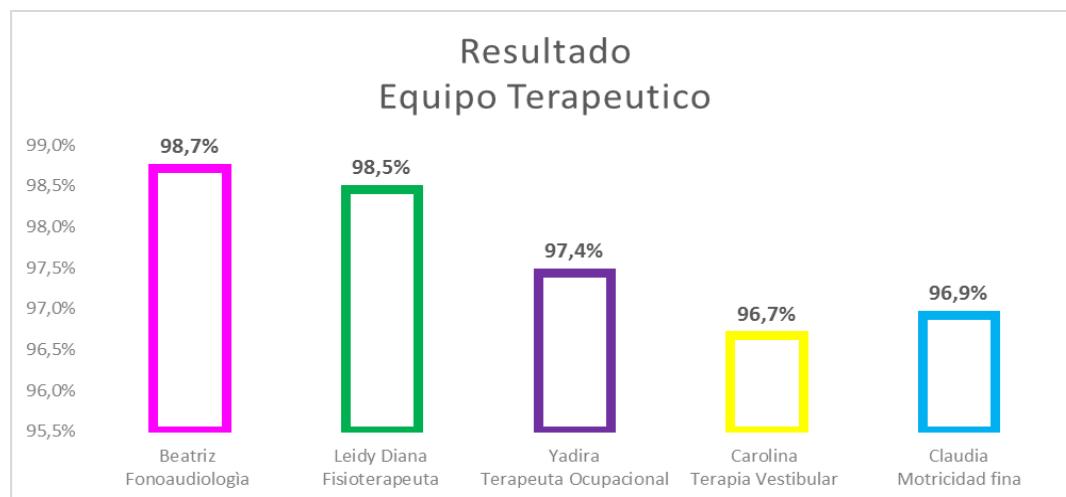
Criterios por mejorar:

- 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



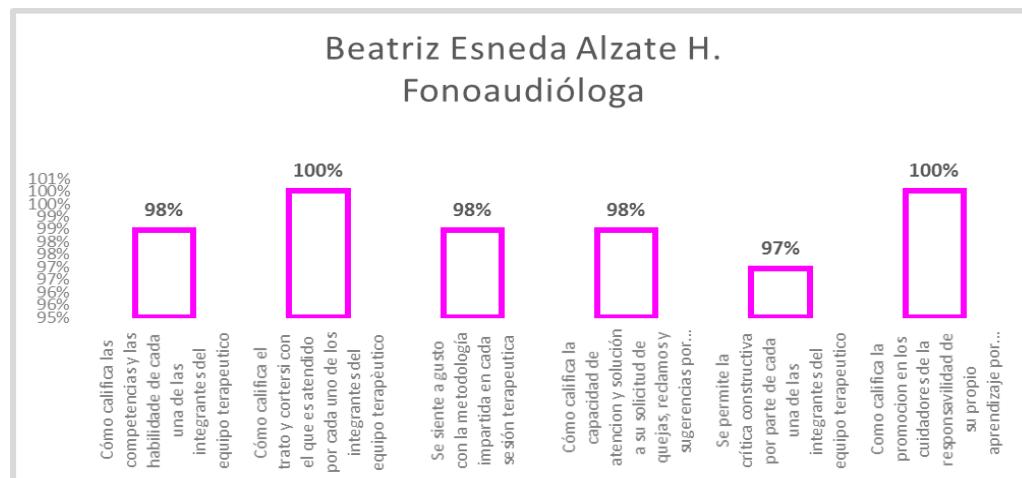
| INDICADOR  | FORMULA   | META | RESULTADO |
|--|---|------|-----------|
| Evaluación por parte de los padres /cuidadores con respecto a las terapeutas que prestan el servicio | (No. De terapeutas con resultados mayores a 85%/total e terapeutas evaluadas) x 100 | 90%  | 100%      |

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.

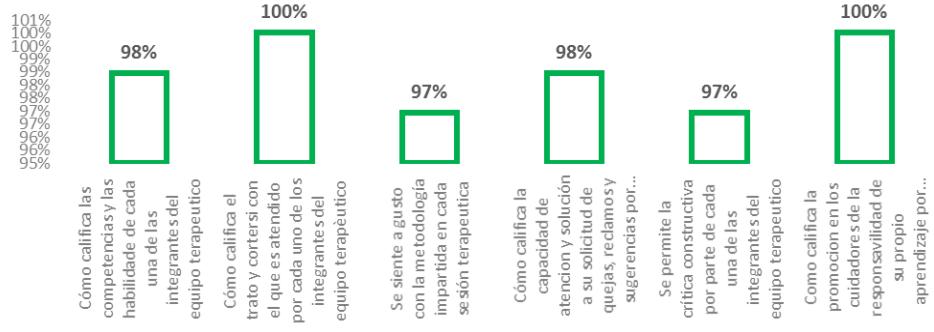
A continuación, se relacionan los resultados por cada uno de los terapeutas.



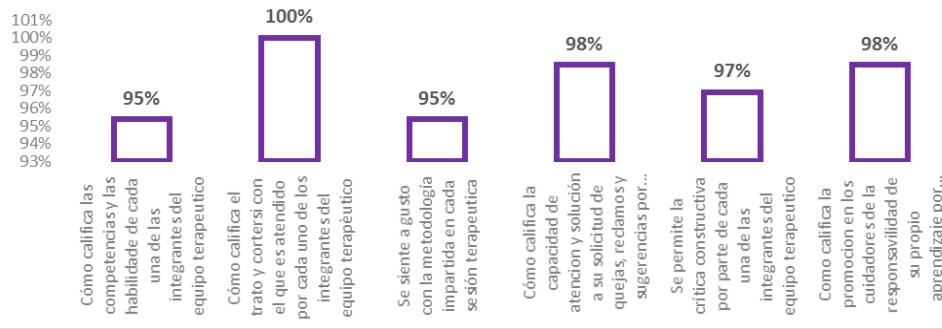
**INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN**

CÓDIGO: GE-FO-002  
VERSIÓN: 1  
FECHA: octubre de 2015  
PÁGINA: 2 de 38

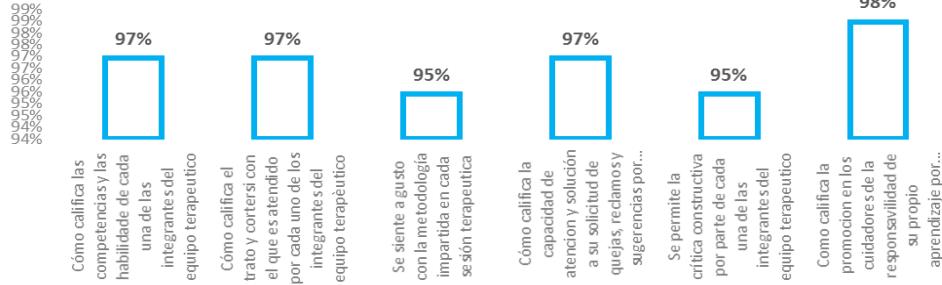
**Leidy Diana Larota**  
Fisioterapeuta



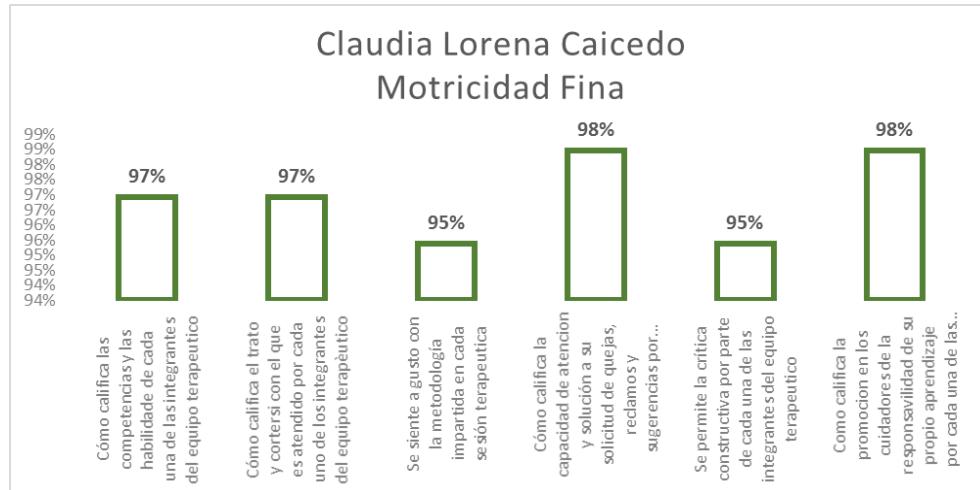
**Elena Yadira Ortega**  
Terapeuta Ocupacional



**Claudia Carolina Garnica**  
Terapeuta Vestibular



**INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN**



- 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 | (No. de actividades ejecutadas/ No. De actividades planeadas) x 100 | 100% | 71%       |

|                                    |            |
|------------------------------------|------------|
| Número de actividades planificadas | 14         |
| Número de actividades ejecutadas   | 10         |
| <b>TOTAL</b>                       | <b>71%</b> |

**5. Competencia del personal**

|  |  |  |                        |
|--|--|--|------------------------|
|  <p><b>COVIDA</b><br/>Una esperanza de vida</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 |

| 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

|  |  |                        |
|--|--|------------------------|
|  <p><b>COVIDA</b><br/>Una esperanza de vida</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 |

**Plan de acción:**

Realizar reintroducción 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,<br>HALLAZGOS (No<br>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        |
| <b>TOTAL</b>                        |   | <b>Cerradas</b> |

**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

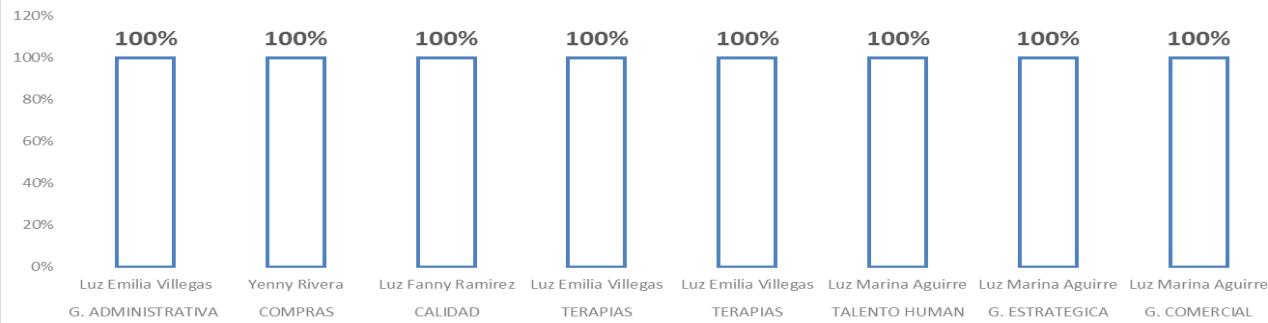
**Compras:** se evidencia una no conformidad que corresponde a documentos incompletos de un proveedor.

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:**

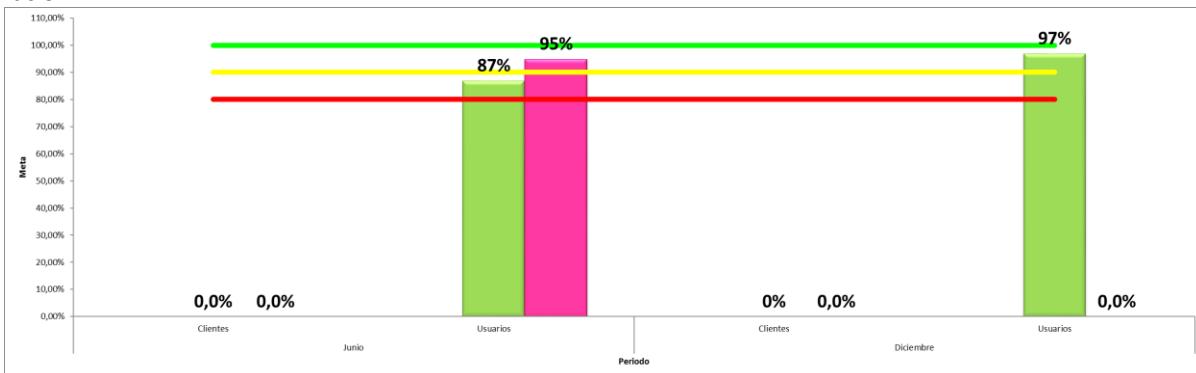
Se evalúa el desempeño de los auditores, el cual dio un resultado del 100% satisfechos con el método y el criterio de cada uno de los auditores.

**INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN**
**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.



**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

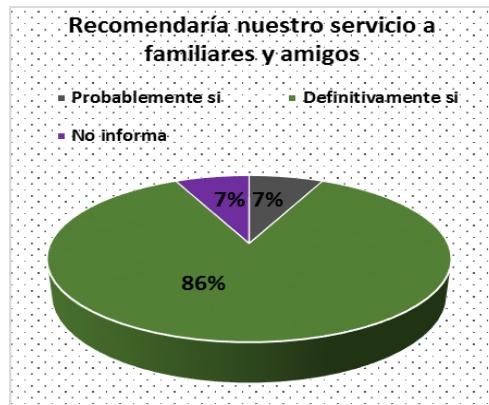
con los servicios que se ofertan en la Fundación.

**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**

- 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 califiqué 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.

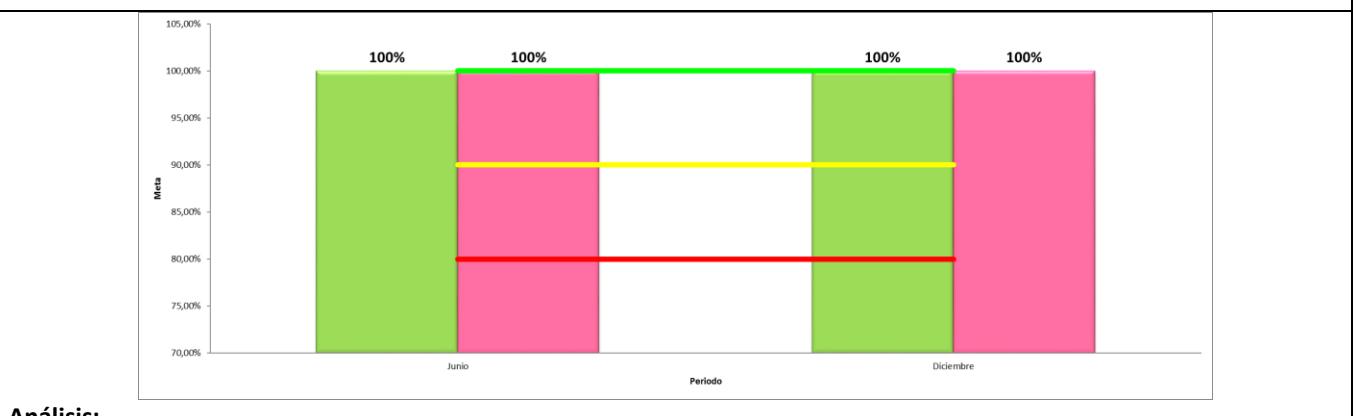
En el informe presentado a la Secretaría de Salud Departamental se identifican las acciones a ejecutar en busca de mejorar la satisfacción del usuario.

## 5. DESEMPEÑO DE PROCESOS

### 5.1. Gestión Estratégica y Dirección

#### Cumplimiento de las estrategias:

| PROCESO      | GESTIÓN ESTRÁTÉGICA Y DE DIRECCIÓN |   |                             |  |                        |             |
|--------------|------------------------------------|---|-----------------------------|--|------------------------|-------------|
|              | INDICADOR:                         | Cumplimiento de los objetivos estratégicos establecidos | FÓRMULA DE CALCULO:         | (No de estrategias que cumplen la meta/No. De objetivos estratégicos propuestos) x 100 | FRECUENCIA DE MEDICIÓN | semestral   |
| RESPONSABLE: |                                    |   |                             |  |                        |             |
| Gerente      | FUENTE DE DATOS:                   | Estrategias Organizacionales                            | SOBRESALIENTE               | SATISFACTORIO  | DEFICIENTE             |             |
| TENDENCIA:   | Año: 2016                          |   | 100%                        | Año: 2017  | 100%                   |             |
| PERÍODO      | 2016                               | 2017  | ANÁLISIS                    |  | ACCIONES TOMADAS       | SEGUIMIENTO |
| Junio        | 100%                               | 100%  | <a href="#">ver archivo</a> |  | NA                     | NA          |
| Diciembre    | 100%                               | 100%  |                             |  |                        |             |

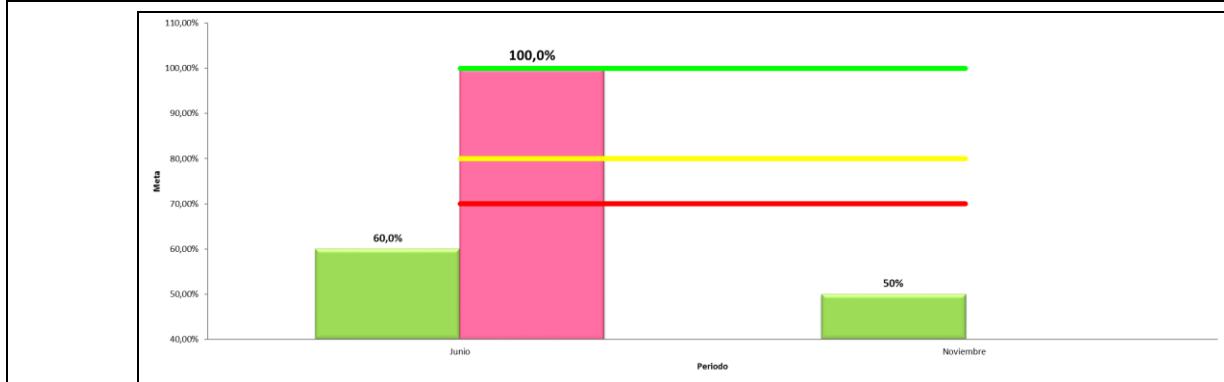


**INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN**
**CÓDIGO: GE-FO-002**
**VERSIÓN: 1**
**FECHA: octubre de 2015**
**PÁGINA: 10 de 38**

| OBJETIVOS ESTRÁTÉGICOS   | ESTRATEGIA   | AÑO 2017 |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | SEGUIMIENTO   |
|--|--|----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---|
|  |  | ENE      | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP | OCT | NOV | DIC |   |
| Realizar alianzas estratégicas que permitan el crecimiento de la Fundación   | Presentar proyectos a Fundaciones para la consecución de recursos<br>+ Aflora Google<br>+ Japon<br>+ Innova<br>+ Sesana  |          |     | C   |     | C   | C   |     |     |     |     |     |     | La Fundación presenta durante el primer semestre 4 proyectos de los cuales 2 fueron exitosos; con Innova se obtuvo un acompañamiento para el proceso de formulación del componente de innovación. Con Sesana se logra obtención de recursos de los cuales el 40% fueron donados a la Fundación y el 60% en calidad de préstamo para el mejoramiento del área de piscina y plan de mantenimiento de la planta física   |
| Modelar propuesta de inclusión en redes de salud para lograr la integralidad de los procesos terapéuticos en el nuevo modelo de salud en el binomio madre-hijo | Buscar aliados para la conformación de redes integrales que permitan procesos transversales para la atención del binomio madre-hijo<br>+ Instituto Roosevelt<br>+ Fundación Participar<br>+ Clínica Guadalupe  |          |     | C   |     |     |     | C   |     |     | C   |     |     | * Roosevelt: Telemedicina con 22 especialidades infantiles, rehabilitación a los usuarios de Roosevelt que han sido atendidos quirúrgicamente en Bogotá. Proyecto aprobado en junio para dar inicio en el año 2018.<br>* Participar: continuidad en la atención de gestante alto riesgo y la detección y atención del alto riesgo neurológico en el niño de 0 a 5 años; en el mes de octubre se presenta la propuesta la EPS Asmesalud  |
| Crear nuevas opciones de servicios en la Fundación   | Crear alianza estratégica con el Instituto Roosevelt para dar claridad a un eventual escenario de acompañamiento a la fundación Covida por parte del Instituto Roosevelt (Hospital Universitario) para su operación en la Ciudad de Armenia (Quindío) contando con la cooperación económica de la Fundación Arturo & Enrica Sesana en la fase de fortalecimiento (primera fase) , el plan incluye una segunda fase correspondiente al auto-sostenimiento mediante una estructura eficiente de administración, la gestión de riesgos y la oferta de servicios abordada exclusivamente por Covida. |          |     | C   |     |     |     |     | C   | C   |     |     |     | en el mes de marzo se da inicio con la aceptación del proyecto Sesana, se firma el documento de confidencialidad con el Instituto Roosevelt; en el acompañamiento y asesoría en el área financiera proyectando las ventas que deben realizar la fundación para la devolución a Sesana.<br>En el mes de agosto se recibe el primer desembolso del proyecto, en el mes de septiembre se realiza visita para el levantamiento de la plataforma estratégica (capacitación); se da inicio a las adecuaciones físicas para habilitar los servicios de medicina General y Especializada para poder ofrecer la Telemedicina |
| Formación en competencias del personal de la Fundación   | Buscar capacitación con entidades que refuercen la formación en competencias mediante la formación continua  |          |     |     |     |     |     |     | C   |     |     |     |     | Se da inicio con el taller de procesos estratégicos dirigidos a todo el personal de la Fundación.   |
| Fortalecer la Junta Directiva para ser proactiva en el proceso de gobierno   | Incluir personas externas a la familia en la Junta Directiva   |          |     | C   |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Se incluyeron dos personas externas a la familia en la Junta Directiva  |
| Recuperar cartera  | realiza visitas permanentes en la ciudad de Bogotá para recuperación de cartera de Cafesalud<br>Contratación de abogados   |          |     | C   |     | C   |     |     | C   |     |     |     |     | en enero se logra recuperar el 40% de la cartera de Cafesalud regimen contributivo con mas de 360 días de vencida, del régimen subsidiado se logra recuperar el 30% a lo largo del año.<br>En el mes de agosto se recupera a través de la firma Garrigues el 15% de cartera de Saludcoop. con 2 años de vencida   |
| Buscar contrataciones con nuevos clientes para el crecimiento de la Fundación  | presentación del nuevo portafolio de servicios y cotizaciones a EPS, empresas particulares, usuarios particulares, entre otros   |          |     | C   |     | C   |     |     | C   | C   |     |     |     | En marzo se logra la venta del servicio de piscina a Cooperativas de pensionados: Copis y en el comité de cafeteros en el mes de julio.<br>En el mes de agosto se presenta propuesta a Medimas, pendiente de respuesta  |

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

| PROCESO            | GESTIÓN ESTRÁTÉGICA Y DE DIRECCIÓN |  |  |  |                        |     |               |               |            |  |  |  |  |
|--------------------|------------------------------------|--|--|--|------------------------|-----|---------------|---------------|------------|--|--|--|--|
|                    | INDICADOR:                         | Cumplimiento de las acciones tomadas en la revisión por la dirección | FÓRMULA DE CALCULO:  | (No. De acciones ejecutadas/ No. De acciones planteadas) x 100 | FRECUENCIA DE MEDICIÓN |     | SEMESTRAL     |               |            |  |  |  |  |
| RESPONSABLE:       |                                    |  |  |  | RANGO DE GESTIÓN       |     | SOBRESALIENTE | SATISFACTORIO | DEFICIENTE |  |  |  |  |
| Director Ejecutivo |                                    | FUENTE DE DATOS:   | Informe de revisión por la dirección   | 100%   | 100%                   | 80% |               | 70%           |            |  |  |  |  |
| TENDENCIA:         | Año: 2016                          |  | 55%  | Año: 2017  | 100%                   |     |               |               |            |  |  |  |  |
| PERÍODO            | 2016                               | 2017   | ANÁLISIS   |  | ACCIONES TOMADAS       |     |               | SEGUIMIENTO   |            |  |  |  |  |
| Junio              | 60%                                | 100%   | Se establecieron un total de 5 acciones de mejora para el año 2017, 4 de ellas eran ejecutables en su totalidad y 1 tiene vigencia hasta el año 2018; todas se han cumplido en un 100% |  |                        |     |               |               |            |  |  |  |  |
| Diciembre          | 50%                                |  |  |  |                        |     |               |               |            |  |  |  |  |

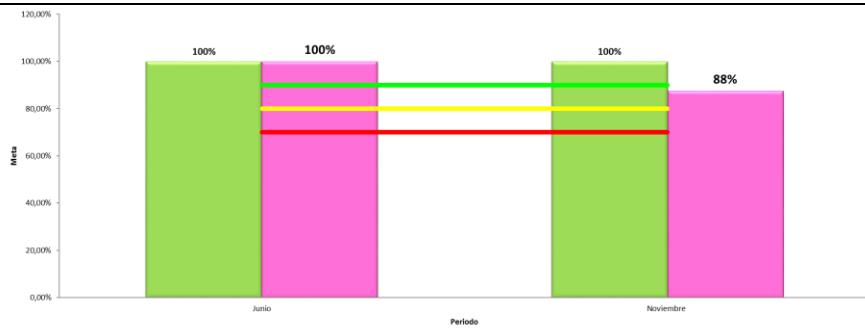


**Análisis:**

Ver numeral 7 de este informe.

**5.2. Gestión de Calidad**
**Eficacia de las acciones correctivas, preventivas y de mejora:**

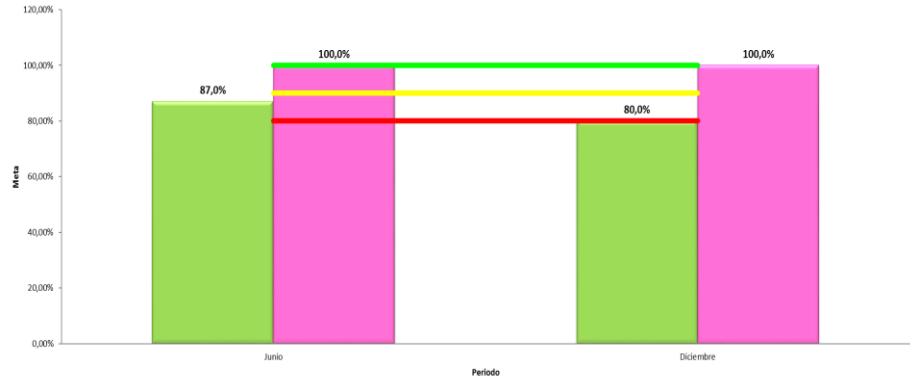
| PROCESO              | GESTIÓN DE CALIDAD |  |  |  |                        |   |            |  |    |  |  |
|----------------------|--------------------|--|--|--|------------------------|---|------------|--|----|--|--|
|                      | INDICADOR:         | % de Eficacia de las acciones correctivas, preventivas y de mejora | FÓRMULA DE CALCULO:  | (Total acciones correctivas, preventivas y de mejora cerradas/ Total acciones identificadas) *   | FRECUENCIA DE MEDICIÓN | Semestral   |            |  |    |  |  |
|                      |                    |  |  |  |                        | RANGO DE GESTIÓN  |            |  |    |  |  |
|                      | RESPONSABLE:       | Líder de Calidad   | FUENTE DE DATOS:   | Plan de acción   | 90%                    | Satisfactorio   | Deficiente |  |    |  |  |
| TENDENCIA: Año: 2016 |                    | 100%   | Año: 2017  |  | 94%                    |   |            |  |    |  |  |
| PERÍODO              | 2016               | 2017   | ANÁLISIS   |  |                        | ACCIONES TOMADAS  |            | SEGUIMIENTO  |    |  |  |
|                      |                    |  | 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 auditoría 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 evalúa su adherencia |    |  |  |
| Junio                |                    | 100%   | 100%   | en el segundo semestre se documenta un total de 8 no conformidades detectadas en auditorías internas, a la fecha se han cerrado 7 de las 8, una tiene vencimiento en el año 2018 |                        |   | NA         |  | NA |  |  |
| Diciembre            |                    | 100%   | 88%  |  |                        |   |            |  |    |  |  |


**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.

**Eficacia de los procesos:**

| PROCESO          | GESTIÓN DE CALIDAD |                          |  |  |                        |   |             |
|------------------|--------------------|--------------------------|--|--|------------------------|---|-------------|
|                  | INDICADOR:         | Eficacia de los procesos | FÓRMULA DE CALCULO:  | (Sumatoria y/o cumplimiento de metas cumplidas / No. Total de indicadores) 100 | FRECUENCIA DE MEDICIÓN | SEMESTRAL   |             |
| RANGO DE GESTIÓN |                    |                          |  |  |                        |   |             |
| RESPONSABLE:     | Líder de Calidad   | FUENTE DE DATOS:         | Matriz de indicadores  |  | SOBRESALIENTE          | SATISFACTORIO   | DEFICIENTE  |
| TENDENCIA:       | Año: 2016          | 84%                      |  | Año: 2016  | 100%                   |   |             |
| PERÍODO          | 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:**

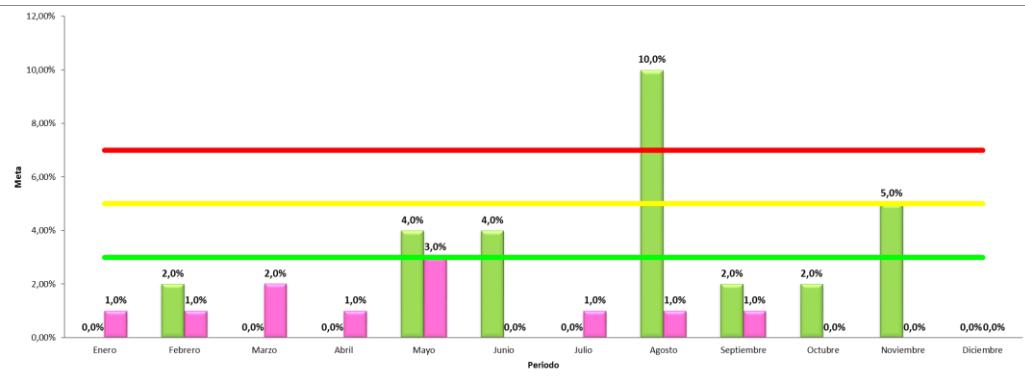
La Fundación en el año revisó sus procesos e indicadores, realizó ajustes y toma decisiones en cuanto a los resultados de los mismos.

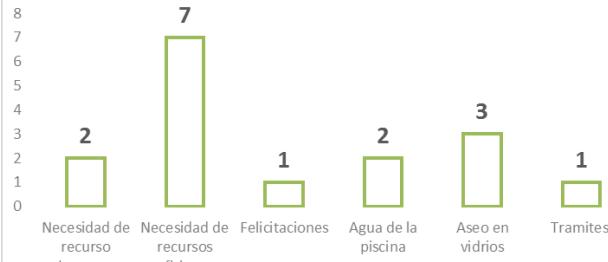
### 5.3. Gestión Comercial

#### Peticiones, quejas y reclamos:

| PROCESO                    | GESTIÓN COMERCIAL |   |                     |  |                        |            |  |
|----------------------------|-------------------|---|---------------------|--|------------------------|------------|--|
|                            | INDICADOR:        | % de PQR gestionadas y contestadas al usuario | FÓRMULA DE CALCULO: | (No. de PQR recibidas / total de usuarios) x 100 | FRECUENCIA DE MEDICIÓN | Mensual    |  |
| RESPONSABLE:               |                   |   |                     |  | RANGO DE GESTIÓN       |            |  |
| Líder de Gestión Comercial | FUENTE DE DATOS:  | PQR   |                     | SORRESALIENTE                                    | SATISFACTORIO          | DEFICIENTE |  |
| TENDENCIA:                 | Año: 2016         | 2%  |                     | Año: 2017  | 0,9%                   |            |  |

| PERÍODO    | 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 |             |
| 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 |             |
| 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                          |             |

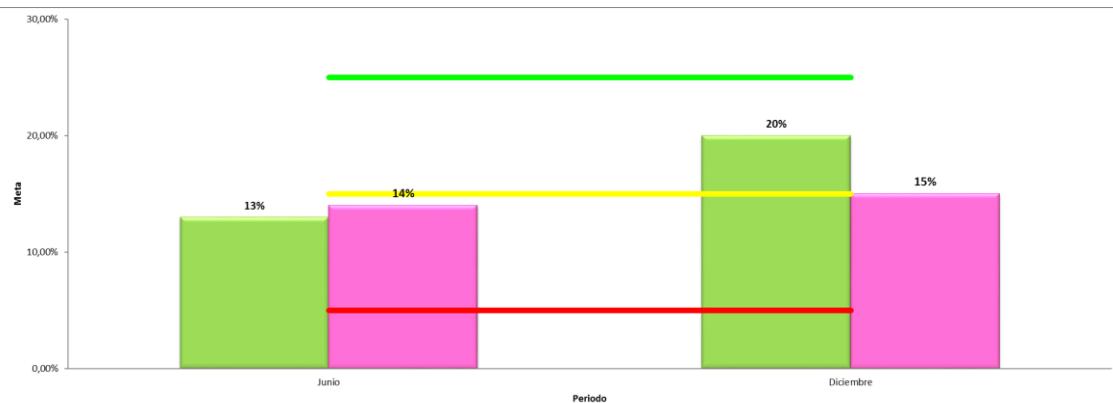


**PQR por motivo**
**Año 2017**

**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.

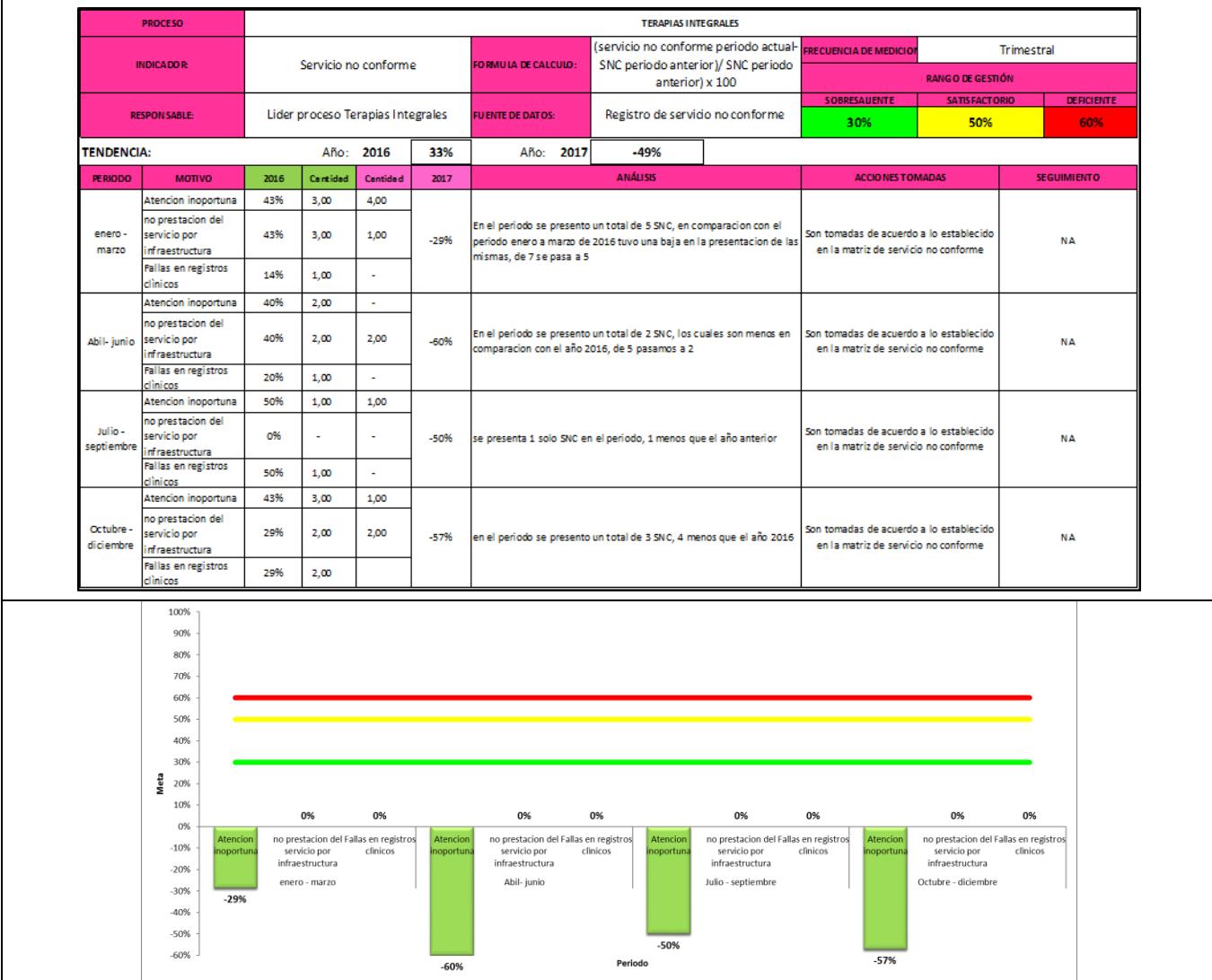
**Contrataciones:**

| PROCESO                    | GESTIÓN COMERCIAL |  |                     |  |                        |                |             |
|----------------------------|-------------------|--|---------------------|--|------------------------|----------------|-------------|
|                            | INDICADOR:        | Resultados en contrataciones-<br>convenios | FÓRMULA DE CALCULO: | (No. De contrataciones concretadas/ No. De propuestas<br>entregadas) x 100 | FRECUENCIA DE MEDICIÓN | semestral      |             |
| RESPONSABLE:               |                   |  |                     |  | RANGO DE GESTIÓN       |                |             |
| Líder de Gestión Comercial | FUENTE DE DATOS:  | Informe                                    |                     | SOBRESALIENTE  | SATISFACTORIO          | DEFICIENTE     |             |
| TENDENCIA:                 | Año: 2016         | 17%  | Año: 2016           | 15%  | 25%                    | 15%            | 5%          |
| PERÍODO                    | 2016              | 2017                                       | ANÁLISIS            |  | ACCIONES TOMADAS       |                | SEGUIMIENTO |
| Junio                      | 13%               | 14%  | PERÍODO             | ASESOR   | Carmenza Duque         | Gladys Ramírez | TOTAL       |
| Diciembre                  | 20%               | 15%  |                     | PROPYUESTAS  | 0                      | 7              | 14%         |
|                            |                   |  |                     | CONTRATOS  | 0                      | 1              |             |
|                            |                   |  | 2 semestre          | PROPYUESTAS  | 28                     | 5              | 15%         |
|                            |                   |  |                     | CONTRATOS  | 4                      | 1              |             |



**Ánálisis:**

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:**

**Ánálisis:**

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: <b>16 de 38</b> |

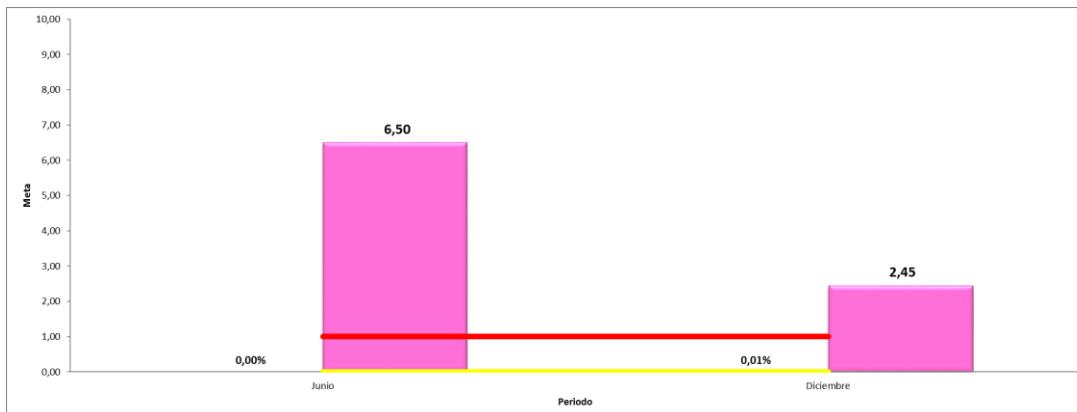
En promedio por cada uno de estos servicios de enero a septiembre se obtiene:

- 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.

**INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN**
**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 MEDICIÓN | Semestral   |
| RESPONSABLE:     |                     |   |                     |  | RANGO DE GESTIÓN       |   |
| Líder de Calidad | FUENTE DE DATOS:    | Informe de eventos  |                     | SOBRESALIENTE  | SATISFACTORIO          | DEFICIENTE  |
| TENDENCIA:       | Año: 2016           | 100%  | Año: 2017           | 447,5%   | 0%                     | 1,0%  |
| PERÍODO          | 2016                | 2017  | ANÁLISIS            |  |                        | SEGUIMIENTO   |
| Junio            | 0,00%               | 6,50  | PERÍODO             | NUM/DEN  | TOTAL                  | a cada evento se le realiza su tratamiento, registrado en el formato<br>SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORA ATENCIÓNES<br>INSEGURAS TH-FO-003 |
|                  |                     |   | 1 semestre          | No. Eventos Adversos   | 5                      |   |
| Diciembre        | 0,01%               | 2,45  | 2 semestre          | No. Eventos Adversos   | 3                      | 2,45  |
|                  |                     |   |                     | No. Pacientes  | 775                    |   |
|                  |                     |   |                     | No. Pacientes  | 1223                   |   |

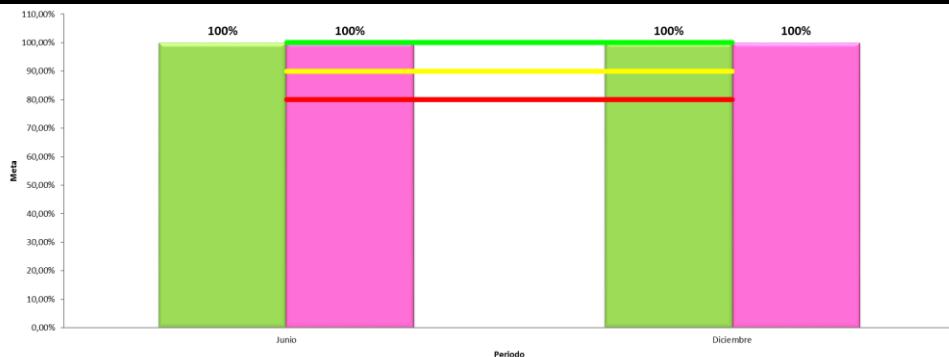

**Análisis:**

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 tandem de sala de espera.

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

**5.5. Gestión Administrativa y financiera**
**Mantenimiento:**

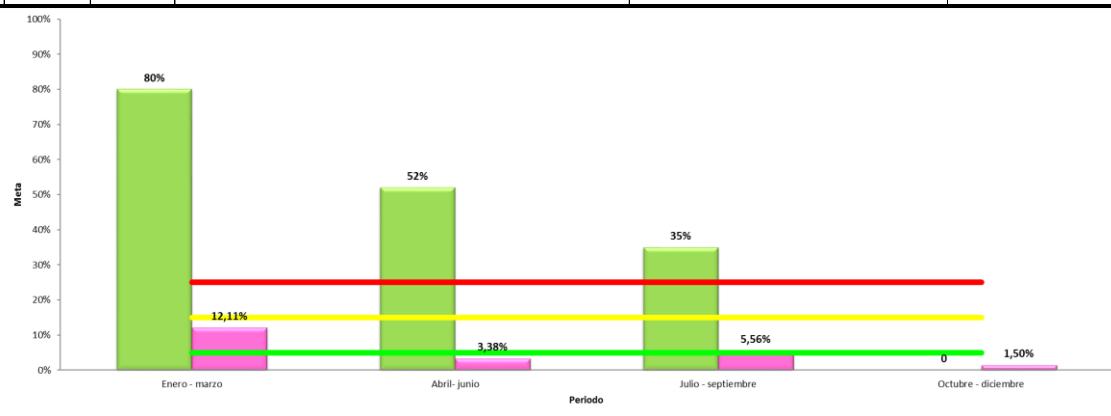
| PROCESO                           | GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA |                             |   |  |                        |             |     |
|-----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|---|--|------------------------|-------------|-----|
|                                   | INDICADOR:                          | Mantenimientos preventivos  | FORMULA DE CALCULO:   | (Mantenimiento ejecutado/mantenimiento planeado) x 100 | FRECUENCIA DE MEDICIÓN | semestral   |     |
| RESPONSABLE:                      |                                     |                             |   |  | RANGO DE GESTIÓN       |             |     |
| Líder Administrativo y Financiero | FUENTE DE DATOS:                    | Cronograma de mantenimiento |   | SOBRESALIENTE  | SATISFACTORIO          | DEFICIENTE  |     |
| TENDENCIA:                        | Año: 2016                           | 100%                        | Año: 2017   | 100%   | 100%                   | 90%         | 80% |
| PERÍODO                           | 2016                                | 2017                        | ANÁLISIS  |  |                        | SEGUIMIENTO |     |
| Junio                             | 100%                                | 100%                        | se acuerdo al plan de mantenimiento preventivo, la Fundación cumple al 100% con dichos mantenimientos |  |                        | NA          |     |
| Diciembre                         | 100%                                | 100%                        |   |  |                        | NA          |     |

**INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN**
**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 |                     |  |                        |                  |             |
|-----------------------------------|-------------------------------------|---------------------|--|------------------------|------------------|-------------|
|                                   | % Glosas                            | FÓRMULA DE CALCULO: | (Valor de las glosas / valor de la facturación) x 100  | FRECUENCIA DE MEDICIÓN | Trimestral       |             |
| RESPONSABLE:                      |                                     |                     |  |                        | RANGO DE GESTIÓN |             |
| Líder Administrativa Y Financiera | FUENTE DE DATOS:                    | informe             | SOBRESALIENTE  | SATISFACTORIO          | DEFICIENTE       |             |
| TENDENCIA: Año: 2016 56%          | Año: 2017 5,6%                      |                     |  | 5%                     | 15%              | 25%         |
| 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%               |  | NA                     |                  | NA          |
| Julio - septiembre                | 35%                                 | 5,56%               |  | NA                     |                  | NA          |
| Octubre - diciembre               |                                     | 1,50%               |  | NA                     |                  | NA          |

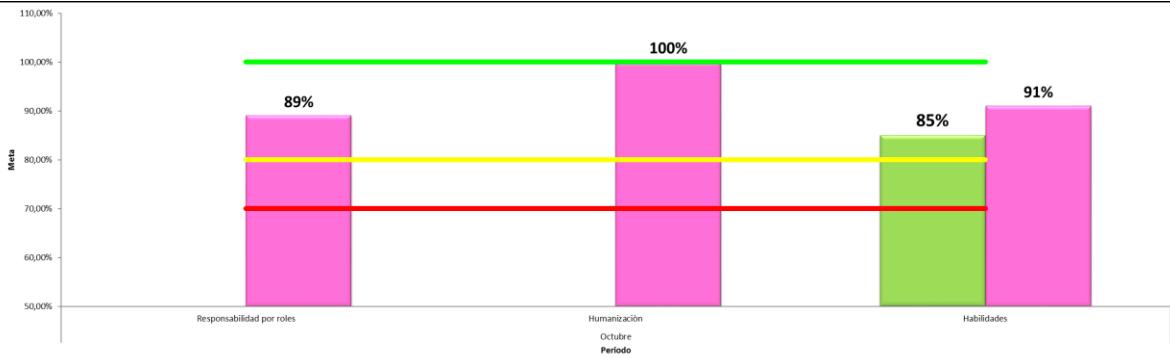
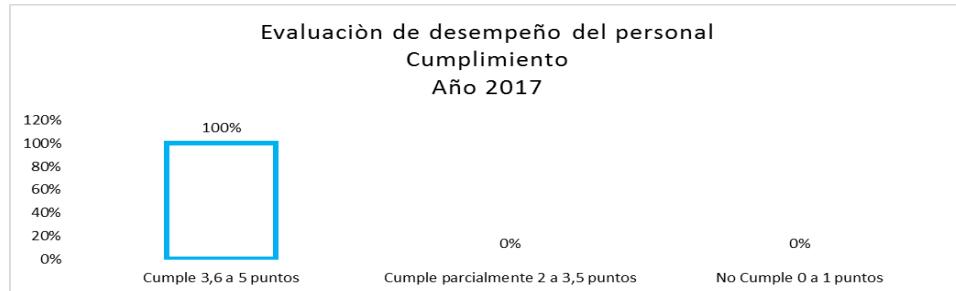

**Análisis:**

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.

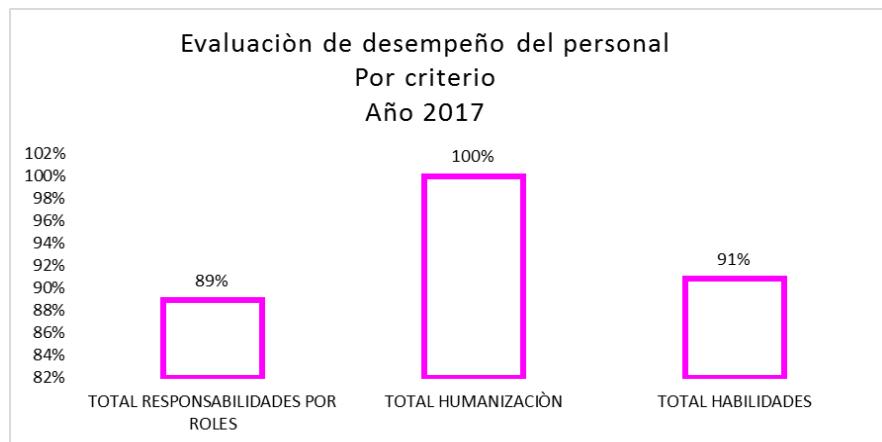
**5.6. Gestión Talento Humano**
**Desempeño de personal:**

**INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN**
**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 MEDICIÓN   | Anual         |             |
| RESPONSABLE: | Líder de Talento Humano   | FUENTE DE DATOS:    | Evaluación de desempeño  | SOBRESALIENTE  | SATISFACTORIO | DEFICIENTE  |
| TENDENCIA:   |                           | Año: 2016 85%       | Año: 2017 93%  |  |               |             |
| PERÍODO      |                           | 2016                | 2017   | ANÁLISIS   |               | SEGUIMIENTO |
| Octubre      | Responsabilidad por roles |                     | 89%  | 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 |               |             |
|              | Humanización              |                     | 100%   |  |               |             |
|              | Habilidades               | 85%                 | 91%  |  |               |             |

  

**ANÁLISIS:**


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

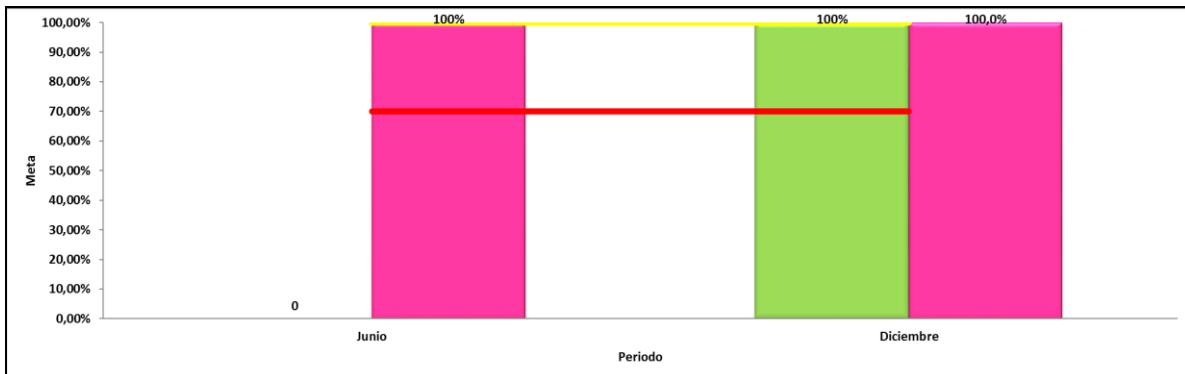


### 5.6. Gestión Talento Humano

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          | GESTIÓN TALENTO HUMANO  |   |  |   |                                |  |
|------------------|-------------------------|---|--|---|--------------------------------|--|
|                  | INDICADOR:              | Seguimiento a accidentes e incidentes laborales | FÓRMULA DE CALCULO:  | (No. de accidentes-incidentes investigados / No. De accidentes-incidentes reportados) x 100 | FRECUENCIA DE MEDICIÓN         | semestral  |
| RANGO DE GESTIÓN |                         |   |  |   |                                |  |
| RESPONSABLE:     | Líder de Talento Humano | FUENTE DE DATOS:                                | Informe  |   | SOBRESALIENTE                  | SATISFACTORIO  |
| TENDENCIA:       | Año: 2016               | 100%  | Año: 2017  | 100%  |                                | DEFICIENTE   |
| PERIODO          | 2016                    | 2017  | ANÁLISIS   |   | ACCIONES TOMADAS               |  |
| Junio            |                         | 100%  | Se presenta un incidente laboral correspondiente a resbalón 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 y agrede físicamente y verbalmente al terapeuta |   | Se investiga y se deja informe |  |



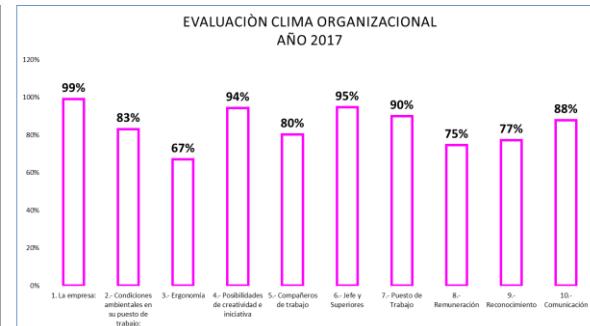
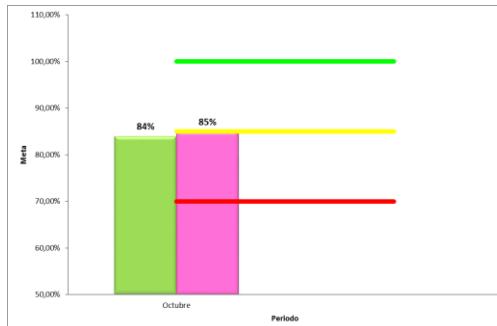
#### Análisis:

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

#### Clima Organizacional:

**INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN**
**5.6. Gestión Talento Humano**

| PROCESO                 | TALENTO HUMANO   |                                  |  |  |  |                  |             |     |
|-------------------------|------------------|----------------------------------|--|--|--|------------------|-------------|-----|
|                         | INDICADOR:       | Medición del clima laboral       | FÓRMULA DE CALCULO:  | (empleados satisfechos / total de empleados) x 100 | FRECUENCIA DE MEDICIÓN   | Anual            |             |     |
| RESPONSABLE:            |                  |                                  |  |  |  | RANGO DE GESTIÓN |             |     |
| Líder de Talento Humano | FUENTE DE DATOS: | Encuesta de clima organizacional |  |  | SOBRESALIENTE  | SATISFACTORIO    | DEFICIENTE  |     |
| TENDENCIA:              | Año: 2015        | 84%                              |  | Año: 2016  | 85%  | 100%             | 80%         | 70% |
| PERÍODO                 | 2016             | 2017                             | ANÁLISIS   |  | ACCIONES TOMADAS   |                  | SEGUIMIENTO |     |
| Octubre                 | 84%              | 85%                              | 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.<br>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.<br>Reconocimiento: se planea crear comité de bienestar laboral donde se tendrán en cuenta muchos aspectos que incluyen el reconocimiento |                  |             |     |


**Análisis:**

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%

**Plan de acción:**

**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

**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 | FÓRMULA DE CALCULO:  | (No. De simulacros realizados / No. De simulacros programados) x 100 | FRECUENCIA DE MEDICIÓN      | semestral  |             |
| RESPONSABLE:            |                        |                         |  |  | RANGO DE GESTIÓN            |            |             |
| Líder de Talento Humano | FUENTE DE DATOS:       | Informe                 | 100%   | SOBRESALIENTE  | SATISFACTORIO               | DEFICIENTE |             |
| TENDENCIA:              | Año: 2016              | 100%                    |  | Año: 2017  | 50,0%                       |            |             |
| PERÍODO                 | 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)   |  | <a href="#">Ver informe</a> |            |             |


**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.

**INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN**

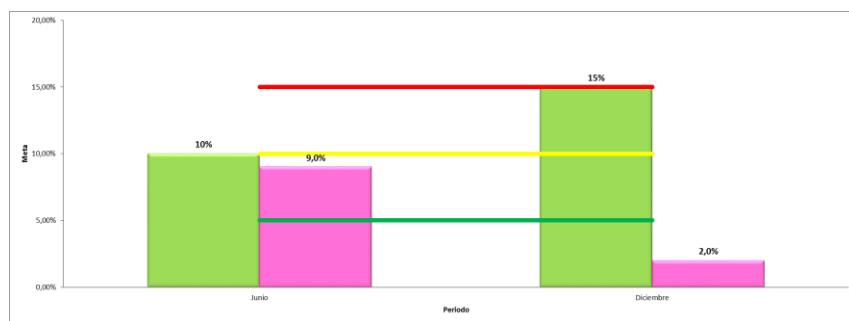
- La capacitación del personal adscrito a la organización de respuesta y a los comités de emergencia.
- El entrenamiento de todo el personal de la actividad en la respuesta frente a una emergencia.
- La suficiencia e idoneidad de los medios y recursos asignados.
- En futuros escenarios se requiere plantear 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      |                         | GESTIÓN TALENTO HUMANO |  |                        |               |             |  |
|--------------|-------------------------|------------------------|--|------------------------|---------------|-------------|--|
| INDICADOR:   | Ausentismo              | FÓRMULA DE CALCULO:    | (No. Total de días de ausentismo / No. Total de días laborados) x 100  | FRECUENCIA DE MEDICIÓN |               | semestral   |  |
|              |                         |                        |  | SOBRESALIENTE          | SATISFACTORIO | DEFICIENTE  |  |
| RESPONSABLE: | Líder de Talento Humano | FUENTE DE DATOS:       | Informe  | 5%                     | 10%           | 15%         |  |
| TENDENCIA:   | Año: 2016<br>13%        | Año: 2017<br>6%        |  |                        |               |             |  |
| PERÍODO      | 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 médica por enfermedad general y 5 horas en permisos para citas médicas |                        |               |             |  |
| Diciembre    | 15%                     | 2,0%                   | Se presenta ausentismo por un total de 24 horas correspondiente a 3 días en el periodo   |                        |               |             |  |


**ANÁLISIS:**

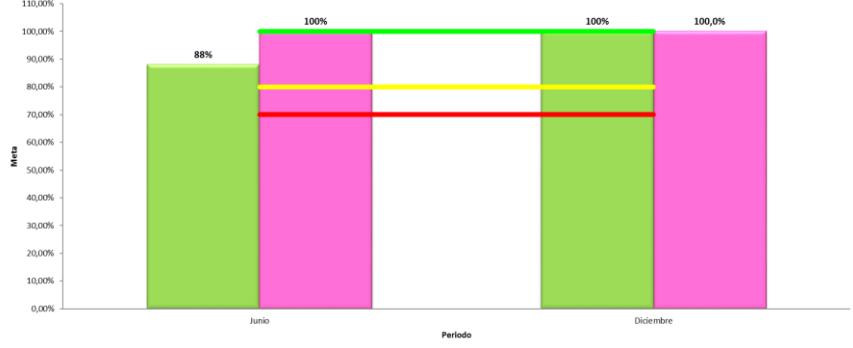
En el primer semestre se presenta ausentismo del personal de la Fundación en un total de 13.5 días sobre 144 días

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:  |                    |                          |  |  |                        | RANGO DE GESTIÓN   |               |            |  |  |  |  |  |
|   |                    |                          |  |  |                        | SOBRESALIENTE  | SATISFACTORIO | DEFICIENTE |  |  |  |  |  |
| TENDENCIA:  | Año: 2016 88%      |                          | Año: 2017 100%   |  |                        | 100%   | 80%           | 70%        |  |  |  |  |  |
| 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:<br>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:<br>Se ha avanzado en la documentación de la plataforma estratégica. |

|  |  |  |                        |
|--|--|--|------------------------|
|  <p><b>COVIDA</b><br/>Una esperanza de vida</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 |

| 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><b>Noviembre de 2017:</b></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><b>Junio de 2017:</b></p> <p>Se incluye un nuevo indicador en el proceso de terapias integrales, para medir caídas</p> <p><b>Noviembre de 2017:</b></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><b>Junio de 2017:</b></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><b>Junio 2017:</b></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><b>Junio 2017:</b></p> <p>Se tiene identificada 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>               |

**8. CAMBIOS QUE PODRIAN AFECTAR EL SGC**

- 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**

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:

¿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.

Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos

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.

Estos indicadores están analizados en el punto de satisfacción del cliente de este informe.

**10. PAMEC – ESTANDARES DE ACREDITACIÓN**

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.

Se logra a través el PAMEC la implementación de acciones preventivas y correctivas, que contribuyen al autocontrol en COVIDA

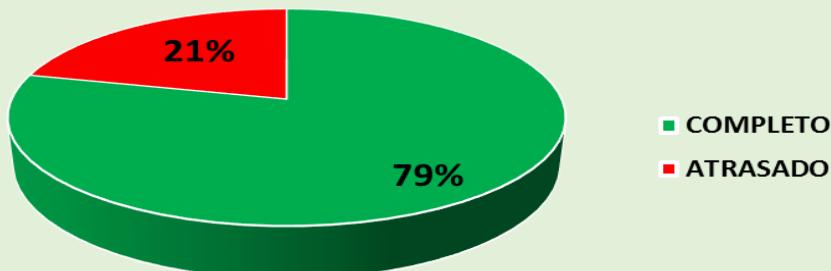
De las actividades programadas (66) para la vigencia 2016 – 2017, se cumplió con el 79%, quedando sin desarrollar el 21%. Para el PAMEC año 2018 se retomarán las oportunidades de mejora No Culminadas dentro del proceso de autoevaluación.

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.

Se presentará en febrero el envío de la circular 012 de 2016, de acuerdo con las actividades programadas y ejecutadas y al aprendizaje organizacional.

**% CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES PAMEC 2016 - 2017**

### % CUMPLIMIENTO PAMEC 2016 -2017



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

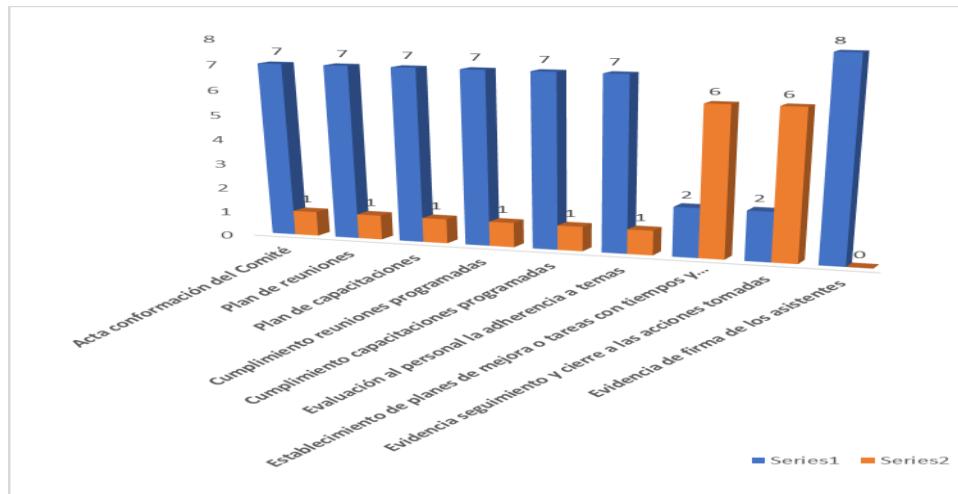
**Gestión administrativa y financiera:** - Archivo institucional, ajustado a la norma. - Proceso de reciclaje. - Proceso de admisiones.

### 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" |  |
|  | CÓDIGO: GE-FO-002                                     |  |
|  | VERSIÓN: 1  |  |
|  | FECHA: octubre de 2015                                |  |

**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**

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.

**2. ALCANCE**

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**.

**3. DEFINICIONES**

**3.1. Alta Dirección:** Persona o grupo de personas que dirigen y controlan una empresa.

**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.

**3.3. Eficacia:** Es la capacidad de alcanzar el efecto que espera o se desea tras la realización de una acción.

**3.4. Eficiencia:** Relación entre el resultado alcanzado y los recursos utilizados.

**3.5. Rendición de cuentas:** Mecanismo por medio del cual las personas e instituciones informan sobre su desempeño.

**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.

**4. RESPONSABLES**

**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.

**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

**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    | <p><b>Programar la rendición de cuentas:</b><br/>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.</p>   | <p>No se ha programado por ciclo la rendición de cuentas a la alta dirección.<br/>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.</p>  |
| 2    | <p><b>Realizar divulgación de la ejecución de la rendición de cuentas:</b><br/>El responsable de SG-SST divulgará a la alta dirección, al COPASST o al vigía la fecha definida para la rendición de cuentas.</p>   | <p>Se procede a realizar informe del porcentaje de cumplimiento en materia de seguridad y salud en el trabajo.</p>   |
| 3    | <p><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:</p> <p>Definición, avance y cumplimiento del plan anual de trabajo.<br/>Estado de la intervención de los peligros identificados.<br/>Estado y cumplimiento del programa de capacitaciones.<br/>Cumplimiento de los indicadores de los programas.<br/>Estado de la investigación de accidentes y enfermedad laboral y cumplimiento de los planes de acción definidos.<br/>Estado del cumplimiento de los requisitos legales.<br/>Ejecución del presupuesto.</p> | <p>Según las evidencias del plan de trabajo anual se han cumplido en un 90% las actividades planeadas.<br/>No se han intervenido los riesgos identificados en la matriz de peligros.<br/>Se realizarán los indicadores en base a los objetivos de sst y de ausentismo en el primer trimestre de 2018.<br/>Se tienen establecidos los requisitos legales; pero sin determinar el porcentaje de cumplimiento del total de estos.<br/>No se ha investigado los incidentes presentados, ni el accidente laboral presentado.<br/>En ejecución se encuentra la asignación de recursos para la implementación del Sgsst.<br/>A la fecha no se han conformado los equipos de brigadas y es necesario actualizar el plan de</p> |

**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><b>Comunicar los resultados de la rendición de cuentas:</b></p> <p>De acuerdo con los resultados de la revisión la alta dirección informara 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 realizaran el seguimiento a la implementación y avances del plan de acción.</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> <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 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 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>   |  |

|  |  |  |  |                               |
|--|--|--|--|-------------------------------|
|  <p><b>COVIDA</b><br/>Una esperanza de vida</p> | <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: 32 de 38</b>       |

| <b>12. RECOMENDACIONES PARA LA MEJORA</b> |  |  |                         |                                |
|---|--|--|-------------------------|--------------------------------|
| <b>PROCESO</b>                            | <b>ACCION DE MEJORA</b>  | <b>RECURSOS NECESARIOS</b>   | <b>RESPONSABLE</b>      | <b>FECHA DE IMPLEMENTACIÓN</b> |
| <b>Gestión estratégica y Dirección</b>    | 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                       |
| <b>Gestión de calidad</b>                 | 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            |
| <b>Terapias Integrales</b>                | Ampliar el portafolio de servicios para tener nuevas líneas de intervención  | Económicos<br>Talento Humano<br>Recursos Físicos<br>Recursos tecnológicos e informáticos | Director Ejecutivo      | Junio de 2018                  |
| <b>Gestión Talento Humano</b>             | 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 SGSSST  | Económicos   | Director Ejecutivo      | Enero de 2018                  |

| <b>13. CIERRE DEL INFORME POR LA DIRECCIÓN EJECUTIVA</b>  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| Revisado el informe de revisión por la dirección concluyo que existe:   |  |  |  |  |
| <b>CONVENIENCIA:</b> 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. |  |  |  |  |
| <b>ADECUACION:</b> 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.   |  |  |  |  |
| <b>EFICACIA:</b> 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.  |  |  |  |  |