

Año
2018

Informe de Revisión por la Dirección


Enero de 2019

SGC

GLADYS AMANDA RAMIREZ RIOS


FUNDACIÓN COVIDA | Armenia



| | | |
|---|---|------------------------|
|  | FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA “COVIDA” | |
| | INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | CÓDIGO: GE-FO-002 |
| | | VERSIÓN: 1 |
| | | FECHA: octubre de 2015 |
| | | PÁGINA: 1 de 40 |

Contenido

| | |
|---|--------------------------------------|
| 1. PERTINENCIA DE LA PLATAFORMA ESTRATÉGICA..... | 2 |
| 2. REVISIONES POR LA DIRECCIÓN PREVIAS | 2 |
| 3. CUESTIONES INTERNAS Y EXTERNAS | 3 |
| 4. RETROALIMENTACIÓN DE LAS PARTES INTERESADAS | 4 |
| 4.1. RETROALIMENTACIÓN DEL CLIENTE | 4 |
| 4.2. PQR..... | 6 |
| 4.3. RETROALIMENTACIÓN DEL CLIENTE INTERNO | 8 |
| 5. OBJETIVOS DE CALIDAD..... | 1 |
| 6. DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS Y CONFORMIDAD DEL SERVICIO | 4 |
| 7. ESTADO ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS | 4 |
| 8. SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN..... | 5 |
| 8.1. Gestión Estratégica y Dirección | 5 |
| 8.2. Gestión de Calidad..... | ¡Error! Marcador no definido. |
| 8.3. Gestión Comercial | 7 |
| 8.4. Terapias Integrales | 9 |
| 8.5. Gestión Administrativa y financiera | 16 |
| 8.6. Gestión Talento Humano..... | 17 |
| 8.7. Gestión de Compras – Desempeño de los proveedores externos | 20 |
| 9. RESULTADOS DE AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD | 20 |
| 10. ADECUACIÓN DE LOS RECURSOS..... | 21 |
| 11. SEGUIMIENTO A RIESGOS..... | 22 |
| 12. SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA CALIDAD – RESOLUCION 256 DE 2016. | ¡Error! Marcador no definido. |
| 13. PAMEC – ESTANDARES DE ACREDITACIÓN..... | ¡Error! Marcador no definido. |
| 14. SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO – DECRETO 1072 de 2015 | ¡Error! Marcador no definido. |
| 15. OPORTUNIDADES DE MEJORA Y RECURSOS | 28 |
| 16. CAMBIOS QUE PODRIAN AFECTAR EL SGC | 28 |

| | | |
|---|--|------------------------|
|  | FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA “COVIDA” | |
| | INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | CÓDIGO: GE-FO-002 |
| | | VERSIÓN: 1 |
| | | FECHA: octubre de 2015 |
| | | PÁGINA: 2 de 40 |

17. CIERRE DEL INFORME POR LA DIRECCIÓN EJECUTIVA 29

| | |
|-----------------------------------|---|
| FECHA: 10 de enero de 2019 | PERIODO: enero a diciembre de 2018 |
|-----------------------------------|---|

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

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

Basado en ISO 9001:2015


ENTRADAS DE LA REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN:

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

2. REVISIONES POR LA DIRECCIÓN PREVIAS

A continuación, se detallan las acciones de mejora planteadas en el informe de revisión por la dirección del año 2017 a ejecutar en el año 2018, y los resultados obtenidos con su ejecución

| PROCESO | ACCION DE MEJORA | RECURSOS NECESARIOS | FECHA DE IMPLEMENTACIÓN | SEGUIMIENTO |
|--|---|--|-------------------------|--|
| Gestión estratégica y Dirección | Ampliar el portafolio de servicios para tener nuevas líneas de intervención | Económicos Talento Humano Recursos Físicos Recursos tecnológicos e informáticos | Junio de 2018 | Se amplio a temas de apoyo terapéutico para manejo del dolor |
| Gestión de calidad | Identificar nuevos indicadores de los procesos que permitan | Talento Humano | 31 de enero de 2018 | Se implementa un nuevo indicador en el proceso |

| | | |
|---|---|------------------------|
|  | FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA “COVIDA” | |
| | INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | CÓDIGO: GE-FO-002 |
| | | VERSIÓN: 1 |
| | | FECHA: octubre de 2015 |
| | | PÁGINA: 3 de 40 |

| PROCESO | ACCION DE MEJORA | RECURSOS NECESARIOS | FECHA DE IMPLEMENTACIÓN | SEGUIMIENTO |
|--|--|---------------------|-------------------------|---|
| | monitorear el sistema de calidad y tomar decisiones | | | de terapias integrales donde se mide la oportunidad en la asignación de citas. |
| Terapias Integrales | Adquisición de dispositivos médicos que apoyen la terapia física | Directora Ejecutiva | Junio de 2018 | En el mes de junio se implementa el uso de equipos biomédicos para terapias integrales. |
| Gestión Talento Humano | Establecimiento de comité de bienestar para la atención de los colaboradores de la Fundación. | Talento Humano | Marzo de 2018 | En el año se empezó con actividades de piscina, incentivos, tiempo libre, entre otras actividades; para el año 2019 se inicia la documentación de un manual donde se constituyan las actividades a realizar |
| Gestión Administrativa y Financiera | La Directora Ejecutiva para el segundo semestre del año 2018, contratará una líder administrativa y financiera | Humano Económicos | Julio de 2018 | Para el mes de julio se cuenta con la líder del proceso contratada quien inicia su inducción. |

3. CUESTIONES INTERNAS Y EXTERNAS

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


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

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

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

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

Ver documento Planeación estratégica Fundación Covida.

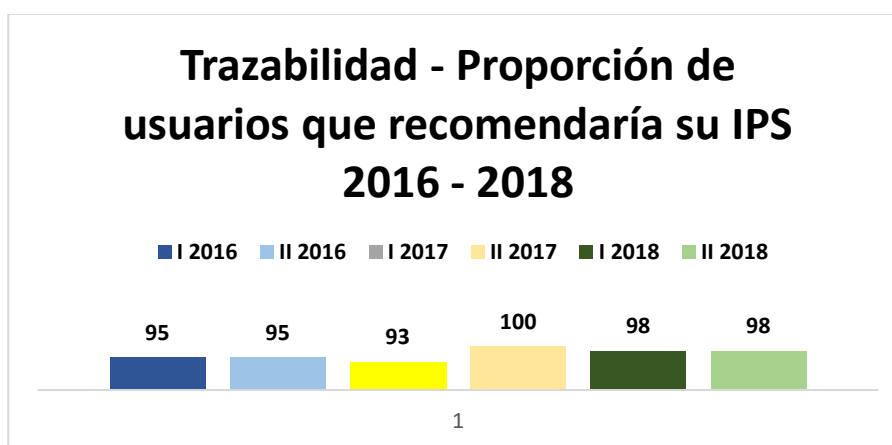
| | | |
|---|---|------------------------|
|  | FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA “COVIDA” | |
| | INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | CÓDIGO: GE-FO-002 |
| | | VERSIÓN: 1 |
| | | FECHA: octubre de 2015 |
| | | PÁGINA: 4 de 40 |

DESEMPEÑO Y EFICACIA DEL SGC:

4. RETROALIMENTACIÓN DE LAS PARTES INTERESADAS


4.1. RETROALIMENTACIÓN DEL CLIENTE

Frente al dominio de experiencia en la atención: Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos, se supera la meta establecida del 95%, fluctuando en la trazabilidad en puntajes desde 93% y el 100% obtenido en el II semestre del año 2017. Se mantiene estable durante el año 2018.



Fuente. Indicadores de calidad Resolución 256 de 2016. II Semestre 2018


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

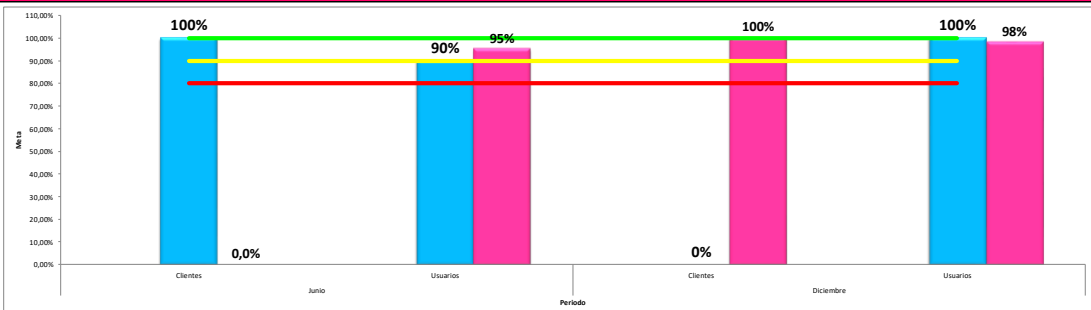
| | | |
|---|---|------------------------|
|  | FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA “COVIDA” | |
| | INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | CÓDIGO: GE-FO-002 |
| | | VERSIÓN: 1 |
| | | FECHA: octubre de 2015 |
| | | PÁGINA: 5 de 40 |



Fuente. Indicadores de calidad Resolución 256 de 2016. I Semestre 2018


| DOMINIO (9) | NOMBRE DEL INDICADOR (11) | DESCRIPCION DEL INDICADOR (NUMERADOR / DENOMINADOR) (12) | UNIDAD DE MEDIDA (13) | NUMERADOR (14) | | DENOMINADOR (15) | RESULTADO FINAL INDICADOR (16) |
|----------------------------|--|---|-----------------------|--------------------|------------------|------------------|--------------------------------|
| EXPERIENCIA EN LA ATENCIÓN | Proporción de Satisfacción Global de los usuarios en la IPS | Número de usuarios que respondieron “muy buena” o “buena” a la pregunta: ¿cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su IPS?” | Por 100 (%) | Muy buena | Buena | 51 | 100 |
| | | Número de usuarios que respondieron la pregunta | | 47 | 4 | | |
| EXPERIENCIA EN LA ATENCIÓN | Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos | Número de usuarios que respondieron “definitivamente sí” o “probablemente sí” a la pregunta: “¿recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?” | Por 100 (%) | Definitivamente sí | Probablemente sí | 51 | 98 |
| | | Número de usuarios que respondieron la pregunta | | 48 | 2 | | |

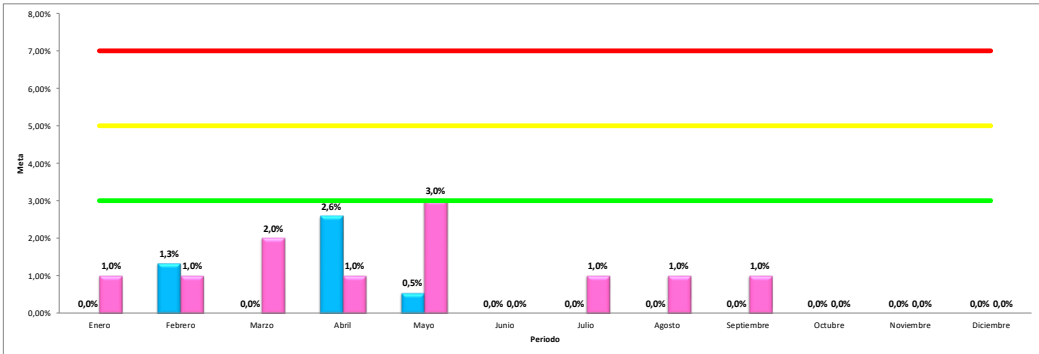
| | | |
|---|---|------------------------|
|  | FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA “COVIDA” | |
| | INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | CÓDIGO: GE-FO-002 |
| | | VERSIÓN: 1 |
| | | FECHA: octubre de 2015 |
| | | PÁGINA: 6 de 40 |

| PROCESO | GESTIÓN COMERCIAL | | | | | |
|---|-----------------------------|------|---------------------|--|------------------|-------------|
| INDICADOR: | Tasa de satisfacción Global | | FORMULA DE CALCULO: | (No. Total de clientes - usuarios satisfechos/No. Total de clientes - usuarios encuestados) x 100 | | |
| RESPONSABLE: | Lider de gestion comercial | | FUENTE DE DATOS: | Encuestas de satisfaccion de clientes y usuarios | | |
| TENDENCIA: | Año: 2016 | 90% | Año: 2017 | 98% | Año: 2018 | 97% |
| PERIODO | 2016 | 2017 | 2018 | ANÁLISIS | ACCIONES TOMADAS | SEGUIMIENTO |
| Junio | Cientes | | 100% | Se realiza evaluación de la satisfacción del cliente para el primer semestre del año, los 5 de encuestados dieron respuesta con un resultado del 100% de satisfacción, sin observaciones | | |
| | Usuarios | 87% | 95% | 90% Se evalua durante el primer semestre del año, se obtiene un resultado de satisfacción al desagregar los criterios evaluados del 90%, se •Talleres de orientación en cuanto a los problemas que padecen nuestros hijos• •Que alargaran más el tiempo de las terapias y que se tenga tiendita para comprar• •El trabajo terapéutico más personalizado, esto disminuye el riesgo de deserción• •En la terapia física sea más dinámica para los pacientes (niños)• •En el área donde se guardan las pertenencias tener mejor disposición• •Sugiero mejorar el área de casilleros ya que se llena mucho y nos amontonamos los acudientes tratando de sacar las pertenencias• •Hacer que el padre de familia pueda tener conocimiento del proceso y los avances para identificar falencias y dificultades del menor y poder mejorar y reforzar el proceso | | |
| Diciembre | Cientes | 85% | 100% | | | |
| | Usuarios | 97% | 98% | 100% Se realiza encuesta a 51 personas, las cuales se encuentran con satisfacción muy Buena:47 personas y Buena: 4 personas | | |
| GRÁFICO DE TENDENCIA | | | | | | |
|  | | | | | | |

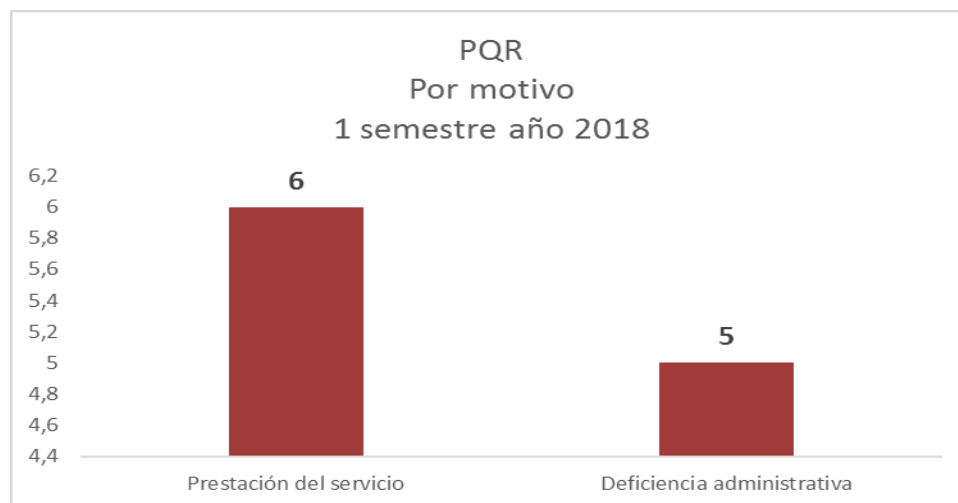
4.2. PQR


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

| | | |
|---|---|------------------------|
|  | FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA “COVIDA” | |
| | INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | CÓDIGO: GE-FO-002 |
| | | VERSIÓN: 1 |
| | | FECHA: octubre de 2015 |
| | | PÁGINA: 7 de 40 |

| PROCESO | GESTIÓN COMERCIAL | | | | | |
|---|----------------------------|---------------------|---|--|------------------|---------------|
| INDICADOR: | PQR recibidas | FORMULA DE CALCULO: | (No. De PQR recibidas / total de usuarios) x 100 | FRECUENCIA DE MEDICION | Mensual | |
| RESPONSABLE: | Lider de Gestión Comercial | FUENTE DE DATOS: | PQR | | RANGO DE GESTIÓN | |
| | | | | | SOBRESALIENTE | SATISFACTORIO |
| | | | | | 3% | 5% |
| | | | | | | 7% |
| TENDENCIA: | Año: 2016 2% | Año: 2017 2,4% | Año: 2018 0,6% | | | |
| PERIODO | 2016 | 2017 | 2018 | ANÁLISIS | ACCIONES TOMADAS | SEGUIMIENTO |
| Enero | 0,0% | 1,0% | 0,0% | No se presentan PQR | | |
| Febrero | 2,0% | 1,0% | 1,3% | Se presenta un total de 1 PQR en el mes sobre 77 usuarios atendidos | | |
| Marzo | 0,0% | 2,0% | 0,0% | No se presentan PQR | | |
| Abril | 0,0% | 1,0% | 2,6% | Se presenta un total de 4 PQR en el mes sobre 154 usuarios atendidos | | |
| Mayo | 4,0% | 3,0% | 0,5% | Se presenta un total de 1 PQR en el mes sobre 200 usuarios atendidos | | |
| Junio | 4,0% | 0,0% | 0,0% | No se presentan PQR | | |
| Julio | 0,0% | 1,0% | 0,0% | No se presentan PQR | | |
| Agosto | 10,0% | 1,0% | | Se presenta un total de 5 PQR en el mes | | |
| Septiembre | 2,0% | 1,0% | | | | |
| Octubre | 2,0% | 0,0% | | | | |
| Noviembre | 5,0% | 0,0% | | | | |
| Diciembre | 0,0% | 0,0% | | | | |
| GRÁFICO DE TENDENCIA | | | | | | |
|  | | | | | | |

Se especifica el proceso en el cual se han generado quejas por parte de los usuarios, así:



| | | |
|---|---|------------------------|
|  | FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA "COVIDA" | |
| | INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | CÓDIGO: GE-FO-002 |
| | | VERSIÓN: 1 |
| | | FECHA: octubre de 2015 |
| | | PÁGINA: 8 de 40 |

4.3. RETROALIMENTACIÓN DEL CLIENTE INTERNO

Se realiza evaluación a 15 personas para medir la satisfacción del cliente interno, obteniendo un resultado del 85% en promedio de todos los criterios evaluados; así podemos evidenciar en el gráfico No. 1 que el criterio con resultado más bajo corresponde a comunicación (ver detalle en gráfico No. 6), el criterio compañeros de trabajo con resultado del 87% (ver gráfico No. 4) y el criterio jefe y superiores (ver gráfico No. 5).

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

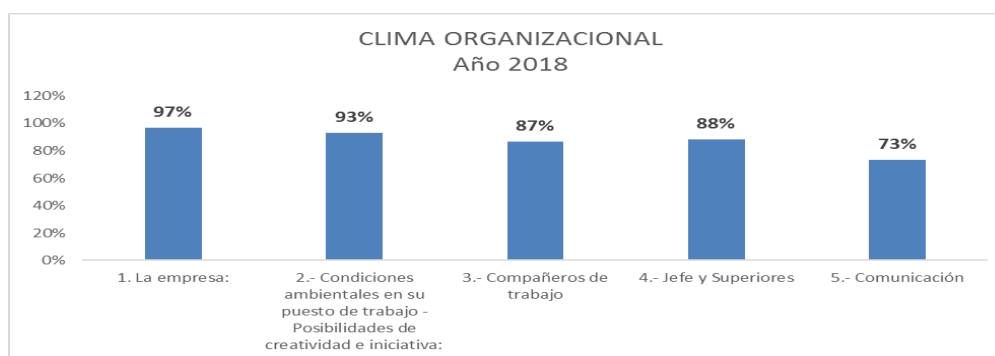


Gráfico No. 1

A continuación, se encuentran los resultados por criterio:

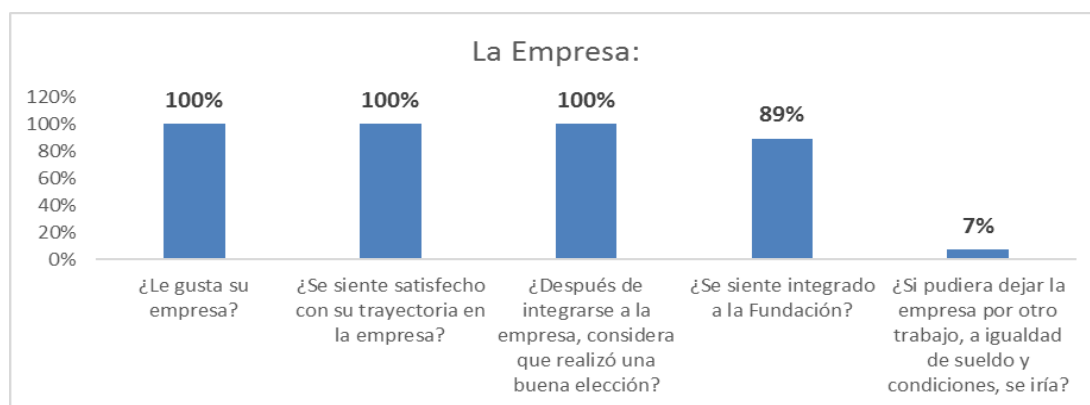



Gráfico No. 2

La empresa: en el gráfico general se encuentra con resultado del 97%, en la pregunta si se quedaría o se irían de la empresa, solo el 7% (1 persona) responde que se retiraría, el 89% de las personas se encuentran integradas a la Fundación, es necesario realizar actividades de integración y bienestar para mejorar ese indicador.

| | | |
|---|---|------------------------|
|  | FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA “COVIDA” | |
| | INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | CÓDIGO: GE-FO-002 |
| | | VERSIÓN: 1 |
| | | FECHA: octubre de 2015 |
| | | PÁGINA: 9 de 40 |

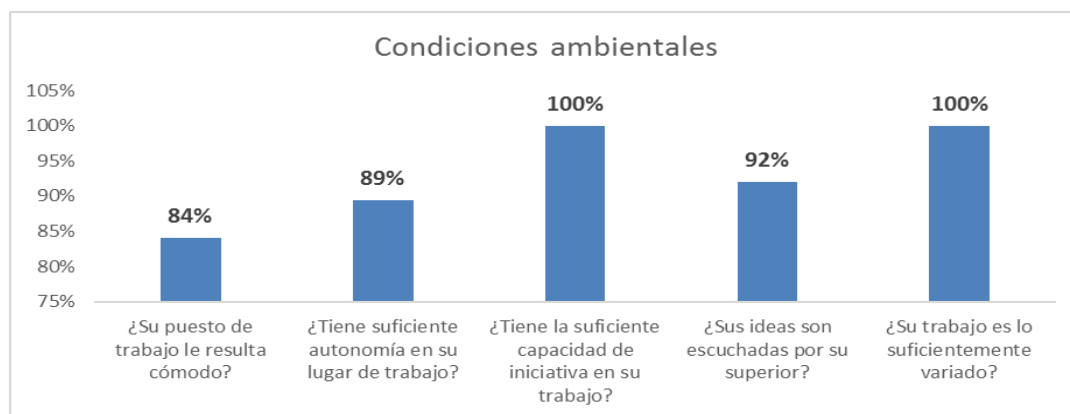


Gráfico No. 3

Condiciones ambientales: Comodidad en puesto de trabajo 84%, autonomía en lugar de trabajo 89%; es conveniente el análisis de estos dos puntos para generar acciones que permitan la mejora.

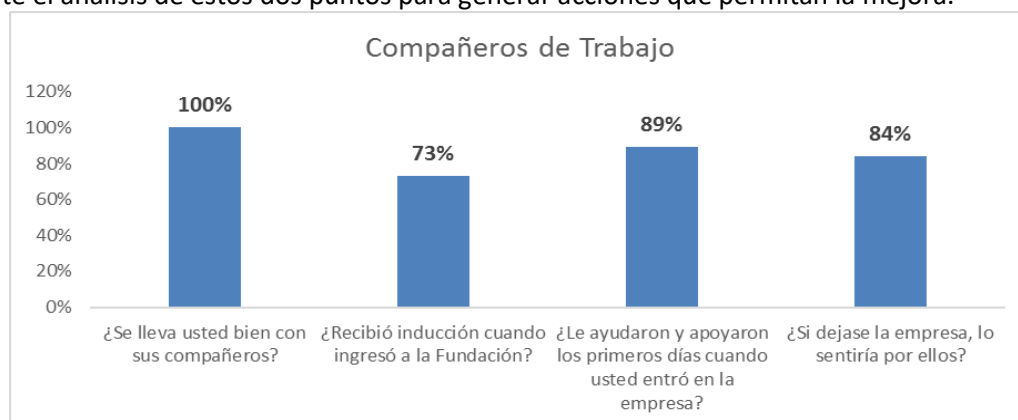


Gráfico No. 4

Compañeros de trabajo: Inducción 73%, apoyo en primeros días 89%; realizando acciones para mejorar estos dos aspectos se tiende a la mejora en la prestación del servicio resultado de una buena inducción y acompañamiento, también es oportuno realizar re-entrenamiento en periodos planificados para evaluar permanentemente el conocimiento en la Fundación.

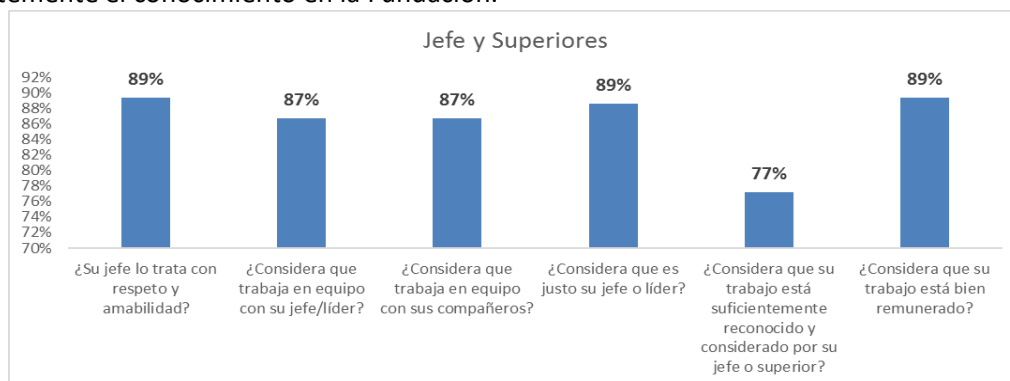



Gráfico No. 5

| | | |
|---|---|------------------------|
|  | FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA “COVIDA” | |
| | INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | CÓDIGO: GE-FO-002 |
| | | VERSIÓN: 1 |
| | | FECHA: octubre de 2015 |
| | | PÁGINA: 10 de 40 |

Jefe y Superiores: se hace necesario un análisis por parte de jefes y superiores de los puntos evaluados para su mejora y si es necesario realizar capacitación en liderazgo o semejantes.

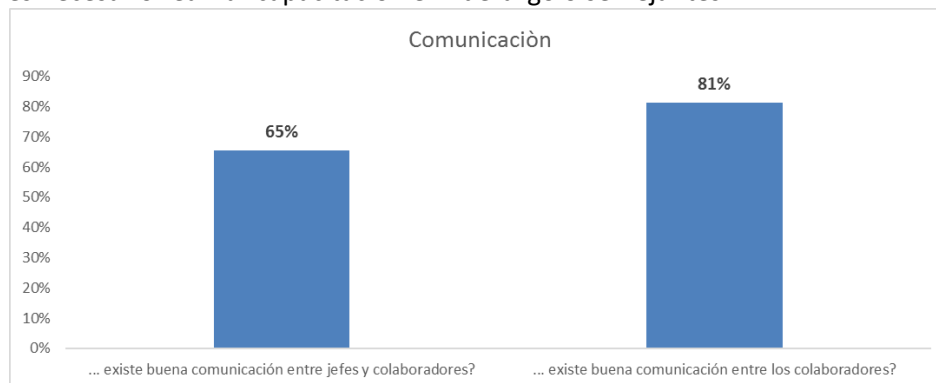
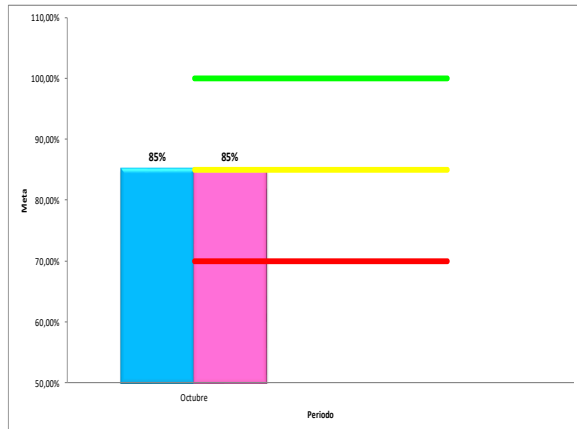



Gráfico No. 6

Comunicación: es tema de análisis, los resultados de este criterio son muy bajos.

Se realiza comité de calidad, donde se analiza el informe y se toman acciones.


| PROCESO | TALENTO HUMANO | | | | | |
|--|----------------------------|---------------------|---|---|--|-------------|
| INDICADOR: | Medicion del clima laboral | FORMULA DE CALCULO: | (empleados satisfechos / total de empleados) x 100 | FRECUENCIA DE MEDICION | Anual | |
| | | | | RANGO DE GESTIÓN | | |
| RESPONSABLE: | Lider de Talento Humano | FUENTE DE DATOS: | Encuesta de clima organizacional | SORRESALIENTE | SATISFACTORIO | DEFICIENTE |
| | | | | 100% | 80% | 70% |
| TENDENCIA: Año: 2016 84% Año: 2017 85% Año: 2018 85% | | | | | | |
| PERIODO | 2016 | 2017 | 2018 | ANÁLISIS | ACCIONES TOMADAS | SEGUIMIENTO |
| Octubre | 84% | 85% | 85% | Se realiza evaluación a 15 personas para medir la satisfacción del cliente interno, obteniendo un resultado del 85% en promedio de todos los criterios evaluados; el criterio con resultado más bajo corresponde a comunicación, el criterio compañeros de trabajo con resultado del 87% y el criterio jefe y superiores. | Se realiza informe y se presenta a comité de calidad para toma de acciones | |
| GRÁFICO DE TENDENCIA | | | | | | |
| <div></div> <div></div> | | | | | | |

| | | |
|---|--|------------------------|
|  | FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA “COVIDA” | |
| | INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | CÓDIGO: GE-FO-002 |
| | | VERSIÓN: 1 |
| | | FECHA: octubre de 2015 |
| | | PÁGINA: 1 de 40 |

5. OBJETIVOS DE CALIDAD

PLAN DE ACCION – OBJETIVOS DE CALIDAD


| DIRECTRICES PARA LA POLITICA DE CALIDAD | OBJETIVOS DE CALIDAD | PLAN DE ACCIÒN | RESPONSABLE | RECURSOS |
|--|--|--|--|---|
| Atención de personas con discapacidad neurológica | Prestar servicios de salud de habilitación/rehabilitación con alta calidad | <p>P: identificar la población sujeto de intervención, para mercadear el portafolio de servicios</p> <p>H: Llegar a la población identificada mediante contratación</p> <p>Prestar el servicio de acuerdo al alcance del contrato</p> <p>Facturar presentando los soportes de los servicios prestados para el pago</p> <p>V: A través de la historia clínica, se logra identificar los avances terapeuticos de cada usuario</p> <p>A: tomar las acciones correspondientes de acuerdo a la verificación</p> | <p>Directora Ejecutiva</p> <p>Grupo misional</p> <p>Facturador</p> | <p>Humanos</p> <p>Económicos</p> <p>Logísticos</p> <p>Locativos</p> <p>Tecnológicos</p> |
| Modelo de habilitación / rehabilitación integral e intensiva, con educación a la familia y/o cuidador, como elemento del modelo de Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC). Formar padres co-terapeutas | Educar a la familia y/o cuidador, como elemento del modelo de rehabilitación basada en comunidad (RBC) | <p>P: planificar las actividades a realizar con los padres de familia</p> <p>H: ejecutar las actividades de acuerdo al plan</p> <p>V: verificar el cumplimiento del plan</p> <p>A: tomar acciones</p> | Líder misional | Humanos Logísticos |
| Equipo multidisciplinario de profesionales especializados, idóneo y competente | Mejorar la competencia del personal | <p>P: programar los temas, responsables, recursos y fechas en cronograma de capacitación por comités</p> <p>H: Ejecutar las capacitaciones de acuerdo a lo planificado</p> <p>v: evaluar la adherencia a temas presentados</p> <p>A: tomar acciones de re-entrenamiento si es necesario</p> | Líder de Talento Humano | Humanos Logísticos |

| | | | |
|---|--|------------------------|--|
|  | FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA “COVIDA” | | |
| | INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | CÓDIGO: GE-FO-002 | |
| | | VERSIÓN: 1 | |
| | | FECHA: octubre de 2015 | |
| | | PÁGINA: 2 de 40 | |


| DIRECTRICES PARA LA POLÍTICA DE CALIDAD | OBJETIVOS DE CALIDAD | PLAN DE ACCIÓN | RESPONSABLE | RECURSOS |
|---|---|--|--|---|
| Cumplimiento de los requisitos y los estándares de calidad establecidos en la normativa vigente | Trabajar con estándares de calidad y bajo normas estrictas de seguridad | <p>P: identificar las normas aplicables a la institución</p> <p>H: Actualizar trimestralmente la matriz normativa y aplicarlas</p> <p>V: verificar el cumplimiento de la normatividad vigente</p> <p>A: Actuar frente a las normas que se encuentran en proceso o no cumplidas</p> | <p>Directora Ejecutiva</p> <p>Líder de Calidad</p> | <p>Humanos</p> <p>Económicos</p> <p>Logísticos</p> <p>Locativos</p> <p>Tecnológicos</p> |
| Direccionar acciones hacia la identificación de las necesidades del usuario para satisfacerlas. | Monitorear la satisfacción de los clientes | <p>P: identificar la herramienta, responsable, frecuencia para la aplicación de las encuestas de satisfacción del cliente y el usuario</p> <p>H: Aplicar la encuesta</p> <p>V: Analizar los resultados</p> <p>A: tomar las acciones pertinentes</p> | Líder de Talento Humano | <p>Humanos</p> <p>Logístico</p> |
| Eficiencia y eficacia de las acciones | | | | |
| Proceso permanente de mejora continua. | Mejorar continuamente | <p>P: establecer acciones de mejora en los procesos</p> <p>H: Ejecutar las acciones de mejora establecidas</p> <p>V: verificar el cumplimiento y eficacia de las acciones</p> <p>A: tomar acciones de acuerdo con los resultados</p> | Líder de Calidad | <p>Humanos</p> <p>Económicos</p> <p>Logísticos</p> <p>Locativos</p> <p>Tecnológicos</p> |

SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN OBJETIVOS DE CALIDAD

| OBJETIVOS DE CALIDAD | INDICADOR | FÓRMULA | META | RESPONSABLE DE LA MEDICIÓN | FRECUENCIA DE MEDICIÓN | SEGUIMIENTO DE LA MEDICIÓN |
|--|--|---|------|----------------------------|------------------------|----------------------------|
| Prestar servicios de salud de habilitación/rehabilitación con alta calidad | Medición adherencia a guías por parte del personal | (No. De guías, protocolos, instructivos con resultados de evaluación mayor al 90% / total de Guías adoptadas) x 100 | 90% | Líder misional | Anual | 100% |

| | | |
|---|---|------------------------|
|  | FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA “COVIDA” | |
| | INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | CÓDIGO: GE-FO-002 |
| | | VERSIÓN: 1 |
| | | FECHA: octubre de 2015 |
| | | PÁGINA: 3 de 40 |

| OBJETIVOS DE CALIDAD | INDICADOR | FÓRMULA | META | RESPONSABLE DE LA MEDICIÓN | FRECUENCIA DE MEDICIÓN | SEGUIMIENTO DE LA MEDICIÓN |
|---|--|--|------|----------------------------------|------------------------|----------------------------|
| | Resultados en contrataciones - convenios | (No. De contrataciones concretadas / No. De propuestas entregadas) x 100 | 15% | Director ejecutivo | Semestral | 55% |
| | Evaluación por parte de los padres o cuidadores con respecto a la prestación del servicio | (No. Padres con satisfacción mayor al 80%/ total encuestados) x 100 | 90% | Líder de calidad | Anual | 100% |
| | Evaluación por parte de los padres /cuidadores con respecto a las terapias que prestan el servicio | (No. De terapias con resultados mayores a 85%/total e terapias evaluadas) x 100 | 90% | Líder de calidad | Anual | 100% |
| Educación a la familia y/o cuidador, como elemento del modelo de rehabilitación basada en comunidad (RBC) | % de actividades realizadas con padres y/o cuidadores | (No. de actividades ejecutadas/ No. De actividades planeadas) x 100 | 90% | Dirección ejecutiva | Semestral | 100% |
| Mejorar la competencia del personal | Capacitar al personal en temas asociados a su labor | (No. De personas con adherencia a temas de capacitación (resultado mayor o igual a 4) / total de personas capacitadas) x 100 | 80% | Talento Humano | Semestral | 67% |
| Trabajar con estándares de calidad y bajo normas estrictas de seguridad | Cumplimiento de estándares de de habilitación. | (No. De estándares aplicados / No. Total de estándares) x 100 | 100% | Director ejecutivo | Semestral | 95% |
| Monitorear la satisfacción de los clientes | Tasa de satisfacción global | (No. Total de clientes - usuarios satisfechos/No. Total de clientes - usuarios encuestados) x 100 | 90% | Líder de Talento Humano | Semestral | 100% |
| | | | | | | 90% |
| Mejorar continuamente | Implementación de acciones de mejora | (No. De acciones de mejora ejecutadas/ No. De acciones de mejora planeadas) x 100 | 80% | Líder Calidad Director Ejecutivo | Semestral | 80% |

| | | |
|---|--|------------------------|
|  | FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA “COVIDA” | |
| | INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | CÓDIGO: GE-FO-002 |
| | | VERSIÓN: 1 |
| | | FECHA: octubre de 2015 |
| | | PÁGINA: 4 de 40 |

6. DESEMPEÑO DE LOS PROCESOS Y CONFORMIDAD DEL SERVICIO

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

Numero de indicadores por proceso:

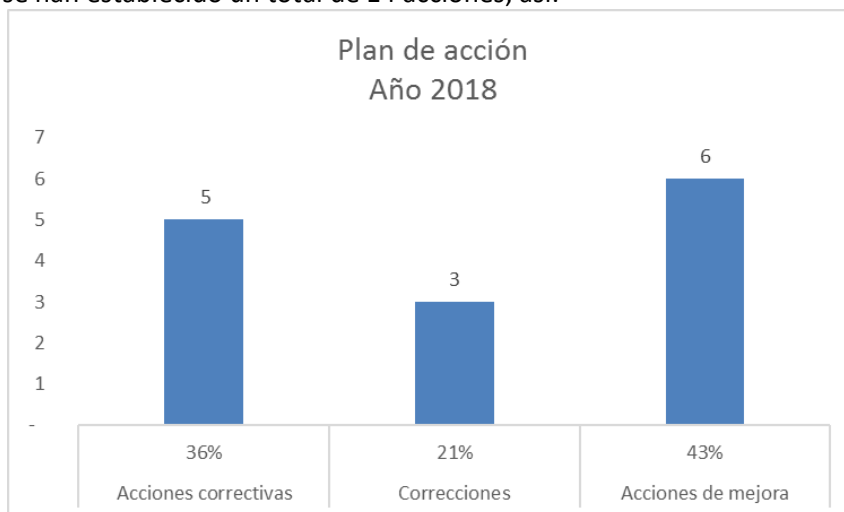
- Gestión estratégica y de dirección: 2
- Gestión de calidad: 3
- Gestión comercial: 3
- Terapias integrales: 6
- Gestión administrativa y financiera: 2
- Gestión de talento humano: 6
- Gestión de compras: 1


Se puede evidenciar el siguiente cumplimiento de metas:

| | |
|-----------------------|-----|
| Numero de indicadores | 24 |
| Verde | 46% |
| Amarillo | 42% |
| Rojo | 13% |

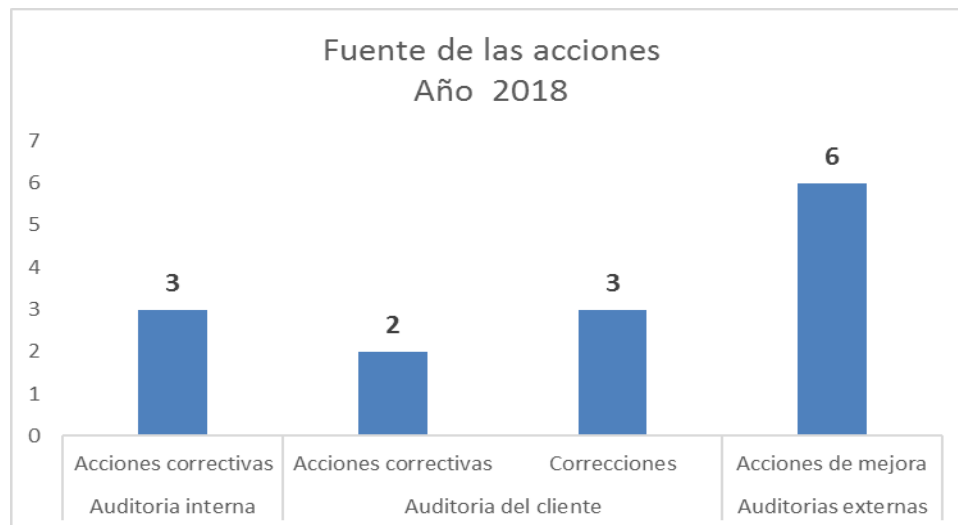
7. ESTADO ACCIONES CORRECTIVAS Y PREVENTIVAS

Para el año 2018, se han establecido un total de 14 acciones, así:



| | | |
|---|---|------------------------|
|  | FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA “COVIDA” | |
| | INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | CÓDIGO: GE-FO-002 |
| | | VERSIÓN: 1 |
| | | FECHA: octubre de 2015 |
| | | PÁGINA: 5 de 40 |

Derivadas de:




De las 14 acciones hasta la fecha documentadas para el año 2018, 6 tienen fecha de ejecución para el primer semestre del año, las cuales se han ejecutado al 100% con los resultados esperados.

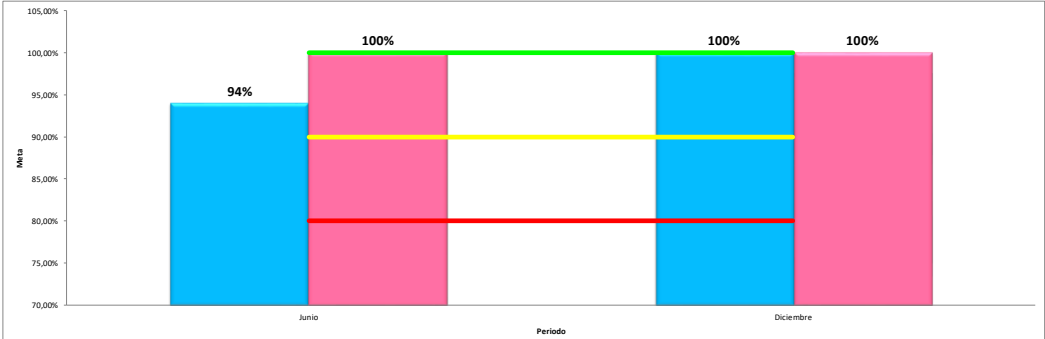
| PROCESO | GESTIÓN DE CALIDAD | | | | | | | |
|---|---|---------------------|---|---|------------------------|------------------|------------|-------------|
| INDICADOR: | % de Eficacia de las acciones correctivas y de mejora | FORMULA DE CALCULO: | (Total acciones correctivas y de mejora cerradas/ Total acciones identificadas) * 100 | | FRECUENCIA DE MEDICION | Semestral | | |
| | | | | | RANGO DE GESTIÓN | | | |
| RESPONSABLE: | Lider de Calidad | FUENTE DE DATOS: | Plan de acción | | SOBRESALIENTE | SATISFACTORIO | DEFICIENTE | |
| | | | | | 90% | 80% | 70% | |
| TENDENCIA: Año: 2016 | | 100% | Año: 2017 | | 94% | Año: 2018 | | 100% |
| PERIODO | 2016 | 2017 | 2018 | ANÁLISIS | | ACCIONES TOMADAS | | SEGUIMIENTO |
| Marzo | 100% | 100% | 100% | En el año se han establecido 5 correctivas, 3 correcciones y 6 acciones de mejor , las cuales se ejecutaron al 100% | | NA | | NA |
| Noviembre | 100% | 88% | 100% | | | NA | | NA |
| GRÁFICO DE TENDENCIA | | | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | | | |

8. SEGUIMIENTO Y MEDICIÓN

8.1. Gestión Estratégica y Dirección

Cumplimiento de las estrategias:


| | | |
|---|---|------------------------|
|  | FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA “COVIDA” | |
| | INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | CÓDIGO: GE-FO-002 |
| | | VERSIÓN: 1 |
| | | FECHA: octubre de 2015 |
| | | PÁGINA: 6 de 40 |

| PROCESO | GESTIÓN ESTRATÉGICA Y DE DIRECCIÓN | | | | | | | | |
|---|---|------|---------------------|--|-----------|---|---------------|-------------|--|
| INDICADOR: | Cumplimiento de los objetivos estrategicos establecidos | | FORMULA DE CALCULO: | (No de estrategias que cumplen la meta/No. De objetivos estartégicos propuestos) x 100 | | FRECUENCIA DE MEDICION | semestral | | |
| RESPONSABLE: | Director Ejecutivo | | FUENTE DE DATOS: | Estrategias Organizacionales | | RANGO DE GESTIÓN | | | |
| | | | | | | SOBRESALIENTE | SATISFACTORIO | DEFICIENTE | |
| | | | | | 100% | 90% | | 80% | |
| TENDENCIA: | Año: 2016 | 100% | Año: 2017 | 100% | Año: 2018 | 97% | | | |
| PERIODO | 2016 | 2017 | 2018 | ANÁLISIS | | ACCIONES TOMADAS | | SEGUIMIENTO | |
| Junio | 100% | 100% | 94% | Se derivan del análisis del contexto de la Organización un total de 4 objetivos estartégicos y Oportunidades con 18 estrategias para su cumplimiento, las cuales son ejecutables en el transcurso del año; en el primer semestre del año se presenta un incumplimiento del 6% derivado de una estrategia encaminada en la contratación del Ingeniero Biomedico en el mes de marzo, no se realiza ya que el uso de los equipos solo empieza hasta el mes de junio por lo cual se deja dicha contratación para el segundo semestre | | Reprogramar contratación de ingeniero biomédico en el mes de agosto de 2018 | | se contrata | |
| Diciembre | 100% | 100% | 100% | Se ejecuta la estrategia pendiente en el segundo semestre del año, quedando asi en un 100% de cumplimiento | | | | | |
| GRÁFICO DE TENDENCIA | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |

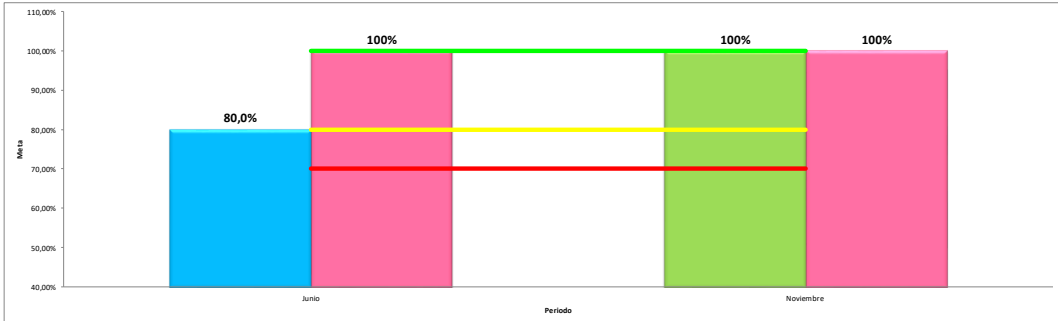
Análisis:

Se derivan del análisis del contexto de la Organización un total de 4 objetivos estratégicos y Oportunidades con 18 estrategias para su cumplimiento, las cuales son ejecutables en el transcurso del año; en el primer semestre del año se presenta un incumplimiento del 6% derivado de una estrategia encaminada en la contratación del Ingeniero Biomédico en el mes de marzo, no se realiza ya que el uso de los equipos solo empieza hasta el mes de junio por lo cual se deja dicha contratación para el segundo semestre

Se ejecuta la estrategia pendiente en el segundo semestre del año, quedando así en un 100% de cumplimiento

| | | | |
|---|--|--|------------------------|
|  | FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA “COVIDA” | | |
| | INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | | CÓDIGO: GE-FO-002 |
| | | | VERSIÓN: 1 |
| | | | FECHA: octubre de 2015 |
| | PÁGINA: 7 de 40 | | |

Cumplimiento de las acciones tomadas en la revision por la direccion:


| PROCESO | | GESTIÓN ESTRATÉGICA Y DE DIRECCIÓN | | | | | |
|---|--|------------------------------------|---------------------|--|------------------------|---|--------------------------------------|
| INDICADOR: | Cumplimiento de las acciones tomadas en la revision por la direccion | | FORMULA DE CALCULO: | (No. De acciones de mejora ejecutadas/ No. De acciones de mejora planteadas) x 100 | FRECUENCIA DE MEDICION | Semestral | |
| | | | | | RANGO DE GESTIÓN | | |
| RESPONSABLE: | Director Ejecutivo | | FUENTE DE DATOS: | Informe de revision por la direccion | SORRESALIENTE | SATISFACTORIO | DEFICIENTE |
| | | | | | 100% | 80% | 70% |
| TENDENCIA: | Año: 2016 | 55% | Año: 2017 | 100% | Año: 2018 | 90% | |
| PERIODO | 2016 | 2017 | 2018 | ANÁLISIS | | ACCIONES TOMADAS | SEGUIMIENTO |
| Junio | 60% | 100% | 80,0% | Para el año 2018 se establece un total de 5 acciones de mejora, de dichas acciones son ejecutadas 4. | | Realizar la conformación del comité de bienestar para el segundo semestre del año, con el fin de apoyar el talento humano de la Fundación | se ejecutan actividades de bienestar |
| Noviembre | 50% | 100% | 100% | Se ejecuta la accion pendiente en un 100% | | | |
| GRÁFICO DE TENDENCIA | | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | | |

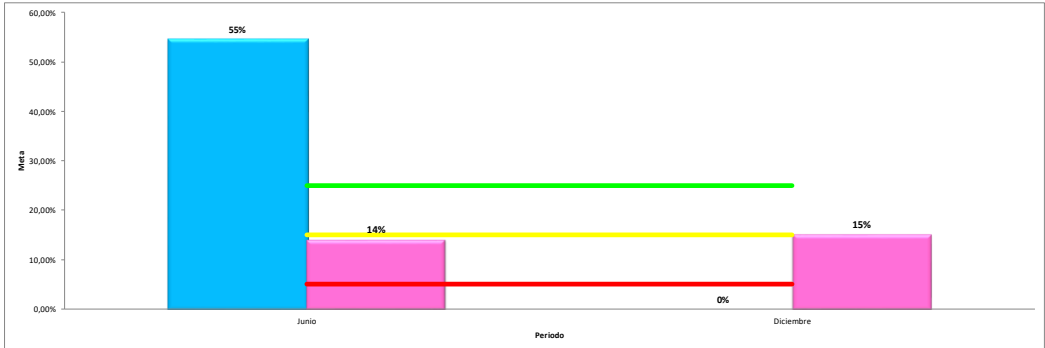
Análisis:

Para el año 2018 se establece un total de 5 acciones de mejora, de dichas acciones son ejecutadas 4. (ver numeral 2 de este informe)

8.2. Gestión Comercial


Contrataciones:

| | | |
|---|---|------------------------|
|  | FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA “COVIDA” | |
| | INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | CÓDIGO: GE-FO-002 |
| | | VERSIÓN: 1 |
| | | FECHA: octubre de 2015 |
| | | PÁGINA: 8 de 40 |

| PROCESO | GESTIÓN COMERCIAL | | | | | | | |
|---|---|------|---------------------|---|-----------|------------------------|---------------|-------------|
| INDICADOR: | Resultados en contrataciones- convenios | | FORMULA DE CALCULO: | (No. De contrataciones concretadas/ No. De propuestas entregadas) x 100 | | FRECUENCIA DE MEDICION | semestral | |
| RESPONSABLE: | Lider de Gestion Comercial | | FUENTE DE DATOS: | Informe | | RANGO DE GESTIÓN | | |
| | | | | | | SOBRESALIENTE | SATISFACTORIO | DEFICIENTE |
| | | | | | | 25% | 15% | 5% |
| TENDENCIA: | Año: 2016 | 17% | Año: 2017 | 17% | Año: 2018 | 55% | | |
| PERIODO | 2016 | 2017 | 2018 | ANÁLISIS | | ACCIONES TOMADAS | | SEGUIMIENTO |
| Junio | 13% | 14% | 55% | Se hace presentación de propuestas a: * Seguros Bolívar * Compensar * Coopis * Universidad del Quindío * ICBF primera infancia * Salud Vida * Sanitas * Mafre * Positiva * Equidad * SOS De las cuales se hacen efectivas 6: Seguros Bolívar, Coopis, Compensar, Equidad y SOS. | | | | |
| Diciembre | 20% | 15% | | | | | | |
| GRÁFICO DE TENDENCIA | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |

Análisis:

Se evidencia un aumento en la aceptación de propuestas presentadas a clientes potenciales, de 11 propuestas 6 son efectivas.

| | | |
|---|---|------------------------|
|  | FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA “COVIDA” | |
| | INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | CÓDIGO: GE-FO-002 |
| | | VERSIÓN: 1 |
| | | FECHA: octubre de 2015 |
| | | PÁGINA: 9 de 40 |

8.3. Terapias Integrales

Servicio no conforme:


| PROCESO | | TERAPIAS INTEGRALES | | | | | | |
|-------------------|---|---------------------|--|-----------------------|---------------|---|---|-----------------|
| INDICADOR: | Servicio no conforme | FORMULA DE CALCULO: | (servicio no conforme periodo actual- SNC periodo anterior)/ SNC periodo anterior) x 100 | FRECUECIA DE MEDICION | Trimestral | | | |
| | | | | RANGO DE GESTIÓN | | | | |
| RESPONSABLE: | Lider proceso Terapias Integrales | FUENTE DE DATOS: | Registro de servicio no conforme | SOBRESALIENTE | SATISFACTORIO | DEFICIENTE | | |
| | | | | 30% | 50% | 60% | | |
| TENDENCIA: | | Año: 2016 | 18% | Año: 2017 | -49% | | | |
| PERIODO | MOTIVO | Cantidad | 2017 | Cantidad | 2018 | ANÁLISIS | ACCIONES TOMADAS | SEGUIMIENTO |
| enero - marzo | Atencion inoportuna | 4 | -29% | | 67% | Al realizar el análisis se evidencia un alto crecimiento del servicio no conforme, se identifican nuevos servicios no conformes y se toman acciones | Realizar reunión con dirigentes y lider de proceso, tomar las acciones a cada uno de los servicio no conformes identificados, aplicar las acciones y evaluar los resultados en proximo trimestre evaluado | Octubre de 2018 |
| | no prestacion del servicio por infraestructura | 1 | | 3 | | | | |
| | Fallas en registros clinicos | 0 | | 1 | | | | |
| | Fallas en la infraestructura relacionada con software | 0 | | 1 | | | | |
| | Fallas en comunicación | 0 | | | | | | |
| | No cumplir con lo prometido | 0 | | | | | | |
| | Uso de horarios por fuera del alcance del contrato | 0 | | | | | | |
| | Fallas en orden y limpieza institucional | 0 | | | | | | |
| Abil- junio | Atencion inoportuna | 0 | -60% | 4 | 340% | Se presenta en el periodo julio a diciembre una disminucion del 73% en el servicio no conforme; se evidencia nuevos SNC a tener en cuenta como lo son los inconvenientes entre usuarios, desinformacion del usuario, ausentismo | | |
| | no prestacion del servicio por infraestructura | 2 | | 7 | | | | |
| | Fallas en registros clinicos | 0 | | | | | | |
| | Fallas en la infraestructura relacionada con software | 0 | | 3 | | | | |
| | Fallas en comunicación | 0 | | 4 | | | | |
| | No cumplir con lo prometido | 0 | | 1 | | | | |
| | Uso de horarios por fuera del alcance del contrato | 0 | | 2 | | | | |
| | Fallas en orden y limpieza institucional | 0 | | 1 | | | | |
| Julio a diciembre | Atencion inoportuna | 1 | -50% | 2 | -73% | | | |
| | Agresiones entre usuarios | 0 | | 1 | | | | |
| | no prestacion del servicio por infraestructura | 0 | | 1 | | | | |
| | Informacion al usuario | | | 1 | | | | |
| | Ausentismo | | | 1 | | | | |
| | Fallas en registros clinicos | 0 | | | | | | |

GRÁFICO DE TENDENCIA

| Periodo | Meta |
|--|------|
| Atencion inoportuna | 67% |
| Fallas en registros clinicos | 0% |
| Fallas en comunicación | 0% |
| Uso de horarios por fuera del alcance del contrato | 0% |
| Atencion inoportuna | 67% |
| Fallas en registros clinicos | 0% |
| Fallas en comunicación | 0% |
| Uso de horarios por fuera del alcance del contrato | 0% |
| Atencion inoportuna | -73% |
| no prestacion del servicio por infraestructura | 0% |
| Ausentismo | 0% |

Análisis:

Para el primer semestre en promedio se obtiene un crecimiento del 203% del SNC, se realiza mediante comité de calidad análisis de los hallazgos y se toman acciones con el fin de eliminar el SNC presentado.

| | | |
|---|--|------------------------|
|  | FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA “COVIDA” | |
| | INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | CÓDIGO: GE-FO-002 |
| | | VERSIÓN: 1 |
| | | FECHA: octubre de 2015 |
| | | PÁGINA: 10 de 40 |

El mayor numero de SNC se presenta en fallas en la prestación del servicio 10 (37%), esto se presentó por las adecuaciones que se estaban realizando en la planta física y piscina, lo que hizo que no se pudiera prestar el servicio de forma adecuada.

Se presenta en el periodo julio a diciembre una disminución del 73% en el servicio no conforme; se evidencia nuevos SNC a tener en cuenta como lo son los inconvenientes entre usuarios, desinformación del usuario, ausentismo

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

| PROCESO | TERAPIAS INTEGRALES | | | | | | | |
|----------------------|---|------|---------------------|--|-----------|--|---------------|-------------|
| INDICADOR: | Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa | | FORMULA DE CALCULO: | (Número total de pacientes atendidos que sufren caídas en el periodo/total de pacientes atendidos en el periodo.) x 1000 | | FRECUENCIA DE MEDICION | Semestral | |
| | | | | | | RANGO DE GESTIÓN | | |
| | | | | | | SOBRESALIENTE | SATISFACTORIO | DEFICIENTE |
| RESPONSABLE: | Lider de Calidad | | FUENTE DE DATOS: | Informe de eventos | | | | 1,00 |
| TENDENCIA: | Año: 2016 | 100% | Año: 2017 | 4,48 | Año: 2018 | 5,65 | | |
| PERIODO | 2016 | 2017 | 2018 | ANÁLISIS | | ACCIONES TOMADAS | | SEGUIMIENTO |
| Junio | 0,00% | 6,50 | 7,50 | Se presentan 2 caidas entre 266 usuarios en el primer semestre, la tasa del indicador de caidas para el primer semestre es de 7 por mil usuarios | | se realizaron acciones correctivas, encontrándose que por tema de infraestructura y de recursos en diciembre de ejecutarán modificaciones en la planta física para evitar caidas a la entrada de la oficina de piscina | | |
| Diciembre | 0,01% | 2,45 | 3,80 | por cada 1000 pacientes se cayeron 3,8 pacientes en el segundo semestre del año | | | | |
| GRÁFICO DE TENDENCIA | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |


Análisis:

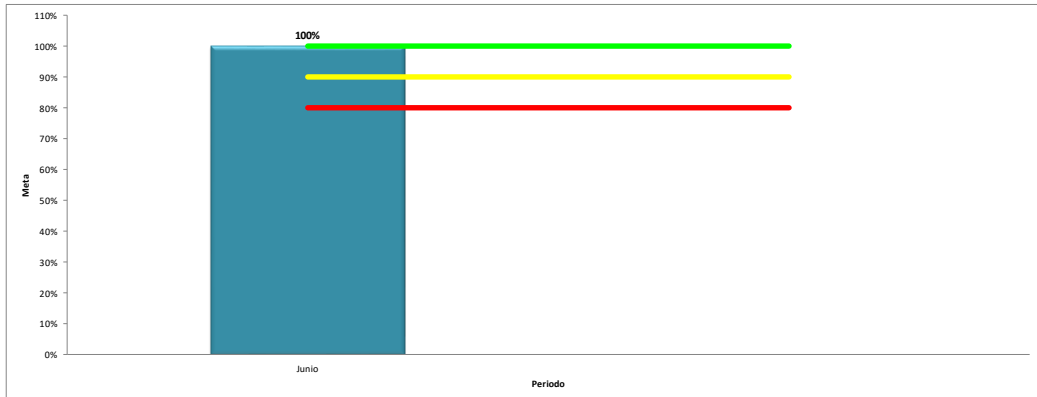
Se presentan 2 caídas entre 266 usuarios en el primer semestre, la tasa del indicador de caídas para el primer semestre es de 7 por mil usuarios

En el segundo semestre se cayeron 3.8 pacientes por cada 1000.

se realizaron acciones correctivas, encontrándose que por tema de infraestructura y de recursos en diciembre de ejecutarán modificaciones en la planta física para evitar caídas a la entrada de la oficina de piscina.

Actividades con padres y cuidadores:

| | | |
|---|---|------------------------|
|  | FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA “COVIDA” | |
| | INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | CÓDIGO: GE-FO-002 |
| | | VERSIÓN: 1 |
| | | FECHA: octubre de 2015 |
| | | PÁGINA: 11 de 40 |


| PROCESO | | | | TERAPIAS INTEGRALES | | |
|---|---|---|--|------------------------|---------------|-------------|
| INDICADOR: | % de actividades realizadas con padres y/o cuidadores | FORMULA DE CALCULO: | (No. De actividades ejecutadas/No. De actividades planeadas) x 100 | FRECUENCIA DE MEDICION | Semestral | |
| | | | | RANGO DE GESTIÓN | | |
| RESPONSABLE: | Lider del Proceso | FUENTE DE DATOS: | Informe de eventos | SOBRESALIENTE | SATISFACTORIO | DEFICIENTE |
| | | | | 100% | 90% | 80% |
| TENDENCIA: | Año: 2018 | 100% | Año: 2019 | | | |
| PERIODO | 2018 | ANÁLISIS | | ACCIONES TOMADAS | | SEGUIMIENTO |
| Junio | 100% | Se han realizado actividades en escuela de padres, con temas como: 1. Deberes y derechos de los usuarios 2. Patologías específicas 3. Higiene postural, respiracion, manejo de cargas, estiramientos 4. Relajación corporal 5. Importancia de la hidroterapia 6. Bioseguridad | | | | |
| GRÁFICO DE TENDENCIA | | | | | | |
|  | | | | | | |

Análisis:

En el primer semestre del año, se han realizado actividades en escuela de padres, con temas como:

1. Deberes y derechos de los usuarios
2. Patologías específicas
3. Higiene postural, respiración, manejo de cargas, estiramientos
4. Relajación corporal
5. Importancia de la hidroterapia
6. Bioseguridad

Adherencia a Guías:


| | | |
|---|---|------------------------|
|  | FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA “COVIDA” | |
| | INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | CÓDIGO: GE-FO-002 |
| | | VERSIÓN: 1 |
| | | FECHA: octubre de 2015 |
| | | PÁGINA: 12 de 40 |

| PROCESO | | TERAPIAS INTEGRALES | | | | |
|---|-----------------------------|---|---|------------------------|---------------|-------------|
| INDICADOR: | Medición adherencia a guías | FORMULA DE CALCULO: | (No. De guías, protocolos, instructivos con resultados de evaluación mayor al 60%/total de guías adoptadas) x 100 | FRECUENCIA DE MEDICION | Annual | |
| | | | | RANGO DE GESTIÓN | | |
| RESPONSABLE: | Lider misional | FUENTE DE DATOS: | Evaluaciones | SOBRESALIENTE | SATISFACTORIO | DEFICIENTE |
| | | | | 100% | 90% | 80% |
| TENDENCIA: | | Año: 2018 | 100% | Año: 2019 | | |
| PERIODO | 2018 | ANÁLISIS | | ACCIONES TOMADAS | | SEGUIMIENTO |
| Octubre | 100% | <p>Se realiza la evaluación en el mes de febrero a 6 guías y protocolos mediante el método Agree que se relacionan a continuación con los resultados obtenidos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Enfermedad de parkinson tratamiento no farmacológico de rehabilitación 2016: 65%• Abordaje y manejo del niño con parálisis cerebral infantil con comorbilidades neurológicas y musculo esqueléticas: 63%• Guía práctica clínica de osteoartritis: 67%• Guía práctica clínica para el paciente con lesión medular 65%• Guía práctica clínica sobre la atención a las personas con esclerosis múltiple 63%• Control y seguimiento de la salud en la niña y el niño menor de 5 años 65% | | NA | | NA |
| GRÁFICO DE TENDENCIA | | | | | | |
| <div><div><div>110,00%</div><div>100,00%</div><div>90,00%</div><div>80,00%</div><div>70,00%</div><div>60,00%</div><div>50,00%</div></div><div><div>100%</div></div><div><div>100%</div><div>Octubre</div><div>Período</div></div></div> | | | | | | |

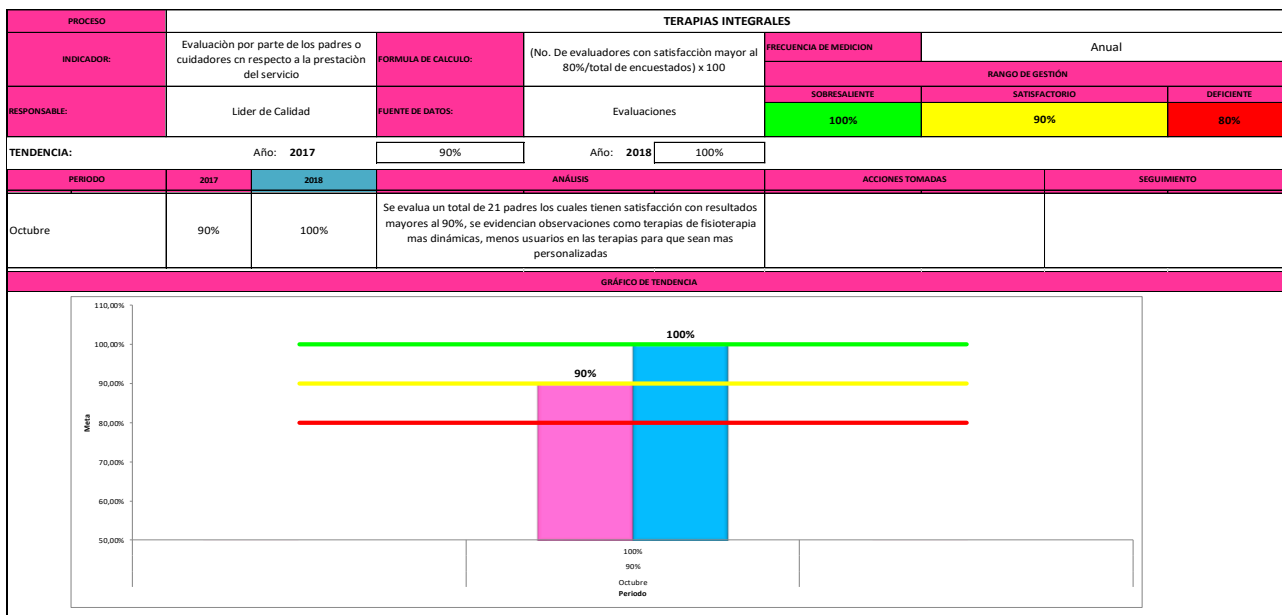
Análisis:

Se realiza la evaluación en el mes de febrero a 6 guías y protocolos mediante el método Agree que se relacionan a continuación con los resultados obtenidos:

- Enfermedad de parkinson tratamiento no farmacológico de rehabilitación 2016: 65%
- Abordaje y manejo del niño con parálisis cerebral infantil con comorbilidades neurológicas y musculo esqueléticas: 63%
- Guía práctica clínica de osteoartritis: 67%
- Guía práctica clínica para el paciente con lesión medular 65%
- Guía práctica clínica sobre la atención a las personas con esclerosis múltiple 63%
- Control y seguimiento de la salud en la niña y el niño menor de 5 años 65%

| | | |
|---|---|------------------------|
|  | FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA “COVIDA” | |
| | INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | CÓDIGO: GE-FO-002 |
| | | VERSIÓN: 1 |
| | | FECHA: octubre de 2015 |
| | | PÁGINA: 13 de 40 |

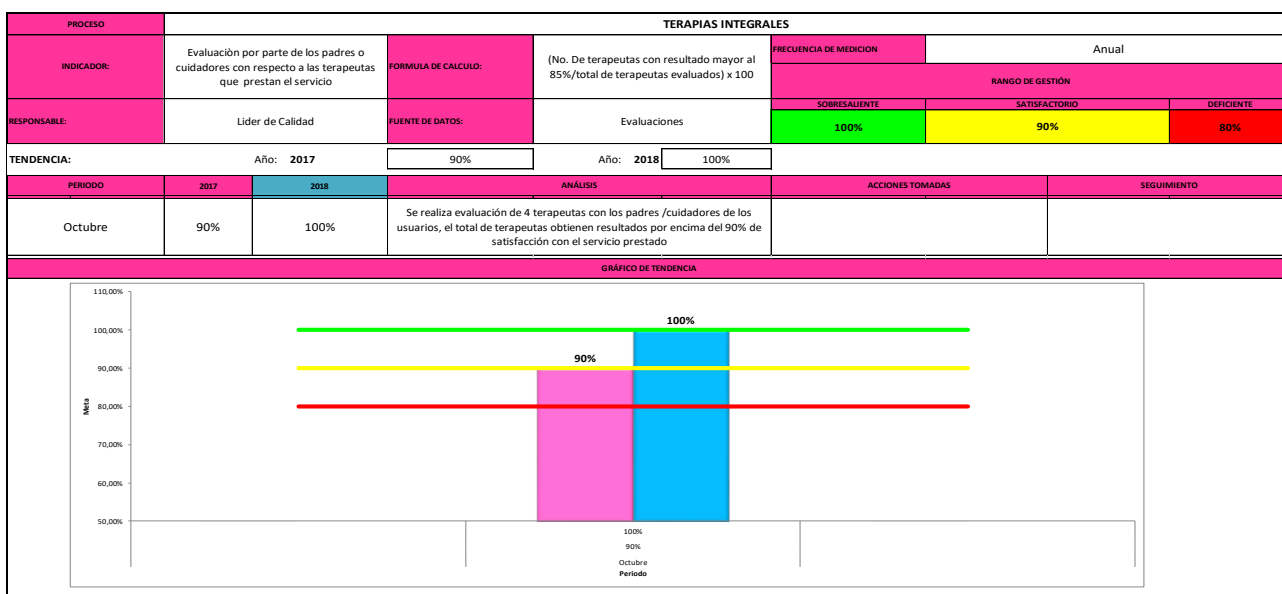
Satisfacción de padres/cuidadores con respecto a la prestación del servicio:




Análisis:

Se evalúa un total de 21 padres los cuales tienen satisfacción con resultados mayores al 90%, se evidencian observaciones como terapias de fisioterapia más dinámicas, menos usuarios en las terapias para que sean más personalizadas.

Satisfacción de padres/cuidadores con respecto a terapeutas:




| | | |
|---|---|------------------------|
|  | FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA “COVIDA” | |
| | INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | CÓDIGO: GE-FO-002 |
| | | VERSIÓN: 1 |
| | | FECHA: octubre de 2015 |
| | | PÁGINA: 14 de 40 |

Análisis:

Se realiza evaluación de 4 terapeutas con los padres /cuidadores de los usuarios, el total de terapeutas obtienen resultados por encima del 90% de satisfacción con el servicio prestado


Oportunidad:

| PROCESO | TERAPIAS INTEGRALES | | | | | |
|----------------------|--|---|---|------------------------|---------------|-------------|
| INDICADOR: | Oportunidad en asignación de citas ≤ 10 días hábiles | FORMULA DE CALCULO: | (Sumatoria de la diferencia de días hábiles entre la fecha que se asigno la cita de primer vez y le fue asignada/total de citas de primera vez asignadas) | FRECUENCIA DE MEDICION | Mensual | |
| | | | | RANGO DE GESTIÓN | | |
| RESPONSABLE: | Director Ejecutivo | FUENTE DE DATOS: | Informe de revision por la direccion | SOBRESALIENTE | SATISFACTORIO | DEFICIENTE |
| | | | | 8,00 | 10,00 | 12,00 |
| TENDENCIA: Año: 2018 | | 5,57 | Año: 2019 | | | |
| PERIODO | 2018 | ANÁLISIS | | ACCIONES TOMADAS | | SEGUIMIENTO |
| enero | - | No se asignan citas en el mes de enero de 2018, cierre de la Fundación | | | | |
| febrero | 6,00 | la sumatoria de los dias en el mes de febrero da un total de 408 días sobre 72 citas asignadas por primer vez | | | | |
| marzo | 4,00 | la sumatoria de los dias en el mes de marzo da un total de 215 días sobre 51 citas asignadas por primer vez | | | | |
| abril | 4,00 | la sumatoria de los dias en el mes de abril da un total de 109 días sobre 27 citas asignadas por primer vez | | | | |
| mayo | 5,00 | la sumatoria de los dias en el mes de mayo da un total de 292 días sobre 56 citas asignadas por primer vez | | | | |
| junio | 4,00 | la sumatoria de los dias en el mes de junio da un total de 186 días sobre 42 citas asignadas por primer vez | | | | |
| julio | 7,00 | la sumatoria de los dias en el mes de julio da un total de 727 días sobre 105 citas asignadas por primer vez | | | | |
| agosto | 7,26 | la sumatoria de los dias en el mes de agosto da un total de 929 días sobre 128 citas asignadas por primer vez | | | | |
| septiembre | 11,40 | la sumatoria de los dias en el mes de septiembre da un total de 1,428 días sobre 125 citas asignadas por primer vez | | | | |
| octubre | 5,30 | la sumatoria de los dias en el mes de octubre da un total de 485 días sobre 90 citas asignadas por primer vez | | | | |
| noviembre | 6,40 | la sumatoria de los dias en el mes de noviembre da un total de 707 días sobre 109 citas asignadas por primer vez | | | | |
| diciembre | 6,50 | la sumatoria de los dias en el mes de diciembre da un total de 811 días sobre 123 citas asignadas por primer vez | | | | |
| GRÁFICO DE TENDENCIA | | | | | | |
| <div></div> | | | | | | |

| | | |
|---|--|--------------------------------|
|  | FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA “COVIDA” | |
| | INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | CÓDIGO: GE-FO-002 |
| | | VERSIÓN: 1 |
| | | FECHA: octubre de 2015 |
| | | PÁGINA: 15 de 40 |

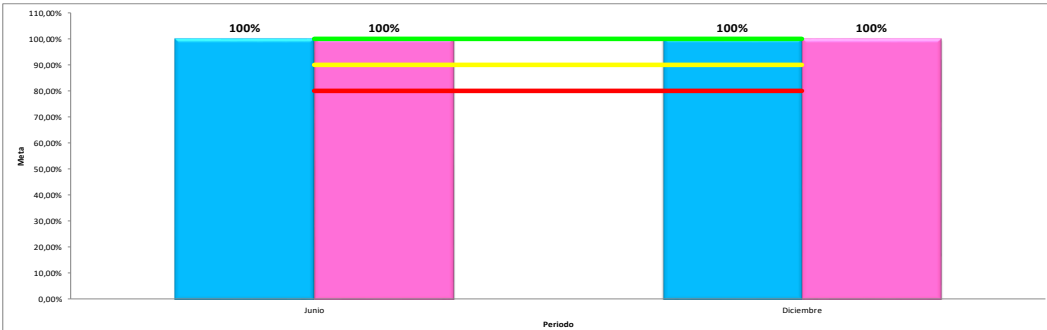
Análisis:

En promedio el año 2018 se presenta una oportunidad en citas por primera vez del 5.57 días, teniendo como meta satisfactoria 10 días.

| | | |
|---|---|------------------------|
|  | FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA “COVIDA” | |
| | INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | CÓDIGO: GE-FO-002 |
| | | VERSIÓN: 1 |
| | | FECHA: octubre de 2015 |
| | | PÁGINA: 16 de 40 |

8.4. Gestión Administrativa y financiera

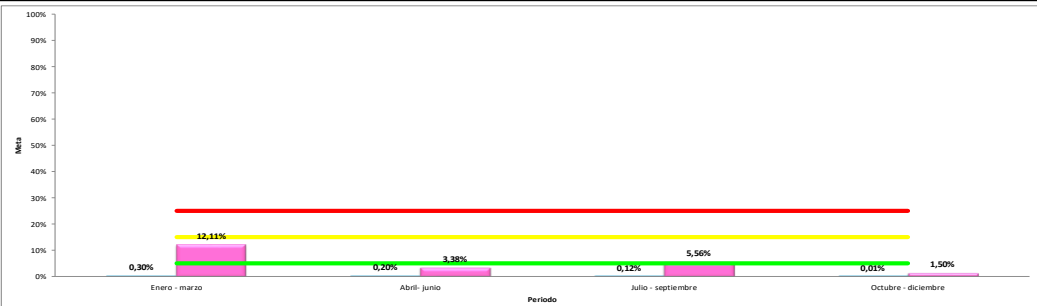
Mantenimientos:

| PROCESO | | GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------------------------------|-------------------------------------|--|---|------------------------|------------------|------------|-------------|---------|------|------|------|-------|------|------|------|-----------|------|------|------|
| INDICADOR: | Mantenimientos preventivos | FORMULA DE CALCULO: | (Mantenimiento ejecutado/mantenimiento planeado) x 100 | | FRECUENCIA DE MEDICION | semestral | | | | | | | | | | | | | | |
| RESPONSABLE: | Lider Administrativo y Financiero | FUENTE DE DATOS: | Cronograma de mantenimiento | | RANGO DE GESTION | | DEFICIENTE | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | 100% | | 90% | 80% | | | | | | | | | | | | | |
| TENDENCIA: | | Año: 2016 | 100% | Año: 2017 | 100% | Año: 2018 | | 100% | | | | | | | | | | | | |
| PERIODO | 2016 | 2017 | 2018 | ANÁLISIS | | ACCIONES TOMADAS | | SEGUIMIENTO | | | | | | | | | | | | |
| Junio | 100% | 100% | 100% | Se ejecuta el mantenimiento a edificación, equipos de computo, camaras de vigilancia y aire acondicionado en los tiempos planeados, para el segundo semestre se tiene planificado el mantenimiento a impresoras | | NA | | NA | | | | | | | | | | | | |
| Diciembre | 100% | 100% | 100% | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| GRÁFICO DE TENDENCIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <div><table border="1"><caption>Gráfico de Tendencia Data</caption><thead><tr><th>Periodo</th><th>2016</th><th>2017</th><th>2018</th></tr></thead><tbody><tr><td>Junio</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td></tr><tr><td>Diciembre</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td></tr></tbody></table></div> | | | | | | | | | Periodo | 2016 | 2017 | 2018 | Junio | 100% | 100% | 100% | Diciembre | 100% | 100% | 100% |
| Periodo | 2016 | 2017 | 2018 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Junio | 100% | 100% | 100% | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diciembre | 100% | 100% | 100% | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Análisis:


El mantenimiento planeado para el año en planta física y equipos ha sido ejecutado a cabalidad.

Glosas:

| PROCESO | GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA | | | | | |
|--|-------------------------------------|--------|---------------------|--|------------------------|------------------|
| INDICADOR: | % Glosas | | FORMULA DE CALCULO: | (Valor de las glosas / valor de la facturación) x 100 | FRECUENCIA DE MEDICION | Trimestral |
| RESPONSABLE: | Lider Administrativa y Financiera | | FUENTE DE DATOS: | informe | SORBSALIENTE | RANGO DE GESTIÓN |
| | | | | | 5% | SATISFACTORIO |
| | | | | | | DEFICIENTE |
| | | | | | | 20% |
| TENDENCIA: | Año: 2016 | 56% | Año: 2017 | 5,6% | Año: 2017 | 0,2% |
| PERIODO | 2016 | 2017 | 2018 | ANÁLISIS | | ACCIONES TOMADAS |
| Enero - marzo | 80% | 12,11% | 0,30% | Vr facturado 1 trimestre \$ 22.913.694,00 Vr glosas 1 trimestre \$ 58.374,00 | | |
| Abril- junio | 52% | 3,38% | 0,20% | Vr facturado 2 trimestre \$ 77.879.444,00 Vr glosas 2 trimestre \$ 127.296,00 | | |
| Julio - septiembre | 35% | 5,56% | 0,12% | Vr facturado 3 trimestre \$ 84.535,262 Vr glosas 3 trimestre \$ 97.399 | | |
| Octubre - diciembre | | 1,50% | 0,01% | Vr facturado 4 trimestre \$ 97.393,004 Vr glosas 4 trimestre \$ 5,000 | | |
| GRÁFICO DE TENDENCIA | | | | | | |
|  | | | | | | |

Análisis:

Las glosas en el año presentaron un promedio del 0.16% sobre la facturación.

| | | |
|---|---|------------------------|
|  | FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA “COVIDA” | |
| | INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | CÓDIGO: GE-FO-002 |
| | | VERSIÓN: 1 |
| | | FECHA: octubre de 2015 |
| | | PÁGINA: 17 de 40 |

8.5. Gestión Talento Humano

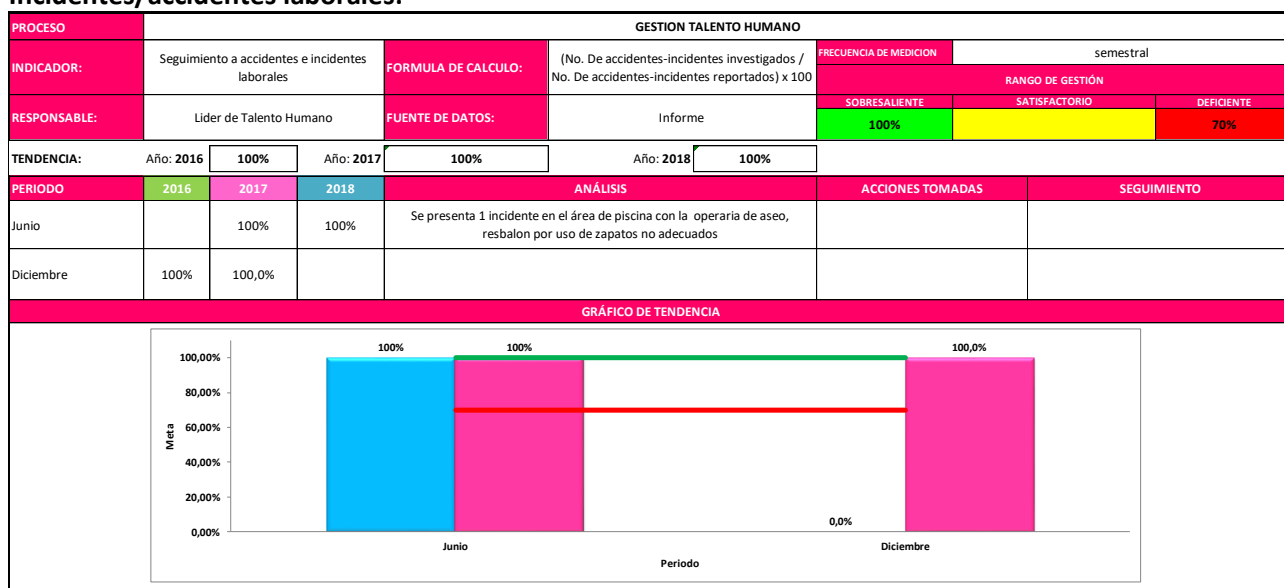
Desempeño del personal:




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

Incidentes/accidentes laborales:

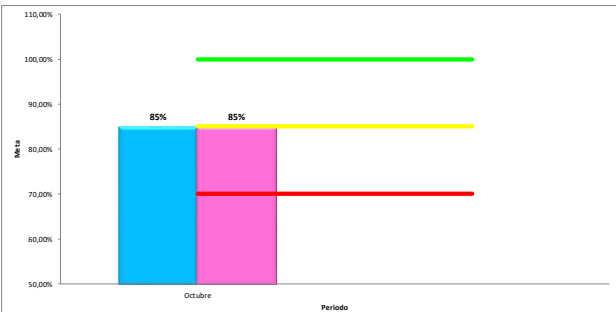
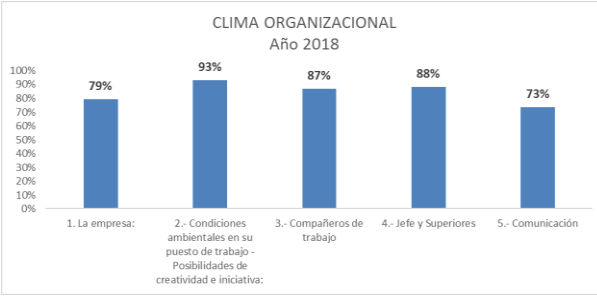


| | | |
|---|---|------------------------|
|  | FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA “COVIDA” | |
| | INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | CÓDIGO: GE-FO-002 |
| | | VERSIÓN: 1 |
| | | FECHA: octubre de 2015 |
| | | PÁGINA: 18 de 40 |


Análisis:

Se presenta 1 incidente en el área de piscina con la operaria de aseo, resbalón por uso de zapatos no adecuados

Clima laboral:


| PROCESO | | TALENTO HUMANO | | | | | | |
|--|----------------------------|----------------|---------------------|---|--|------------------------|---------------|------------|
| INDICADOR: | Medición del clima laboral | | FORMULA DE CALCULO: | (empleados satisfechos / total de empleados) x 100 | | FRECUENCIA DE MEDICION | Anual | |
| RESPONSABLE: | Lider de Talento Humano | | FUENTE DE DATOS: | Encuesta de clima organizacional | | SOBRESALIENTE | SATISFACTORIO | DEFICIENTE |
| | | | | | | 100% | 80% | 70% |
| TENDENCIA: | Año: 2016 | 84% | Año: 2017 | 85% | Año: 2018 | 85% | | |
| PERIODO | 2016 | 2017 | 2018 | ANÁLISIS | ACCIONES TOMADAS | SEGUIMIENTO | | |
| Octubre | 84% | 85% | 85% | Se realiza evaluación a 15 personas para medir la satisfacción del cliente interno, obteniendo un resultado del 85% en promedio de todos los criterios evaluados; el criterio con resultado más bajo corresponde a comunicación, el criterio compañeros de trabajo con resultado del 87% y el criterio jefe y superiores. | Se realiza informe y se presenta a comité de calidad para toma de acciones | | | |
| GRÁFICO DE TENDENCIA | | | | | | | | |
| <div><div></div><div><div>CLIMA ORGANIZACIONAL Año 2018</div></div></div> | | | | | | | | |

Simulacros:

| PROCESO | | GESTION TALENTO HUMANO | | | | | |
|--|-------------------------|------------------------|---------------------|---|------------------------|---------------|------------|
| INDICADOR: | % simulacros realizados | | FORMULA DE CALCULO: | (No. De simulacros realizados / No. De simulacros programados) x 100 | FRECUENCIA DE MEDICION | semestral | |
| | | | | | RANGO DE GESTIÓN | | |
| RESPONSABLE: | Lider de Talento Humano | | FUENTE DE DATOS: | Informe | SOBRESALIENTE | SATISFACTORIO | DEFICIENTE |
| | | | | | 100% | 95% | 90% |
| TENDENCIA: | Año: 2016 | 100% | Año: 2017 | 100% | Año: 2018 | 100% | |
| PERIODO | 2016 | 2017 | 2018 | ANÁLISIS | ACCIONES TOMADAS | SEGUIMIENTO | |
| Junio | 100% | 0,0% | 100,0% | Se ejcuta en el primer semestre un simulacro ante desastres, el otro se tiene planeado para el segundo semestre del año | | | |
| Diciembre | 100,0% | 100,0% | | | | | |
| GRÁFICO DE TENDENCIA | | | | | | | |
|  | | | | | | | |

Análisis:

En el año se programa un total de 2 simulacros, para el primer semestre se realiza simulacro en el área de piscina.

| | | |
|---|---|------------------------|
|  | FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA “COVIDA” | |
| | INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | CÓDIGO: GE-FO-002 |
| | | VERSIÓN: 1 |
| | | FECHA: octubre de 2015 |
| | | PÁGINA: 19 de 40 |

Capacitaciones:

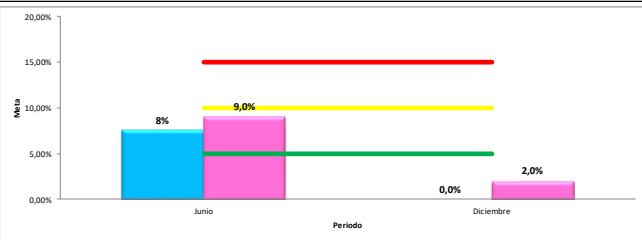

| PROCESO | | GESTION TALENTO HUMANO | | | | |
|----------------------|---|---|---|--|---------------|----------------|
| INDICADOR: | Capacitar al personal en temas asociados a su labor | FORMULA DE CALCULO: | (No. De personas con adherencia a temas de capacitación (resultados mayor o igual a 4) / total de personas capacitadas) x 100 | FRECUENCIA DE MEDICION | semestral | |
| | | | | RANGO DE GESTIÓN | | |
| RESPONSABLE: | Lider de Talento Humano | FUENTE DE DATOS: | Capacitaciones | SOBRESALIENTE | SATISFACTORIO | DEFICIENTE |
| | | | | 100% | 80% | 70% |
| TENDENCIA: | Año: 2018 | 67% | Año: 2019 | | | |
| PERIODO | 2018 | ANÁLISIS | | ACCIONES TOMADAS | | SEGUIMIENTO |
| Junio | 67% | Se realiza un total de 6 capacitaciones con evaluación, el 67% de las personas en todos los temas obtienen puntaje de 4 o mayor | | Realizar re-entrenamiento en Recursos fisico, SOGC y SGC | | Agosto de 2018 |
| Diciembre | | | | | | |
| GRÁFICO DE TENDENCIA | | | | | | |
| | | | | | | |


Análisis:

Se realiza un total de 6 capacitaciones con evaluación, el 67% de las personas en todos los temas obtienen puntaje de 4 o mayor

Se realiza re-entrenamiento al personal que no cumple con la meta en la evaluación sobre los temas no aprobados.

Ausentismo:

| PROCESO | GESTION TALENTO HUMANO | | | | | | |
|---|-------------------------|---------------------|---|--|---------------|------------------|-------------|
| INDICADOR: | Ausentismo | FORMULA DE CALCULO: | (No. Total de dias de ausentismo / No. Total de dias laborados) x 100 | FRECUENCIA DE MEDICION | semestral | | |
| RESPONSABLE: | Lider de Talento Humano | FUENTE DE DATOS: | Informe | RANGO DE GESTIÓN | | | |
| | | | | SOBRESALIENTE | SATISFACTORIO | DEFICIENTE | |
| | | | | 5% | 10% | 15% | |
| TENDENCIA: | Año: 2016 | 13% | Año: 2017 | 6% | Año: 2018 | 8% | |
| PERIODO | 2016 | 2017 | 2018 | ANÁLISIS | | ACCIONES TOMADAS | SEGUIMIENTO |
| Junio | 10% | 9,0% | 8% | Se presenta un total de 9 dias de ausentismo en el primer semestre del año, se tienen enc uenta motivos como citas médicas (2 Dias), Incapacidad (4 dias), compensatorio (3 dias), de todas formas se mide otros motivos como una licencia no remunerada de 52 dias. | | | |
| Diciembre | 15% | 2,0% | | | | | |
| GRÁFICO DE TENDENCIA | | | | | | | |
|  | | | | <p>Ausentismo 1 Semestre Año 2018</p>  | | | |

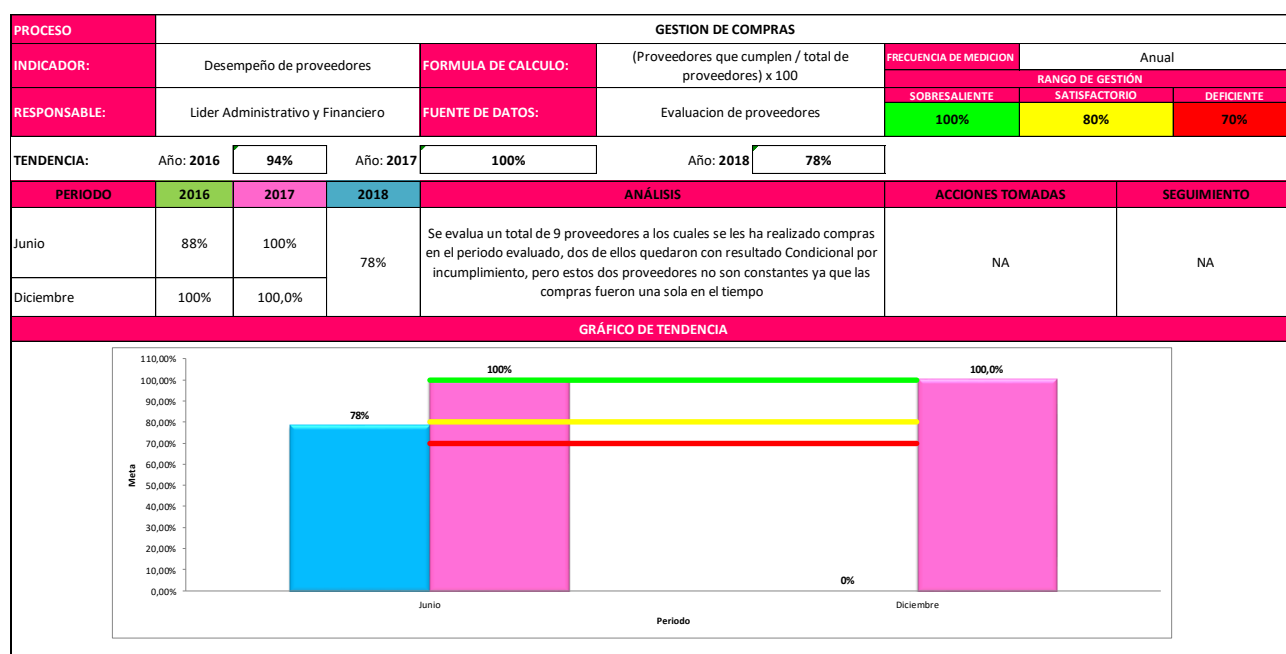
| | | |
|---|---|------------------------|
|  | FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA “COVIDA” | |
| | INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | CÓDIGO: GE-FO-002 |
| | | VERSIÓN: 1 |
| | | FECHA: octubre de 2015 |
| | | PÁGINA: 20 de 40 |

Análisis:

Se presenta un total de 9 días de ausentismo en el primer semestre del año, se tienen en cuenta motivos como citas médicas (2 Días), Incapacidad (4 días), compensatorio (3 días), de todas formas se mide otros motivos como una licencia no remunerada de 52 días.

8.6. Gestión de Compras – Desempeño de los proveedores externos

Proveedores:




Análisis:

Se evalúa un total de 9 proveedores a los cuales se les ha realizado compras en el periodo evaluado, dos de ellos quedaron con resultado Condicional por incumplimiento, pero estos dos proveedores no son constantes ya que las compras fueron una sola en el tiempo

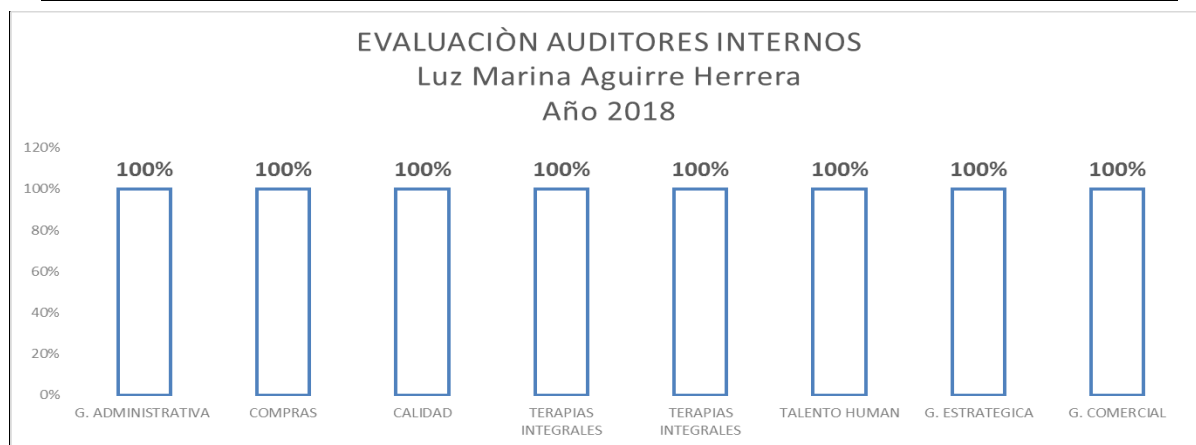
9. RESULTADOS DE AUDITORIAS INTERNAS DE CALIDAD

En el año se realiza un ciclo de auditorías, para el año 2018 se realiza en el mes de febrero, con el fin de determinar el nivel de cumplimiento de la norma en su versión 2015, así:

| PROCESO | TOTAL, HALLAZGOS (No conformidad) | ESTADO |
|-------------------------------------|-----------------------------------|---------|
| Gestión Estratégica y de Dirección | 2 | Cerrado |
| Gestión de Calidad | 0 | NA |
| Gestión Comercial | 0 | NA |
| Terapias Integrales | 1 | Cerrada |
| Gestión Administrativa y Financiera | 0 | NA |

| | | |
|---|---|------------------------|
|  | FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA “COVIDA” | |
| | INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | CÓDIGO: GE-FO-002 |
| | | VERSIÓN: 1 |
| | | FECHA: octubre de 2015 |
| | | PÁGINA: 21 de 40 |

| PROCESO | TOTAL, HALLAZGOS (No conformidad) | ESTADO |
|----------------|--------------------------------------|--------|
| Compras | 0 | NA |
| Talento Humano | 0 | NA |
| TOTAL | 3 | |




| 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 |

10. ADECUACIÓN DE LOS RECURSOS

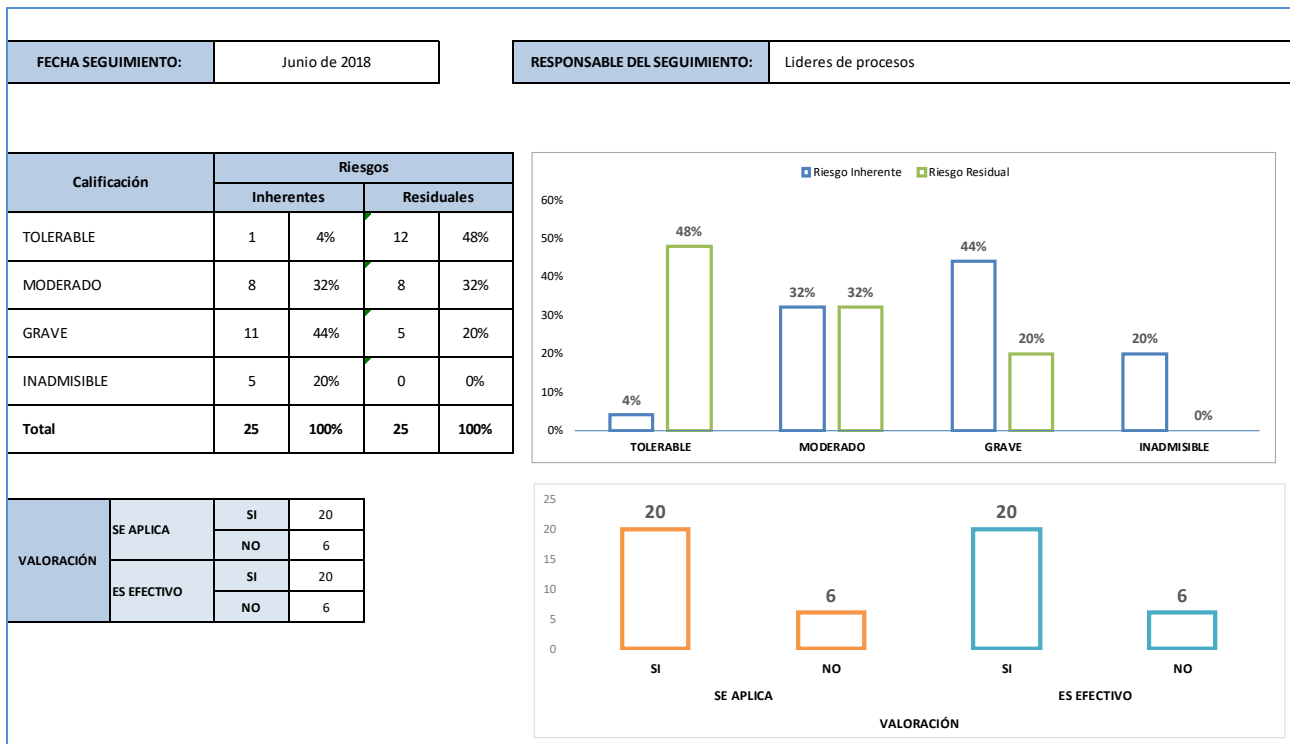
La Fundación determina recursos para cada una de las acciones tomadas, objetivos de calidad, acciones correctivas y de mejora, acciones para mitigar riesgos, estrategias, entre otros.

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


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

| | | |
|---|---|------------------------|
|  | FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA “COVIDA” | |
| | INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | CÓDIGO: GE-FO-002 |
| | | VERSIÓN: 1 |
| | | FECHA: octubre de 2015 |
| | | PÁGINA: 22 de 40 |

11. SEGUIMIENTO A RIESGOS



Se identifican un total de 25 riesgos inherentes a los procesos, después de realizar seguimiento en el mes de junio se evidencia que los riesgos de valoración “Inadmisible” fueron eliminados ya que los controles han sido eficaces y dichos riesgos no se han presentado en el periodo; así, se puede ver que aumentan los riesgos “tolerables”, los “Moderados” se mantienen y los “Graves” disminuyen.

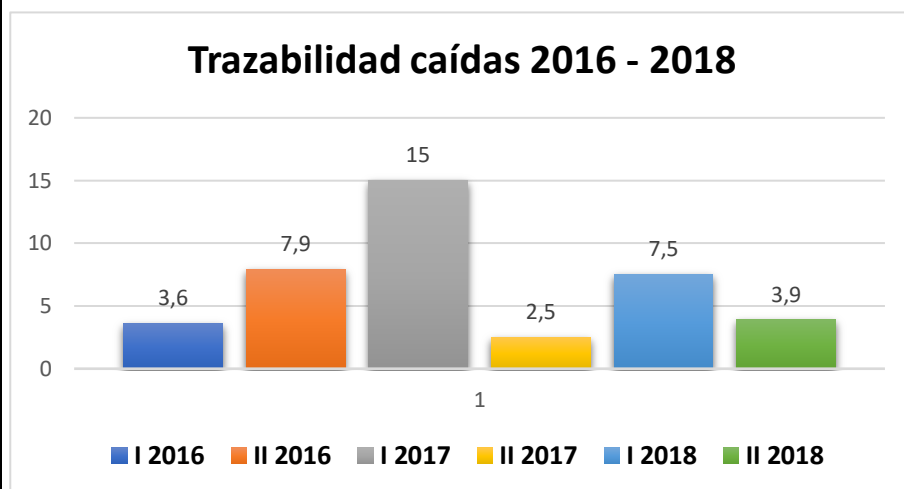
| | | |
|---|---|------------------------|
|  | FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA “COVIDA” | |
| | INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | CÓDIGO: GE-FO-002 |
| | | VERSIÓN: 1 |
| | | FECHA: octubre de 2015 |
| | | PÁGINA: 23 de 40 |

12. SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA CALIDAD – RESOLUCION 256 DE 2016

TRAZABILIDAD DE LOS INDICADORES DE CALIDAD FUNDACIÓN COVIDA 2016- I SEMESTRE 2018

Con relación al dominio seguridad, con el indicador “Tasa de caída de pacientes en el servicio de consulta externa”, en el I semestre de 2018, se notificaron dos (2) caídas, para las cuales se implementa plan de acción, para evitar nuevas ocurrencias.

Se presenta la trazabilidad del indicador, desde el año 2016, hasta el I semestre del año 2018.



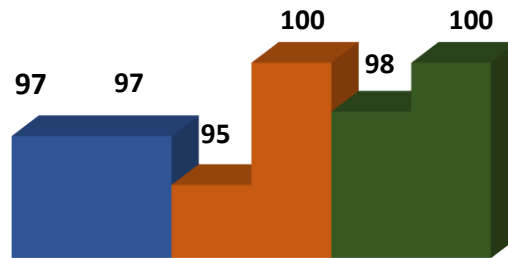
Fuente. Indicadores de calidad Resolución 256 de 2016. Años 2016 – II Semestre 2018

Se resalta que hubo un aumento de caídas en el I semestre de 2018, relacionado con el número de personas asistentes a la Fundación, situaciones que tuvieron un plan de acción con cumplimiento inmediato. De acuerdo con la trazabilidad, denota la variabilidad de los resultados y de las intervenciones realizadas. Sigue superando la meta establecida, de 1 x 1000 usuarios que asisten a la IPS, aunado al tipo de población que se atiende, que en su mayoría es de alto compromiso neurológico y motriz

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

Trazabilidad satisfacción global 2016 - 2018

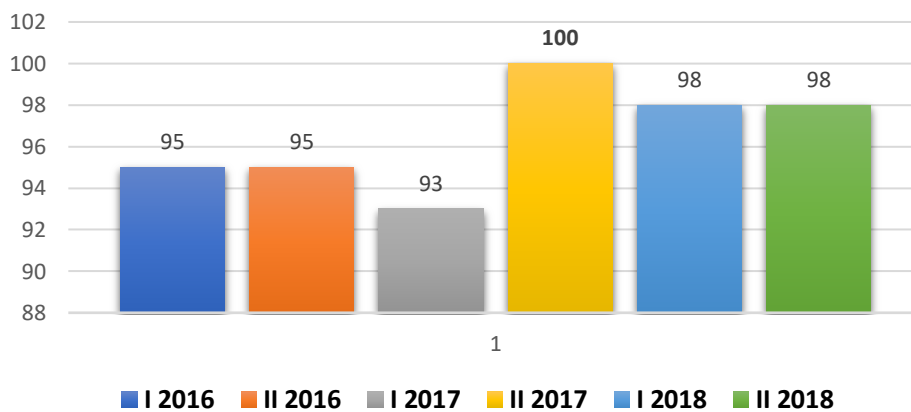
■ I 2016 ■ II 2016 ■ I 2017 ■ II 2017 ■ I 2018 ■ II 2018



Fuente. Indicadores de calidad Resolución 256 de 2016. Años 2016 – II Semestre 2018

Frente al dominio de experiencia en la atención: Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a familiares y amigos, se supera la meta establecida del 95%, fluctuando en la trazabilidad en puntajes desde 93% y el 100% obtenido en el II semestre del año 2017. Se mantiene estable durante el año 2018

Trazabilidad - Proporción de usuarios que recomendaría su IPS 2016 - 2018




Fuente. Indicadores de calidad Resolución 256 de 2016. Años 2016 – II Semestre 2018

13. PAMEC – ESTANDARES DE ACREDITACIÓN

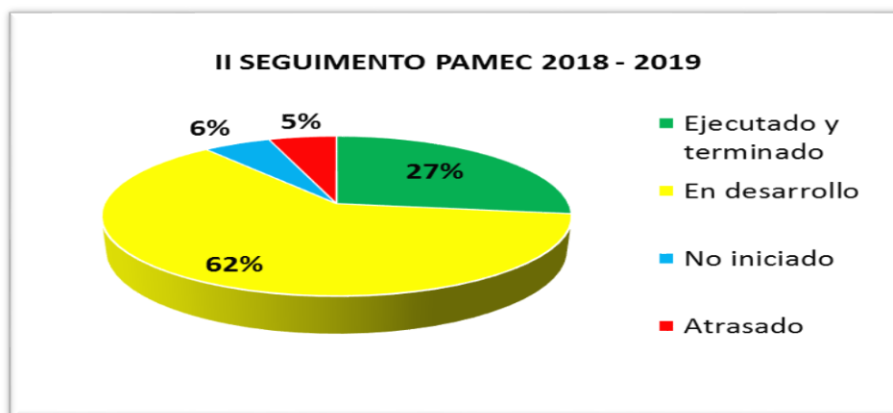
Total de actividades: 36.

Periodo: mayo a junio de 2018

Gráfica No. 1. % cumplimiento, consolidado de actividades II Seguimiento

| | | |
|---|---|------------------------|
|  | FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA “COVIDA” | |
| | INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | CÓDIGO: GE-FO-002 |
| | | VERSIÓN: 1 |
| | | FECHA: octubre de 2015 |
| | | PÁGINA: 25 de 40 |

13. PAMEC – ESTANDARES DE ACREDITACIÓN



Fuente: Documento Plan de mejora PAMEC 2018 – 2019

Cómo se evidencia en el gráfico 1, existe un mayor cumplimiento de las acciones en desarrollo con un 62%, seguido de ejecutado con un 27%. Se cuenta con un cumplimiento total del 89% (sumatoria de las actividades en desarrollo, más las ejecutadas y terminadas)

14. 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.

| | | |
|---|---|------------------------|
|  | FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA “COVIDA” | |
| | INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | CÓDIGO: GE-FO-002 |
| | | VERSIÓN: 1 |
| | | FECHA: octubre de 2015 |
| | | PÁGINA: 26 de 40 |

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

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 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. Fue actualizado en el mes de Agosto del presente año, ya que antes de esta fecha existía vigía de SST

5. DOCUMENTOS RELACIONADOS

5.1. Decreto 1072 de 2015


6. DESCRIPCIÓN

| ITEM | ACTIVIDAD | OBSERVACIONES |
|------|--|---|
| 1 | Programar la rendición de cuentas: El responsable de SG-SST definirá en el plan anual de trabajo la programación de la rendición de cuentas, esta se debe hacer mínima una vez al año. | No se ha programado por ciclo la rendición de cuentas a la alta dirección. De todas las actividades planeadas en el plan de trabajo anual se cumplieron el 90% de las actividades; habiendo faltado otras actividades según lo detectado en la matriz de peligros. |
| 2 | Realizar divulgación de la ejecución de la rendición de cuentas: El responsable de SG-SST divulgará a la alta dirección, al COPASST o al vigía la fecha definida para la rendición de cuentas. | Se procede a realizar informe del porcentaje de cumplimiento en materia de seguridad y salud en el trabajo. |

| | | |
|---|---|------------------------|
|  | FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA “COVIDA” | |
| | INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | CÓDIGO: GE-FO-002 |
| | | VERSIÓN: 1 |
| | | FECHA: octubre de 2015 |
| | | PÁGINA: 27 de 40 |

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

| | | |
|--|--|--|
| 3 | <p>Realizar rendición de cuentas: De acuerdo a la programación el responsable de SG-SST realizara la rendición de cuentas teniendo en cuenta los siguientes criterios:</p> <p>Definición, avance y cumplimiento del plan anual de trabajo. Estado de la intervención de los peligros identificados. Estado y cumplimiento del programa de capacitaciones. Cumplimiento de los indicadores de los programas. Estado de la investigación de accidentes y enfermedad laboral y cumplimiento de los planes de acción definidos. Estado del cumplimiento de los requisitos legales. Ejecución del presupuesto. Estado de las comunicaciones de las partes interesadas.</p> <p>Estado de la implementación del plan de emergencias. Ejecución de simulacros. Estado del cumplimiento de los sistemas de vigilancia epidemiológica. Análisis del ausentismo laboral, estado de la implementación de acciones derivadas de este. La alta dirección evaluara el desempeño del responsable de SST de acuerdo con los criterios definidos, acorde a los resultados de la revisión se deben identificar necesidades de acciones correctivas, preventivas y de mejora.</p> | <p>Según las evidencias del plan de trabajo anual se han cumplido en un 90% las actividades planeadas. No se han intervenido los riesgos identificados en la matriz de peligros. Se realizarán los indicadores en base a los objetivos de SST y de ausentismo en el primer trimestre de 2018. Se tienen establecidos los requisitos legales; pero sin determinar el porcentaje de cumplimiento del total de estos. No se ha investigado los incidentes presentados, ni el accidente laboral presentado. En ejecución se encuentra la asignación de recursos para la implementación del SG-SST. A la fecha no se han conformado los equipos de brigadas y es necesario actualizar el plan de contingencia. Se realizo el simulacro en concordancia con el simulacro a nivel nacional. A la fecha no se han diseñado ni implementado programas de vigilancia epidemiológica alguno. Se tienen actualizadas las bases de datos de la caracterización del ausentismo por enfermedad común y permisos en general.</p> |
| | <p>Comunicar los resultados de la rendición de cuentas: 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>Se realizará según el plan de trabajo anual la rendición de cuentas en noviembre de 2018.</p> |
| | <p>Implementar acciones: El responsable de SST deberá definir el plan de acción de acuerdo con los resultados.</p> | <p>Se le rendirá cuentas a la líder de calidad según el cronograma de actividades.</p> |
| 6 | <p>Realizar seguimiento al plan de acción: El COPASST, vigía y el responsable de SG-SST realizaran el seguimiento a la implementación y avances del plan de acción.</p> | <p>En noviembre de 2018 se rendirá informe sobre el avance del SG-SST.</p> |
| <p>Según lo descrito anteriormente el 35% de la gestión documental (Estructura) en el sistema de gestión en seguridad y salud en el trabajo, se encuentran al día.</p> <p>La fase de planificación (Matriz de peligros, planes de acción, planes de intervención, Gestión del riesgo, plan de trabajo anual en seguridad y salud, programa de capacitación e instrucción en seguridad y salud, Plan de</p> | | |

| | | |
|---|--|------------------------|
|  | FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA “COVIDA” | |
| | INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | CÓDIGO: GE-FO-002 |
| | | VERSIÓN: 1 |
| | | FECHA: octubre de 2015 |
| | | PÁGINA: 28 de 40 |

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

contingencia, plan de rutas y evacuación, plan de continuidad del negocio, control total de pérdidas, análisis de vulnerabilidad y análisis de amenazas) se encuentra en ejecución en un 45%.

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.

Salidas de la revisión por la dirección


15. OPORTUNIDADES DE MEJORA Y RECURSOS

| PROCESO | ACCION DE MEJORA | RECURSOS NECESARIOS | RESPONSABLE | FECHA DE IMPLEMENTACIÓN |
|--|---|--|-------------------------|-------------------------|
| Gestión estratégica y Dirección | Ampliar el portafolio de servicios para tener nuevas líneas de intervención | Económicos Talento Humano Recursos Físicos Recursos tecnológicos e informáticos | Director Ejecutivo | Junio de 2018 |
| Gestión de calidad | Identificar nuevos indicadores de los procesos que permitan monitorear el sistema de calidad y tomar decisiones | Talento Humano | Líderes de procesos | 31 de enero de 2018 |
| Terapias Integrales | Adquisición de dispositivos médicos que apoyen la terapia física | Directora Ejecutiva | Económicos | Junio de 2018 |
| Gestión Talento Humano | Establecimiento de comité de bienestar para la atención de los colaboradores de la Fundación. | Talento Humano | Líder de Talento Humano | Marzo de 2018 |
| Gestión Administrativa y Financiera | La Directora Ejecutiva para el segundo semestre del año 2018, contratará una líder administrativa y financiera | Humano Económicos | Líder de Talento Humano | Julio de 2018 |

16. CAMBIOS QUE PODRIAN AFECTAR EL SGC

- La implementación del SG SST de acuerdo con el decreto 1072 de 2015
- Inclusión de nuevos servicios de atención
- El permanente cambio en la legislación aplicable al sector salud

En el año 2017 y 2018 la Fundación ha presentado cambios, los cuales han sido controlados como se evidencia en la tabla a continuación

| | | |
|---|---|------------------------|
|  | FUNDACIÓN SOCIAL SOMOS CONSTRUCTORES DE VIDA “COVIDA” | |
| | INFORME DE REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN | CÓDIGO: GE-FO-002 |
| | | VERSIÓN: 1 |
| | | FECHA: octubre de 2015 |
| | | PÁGINA: 29 de 40 |

| FECHA | CAMBIO EN LA ORGANIZACIÓN | PROCESO QUE AFECTA | PLAN DE ACCIÓN | RESPONSABLE | FECHA DE EJECUCIÓN | RECURSOS | VERIFICACIÓN |
|-------------------|--|---------------------|--|---------------------|--------------------|--|--|
| Enero de 2017 | Se toma la decisión de no seguir prestando el servicio de Trabajo Social, ya que el profesional se retiró de la empresa y no hubo presupuesto para volver a contratar. | Trabajo Social | Eliminar el proceso del SGC. | Líder de calidad | Enero de 2017 | Humanos | Se realiza el ajuste |
| Agosto de 2017 | Por terminación del contrato con el profesional que presta el servicio de pedagogía y ante la dificultad presupuestal, se toma la decisión de suspender dicho servicio del portafolio de la empresa. | Terapias Integrales | Hasta no dar solución a la parte presupuestal de la empresa, se decide no ofrecer el servicio de pedagogía (motricidad Fina) a los clientes y usuarios. Evaluar posteriormente y de acuerdo con el mercado si se sigue prestando dicho servicio o se elimina de un todo del portafolio. | Director Ejecutivo | Agosto de 2017 | Humanos | Se realiza el ajuste en proceso y se suprime el servicio |
| Diciembre de 2017 | Se programa la ejecución de cambios en la planta física relacionados con piscina, baños, vestier, apertura de consultorios, cambios en el gimnasio y mantenimiento locativo | Todos | Realizar cierre temporal de la Fundación Organizar plan de contingencia con espacios temporales para la prestación del servicio | Directora Ejecutiva | Marzo de 2018 | Humanos Económicos Logísticos Infraestructura Dotación | Se realiza instalación de nueva piscina, adecuación de consultorios, dotación de Vestier y baños, Plan de mantenimiento locativo |

17. CIERRE DEL INFORME POR LA DIRECCIÓN EJECUTIVA

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

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

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

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

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

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



MARIA TERESA MENESES RAMIREZ
DIRECTORA