
	NOMBRE ACTA		CODIGO 02-FT- 002
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	AREA RESPONSABLE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSION 1
			FECHA DE VIGENCIA 01-07-2010

COMITÉ DE CALIDAD

ACTA N°. 003-15

FECHA: Lunes 27 de abril de 2015.	HORA: 07:00AM
NOMBRE DE LOS PARTICIPANTES	CARGO
Carolina Pérez Bolaños	Gerente
Francisco Alejandro Arias	Director Médico
Claudia García	Líder de enfermería
Edier Muñoz	Líder de cirugía (E)
Omaira Zapata	Líder de contabilidad y tesorería
Luisa F. Avella	Líder de gestión humana
Greicy Joanna Marín	Líder de facturación y cuentas medicas
Carlos Adrián Gutiérrez	Líder del servicio farmacéutico
Cesar Castro	Líder de sistemas y telecomunicaciones
Paula Bedoya	Líder del SG-SST
Juan Miguel Silva	Líder de mantenimiento y servicios generales
Jorge Iván Estrada F.	Líder de calidad
Liliana Marín	Coordinadora de Laboratorio clínico
Se anexa al final Registro de asistencias al comité de calidad	
TEMAS	
Presentación de informe de gestión correspondiente al mes de marzo de 2015:	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Resultados de auditorías internas, rondas de seguridad y de seguimiento ➤ Retroalimentación del cliente interno y externo (resultados de PQRS y encuestas de satisfacción) ➤ Desempeño de los procesos y conformidad del servicio (resumen de las no conformidades del mes.) ➤ Estado de acciones correctivas y preventivas realizadas en el mes. ➤ Acciones de seguimiento y de revisiones de gerencia. ➤ Cambios en los procesos ➤ Acciones de mejora de cada proceso. ➤ Indicadores y soportes solicitados en la matriz de gestión. 	
DESARROLLO DE LA REUNION	
CONTABILIDAD Y TESORERIA	
<p>En las instalaciones de la IPS CLINICA SAN RAFAEL ubicada en la Cra 25 No. 74ª-87 barrio Rafael Uribe II siendo las 7:00 am del día 27 de Abril de 2015 se reunieron en Gerencia los Líderes de Área de la empresa.</p> <p>La reunión tiene como finalidad la presentación del Informe de Gestión del Área Contable y Financiero para el mes de Marzo del año 2015, a continuación se relacionan los temas pendientes:</p> <p>Líder Financiera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para los meses de mayo y noviembre de 2015 se debe realizar la evaluación por competencias. • Las facturas de Cempra deben repartirse entre Uci y Hospitalización 50-50 	

	NOMBRE ACTA		CODIGO 02-FT- 002
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	AREA RESPONSABLE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSION 1
			FECHA DE VIGENCIA 01-07-2010

- Cancelar en el próximo pago Incentivo a Carlos Adrian Gutierrez
- Consultar con Boston Scientific sobre las notas pendientes
- Revisar la nómina y Honorarios de CX
- Evaluar el mapa de Riesgos
- Generar Plan de actividades al Asesor de Calidad

GESTION HUMANA

1. En cuanto a la encuesta de satisfacción del cliente externo se obtuvo un resultado del 97.65 por ciento, evidenciando disminución frente al mes anterior; estableciendo cada líder de área los planes de mejoramiento necesarios.

Se evidencia nuevamente disminución en la aplicación de encuestas de satisfacción para la sede megacentro, con un total aplicado de 281, para una diferencia de 196 encuestas menos en relación al mes anterior.

Se reitera nuevamente a la auxiliar Nathaly Bedoya de sede megacentro la importancia de realizar un aplicación continúa de encuestas, logrando que la meta sea representativa, puesto que por indicación de gerencia a partir del mes de mayo se deberá aplicar al 20% de la población atendida.

El área de retinología envía 194 encuestas y oftalmología pediátrica nuevamente no presentan dentro del tiempo estipulado las encuestas requeridas para su área; se solicita nuevamente y se reitera la importancia del proceso.

En el área de hospitalización se aplicaron 35 formatos, aumentando frente al mes anterior; aunque es representativo, por indicación de gerencia al igual que cirugía y UCI deben aplicar encuestas al 90% de la población atendida, una vez se logre se establecerá hasta un 50% como meta.


Las PQRS fueron analizadas durante el comité de gestión, se tramitaron en su totalidad por el líder de área y fueron revisadas por la líder de Gestión Humana previamente al envío.

En relación a las respuestas dadas a las PQRS, se evidencia que en el mes de Enero de un total de 34 (Disminución frente al mes anterior.) se entregan al usuario dentro del tiempo estipulado solo 10 de estas, con un porcentaje alcanzado de 38.23%; porcentaje muy bajo en relación a lo esperado. (Mínimo 80%)

Los seguimientos telefónicos se realizan de la siguiente manera: 31 confirmadas, 1 llamada realizadas sin respuesta del usuario.

Al respecto, se establecen los planes de mejoramiento que apunten al proceso, principalmente en relación a la entrega oportuna de respuestas a PQRS.

2. Se presentaron las siguientes no conformidades:
 - Se evidencia a través de auditoría realizada al servicio de alimentación sabor de hogar, que aunque cuentan con un manual de funciones para cada cargo, no existen los perfiles de cargo documentados; así mismo no existe un proceso de selección documentado.

	NOMBRE ACTA		CODIGO 02-FT- 002
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	AREA RESPONSABLE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSION 1
			FECHA DE VIGENCIA 01-07-2010

- Se evidencia que durante el primer trimestre la principal causa de PQRS es la demora en la atención o no cumplimiento de las horas asignadas para citas o procedimientos quirúrgicos.
- Se evidencia que durante el primer trimestre la principal causa de PQRS es la demora en la atención o no cumplimiento de las horas asignadas para citas o procedimientos quirúrgicos.
- Se evidencia que durante el mes de Marzo se presentan dos PQRS para la sede Megacentro, asociado a trato deshumanizado por parte de dos especialistas (Dra. Diana Montes y Dr. Willian Toro)
- Se evidencia que durante el mes de Marzo de 34 PQRS, se entregan al usuario dentro del tiempo estipulado solo el 38.23%, para un 47 % frente a la meta establecida
- Se evidencia que durante el mes de marzo el área de oftalmología pediátrica y radiólogos asociados no entregan encuestas de satisfacción aplicadas.
- Se evidencia durante el mes de marzo disminución significativa en la aplicación de encuestas de satisfacción en la sede megacentro y en el área de consulta externa. En Megacentro en el mes de Febrero aplican 477 y en el mes de marzo 281, para una diferencia de 196 encuestas. En consulta externa en el mes de febrero aplican 231 y en el mes de marzo 79 para una diferencia de 152 encuestas respectivamente.
- Se evidencia la necesidad de capacitación en comunicación asertiva y trabajo en equipo al grupo de líderes de área de la institución.
- Se evidencia que la señora Beatriz Hoyos no presenta adherencia al proceso de inducción realizado, con una calificación de 3.4.
- Se evidencia que los siguientes especialistas que realizaron el curso de radio protección a la fecha no han realizado el trámite del carnet de radio protección: Alejandro Arias, Juan Esteban Suarez, Blanca Stella García, Angie Marcela Jimenez, Carlos Arturo Izquierdo, Eliana Avendaño, John Abello, Juan Diego López, Nadia Paz, Ricardo Morales, Sebastián Muñoz, Sandra Villegas.
- Se evidencia que de los ingresos generados en el mes de Febrero no se logra realizar el seguimiento a inducción durante el mes de Marzo a las siguientes colaboradoras: Luz Andrea López y Natalia Aroca.

Recomendaciones y aspectos generales


- Realizar el manual de priorización del riesgo, que incluya descripción, tipo de riesgo, frecuencia, costo, nivel de riesgo y controles de existencia.
- Hacer seguimiento al área de programación de cirugía por que se evidencia contante visitas de colaboradores de otras áreas en jornadas de actividad laboral interrumpiendo las actividades diarias.
- Generar acciones preventivas en relación a cada estándar
- Enviar informe mensualmente al laboratorio de los resultados de las encuestas de satisfacción.
- Asignar a la auxiliar SIAU la función de realizar encuestas de tipo aleatorio a usuario que se encuentren en salas de espera, con el objetivo de medir los tiempos de espera para los procedimientos quirúrgicos y consultas.

CUENTAS MEDICAS

SERVICIO FARMACEUTICO

Se realiza presentación de indicadores, no conformidades, planes de acción, gestión presupuestal y demás, donde se solicita por parte de la gerencia para el próximo comité:

- Enviar indicadores del mapa de riesgo a laboratorio referente a FV, TV y reactivovigilancia; para que este inicie con el montaje de sus indicadores

	NOMBRE ACTA		CODIGO 02-FT- 002
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	AREA RESPONSABLE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSION 1
			FECHA DE VIGENCIA 01-07-2010

- Los planes de mejora deben ser agregados por color en el formato (de acuerdo al estándar de la matriz), mínimo un plan de mejora por cada estándar.

BIOTECNOLOGIA

En la presentación de informe en comité mensual correspondiente al área de biotecnología se da a conocer a gerencia y líderes de área:

- Ejecución presupuestal marzo de 2015.
- Índice de satisfacción al cliente interno.
- Cronograma de documentación.
- Capacitaciones y recapitaciones marzo de 2015.
- Mantenimientos correctivos y preventivos.
- Cronograma de visita a proveedores.
- Adquisición de nuevas tecnologías.
- Mapa de riesgos.
- No conformidades y acciones de mejora

Orden

3. Retroalimentación del cliente Índice de satisfacción del cliente interno fue del 89%.
4. Desempeño de los procesos y conformidad del servicio.
5. No se presentaron eventos adversos durante el mes de Marzo.


Desarrollo:

- Generar una no conformidad por cada estándar de la matriz de gestión.
- Enviar estándares para a la matriz de gestión del laboratorio clínico.
- Realizar devolución de los microscopios a los especialistas.
- Realizar análisis de tendencia con respecto a la encuesta de satisfacción del cliente interno.

SISTEMAS Y TELECOMUNICACIONES

En la presentación de informe en comité mensual correspondiente al área de sistemas y telecomunicaciones se da a conocer a gerencia y demás líderes de área:

- Ejecución presupuestal MARZO de 2015.
- Índice de satisfacción al cliente interno.
- Cronograma de documentación.
- Capacitaciones/Socializaciones MARZO de 2015.
- Mapa de riesgos.
- Plan de actividades.
- Demanda insatisfecha.
- Matriz interna de sistemas y telecomunicaciones.
- Tiempos de espera a solicitudes mes de MARZO.
- Mantenimientos correctivos y preventivos.
- Cronograma de visita a proveedores.
- Adquisición de nuevas tecnologías.
- Registros de eventos adversos.
- No conformidades y acciones de mejora.
- Listas de chequeo, transmisión y verificación de la información.
- Listas de chequeo, verificación infraestructura tecnológica.
- Verificación entrega y digitalización de historias clínicas.
- Estadísticas página web, redes sociales.

	NOMBRE ACTA		CODIGO 02-FT- 002
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	AREA RESPONSABLE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSION 1
			FECHA DE VIGENCIA 01-07-2010

En informe se anexa documentación de:

- Acta vulnerabilidad de la información, entrega de historias clínicas.
- Acta comité de calidad Febrero 2015.
- Acta visitas Megacentro Pinares.
- Soportes de cierre no conformidades de marzo 2015.
- Acta socialización matriz interna de sistemas y telecomunicaciones.
- Reporte semanal y mensual control de acceso mes de marzo.
- Mantenimientos preventivos y correctivos.
- Formatos diligenciados de adquisiciones.

El asesor de calidad Jorge Estrada reporta a sistemas y telecomunicaciones un cumplimiento del 100% en auditoria mensual de calidad al área de sistemas y telecomunicaciones.

Durante la realización del comité por parte de gerencia y líderes de área se asignan las siguientes actividades para posterior ejecución por parte del al área de sistemas y telecomunicaciones:

1. Verificación de correo electrónico en equipos.
2. Formatear equipo del Dr. Francisco Alejandro Arias.
3. Formatear equipo de Luisa Marulanda.
4. Capacitación enfermeras jefes de cirugía sobre el pedido de laboratorios por medio de Hospivisual.
5. Instalación teléfono afuera de la clínica para solicitud de citas.
6. Coordinas con mantenimiento la instalación de llaves de Bypass en la Ups del piso 1, 2 y 3.


NO CONFORMIDADES CON ORIGEN EN COMITÉ DE CALIDAD

No.	Descripción	Proceso
1	Se eleva no conformidad al servicio farmacéutico por el diseño de las batas que utilizan los pacientes ya que no velan por el bienestar, privacidad e intimidad de los usuarios y se incumple con la política institucional.	SERVICIO FARMACEUTICO
2	Se levanta no conformidad a los servicios de Consulta Externa Especializada y Hospitalización al no evidenciarse gestión y consecución de nevera.	CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA HOSPITALIZACIÓN
3	Se levanta no conformidad por la no medición y contemplación de eventos adversos en el mapa de riesgos.	


COMPROMISOS, TAREAS, EJECUCIONES

Descripción de compromisos a ejecutar a partir del comité de calidad

No.	Descripción	Proceso
1	Se establece que la aplicación de encuestas de satisfacción externa debe ser mínimo del 90% de los usuarios atendidos en los servicios de Hospitalización y UCI. La meta de aplicación de encuestas irá bajando	SIAU HOSPITALIZACIÓN UCI

	NOMBRE ACTA		CODIGO 02-FT- 002
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	AREA RESPONSABLE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSION 1
			FECHA DE VIGENCIA 01-07-2010

	10% cada mes a medida que se observe un buen comportamiento en su aplicación y se mantendrá en un 50%.	
2	La aplicación de encuestas de satisfacción externa para el proceso de Consulta Externa Especializada debe ser mínimo del 20% de los usuarios atendidos	CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA
3	Realizar seguimiento y trazabilidad a las cancelaciones de pacientes en Consulta Externa Especializada y realizar plan de mejora al respecto.	CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA
4	Se revisa el formato anexo del plan de incentivos (Acta de mejora N°1) presentado por el Líder del servicio farmacéutico y se firma su aprobación. Dicha mejora hace referencia a un ahorro de \$1.297.000 mensuales para la IPS para lo cual se hace merecedor de un incentivo económico de acuerdo a lo aprobado en el plan de incentivos.	SERVICIO FARMACEUTICO
5	Agregar colores de los estándar a cada uno de los planes de mejora de acuerdo a lo especificado en la matriz de riesgo	SERVICIO FARMACEUTICO
6	Se solicita a la Líder de cuentas médicas presentar informe de pérdidas en el proceso.	FACTURACIÓN Y CUENTAS MEDICAS
7	Consolidar los indicadores de riesgo relacionados con el procedimiento de ingreso y atención de tal forma que se puedan presentar e identificar claramente en un solo indicador.	MISIONALES
8	Reordenar el procedimiento de programación de cirugía (Hemodinamia), ajustando la programación de pacientes ambulatorios en lo referente a la realización de exámenes de laboratorio (creatinina)	CIRUGIA CALIDAD
9	Medir los tiempos de espera de los usuarios en las salas de espera tanto en sede cuba como en sede megacentro.	SIAU
10	Se solicita a todos los procesos enviar los indicadores relacionados con el Laboratorio clínico con plazo máximos del 28 de abril de 2015.	PROCESOS RELACIONADOS
11	Se autoriza a partir de la fecha la vinculación de nuevo personal para el proceso de cirugía. (Se realizará análisis del caso en tres meses).	GESTION HUMANA CIRUGIA
12	Elaborar plan de actividades para calidad, asistente de gerencia y mensajero.	GERENCIA
13	Buscar opciones de proveedores para el proceso de mantenimiento (caso ascensor).	MANTENIMIENTO
14	Gestionar la consecución e instalación de teléfono en la parte externa de la IPS para solicitud de citas de consulta externa especializada.	SISTEMAS Y TELECOMUNICACIONES

	NOMBRE REGISTRO DE ASISTENCIA Y ENTREGA DE INFORMACION		CODIGO 02-FT- 005
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	AREA RESPONSABLE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSION 1
			FECHA DE VIGENCIA 01/07/2010

ASUNTO: Comité de Calidad N° 03-15 (Marzo)

LUGAR: Gerencia

FECHA: 27/04/2015 - 29/04/2015

RESPONSABLE: Carolina Pérez Bolaños

Nº	NOMBRE	CARGO	FIRMA	HORA
1	Angela Loanza C	Lider Biotecnología	Angela Loanza C	7:00
2	Rodrigo A. Piedras R.	Lider SGI-Sgt	Rodrigo A. Piedras R.	7:00
3	Juan Miguel Silva	mantenimiento	Juan Miguel Silva	07:00
4	Jen Quintero Zapata S	financiera		7:00
5	José Fernando Huella Z	Lider Geston Humano	José Fernando Huella Z	7:00
6	Carla E. Casero	L. Sistema		7:00
7	Carlos A. Gutiérrez N.	Químico Farmacéutico	Carlos A. Gutiérrez N.	7:00 am
8	Carolina Pérez B	Gerente	Carolina Pérez B	7:00 am
9	Jorge Iván Estrada F.	L. Calidad	Jorge Iván Estrada F.	7:00 am
10	Diego A. López	Lider Cíngula	Diego A. López	7:00
11	Eduar Muñoz A.	Lider Cíngula E	Eduar Muñoz A.	7:00
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Confidencial