
	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°. 001-15

FECHA: 23 de febrero de 2015.	HORA: 07:00AM
NOMBRE DE LOS PARTICIPANTES	CARGO
Carolina Pérez Bolaños	Gerente
Francisco Alejandro Arias	Director Médico
Claudia García	Líder de enfermería
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
Se anexa al final Registro de asistencias al comité de calidad	
TEMAS	
Presentación de informe de gestión correspondiente al mes de enero 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	
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:	
<ul style="list-style-type: none"> • Listado de documentos del servicio, aprobados y cuáles no, con vigencia a 2015 • Anexar la capacitación sobre seguridad del paciente al cronograma de 2015 • Los indicadores del mapa de riesgo deben tener el color que los identifica en la matriz de gestión • En el plan de actividades se debe colocar el responsable directo de la actividad, sea el auxiliar de farmacia o el líder de farmacia • Implementar formato de revisión de historias clínicas, al momento de realizar auditoria a antibióticos • La capacitación de confidencialidad de la información también se debe dictar no solo a los colaboradores sino al personal externo como lo son los proveedores. 	

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

MANTENIMIENTO Y ORIENTACIÓN

1. Retroalimentación del cliente Índice de satisfacción del cliente interno fue del 100% con un porcentaje alcanzado del 99%.
2. En el proceso de PQRS se presentaros 2 quejas.
3. Desempeño de los procesos y conformidad del servicio **(Se levantan 7 no conformidades)**
4. El cumplimiento del mapa de riesgos fue de un total de 87.50%. **(19 indicadores cumplidos de 16 en total).**
5. Se realizan 2 rondas de 3 establecidas.
6. Se da cumplimiento al cronograma de capacitaciones con un cumplimiento del 100% **(Política de humanización y socialización de la matriz.)**

HOSPITALIZACIÓN, UCI, CONSULTA EXTERNA Y CIRUGÍA.

Ejecución presupuestal del mes.

Matriz asistencial.

- Índice de satisfacción al cliente interno.
- Cronograma de documentación.
- Capacitaciones
- Plan de actividades.
- Demanda insatisfecha.
- Tiempos de espera a solicitudes mes
- Mantenimientos correctivos y preventivos.
- Mapa de riesgos.
- No conformidades y acciones de mejora.
- Varios.


Se inicia comité con la presentación de hospitalización se solicita la información correspondiente al mes de noviembre y diciembre.

Se solicita por la gerencia el envío del mapa de riesgos, se explica que se envió no hay justificación de por qué no viajó el archivo, además de no envío de soporte de socialización de evaluaciones de hc.


No se realizó el cierre de las no conformidades, por lo que se debe realizar para el mes de enero como cierre del año y no se cumplió con el porcentaje de lo indicado por lo que se califica como 0% de cumplimiento.

Se solicita por gerencia a la gestión de las no conformidades las cuales se explicó en pleno que no se gestionaron debido a que se direccionaron inadecuadamente en el sitio de líder responsable.

En las encuestas de consulta externa de laboratorio no hay explicación a que en estas la satisfacción fue de 100% siendo un reporte no coherente con las realizadas en los pacientes de consulta.

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

<p>En las encuestas de hospitalización de se evidencia inconformidad en la alimentación y en la inoportunidad de entrega de información de deberes y derechos por lo que se propone generar un documento el cual se le entrega a cada paciente al momento de la tención ya que no ha sido suficiente la entrega de estos en el manual de usuario.</p> <p>Según los valores en el presupuesto consulta externa genero un pyg en los valores límite lo cual se debe aclarar dado que debe ser mayor el número de ingreso para lo que se solicita reevaluar cada uno de los ítems.</p> <p>Se solicita por gerencia enviar como soporte el protocolo de Londres los eventos adversos gestionados.</p> <p>Se debe realizar el desarrollo de la matriz estándar pro estándar e identificar su riesgo para poder definir tendencias e instaurar un enfoque preventivo.</p> <p>Se presenta por la dirección médica el mecanismo para recolectar los datos de las diferentes unidades y así consolidar para la minería de datos con mejor y más completa información, por lo que se generara una carpeta compartida.</p> <p>Se informa al comité en pleno que no se generó el valor del indicador de documentación ya que los datos cercen de realidad frente a lo evaluado en la reunión de 2003 en donde se evidencio un mayor número de documentos faltantes o pendientes de actualizar. Se genera plan de contingencia para cumplir con la elaboración de documentos de la resolución 2003 de 2014.</p> <p>Se genera por la gerencia el cronograma de entrega mensual de informes y fechas de comités.</p> <p>De la misma manera se fija la entrega de información de nómina y ejecución presupuestal además de los datos de SIAU.</p> <p>Se revisar a por gerencia el indicador de hc el cual n es posible el cumplimiento por el volumen de pacientes atendidos.</p> <p>Se debe generar los indicadores de riesgo para cada estándar de la matriz.</p> <p>Se debe realizar revisión de planes de mejora de alimentación, laboratorio, e imagenología.</p> <p>Se debe revisar absolutamente toda la documentación relacionada con los prestadores. Se fijan los ingresos de consulta externa en 560.000.000, para hospitalización en 270.000.000, uci 400.000.000 y cirugía 3.750.000.000.</p> <p>Se solicitó realizar e ingresar las no conformidades de gerencia dentro del cuadro general al igual que se deben montar las no conformidades a los demás líderes para realizar seguimiento.</p>

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

Se genera una no conformidad no reportada ni registrada por parte de cuentas medicas relacionada con la auditoria de historias clínicas en las que se ha evidenciado reproceso y limitaciones en cuanto a la oportunidad y calidad de las auditorias.

Que le personal del Sena no debe realizar actividades sin supervisión directa, porque se trata de personal en práctica y no se le deben asignar funciones de alta responsabilidad.

Con respecto a cirugía se entrega informe mensual correspondiente a los meses de nov y dic de 2014.

No se generaron observaciones al respecto, se solcito reenvió de la matriz, quee generó informe y pronóstico de indicadores par a 2015 al igual que se fijó la meta de ingresos 3.750.000.000.

GESTION HUMANA

En cuanto a la encuesta de satisfacción del cliente externo se obtuvo un resultado del 98.62 por ciento, estableciendo cada líder de área los planes de mejoramiento.

Se evidencia que el número de encuestas aplicadas a nivel general cumple con la meta, aumenta el número de encuestas en megacentro de 354 a 648, mejorando significativamente frente al mes anterior

Se reitera la importancia de continuar con el apoyo del área de servicios generales con el objetivo de continuar logrando una meta representativa.

Así mismo, se evidencia que frente al mes anterior el área de retinología muestra una mejora en el resultado de satisfacción, pasando de 69,76% a 83.09% durante el mes de Noviembre.


En el área de hospitalización se aplicaron 44 formatos, disminuyendo frente al mes anterior, los cuales evidencian consecutivos numéricos iguales, lo que genera duda en el proceso de aplicación. Al respecto, se realiza llamado verbal a la auxiliar de SIAU para validación del proceso de aplicación.

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 Noviembre de un total de 66 solo se entregan al usuario dentro del tiempo estipulado 36, para un 55.5%; lo que debe generar un plan de mejoramiento.

Los seguimientos telefónicos se realizan de la siguiente manera: 37 confirmadas, 20 llamadas realizadas sin respuesta del usuario, 9 no logran realizarse por no contar con ningún dato del usuario.

En general, se evidenció un positivo desarrollo de los procesos con las siguientes no conformidades:

	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 actualmente se realiza visita de verificación a los outsourcing como servicio de ambulancias, lavandería, radiólogos, laboratorio, pero no existen medidas de control que evidencien el seguimiento a dichos procesos.
- Aunque se evidencia un proceso de selección, donde se realizan evaluaciones al personal, no se describe en el informe de evaluación, el nivel de competencias según las definidas en el perfil y el nivel requerido (Alto, medio, bajo)
- Se evidencia durante auditoria externa de ICONTEC la ausencia de un documento que certifica la experiencia laboral del colaborador Cristhian Giraldo. (Indicado en el perfil como experiencia mínima de un año)
- No se puede evidenciar que la organización, en lo que hace referencia a la retroalimentación del cliente, para algunos de los casos de sus quejas, implemente unas disposiciones eficaces y oportunas para para la comunicación con los clientes, encontrándose que la apertura del buzón se realiza tres veces al mes (1, 11, 21), lo que genera no cumplimiento de los 15 días hábiles con los que se cuenta por normatividad para entregar la respuesta (Teniendo en cuenta que se contaba desde la fecha de apertura del buzón, no desde la fecha de instaurada la PQRS). Así mismo no hay evidencia de las publicaciones de respuestas por falta de datos.
- La organización realiza manejo continuo de datos generados por el seguimiento a procesos y por información referente a los clientes, sin embargo no se evidencia que efectúen análisis, características, ni de tendencia de aquellos datos que sean apropiados y que puedan aportar en la mejora continua de la eficacia del sistema de gestión de la calidad, incluyendo las oportunidades para llevar a cabo acciones preventivas. Cuenta con la recopilación eficiente de datos en todos los procesos, sin embargo no se evidencian análisis de tendencia, variaciones, ni de causas de modificación continua, ni recopilación de resultados de seguimiento en los procesos específicos.
- Se evidencia que el personal tiene definidos los perfiles y las competencias requeridas para ejercer sus cargos, se hace revisión, actualización y ajuste de los cargos de acuerdo con las necesidades, las hojas de vida del personal están en carpetas independientes, pero no tienen secuencia cronológica para su archivo, al igual que no se cuenta en algunas hojas de vida de la muestra observada, con todos los documentos, como pólizas de responsabilidad actualizadas, certificado de los cursos de RCP de algunos médicos, por lo que se solicita revisar y actualizar este proceso.
- Se solicita formalizar una política o estructura salarial para la IPS.
- Se evidencia que aunque actualmente en el área de Gestión Humana se centralizan los cronogramas de capacitaciones y los registros de asistencia de todo el personal, no se realiza un seguimiento por persona a las capacitaciones que asisten y su nivel de adherencia, como un proceso centralizado en Gestión Humana.
- Se evidencia en el mes de Diciembre demora en la entrega de respuestas a PQRS al usuario.
- Se evidencia en reporte generado por el líder de mantenimiento; que dos auxiliares de servicios generales realizan sobrecupo en el ascensor el día 15 de diciembre, generando en compañía de otros colaboradores obstrucción del mismo.

	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 según Normativa Colombiana (decreto 0723-2013, art. 18) en donde se mencionan los exámenes médicos ocupacionales para colaboradores independientes, dentro de la institución aún no se encuentra diligencia esta parte.
- Se evidencia la falta de soporte en el área de Gestión Humana y Financiera sobre el aporte de pensiones para los colaboradores que ejecutan labores de alto riesgo.
- Se evidencia a través de PQRS, la sugerencia por parte de un usuario de mejorar la estructura de las barandas de las escaleras con el objetivo de evitar accidentes
- Según cronograma de documentación registrado por el área de mantenimiento no se evidencia cumplimiento del programa de reciclaje institucional
- Se evidencia daño de los acrílicos institucionales, según ronda ejecutada por los líderes de área.
- Se evidencia que a pesar de enviar carta de solicitud al Dr. Arcila oftalmólogo pediatra de aplicar encuesta de satisfacción externa no fue realizada según indicación.
- Se evidencia que en el mes de Diciembre el laboratorio realiza inadecuada aplicación de las encuestas de satisfacción externa, generando datos no válidos en el proceso.

Recomendaciones y aspectos generales

La Dra. Carolina afirma importancia de revisar y responder las no conformidades que envía con el objetivo de darle el trámite correspondiente.

Continuar levantando no conformidades por PQRS o asociadas a encuestas de satisfacción (Análisis). Realizar actualización de datos.


Revisar perfiles de cargos, no contratar personal sin experiencia y si se hace se debe dejar formación.

Se generan los planes de mejoramiento al respecto.

COMPROMISOS


Descripción de compromisos a ejecutar a partir del comité de calidad

No.	Descripción	Responsable
1	Todos los ítems anteriormente descritos, que son mejoras a realizar para el informe del mes de febrero	Líder de farmacia
	Se realiza programación de entrega de informe de gestión para el año 2015: El día 13 de cada mes se debe enviar la información para informes a cada líder de área. Entrega de informe a gerencia: Febrero 17, Marzo 17, Abril 17, Mayo 18, Junio 17, Julio 17, Agosto 18, Septiembre y Octubre 18, Noviembre 17, Diciembre 18.	TODOS LOS PROCESOS

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

	Fechas comités: Febrero 23, marzo 24, abril 21, mayo 22, Junio 22, Julio 21, Agosto 24, Septiembre 22, Octubre 23, Noviembre 23, Diciembre 23.	
--	---	--

Anexo registro de asistencia.

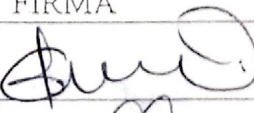

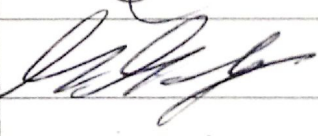
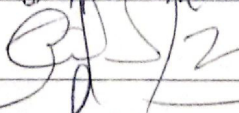
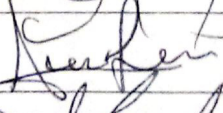
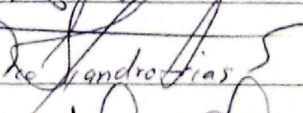
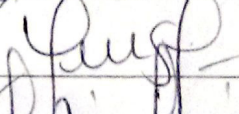
	NOMBRE REGISTRO DE ASISTENCIA Y ENTREGA DE INFORMACION		CODIGO 02-FT-005
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	AREA RESPONSABLE MEJORAMIENTO CONTINUO	VERSION 1
			FECHA DE VIGENCIA 01-07-2010

ASUNTO: Comite de Calidad Enero

LUGAR: IPS clinica San Rafael

FECHA: Febrero 23 / 2015

RESPONSABLE: Caroline Perez B.

Nº	NOMBRE	CARGO	FIRMA	HORA
1	Sreicy Zamora	Lider Educacion		
2	Suzi Quintero Zapata	S. financiero		7:00
3	CESAR E. CASTRO F.	L. SISTEMAS		7:00
4	Angela Loaliza C.	L. Biotecnologia	Angela Loaliza C.	7:00
5	Paula G. Bideya R.	L. Salud Cap	Paula Bideya	7:30
6	Carlos A. Gutierrez N.	Quimico farmacia	Carlos A. Gutierrez	7:30 am.
7	Carolina Perez B.	Gerencia		7:30 am
8	Diego A. Lopez	Lider Cirujia		7:45
	Francisco A. Arias	Dir medica		7:51
10	Luz Fernanda Apella Z.	Lider Gestion Humana		7:30 am
11	Claudia Milena Garcia	Lider Enfermeria	Claudia Garcia	7:30
12	Juan Miguel Silver	L. Mantenimiento	Juan Silver	07:30
13				
14				
15				