

		REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN								GD-FR-010 VERSION 1 F.VIGENCIA 15/03/2021	
Fecha de revisión:	15/03/2021										
N°	INFORMACION DE ENTRADA	PROCESO ENCARGADO	SOportes	CONCLUSIONES	ASPECTOS A MEJORAR	PLAN DE ACCION	RESPONSABLE	FECHA DE SEGUIMIENTO	SEGUIMIENTO	RECURSOS	GRADO DE AVANCE
	La política y los objetivos de la calidad.	DIRECCIONAMIENTO	Entendimiento de la política de calidad	La Institución ha implementado reuniones periódicas con el personal con el objetivo de revisar, mantener y fortalecer el entendimiento de los objetivos y la política de calidad. Esto ha permitido el alineamiento de los líderes de proceso en los objetivos de la empresa y su alta calidad en la prestación de servicios de salud.	Continuar trabajando en capacitación periódica y asegurar la información documentada en cada uno de los encuentros para asegurar que el entendimiento de la política y objetivos de calidad se mantenga en el tiempo.	Continuar incluyendo dentro del programa semestral de capacitación el entendimiento de los objetivos y políticas de calidad.	Líder de gestión humana	17/07/2021		Recurso humano	2
a)	Las acciones de seguimiento de las revisiones de la calidad efectuadas por la alta dirección de la institución.	SISTEMAS DE GESTIÓN	Acciones correctivas Planificación de cambios Comité de auditoría	A pesar de ser la primera revisión por la dirección los procesos se muestran seguros de los cambios y correcciones necesarias, evidenciando que la institución desarrolla actividades de cambios gracias al proceso del sistema integrado, entre ellos se destaca el control documental, la distribución de las actividades por proceso y los controles al ingreso de los usuarios. La focalización frente a las necesidades del sistema de gestión de calidad, sistematizando varios procesos internos como los servicios no conformes y el control de los activos de la institución.	La integración total de los sistemas de gestión de seguridad y salud en el trabajo y el sistema de gestión de calidad, logrando ser revisadas en los mismos comités, facilitando el análisis y la toma de acciones.	Realizar mecanismos que faciliten el control de las acciones de los sistemas de gestión de manera integral orientando a la mejora desde diferentes frentes, aprovechar los comités para presentar el seguimiento y medición de los diferentes sistemas de gestión.	Líder de calidad	19/08/2021		Comité de auditoría	2
b)	Los cambios de las cuestiones externas e internas que sean pertinentes del sistema de gestión de calidad	DIRECCIONAMIENTO	Convenios Auditorías externas clientes contratantes análisis interno y externo	Los cambios a los que se ha enfrentado AFICENTER se determinan por la realidad del COVID-19, sobre la cual a llevado a adoptar protocolos de atención y modificaciones continuas para garantizar y mantener la prestación de servicios, los convenios han sido fundamentales por que han permitido el uso de tecnología cuando se requiera bajo diferentes entidades de las cuales los más relevantes en la institución son Colpatria y Comfenalco, con quienes se revisa periódicamente las características en la prestación de servicios en salud, lo que permite validar necesidades de cuestiones internas o en su defecto las cuestiones externas emitidas por el cliente contratante o por que son definidas por el ministerio de salud. Sin duda los cambios mas relevantes es el modelo de trabajo por procesos basado en riesgos a lo que AFICENTER propone su sistema de gestión de calidad y a realizado los acondicionamientos necesarios para el objetivo de certificarse en calidad bajo la norma ISO 9001:2015	Revisión periódica de las condiciones del contexto para validar que los servicios de salud respondan a las necesidades asistenciales y administrativas con los componentes de alta calidad, logrando hacer diferencias con certificación de calidad ISO 9001:2015 y aumentar los controles internos para promover a nuevos convenios en la prestación de servicios de salud.	Establecer un plan periódico de la revisión con los clientes contratantes de las condiciones en la prestación de servicios de salud, con el objetivo de asegurar los controles y requerimientos en coherencia con el sistemas de gestión de calidad.	Director administrativo	19/08/2021		Comité de auditoría Comité de seguridad del paciente	2
1)	La satisfacción del cliente y la retroalimentación de las partes interesadas.	PROCESO DE ATENCIÓN	Encuestas de satisfacción Sugerencias-felicitaciones Quejas y/o reclamos	Se cuenta con un mecanismo para identificar la satisfacción del cliente a través de la encuesta de satisfacción y el Buzón de Sugerencias y/o Felicitaciones para los usuarios; se realiza la evaluación de proveedores y se cuentan con un proceso de bienestar. El indicador de satisfacción es importante en cada uno de sus periodos evaluados con promedio del 99 %, esto acompañado de los buenos resultados obtenidos en las auditorías externas por convenios como Comfenalco. Se identifica 1 quejas, las cual tuvieron su tratamiento correspondiente. Se realiza la divulgación del nivel de satisfacción a los colaboradores de la Institución y se cuenta con el plan de formación que promueve los cambios las mejoras del sistema de gestión. La comunicación con las partes interesadas es fundamental, continuamente se cuenta con retroalimentación a través de las vistas de seguimiento, de donde se generan los planes de acción necesarios orientados al mejoramiento de la prestación de servicio.	Continuar con las encuestas de satisfacción, pero aumentar los análisis por servicios para poder identificar fácilmente las oportunidades de mejora, así como ampliar con una encuesta a los clientes contratantes sobre aspectos administrativos y asistenciales que permitan la mejora de la prestación de servicio. Divulgación de la satisfacción de las partes interesadas.	Desarrollar ajustes a la encuesta de satisfacción que nos permita identificar nuevas características de la institución con nuevas oportunidades de mejora. Fortalecer el control y seguimiento al buzón de sugerencia y desarrollar el acceso por la pagina web. Evidenciar los planes de acción dentro del sistema de gestión de calidad, que la información documentada no se limite a aspectos asistenciales.	Líder de admisiones	19/08/2021		Comité de auditoría	2
2)	El grado en que se han logrado los objetivos de la calidad	SISTEMAS DE GESTIÓN	Indicadores de gestión matriz de seguimiento	Por medio de la matriz de seguimiento a los indicadores, se logra dar validación a los resultados obtenidos en cada proceso y lograr validar el cumplimiento a los objetivos de calidad, se realizó el punto de control hasta el mes de febrero se cumple con las metas definidas % satisfacción del usuario 99%, atención oportuna 4:08 minutos, % evaluación de competencia 91,27, % cumplimiento al plan de formación 86%, % cumplimiento al plan de inducción 95%, obteniendo desde los procesos buenos resultados y aumentando los controles internos que propenden el mejoramiento con el propósito de presentar a la auditoría externa la información suficiente del estado del sistema de gestión de calidad.	Se considera pertinente que el plan estratégico sea socializado mínimo cada 6 meses con los líderes de proceso para asegurar la coherencia con las metas de cada proceso. Mantener 1 vez al mes los comités de auditoría con el objetivo de realizar seguimiento continuo al comportamiento de los objetivos de calidad.	Realizar la reunión del plan estratégico y validar la trazabilidad de los objetivos de calidad y su cumplimiento en el mes de julio. Mantener los comités de auditoría y/o estrategia que permita que el personal asistencial se involucre en las mejoras del sistema de gestión de calidad.	Líder de calidad	19/08/2021		Comité de auditoría	2
3)	El desempeño de los procesos y conformidad de los productos y servicios	SISTEMAS DE GESTIÓN	Indicador de % desempeño de proceso	Se evidencia que el desempeño de los procesos se logra con un 100%, con el cierre de 3 acciones, las cuales se logra evidenciar de forma eficaz, los procesos han desarrollado un total de 17 acciones distribuidas de la siguiente manera la cantidad de acciones: GD-1, GH-2, GC-2, GA-4, GS-2, GF-2 y GB-3; una cantidad representativa, adicionalmente se ha trabajado en la planificación de cambios y en la matriz de riesgo por proceso, lo que ha permitido identificar aumento en las oportunidades de mejora, el esfuerzo y entrega de todos los procesos fue indudable se logra notar una mejora en todos los contextos de la organización.	Se identifican oportunidades en la ampliación de las características para evaluar el desempeño de los procesos, como identificar el numero de salidas no conformes, N° quejas por procesos, N° de no conformidades producidas por auditoría interna y externas y el N° de acciones correctivas y preventivas y de mejora que generan al proceso cambios e innovación.	Aumentar los seguimientos en las acciones tomadas por los líderes de procesos, proporcionar los espacios necesarios para que los líderes de proceso documenten las oportunidades de mejorar. Realizar mayor inclusión del personal asistencial a los comités de auditoría para el reconocimiento y participación de los cambios de la institución.	Director administrativo Líder de calidad	19/08/2021		Comité de auditoría	2

4)	Las no conformidades y acciones correctivas	SISTEMAS DE GESTIÓN	Aplicación de salida no conforme	Se identificó la aplicación de salida no conforme en los procesos siendo GD=0, GI=0, GC=0, GA=1, GS=0, GB=0 y GF=0 logrando darle tratamiento a su totalidad, se realizaron actividades de capacitación al personal con el objetivo de sensibilizar en la importancia de la implementación en el sistema de gestión de calidad y la implementación de actos inseguros y condiciones inseguras.	Se requiere incluir a todo el personal para lograr detectar una mayor cantidad de salidas no conformes de los procesos y proporcionar unos mecanismo para mitigar desviaciones de las actividades que pudieran afectar al cliente y partes interesadas.	Realizar entrenamiento en las salidas no conformes a todos los líderes de proceso y logra abordar a la totalidad del personal para que participen en el registro de salidas no conformes. Realizar la inclusión en el control de estas actividades los eventos adversos, esto facilitara el seguimiento de las acciones frente a la prestación de servicio.	Líder de calidad	17/07/2021		Comité de auditoria	2
5)	Los resultados de seguimiento y medición	SISTEMAS DE GESTIÓN	Plan estratégico matriz de seguimiento	Los resultados de seguimiento y medición arrojan información muy valiosa que propicia a revisar y validar algunas metas como las de % cumplimiento en agendamiento, donde se han realizado diferentes estrategias que benefician al usuario, como el uso de actualización de la telefonía VOZIP con el callercenter virtual que permite reducir el tiempo perdido en las llamadas de asignación y/o confirmación de citas.	Se identifica la oportunidad de mejora en la inclusión de los indicadores asistenciales definidos desde el programa de seguridad del paciente dentro del plan estratégico, para un mayor control y reconocimiento de las oportunidades de mejora, a pesar que los indicadores se realizan, los resultados no se logran divulgar a los líderes de proceso de las diferentes áreas, quienes podría proporcionar nuevas acciones de mejora.	Realizar reunión de plan estratégico y realizar la inserción de los indicadores asistenciales para que estos sean validados en el comité y por el responsable del seguimiento de los indicadores.	Director administrativo Líder de calidad	19/08/2021		Comité de auditoria	2
6)	Los resultados de las auditorías internas al sistema de gestión de la calidad.	SISTEMAS DE GESTIÓN	Informe de auditorias internas de calidad	Se logra desarrollar la auditoria interna de calidad de manera conveniente y adecuada al sistema de gestión de calidad orientado hacia las prestación de servicios de salud en apoyo terapéutico y consulta médica especializada, se detectaron hallazgos de tipo menor en GD=0, GI=0, GC=0, GA=1, GS=2, GF=4, GB=4, no se identificaron hallazgos de tipo mayor y se logra evidenciar que el equipo de trabajo esta desarrollando acciones pertinentes a los ajustes y mejoras de la institución, la uaditoria interna permitió identificar desviaciones de actividades y fortalecer a los líderes de proceso para acciones que benefician la operación de la empresa.	Lograr formar la mayor cantidad de auditores internos en las normas de calidad ISO 9001 con el objetivo de fortalecer el sistema de gestión de calidad y facilitar un desarrollo durante el año de auditorias continuas con mayor profundidad que proporciones mayor optimización de los procesos de gestión, realizar auditorias especificas a los procesos que fueron identificados con mas hallazgos de tipo menor para asegurar las acciones tomadas.	Realizar un programa de formación de auditores internos de calidad en ISO 9001 Involucrar mayor participación de los asistenciales. Realizar auditorias especificas de procesos que aseguren la eficacia de las acciones tomadas durante el segundo semestre del año, estas identificadas en la auditoria interna y externa.	Líder de gestión humana Líder de calidad	19/08/2021		Comité de auditoria Programa de auditoria	2
7)	El desempeño de los proveedores externos	FINANCIERO	Evaluación de proveedores Reevaluación de proveedores	La evaluación de proveedores y reevaluación de proveedores de impacto, se evidencia que están clasificados claramente entre "Críticos" y "No Críticos". Actualmente la Institución cuenta con 8 proveedores "Críticos", de los cuales 6 obtuvieron una evaluación por encima del 80% (Categoría Confiable) y 2 proveedores obtuvieron una evaluación del < 80% (Categoría: Plan de Acción). La evaluación global de proveedores registró un índice del 81%.	Se requiere enfocar los esfuerzos para que el grupo general de proveedores críticos estén en la categoría de "Proveedor Confiable". Continuar trabajando en tener una comunicación fluida y constante de tal manera que fortalezcan su gestión. Fortalecer las actividades con los proveedores ECOSLECT ECOAGUAS y A & B EQUIPOS MEDICOS lo que favorecería aumentar el porcentaje.	Plan de trabajo para garantizar que todo el equipo de proveedores esté en la categoría de "Proveedor Confiable", verificar el plan de acción de los proveedores que están por debajo del 80% y considerar la búsqueda de nuevos proveedores que ofrezcan estés servicio.	Director Administrativo	19/08/2021		Comité de auditoria	2
d)	La adecuación de los recursos	DIRECCIONAMIENTO	Presupuesto	La Institución ha proporcionado los recursos necesarios para el fortalecimiento sistema de gestión de calidad, implementación del sistema SG-SST, software de control de cambios, control de salidas no conformes y actualización en telefonía VOZIP que general agilidad en las actividades y controles que permiten oportunidad en la información proporcionada al interior y exterior de la empresa.	Asegurar el seguimiento del presupuesto, se requiere fortalecer la estructura financiera en el área contable para obtener informes oportunos del área financiera.	Realizar reunión con los líderes de proceso para revisar requerimientos de recursos de cada proceso para la implementación de mejoras e innovación en las actividades.	Director Administrativo	19/08/2021		Comité de auditoria	2
e)	La eficacia de las acciones tomadas para abordar los riesgos y las oportunidades	SISTEMAS DE GESTIÓN	Matriz de riesgos por proceso.	Se logro la elaboración de la matriz de riesgos y/o oportunidades por los líderes de proceso, se implementaron acciones que logran abordar los riesgos en un alto porcentaje, encaminando un horizonte de control y de mejora para la institución, se destaca que los líderes tienen claridad de los riesgos que afectan las actividades y se proponen desde acciones correctivas, preventivas y de mejora que se alcancen los objetivos.	Divulgación de los porcentaje del grado de avance de los riesgos y oportunidades identificadas, considerar valorar nuevamente los riesgos para validar sus controles de manera periódica proporcionando el riesgo residual y velar por minimizar los impactos o recurrencias.	Conformar un grupo de líderes de los riesgos, que promuevan el seguimiento detallado de los riesgos detectados en los procesos de la empresa.	Líder de calidad	19/08/2021		Comité de auditoria	3
f)	Las oportunidades de mejora	TODOS LOS PROCESO	Comité de auditoria Informe de auditoria	La Institución ha venido trabajando en la identificación de oportunidades de mejora para fortalecer su servicio. Se destacan la adquisición del ascensor, el desarrollo estructural por procesos, la implementación y desarrollo del sistema SG-SST, la digitalización de la información documentada, la actualización de los medios de comunicación; como telefonía, pagina web y chatbox y el fortalecimiento del proceso comercial en búsqueda de nuevas oportunidades de negocio.	Continuar trabajando para aumentar los controles que permitan reducir los riesgos inherentes a la Institución en temas de salud y seguridad en el trabajo, calidad, entre otros. Adicionalmente es importante fortalecer los controles de la seguridad del paciente antes y durante la atención, ampliar la infraestructura física y fortalecer la integración de las actividades asistenciales del programa de seguridad del paciente, sistemas de gestión de calidad y sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.	Desarrollar PLAN DE INTEGRACIÓN de los diferentes sistemas generados en la empresa seguridad del paciente + gestión de calidad + seguridad y salud en el trabajo. Plan de ampliación de infraestructura física para aumentar la tención diaria de pacientes.	Director Administrativo Director asistencial Líder de talento humano Líder de calidad Líder asistencial	19/08/2021		Líderes de Proceso	2

% Grado de avance	64%
-------------------	-----

Criterio de avance	Grado de avance
El plan de acción no fue alcanzado o no se ha verificado	1
El plan de acción se logra parcialmente	2
El plan de acción se logra en su totalidad.	3