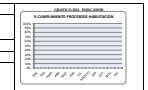
J.H.S. INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA	CENTRO BIENESTAR DEL ANCIANO BELMIRA INFORME DE GESTION VIGENCIA 01 DE ENERO AL 31 DICIEMBRE DEL 2023	CODIGO:FT-GC-011
PROCESO	GESTION DE CALIDAD	VERSION:001
	COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION DEL AREA DE DIRECCION - COORDINACION	FECHA: 27/01/2018

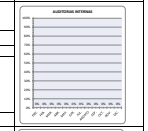
N°	TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGO	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	GRAFICO DEL INDICADOR
1	EFICACIA	Recibir las visitas que realizan a la Institución los diferentes entes de control	% VISITAS ENTES DE CONTROL	100%	A necesidad	Atender las visitas de Supervisión y entes de control que llegues al Centro vocalizar con el equipo los hallazgos encontrados	Numero de visitas de entes de control recibidas	0												% VISITAS ENTES DE CONTROL
							Numero de visitas de entes de control anunciadas	0												
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	No se presentaron durante el mes												
							PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
2	EFICACIA	Programar, convocar y participar en las reuniones de equipo, areas de trabajo y demás actividades grupales.	% de reuniones	100%	Mensual	Cumplir segùn cronograma con las reuniones mensuales programadas de las diferentes áreas	No. Reuniones realizada	0												% DE REUNIONES
							No. Reuniones programadas	0												
							CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Se realizan reuniones de areas para organizar cronograma, actividades y reforzar funciones 2023												
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
3	EFICACIA	Coordinador y apoyar en la implementación y creación de los diferentes comités Institucionales	% cumplimiento a la realización de comites de obligatorio cumplimiento	100%	Mensual	Programar reuniones mensuales de los comites y confirmar su ejecucion	No. De Comites asistidos en el mes	1												% CUMPLIMIENTO A LA REALIZACIÓN DE COMITES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO
							total comites programados en el mes	1												
							CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Se da inicio a la reunion de los comites de obligatorio cumplimiento (Calidad, Historias Clinicas, Infecciones, Gagas, Tecnovigilancia, SGSST, SIAC)												
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
4	EFICACIA	Planear y ejecutar los procedimientos de tipo operativo y administrativo relacionados con la atención de la población y descritos en el anexo técnico	% de informes realizados	100%	Mensual	Entrega oportuna de informes solicitados por supervisión y demas dependencias de Beneficencia de Cundinamarca	N° informes realizados	25												% DE INFORMES REALIZADOS
							N° informes solicitados	25												
							CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/SEGUIMIENTO	Se da cumplimiento a informes solicitados y los de rutina												
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
5	EFICACIA	Brindar apoyo en apertura del buzon PQRS, segùn directriz de Beneficencia	% apoyo apertura buzon	100%	Quincenal	Cumplir con apertura del buzon PQRS, segùn cronograma	Numero total de aperturas	2												% APOYO APERTURA DE BUZON PQRS
							Numero total programadas	2												
							CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Se da cumplimiento a cronograma de apertura de buzon el cual junto con los infumes fue enviado a la profesional de la beneficencia Tatiana Kalvo												
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
6	EFICACIA	Verificar el diligenciamiento por parte del Equipo profesional del cierre de Historias Clinicas de los egresos	% verificacion de historias clinicas por egreso	100%	Mensual	Realizar revisión en conjunto con el area de trabjo social del cierre adecuado de las historias en las diferentes area	Numero de historias verificadas en el mes	1												% VERIFICACION DE HISTORIAS CLINICAS POR EGRESO
							Total de egresos en el mes	1												
							CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Se verifica el cierre de historia clinica de la persona Luz Aranela quien fallece en el hospital San Rafael de Fusagasuga												
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
7	EFICACIA	Garantizar y verificar la asistencia de los profesionales a diferentes actividades previstas en el anexo	Porcentaje de charlas mensuales.	100%	Mensual	Asegurar y apoyar la participacion e inclusion del equipo en las diversas actividades terapeuticas que segùn anexo se requieran	No. de actividades realizadas	4												% SEGUIMIENTO ACTIVIDADES PERSONAS MAYORES
							No. actividades programadas	4												
							CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/SEGUIMIENTO	Se apoya a las areas de Terapia Física y Ocupacional en la realizacion de las caminatas recreativas donde participan personas mayores funcionales, semifuncionales,												
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
8	EFICACIA	Vigilar la ejecución de turnos médicos provenientes del médico tratante con la participación de los demás profesionales	% de realización procesos terapeuticos (estudios de casos)	100%	Mensual	Apoyar y acompañar al equipo profesional en el cumplimiento del desarrollo de actividades terapeuticas con el fin de evaluar las condiciones, fisicas emocionales y mentales de los usuarios	N° de procesos terapeuticos realizados en el mes	5												% DE REALIZACIÓN PROCESOS TERAPEUTICOS (ESTUDIOS DE CASOS)
							N° Total de procesos terapeuticos programados	5												
							CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Se verifica valoracion de ingreso de las cinco personas mayores vadeadas del Cha San Pedro Claver y el ingreso en el sistema.												
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
9	EFICACIA	Promover jornadas de Capacitación y educación continua para el personal y personas mayores de la institución	% Seguimiento a la realización de capacitaciones continuas	100%	Mensual	Verificar a través de cronograma de capacitaciones el cumplimiento del equipo profesional en el desarrollo de las mismas	N° capacitaciones realizadas por el equipo en el mes	0												% SEGUIMIENTO A LA REALIZACIÓN DE CAPACITACIONES CONTINUAS
							N° Capacitaciones programadas en el mes	0												
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	No se programaron para el mes de enero 2023												
							PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
10	EFICACIA	Liderar la implementación de los procedimientos para el talento humano	% DE CUMPLIMIENTO DE EJECUCION DEL PROCESO DE SELECCIÓN Y CONTRATACION	100%	A necesidad	Cumplir con la vinculación del personal segùn perfil y necesidad Institucional	N° de procesos de talento humano realizados	6												% DE CUMPLIMIENTO DE EJECUCION DEL PROCESO DE SELECCIÓN Y CONTRATACION
							N° procesos requeridos	6												
							CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Con apoyo de psicologia y dando cumplimiento a protocolo de selección y contratacion se aplicaron pruebas a 5 perfiles de aux de enfermeria, siendo seleccionado 4 y uno a profesional de nutricion siendo seleccionada												
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
11	EFICACIA	Dar cumplimiento a la entrevga de dotacion al Talento humano contratado	% DE CUMPLIMIENTO EN LA ENTREGA DE DOTACION	100%	A necesidad	Coordinar la entrega de dotación al Talento Humano de acuerdo a las normas vigentes	N° destinatarios beneficiados	53												% DE CUMPLIMIENTO ENTREGA DE DOTACION TALENTO HUMANO
							total contratados	53												
							CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Cumplimiento segùn normatividad y convenio												
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
12	EFICACIA	Realizar seguimiento al cumplimiento de cronogramas en estudios de caso, PAIN y monitoreados	% de cumplimiento en elaboracion de estudios de caso, PAIN y monitoreados	100%	SEGUN CRONOGRAMA	Seguimiento al cumplimiento del diligenciamiento del formato PAIN donde se realizaron el estudio de caso- conociendo, planeando, y seguimiento al monitoreando.	N° total de PAIN(s) o monitoreando realizados	26												% DE CUMPLIMIENTO DE EJECUCION DEL PROCESO DE SELECCIÓN Y CONTRATACION
							N° total de PAIN(s) o monitoreando programado	26												
							CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Se verifico que el equipo registraa y diera cumplimiento a los 26 seguimientos a monitoreando que se tenian programados												
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
13	EFICACIA	Seguimiento a programas PGBIR, SG-SST.	% seguimiento a programas	100%	Mensual	Vocalizarión al cumplimiento de los diferentes programas por medio aplicación de lista de chequeo	Numero de seguimientos realizados en el periodo	3												% SEGUIMIENTO A PROGRAMAS
							numero de seguimiento programados	3												
							CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Se seguimiento a los programas de PGBIR, GAGAS Y SG-SST, a la fecha cumplimiento en la relacionado a reuniones, y organización cronograma 2023												
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	

AREA: INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA	CENTRO RESIDENCIAL DEL ANCIANO BELMIRA	CODIGO:FT-AC-021
	INFORME DE GESTION VIGENCIA: 01 DE ENERO AL 31 DICIEMBRE DEL 2023	VERSION:004
PROCESO:	GESTION DE CALIDAD	FECHA: 17/01/2024

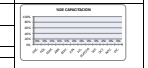
COMPONENTE/OBJETIVO DE LOS INDICADORES DE GESTION DEL SISTA DE CALIDAD

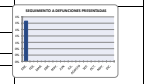
N°	TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FRECUENCIA	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGOSTO	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	OBJETIVO DEL INDICADOR
1	EFECTIVIDAD	Verificar el cumplimiento de los requisitos mínimos del proceso de habilitación	% DE CUMPLIMIENTO PROCESO DE HABILITACION	>95%	ANUAL	Realizar autoevaluación por medio de la lista de chequeo de habilitación que permita evidenciar el cumplimiento de cada uno de los estándares establecidos en la habilitación para el mejor nivel diferente	NÚMERO DE ITEMS DE LA LISTA DE CHEQUEO CON CUMPLIMIENTO													
							TOTAL DE ITEMS HOMOLOGADOS	N.A	N.A											
							CUMPLIMIENTO	0.2%/100%	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100
							ANALISIS	N.A.												
							PLAN DE MEJORA	0.2%/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	
2	EFICACIA	Velar el cumplimiento de las auditorias realizadas en el plan anual de auditoria programada	AUDITORIAS INTERNAS	90%	ANUAL	Qafrer los temas a auditar dentro de la vigencia del contrato, de los temas mas relevantes, frente a antecedentes y	NUMERO ITEMS DE LA LISTA DE CHEQUEO CON CUMPLIMIENTO	N.A												
							NUMERO ITEMS EVALUADOS	N.A												
							CUMPLIMIENTO	0.2/100/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100
						que tengamos para su realización	ANALISIS/SEGUIMIENTO	N.A.												
							PLAN DE MEJORA	0.2/0/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	
3	EFICACIA	Revisar mensualmente a los salidas no conformes presentados en la institución	GESTION DE SALIDAS NO CONFORMES	100%	MENSUAL	Crear herramienta para consolidado de las salidas no conformes presentadas en el mes para ser tratadoras a las mismas	NUMERO DE SALIDAS O SERVICIOS NO CONFORMES REPORTADOS EN EL PERIODO	0												
							NUMERO DE SALIDAS O SERVICIOS NO CONFORMES REPORTADOS EN EL PERIODO	0												
							CUMPLIMIENTO	0,0/0/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100
							ANALISIS/SEGUIMIENTO	Para el mes de enero no se reportaron salidas no conformes.												
							PLAN DE MEJORA	0.0/0/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	20,200/100	20,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	
4	EFICIENCIA	Aumentar la competencia del personal en temas relacionados con el Proceso de habilitación y Calidad en la institución	% DE CUMPLIMIENTO AL PLAN DE CAPACITACION DEL AREA DE CALIDAD	100%	ANUALMENTE	Busqueda de necesidades de capacitacion entre los diferentes area. Establecer un cronograma con los cuales temas a capacitar por parte del area de calidad.	NÚMERO DE PERSONAS CAPACITADAS SOBRE SU CARGO	0												
							NUMERO TOTAL DE CAPACITACIONES PLANIFICADAS	0												
							CUMPLIMIENTO	0,0/0/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100
							ANALISIS/SEGUIMIENTO	Para el mes de enero se realizo planificacion de los temas a capacitar por parte del profesional de calidad durante la vigencia del contrato.											
							PLAN DE MEJORA	0.0/0/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	20,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	
5	EFICACIA	Realizar seguimiento a las defunciones presentadas en vigencia hogar y casa	SEGUIMIENTO A DEFUNCIONES PRESENTADAS	>4%	MENSUAL	Creacion de herramienta para consolidar las defunciones presentadas. Realizar diligenciamiento de la matriz con las defunciones presentadas en el periodo.	NUMERO DE DEFUNCIONES PRESENTADAS EN EL MES	1												
							TOTAL DE PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS	78												
							CUMPLIMIENTO	1%	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100
							ANALISIS/SEGUIMIENTO	Para el mes de enero se presentan una defunciones asignadas a la causa de muerte natural, por enfermedades cardiovasculares, diabeticas y demencia, causa de la muerte natural a nivel hospitalario.											
							PLAN DE MEJORA	0/1.3/100/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	20,200/100	20,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	
6	EFICACIA	Realizar seguimiento a las capacitaciones realizadas en el periodo.	SEGUIMIENTO A CAPACITACIONES REALIZADAS	100%	MENSUAL	Realizar diligenciamiento de la matriz de seguimiento a capacitaciones realizadas en el periodo.	NÚMERO DE AREAS QUE REPORTAN INFORMACIÓN DE GESTIÓN POR INCUMPLIM. 50%	10												
							TOTAL DE AREAS/TIPOS DE AREAS QUE REPORTAN INFORMACIÓN DE GESTIÓN	10												
							CUMPLIMIENTO	100%	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100
							ANALISIS/SEGUIMIENTO	para el mes de enero se evidencia cumplimiento por encima de la meta establecida.												
							PLAN DE MEJORA	0.0/0/100/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	20,200/100	20,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	
7	EFICACIA	Mantener historias a los residentes de acuerdo con la habilitación	% DE CUMPLIMIENTO A LA REALIZACION DE COMITE	100%	MENSUAL	Establecer los comité de obligatorio cumplimiento para el mejor nivel de atención. recopilacion de resultados y evaluacion.	NUMERO DE COMITES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO REALIZADOS	11					9	9						
							NUMERO DE COMITES PROGRAMADOS EN EL MES	11												
							CUMPLIMIENTO	100%	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100
							ANALISIS/SEGUIMIENTO	Para el mes de enero se lleve acabo las reuniones de comité evidenciando cumplimiento en la meta establecida												
							PLAN DE MEJORA	0.0/0/100/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	20,200/100	20,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	
8	EFICACIA	Brindar asesoria y acompañamiento a los diferentes procesos	% DE PARTICIPACION EN REUNIONES	100%	ANUALMENTE	Establecer los cronogramas para su realizacion	NUMERO DE PARTICIPACIONES A REUNIONES	14												
							TOTAL DE REUNIONES PROGRAMADAS	11												
							CUMPLIMIENTO	127%	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100
							ANALISIS/SEGUIMIENTO	para el mes de enero se evidencia se cumplimiento por encima de la meta establecida dadas las constantes retroalimentacion para la revision de la programa del operador y las organizados con los profesionales de calidad de las unas casas y beneficencia.												
							PLAN DE MEJORA	0.0/0/100/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	20,200/100	20,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	
9	EFICIENCIA	Dar cumplimiento a los requerimientos propios del area	OPORTUNIDAD DE ENTREGA DE INFORMES	100%	A DEMANDA	ESTABLECER LA HERRAMIENTA PARA LA ENTREGA DE LA INFORMACION SOLICITADA. CREACION Y CONTROL DEL INFORME FINAL DE LA ESTRATEGIA	NUMERO DE VECES DE ENVIO DE CONTROL RECIBIDA	1												
							NUMERO DE VECES DE ENVIO DE CONTROL ANALIZADAS Y NO SANCIONES	1												
							CUMPLIMIENTO	100%	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100
							ANALISIS/SEGUIMIENTO	Para el mes de enero se realiza entrega del informe de gestion del area de calidad.												
							PLAN DE MEJORA	0.0/0/100/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	20,200/100	20,200/100	0,200/100	0,200/100	0,200/100	

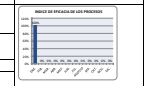


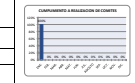


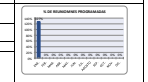














IHSA INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA PROCESO	CENTRO BIENESTAR DEL ANCIANO BELMIRA INFORME DE GESTION VIGENCIA 01 DE ENERO AL 31 DICIEMBRE DEL 2023 GESTION DE CALIDAD COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION DEL AREA DE PSICOLOGIA		CODIGO:DET-GC-011 VERSION:001 FECHA: 27/01/2018

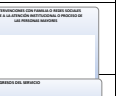
NO.	TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC.		ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGO	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	GRAFICO DEL INDICADOR
1	EficaciA	Realizar valoracion de ingreso a las personas mayores para determinar plan de manejo	%de valoraciones de ingreso	100%	Mensual		Realizar valoracion psicologia inicial a las Personas que ingresan al CBA Belmira	numero de personas mayores valoradas	5												% DE VALORACIONES DE INGRESO
								total de las personas mayores que ingresan	5												
								CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
								ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Durante el mes de enero se realizan ingresos al Centro de promoción social (5) personas mayores procedentes de la Fundacion San Pedro Clave Bogota por ranidad.												
								PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE
2	EFICACIA	Realizar Evolución trimestral de 100% de las Personas Mayores	%Evaluaciones trimestral a la Personas Mayores	100%	Mensual		Realizar evolucion trimestral a las Personas Mayores institucionalizadas, segùn programa mental para dar cumplimiento dentro los 3 meses.	Numero total de evoluciones trimestrales realizadas	47												% EVOLUCION TRIMESTRAL A LA PERSONAS MAYORES
								Numero total de evoluciones anuales	47												
								CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
								ANALISIS/ SEGUIMIENTO	se evidencia cumplimiento a la meta mediante la realizacion de evolución trimestral de 47 personas mayores al 100% de los hombres.												
								PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
3	EFICACIA	Realizar valoracion anual a las Personas Mayores para Conseguirse por Bella de ingreso al Centro de Promoción Social	%de valoración anual	100%	Mensual		Realizar valoracion psicologia anualmente segùn fecha de ingreso de la Persona Mayor Al CBA Belmira.	Numero total de valoraciones anuales realizadas	4												% DE VALORACIÓN ANUAL
								Numero total de valoraciones anuales programadas	4												
								CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
								ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Se evidencia cumplimiento a la meta establecida durante el mes de enero se realizo 4 valoraciones anuales, los cuales quedan caracterizados en discapacidad mental moderada (1) grave (3). Plan a seguir continuar con estimulación cognitiva y multisensorial de forma individualizada desarrollando habilidades mentales existentes.												
								PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE
4	EFICACIA	Realizar intervención psicoterapeutica individual, grupal a las personas mayores sobre problemática presentada y cumplimiento de metas de cuerdo a necesidad.	% intervención psicoterapeutica	100%	Mensual		Realizacion de intervenciones individuales y grupales las Personas Mayores para contribuir a una tasa conservatoria y estabilidad afectiva, emocional, cognitiva y conductual.	Numero total de intervenciones realizadas	39												% INTERVENCIÓN PSICOTERAPEUTICA
								Numero total de intervenciones programadas	39												
								CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
								ANALISIS/SEGUIMIENTO	Durante el mes de enero se realizo intervención psicoterapeutica a 39 personas mayores sobre personas mayores, brindando apoyo afectivo, emocional, cognitivo y conductual mediante orientación en manejo en ella de moda, cosultas normas de convivencia.												
								PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
5	EFICACIA	Realizar intervenciones grupales a las Personas Mayores sobre programde apoyo espiritual	%cumplimiento de desarrollo de actividades establecidas en el programa	100%	Mensual		Fortalecimiento de capacidades y aprovechamiento de habilidades para realizacion de funciones cognitiva, afectivas, emocionales, conductuales, apoyo de las dolencias de casa usu de las Personas Mayores.	Numero total de talleres y actividades realizadas	8												% CUMPLIMIENTO CON ACTIVIDADES PROGRAMADAS DESDE PASTORAL EN SERVICIOS DE PSICOLOGIA SOCIAL
								Numero total de talleres y actividades programadas	8												
								CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
								ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Durante el mes se evidencia cumplimiento de la meta con el desarrollo 8: Realizacion de intervenciones grupales (8): 4 de formulación multisensorial y meditación guiada, 4 de sensación individual sobre sentimientos biografia y sentido de vida.												
								PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
6	EFICACIA	Participar de los espacios de capacitación programados por la compañía y dirigido a los compañeros del CBA Belmira. Sobre divulgaciones, de guias, procedimientos, protocolos.	%cumplimiento con capacitación contruada a compañeros	100%	Mensual		Intervención y participación de las capacitaciones brindadas por la compañía para la actualizacion de conocimientos y practica de acciones seguras, en pro de la calidad de la atencion hacia las personas mayores	Numero total de capacitaciones participadas	0												% CUMPLIMIENTO CON CAPACITACIÓN CONTUADA A COMPAÑEROS
								Numero total capacitaciones programadas	0												
								CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
								ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Durante el mes no se realizo ni se participo en capacitacion.												
								PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
7	EFICACIA	Participar en la realizacion de talleres, sesiones administrativas, reuniones de integracion, Belgrano Cultivales, somos programadas por la Dirección y segùn requerimiento.	%cumplimiento con actividades programadas segùn petición de servicios de proyectos social	100%	Mensual		cooperación con intervencionesdel equipo y área administrativa en pro de cumplimiento de logros colectivos	Numero total de reuniones y/o actividades realizadas	26												
								Numero total de reuniones y/o actividades programadas	26												
								CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
								ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Durante el mes de enero apoyo Total (26) Informes mensuales de: (6) Informe de gestión, coacreciación en oficina de trabajo social, informe en drive, Matriz de la beneficencia en drive. Belmira. 1 comité (Calidad, Seguridad de la persona mayor, llamas vecta y reactivo vigilancia- Infecciosa, Historias clínicas, gagas, SG- SST Convivencia, Copasst, Gerencia) Participación en (4) Actividades de Gestión humana, Gestión de Historias clínicas, Participación en la realización de 6 análisis de reuniones (Macedonio Guevara,psicoorientadora asesoría, Angel Hernández por dos caídas, Estela Jimenez, José Murillo Caída al momento del Baño, Rectilla Bellido Incrección al pozo de cama a cello pato, formula de mantenimiento (2) durante el mes de enero no se realizo revisión sino se inicializar de datos de manejo de pertenencias de los hombres y mujeres. Actividades de Comité de historias clínicas. Se organiza la información de las historias clínicas para auditoria interna. Actividades de Comité de Convivencia laboral. Comité Clave Bogotá. Actividades de comité cultural- acta de celebración de cumpleaños y acta mensual relacionando gastos año 2023. Actividades de comité de brigadistas. Ninguna actividad. Aplicación de (6) pruebas de selección de personal 2/1/2023 Leydi Johanna Berdoya Prieto auxiliar de enfermería, Monica Yaqueline Salgado Salegal Nutricionista y dietética, 3/01/23 Juan Camilo Hernández Silva auxiliar de enfermería, 4/01/23 Jenny Lorena Jiménez Gómez auxiliar de enfermería, 12/01/23 María Andrea Alonso Pachón auxiliar de enfermería, 17/01/23 Michael Steven González Cubillos auxiliar de enfermería. Apoyo en vigilancia en cumplo de fases y viveres al desayuno y al almuerzo, y el cilindo tanto administrativo como de cocina. Se realizo consulta total de los afiliados, revisar conductas asumidarias y conservar patrón mano hoca. Apoyo en tratados de personas mayores al taller ocupacional después del desayuno.												
								PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
8	EFICACIA	Participar de las estudios de caso y seguimiento a los mismos, realizados anteriormente y a nuevos ingresitentes por su estado de salud o alteración a nivel comportamental.	% desempeñamos en la realizacion de estudios de caso	100%	Mensual		Conocimiento de la situación psicoafectiva mental, conductuay y comportamental a parte de sus deficiencias.	Numero total actividades de casos realizados, para y monitoreado	34												% DE CUMPLIMIENTO EN LA REALIZACION DE ESTUDIOS DE CASO
								Numero total programados.	34												
								CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
								ANALISIS/SEGUIMIENTO	Durante el mes se apoya en actividades lideradas por trabajo social- Total (34) Ingreso (5) Ana Sofía Martínez, María Concepción Bautdesta de Torres, Bertha Cortes Mejía, María Evelia Cardona Gutiérrez, Rosa Elvira Pardo Vila de Pardo. Egreso (5) Lic Atanacia Pycedo el día 22/1/2023. Seguimiento a monitoreando el día 20/1/2023 total a 26 personas mayores. Informe general del comité de manual de convivencia (1) segùn reporte de casos reportados. Durante el mes un reporte de forma verbal el Señor Arturo Herrera con horrocito de agarlo con bastón al señor Segundo Cubides. Se apoya ade fortalaje social con motivación de las llamadas telefónicas a familia y seguimiento afectivo y emocional a las personas mayores por ecsita de la red familiar.												
								PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!

LIRA INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA PROCASO	CENTRO RESIDENTIAL DEL ANCIANO RELIMIRA INFORME DE GESTION VIGENCIA EL 01 ENERO AL 31 DICIEMBRE DEL 2023 GESTION DE CALIDAD	CODIGO:GCF-GC-001 VERSION:001 FECHA: 27/01/2024

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL

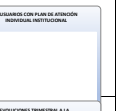
NO.	TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	agosto	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	GRAFICO DEL INDICADOR
1	Eficiencia, eficacia, Efectividad, Oportunidad	Liderar el proceso de ingreso de usuarios de acuerdo a la resolución 055 de 2001 de la Beneficencia de Cundinamarca. (valoración Historia Social)	% de valoraciones de ingreso	100%	A Necesidad	Realizar valoración de Historia Social inicial a las Personas mayores que ingresan al CBA Relimira. a	Numero total de personas Mayores valoradas	5												
							Numero Total de Personas Mayores que ingresaron	5												
							CUMPLIMIENTO	100%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
							ANALISIS/SEGUIMIENTO	Para el mes de enero se ganaron 5 ingresos por cesfalet del CBA Año Pedro Claver 1) la señora María Concepcion Bardossa de Torres – Usuaruos Nasuasa 2) Maria Escilda Cardosa Gutierrez – Usuaria 3) Bertha Cortes Mejia – Tarda 4) Ana Sofia Martinez – Tarda 5)Rosa Elvira Pardo vda de pardo – Usuruario Chiscito a quienes se les aplicaron las respectivas valoraciones en Software											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE PLAN	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	NO REQUIERE PLAN	0,00%	NO REQUIERE PLAN		
2	eficiencia, eficacia, Efectividad	Realizar orientación y asesoría socio familiar a los adultos mayores y sus familias según situaciones problémicas encontradas y diagnosticadas	% intervenciones con familia o redes sociales frente a la atención institucional a procesos de ingresos mayores	100%	A Necesidad	Realizar intervención individualizada al 100% de los usuarios y familias que requieran el servicio.	Numero de participantes de las reuniones y actividades familiares	0												
							Numero de redes activas	0												
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
							ANALISIS/SEGUIMIENTO	Para este mes por programación no se realizo reunión de familia												
							PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	NO REQUIERE PLAN	NO REQUIERE PLAN	NO REQUIERE PLAN	NO REQUIERE PLAN	0,00%	NO REQUIERE PLAN		
3	eficiencia, eficacia, Efectividad	Realizar el cierre de historias de las historias clínicas de las personas mayores que egresan del CBA Relimira	% de participación en las estudios de caso según requerimientos	100%	1R mes	Organizar y entregar oportunamente historias clínicas en cierre de programa desde el área y con el apoyo de auxiliares de salud y familias. verificado a mes cierre de Promoción Social.	Numero total de egresos de las historias clínicas	1												
							Numero total de egresos de Personas Mayores	1												
							CUMPLIMIENTO	100%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
							ANALISIS/SEGUIMIENTO	Durante este mes se presentan un egreso por motivo de fallecimiento en día 22 de enero 2023 Licenbeni Luz Arsenia quien había ingresado por motivo de abandono administrativo con el Municipio de La Mesa.											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE PLAN												
4	eficiencia, eficacia, Efectividad	Generar espacios vivenciales de encuentro entre Lo ref familiar y social con el objetivo de evaluar redes y movilizarlas, sentir y pensar vincularse y sobre todo crear.	% Planes cuerpos realizados	100%	A Necesidad	Realizar complimiento de Componente de salidas con redes de apoyo	Numero de personas mayores que salen con red de apoyo	64												
							numero de personas mayores con salidas solicitadas sin red de apoyo	60												
							CUMPLIMIENTO	100%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
							ANALISIS/SEGUIMIENTO	Para este mes se realiza la convocatoria con las redes familiares y sociales para la realizacion de visitas familiares. Se recibieron 54 visitas de acuerdo a protocolo de visitas y salidas se realizan 8 salidas establecido y aseguido por logerosa mayor y su red de apoyo.											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE PLAN	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	NO REQUIERE PLAN	0,00%	NO REQUIERE PLAN		
5	eficiencia, eficacia, Efectividad	Liderar el proceso de elaboracion de los PASIS del ingreso de los usuarios atendidos	% usuarios con Plan de atención Individual institucional	100%	A Necesidad	Elaborar y diligenciar los PASIS de los tres cupos según tiempos establecidos	Numero de casos atendidos	0												
							Numero de casos priorizados	0												
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
							ANALISIS/SEGUIMIENTO	En este mes no se realiza intervención desde el area psicosocial a las personas mayores en incumplimiento a manual de convivencia y seguimiento a conductas.											
							PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	NO REQUIERE PLAN	NO REQUIERE PLAN	0,00%	NO REQUIERE PLAN	NO REQUIERE PLAN	0,00%	NO REQUIERE PLAN	
6	eficiencia, eficacia, Efectividad	Realizar Evolución trimestral al 100% de las Personas Mayores.	% Evoluciones trimestral a la Personas Mayores.	100%	Mensual	Realizar evolucion trimestral a las Personas Mayores. mediantemedio, según consignanos mental para dar cumplimiento dentro de 3 meses.	Numero total de Pridis y Monitoreos realizados	28												
							Numero de Pridis y Monitoreos Programados	28												
							CUMPLIMIENTO	100%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
							ANALISIS/SEGUIMIENTO	En el mes se realizaron 28 seguimientos al PASN (mensivisados) según tiempos establecido en el anexo tecnico (Brenilda Bellido, Blanca Bellido, Alfonso Benavides, Gonzalo Borda, María Eugenia Céspedes, Luis Miguel Galindo, Dominguy Guzman, Miguel Moreno, Nancy Ospina, Ana Sofia Martinez, Rosa Elvira Pardo, Ana Isabel Pinto, Ana Quevedo, Teresita Ramírez, Calixto Rico, Anita Rios, Santos Rubayo, Noala Sierra, Blanca Silva Anais Castelo, Aurora Camacho, Jorge Londoño, Segundo Cubides y Rafael correa, Arsenio Castañeda, y Emiliano Buhoquez											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE PLAN	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	NO REQUIERE PLAN	NO REQUIERE PLAN	NO REQUIERE PLAN	NO REQUIERE PLAN	0,00%	NO REQUIERE PLAN		
7	eficiencia, eficacia, Efectividad	Realizar valoraciones educativas a las Personas Mayores, según Consignanos por fecha de ingreso al Centro de Protección Social	% de valoración bimanual	100%	A Necesidad	Realizar valoracionTrabajo Social cada dos años según fecha de ingreso de la Persona Mayor Al CBA Relimira.	Numero total de evaluaciones trimestrales realizadas	77												
							Numero total de evaluaciones trimestrales programadas	77												
							CUMPLIMIENTO	100%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
							ANALISIS/SEGUIMIENTO	Se realizan 28 evoluciones trimestrales de trabajo social y se realizan notas de novedades presentadas durante el mes. Brenilda Bellido, Alfonso Benavides, Emiliano Buhoquez, Gonzalo Borda, Maria Eugenia Cespedes, Luis Miguel Galindo, Jorge Londoño, Rafael Calvillez, Ivan Diaz, Luis Miguel Galindo, Gregorio Gaitan, Maria Mesa, Lesmilde Melo, Maria Ines Cruz, Cenen Ortiz, Jacinto Pare, Nicolas Posada, Teresita Ramirez, Ambrocio Ramirez, Rogelio Ramres, Santos Rubayo, Javier Sandoval, Blanca Silva, Fideligno Velasquez. Notas de procesos de hospitalización, proceso de salud,											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE PLAN	0,00%	0,00%	0,00%	NO REQUIERE PLAN	NO REQUIERE PLAN	NO REQUIERE PLAN	NO REQUIERE PLAN	NO REQUIERE PLAN	0,00%	NO REQUIERE PLAN		
8	eficiencia, eficacia, Efectividad	Participar de las capacitas de capacitación continuada, programadas por el CBA Relimira. Sobre abolgarios, de gatos, psicofisiologia, geriatria.	% cumplimiento con capacitación continua	100%	Mensual	ntervención y participación de las capacitaciones brindadas al personal de auxiliares de salud, según las necesidades y gustos de cada uno de los usuarios, y gracia a de acciones urgentes, en pro de la calidad de atención hacia las personas mayores	Numero total de capacitaciones realizadas	9												
							Numero total de capacitaciones Programadas	9												
							CUMPLIMIENTO	100%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
							ANALISIS/SEGUIMIENTO	Para este mes se realizan 9 estudios sociofamiliares de las personas mayores Ivan Diaz - Oscar Pulido - Juvenal Ramirez -Gabriel Marroquin - POR INGRESO Maria Concepcion Bardossa de Torres – Maria Escilda Cardosa Gutierrez – Bertha Cortes Mejia – Ana Sofia Martinez – Rosa Elvira Pardo Vda de Pardo											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE PLAN	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	NO REQUIERE PLAN	NO REQUIERE PLAN	NO REQUIERE PLAN	NO REQUIERE PLAN	0,00%	NO REQUIERE PLAN		
9	eficiencia, eficacia, Efectividad	Participar en la realizacion de informes, solicitados por la Directora y segin requerimiento.	% cumplimiento con informes solicitados según presentación de servicios de promocion social.	100%	Mensual	Entrega oportuna de informes solicitados del Equipo y área de atención.	Numero total de capacitaciones participadas	0												
							Numero total capacitaciones programadas	0												
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
							ANALISIS/SEGUIMIENTO	En este periodo no se realizan												
							PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	0,00%	0,00%	0,00%	NO REQUIERE PLAN	NO REQUIERE PLAN	NO REQUIERE PLAN	NO REQUIERE PLAN	NO REQUIERE PLAN	0,00%	#¡DIV/0!		
10	eficiencia, eficacia, Efectividad	Participar de las rotadas de vacu y requirentes a los compromisos establecidos y se ven que requieren por variado de salud y diferentes a este compromiso mes)	% cumplimiento con participación en la realización de estudios de caso de Personas Mayores institucionalizados	100%	Mensual	Caracterización de la situación de salud y social de la población beneficiaria de compromisos y perfil de sus deficiencias.	Numero total de informes realizados	0.1												
							Numero total de informes programados	0.1												
							CUMPLIMIENTO	100%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
							ANALISIS/SEGUIMIENTO	Para el mes se realizaron los siguientes informes: Caracterización de la publicación base institucional, Caracterización de la población Beneficencia de Cundinamarca, novedades estadísticas, listado de personas mayores, informe de procedencias, informe de ingresos, Informe de matriz de deducción para el área de calidad. Matriz de Egresos Beneficencia informe de gestion, Informe de productividad 48 informes actas de convenio. 4 informes Secretaria de salud EPS listado oficial											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE PLAN	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	NO REQUIERE PLAN	NO REQUIERE PLAN	NO REQUIERE PLAN	NO REQUIERE PLAN	0,00%	NO REQUIERE PLAN		
11	eficiencia, eficacia, Efectividad	Normativas, realizar y revisar el informe Trimestral de usuarios de Convenios derechohabientes a la Beneficencia	% cumplimiento con los informes de Convenios solicitados en los tiempos requeridos	100%	Trimestral	Organizar y entregar oportunamente informe - actas de permanencia de personas mayores de convenio a	Numero total de estudios de casos realizados	0												
							Numero total de estudios de casos programados	0												
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
							ANALISIS/SEGUIMIENTO	Para este mes no se tienen estudios de caso programados												
							PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	NO REQUIERE PLAN	NO REQUIERE PLAN	NO REQUIERE PLAN	NO REQUIERE PLAN	0,00%	NO REQUIERE PLAN		
12	eficiencia, eficacia, Oportunidad	Dar cumplimiento al procedimiento del Sistema de Información y Atención al Usuario de la Beneficencia de Cundinamarca mediante la apertura de Buzón de PQRS y dando respuesta al mismo.	% cumplimiento de PQRS recibidas y respuestas en los tiempos requeridos	100%	Quin cad	Realizar apertura de Buzon de PQRS, para dar cumplimiento a la apertura de apertura de buzon y respuestas de las mismas	Numero de apertura de Buzon programadas	2												
							Numero de apertura de buzon ejecutadas	2												
							CUMPLIMIENTO	100%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
							ANALISIS/SEGUIMIENTO	Para este mes se realizan 2 aperturas de buzón según cronograma, el día 11 y 25 de diciembre 2022, se encuentran 2 formatos diligenciados con diferentes temas.											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE PLAN	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	NO REQUIERE PLAN	NO REQUIERE PLAN	NO REQUIERE PLAN	NO REQUIERE PLAN	0,00%	NO REQUIERE PLAN		
13	eficiencia, eficacia, Oportunidad	Gestionar a nivel interinstitucional intersectorial servicios de apoyo a el C.B.A. Relimira que contribuya a mejorar la calidad de vida de las personas mayores.	% Redes institucionales solicitadas.	100%	ANUAL	Gestionar con instituciones locales, departamentales servicios para la garantia de derechos de las personas mayores	Numero de redes contactadas	10												
							Numero de redes con gestión	10												
							CUMPLIMIENTO	100%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
							ANALISIS/SEGUIMIENTO	Durante el mes se realizo gestion de redes con el Hospital San Rafael de Fusagasuga, EPS-S Ecoopsos, secretaria de salud fusagasugá, Oxy express, Dal10, Nuevo Eps, Salud Total, Famisanar, SENA, IPS Innovar											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE PLAN	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	NO REQUIERE PLAN	NO REQUIERE PLAN	NO REQUIERE PLAN	NO REQUIERE PLAN	0,00%	NO REQUIERE PLAN		

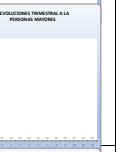






















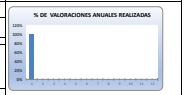


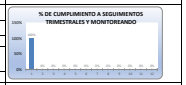


IPS: INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA PROCESO	CENTRO B IENESTAR DEL ANCIANO BELMIRA INFORME DE GESTION VIGENCIA 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2023 GESTION DE CALIDAD	CODIGO:GET-GC-F11 VERSION:001 FECHA: 27/03/2018

NO.	TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	PERI.	FORMULA	FORMULA DE CONSULTAR	ENE.	FEB.	MARZ.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGO.	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	GRAFICO DEL INDICADOR
1	EFICACIA	Realizar valoracion integral a las personas mayores que ingresan a la institucion para ver si se realizan su estado físico y replantear tratamiento de rehabilitación.	%de valoraciones realizadas	A MES/CERRADO	Realizar valoracion Fisioterapeutica a las personas mayores que ingresan con el fin de conocer condiciones de su estado musculoesqueletico	Numero de valoraciones ingreso y/o registro de egresos realizadas en el periodo	6												
						Total de ingresos egresos presentados	6												
						CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
						ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Se realizan valoraciones de ingreso a las personas mayores Ana Sofi Martinez, Maria Concepción Rambona,Maria Estrilda Cadena,Berta Cortes Mejia,Rosa Elvira Pardo, se realiza cierre de historia clinica por fallecimiento usuaria Luz Ayuvea												
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
2	EFICACIA	se realizan valoraciones anual a las personas mayores segun ficha de ingreso al CBA Belmira	%de valoracion anual	ANUAL	Se realizan valoraciones anual a las personas mayores segun ficha de ingreso al CBA Belmira	número de valoraciones realizadas en el periodo	4												
						Numero de valoraciones que corresponden segun ficha de ingreso	4												
						CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
						ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Se Realiza valoracion anual a las personas mayores Juan Dita,Gabriel Marroquin, Oscar Pulido, Juvenal Ramirez												
						PLAN DE MEJORA		#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
3	EFICACIA	Realizar fisioterapeutico trimestral a las personas mayores con el fin de replantear estrategias de tratamiento y/o rehabilitación.	%de cumplimiento a seguimientos trimestrales	TRIMESTRAL	Se realizan evaluaciones trimestral segùn corresponda	Número de seguimientos trimestrales y mensuales realizados	21												
						Total de seguimientos y mantenimos programados	21												
						CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
						ANALISIS/SEGUIMIENTO	Se realiza registro de evolución trimestral a 21 personas mayores en el periodo												
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
4	EFICACIA	Identificar alteraciones de origen osteomuscular de las personas mayores que afectes su funcionalidad	%de personas mayores atendidas	A MES/CERRADO	Realizar intervenciones segùn sobre medica con el fin de disminuir dolor mejorar arcos de movilidad rehabilitacion en marcha entre otras.	Numero de personas atendidas de manera individual	23												
						total de personas requieren manejo individual (Numerador de indicador)	23												
						CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
						ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Se realizan intervenciones realizadas durante el periodo incluidas valoraciones												
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
5	EFICACIA	Aplicar modalidades físicas y acciones terapeuticas asitvel osteomuscular y neuromuscular establece estrategias que permitan mejorar o mantener su funcionalidad masculo esqueletica por medio de terapia grupal	%de grimazio grupal a personas mayores	Mensual	Ejecucion de programa de actividad física encaminada a conservar movilidad articular,tamaño de fuerzaresistencia muscular,estiramientos de equilibrio y propiocepcion	Numero de personas que participan	40												
						Numero de personas en condiciones de realizar actividad dirigida	40												
						CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
						ANALISIS/SEGUIMIENTO	Continuidad con participación de usuarios en programa												
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
6	EFICACIA	prevenir la aparicion de ulceras por presion en la upersonas mayores con con dependencia severa.	%cumplimiento a los indicadores de cambios de posicion	A mes/anual	Aplicar modalidades terapeuticas: los dias martes se realiza terapia paiativa individual y hidratacion.	Numero de personas vinculadas en programas	11												
						Total de personas que asesrian manejo	11												
						CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
						ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Se vinculan a 9 personas en el programa Arsenio Castañeda, Iscimo Páez, Lesvilde Melo, Bertilda Beltrán, Nieves Ortiz, Anthonio Ramírez, Rogelio Ramírez, Olga Ardila, Numa Sierra en manejo paliativo y stella jaramre y Segudo Cabildo												
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	Meta	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
7	EFICACIA	Realizar actividades que mejoren las condiciones mascula esqueléticas de las personas mayores funcionales	%DE CAMINATAS	mensual	Realizar caminatas semanal segùn inteagrama involucrando a personas mayores de acuerdo a su condiciones que contenga larga y/o corta	Numero de personas que participan	11												
						Total de personas programas	11												
						CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
						ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Se vincula a 11 personas mayores Mandonio Guevara, Ángel Hernandez, Ciudonieto Cuesta, Miguel Galindo, José Murillo, Nicolas Pinzón, Julia Ramírez, Stella Jimenez, María Inés Cruz, Aurora Camacho, Vicente Pulido												
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
8	EFICACIA	Participar en estudios de caso para el manejo contingente de situaciones presentadas con personas mayores	%de Realizacion de estudios de caso	ANUAL/CASO	Socializar con el equipo interdisciplinario y conducir el plan de manejo o hidratividads atencion integral	Numero de estudios de casos realizados	1												
						Numero de estudios de casos programados	1												
						CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
						ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Se realiza reunión equipo para emplame información ingresos nuevos a la institución												
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
9	EFICACIA	Apoyo al equipo interdisciplinario en las diferentes actividades que se programen en la institucion recreativas, ludicas y culturales	%actividades programadas	MENSUAL	Participacion en actividades organizadas en la institucion	Numero de actividades programadas realizadas en el mes	1												
						Total de actividades ejecutadas	1												
						CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
						ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Se realiza proceso de inducción auxiliar nueva de ámi Yeimy Jimenez												
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
10	EFICACIA	capacitar y participar en capacitaciones a empleados de la institucion en temas relacionados sobre manual de atencio.	% capacitaciones programadas	SEMANAL	Actualizacion de conocimientos en diferentes areas y tematicas, dando cumplimiento al cronograma	Numero de capacitaciones realizadas en el mes	8												
						Totaldecapacitaciones programadas	8												
						CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
						ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Reunión area,dia a dia,analisis evento adverso, informe gestion, reunión equipo empalme ingresos,2 caracterizaciones, registro mensual deatomicia												
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
11	EFICACIA	Realizar programa de Musicoterapia como plan complementario en procesos de rehabilitacion	%de usuarios vinculados al programa de Musicoterapia	A MES/CERRADO	Vinculacion en programa de musicoterapia	Numero de Actividades realizadas	1												
						Total actividades programadas	1												
						CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
						ANALISIS/SEGUIMIENTO	Se realiza de acuerdo a plan de acción año 2023												
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	



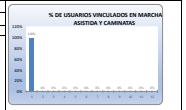




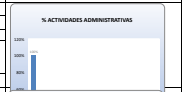


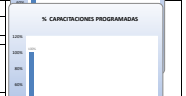


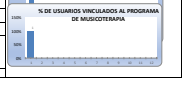












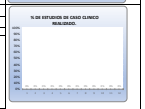
AIRA
INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA
PROCESS

CENTRO RECREATIVO DEL ANCIANO DE AIRA
INFORME DE GESTION VIGENCIA: 01 DE ENERO AL 31 DICIEMBRE DEL 2025
GESTION DE CALIDAD

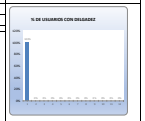
No.	Actor	Proceso	Nombre del indicador de seguimiento	Meta %	Periodo	Tipo Indicador	Actividad a Realizar Descripción	Plan	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Grafica Para Indicador
1	**Fiscalia**	Coordinar el Estado Nutricional inicial de la Persona Mayor que ingresa por primera vez al CRA. Belmira	% de Valoraciones de ingreso	100%	Mensual		Realizar valoración Nutricional Inicial a la Persona Mayor que ingresa por primera vez al CRA.B	Número de valoraciones que deberan realizarse en el mes.	5													
								Número total de ingresos en el mes	5													
								CUMPLIMIENTO	100%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
								ANALISIS SEGUIMIENTO	El día 23/01/2025 ingresaron los siguientes personas mayores: Ana Sofia Marulanda, Rosa Elena Ruiz, Jose Ignacio Ruiz, Maria Isabel Cardona, Concepción Escobosa.													
								PLAN DE MEJORA	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	
2	**Fiscalia**	Identificar y derivar tempranamente los casos sospechosos de malnutrición en la Situación Nutricional de la Persona Mayor	% de seguimientos al Estado Nutricional	100%	Mensual		Desarrollar proceso de Seguimiento al Estado Nutricional de las personas mayores residentes en el CRA.B	Número de seguimientos al estado nutricional realizados en el mes	13													
								Total de personas mayores que les corresponde seguimiento en el mes	13													
								CUMPLIMIENTO	100%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
								ANALISIS SEGUIMIENTO	En el mes de Enero de 2025 se realizaron 13 seguimientos nutricionales al estado nutricional correspondiente al 17,3% de la totalidad de 75 personas mayores residentes en el CRA Belmira													
								PLAN DE MEJORA	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	
3	Filosofia	Fortalecer la atención integral de la Persona Mayor a través del Estudio de caso integral.	% de estudios de caso clínico realizado.	100%	Mensual		Participar en planeación y ejecución de los Estudios de Caso Clínico para manejo integral.	Numero de estudios de caso terminados realizados	0													
								Total de personas mayores programadas	0													
								CUMPLIMIENTO	0,00 %	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
								ANALISIS SEGUIMIENTO	No se plantearon Estudios de caso interdisciplinarios de las personas mayores para mes mes.													
								PLAN DE MEJORA	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	
4	Filosofia	Realizar atención gerontológica a las Personas Mayores que presenten enfermedades relacionadas con la alimentación	% Indicadores gerontológicos realizados.	100%	Mensual		Desarrollar estrategias individuales de atención gerontológica a las Personas Mayores que presenten enfermedades relacionadas con la alimentación	Numero de personas mayores con algunas enfermedades ligadas	79													
								Total de personas mayores que asisten a citas según orden médica o nutricional	79													
								CUMPLIMIENTO	100%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
								ANALISIS SEGUIMIENTO	Durante el mes de enero, se garantizó la atención integral de un 100% de las personas mayores													
								PLAN DE MEJORA	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	
5	Filosofia		% de usuarios con Adagadez	100%	Mensual		Intervención individual educativa con plan dimate Hipocalorico, Hipoglucido que requieran Educación Nutricional	Número de usuarios identificados con Adagadez en el mes	4													
								Total de usuarios con diagnostico de Adagadez	4													
								CUMPLIMIENTO	100%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
								ANALISIS SEGUIMIENTO	**Indicador de Delgadez con cumplimiento al 5%** del total de 75 personas mayores residentes.													
								PLAN DE MEJORA	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	
6	Filosofia	Diagnosticar y estructurar un plan dimeta individual a las Personas Mayores que presenten Sobrepeso, documentando la recuperación o mantenimiento alcanzado del Estado Nutricional	% de usuarios con Sobrepeso / Obesidad	100%	Mensual	Hipocalorico	Intervención individual educativa con plan dimeta Hipocalorico, Hipoglucido que requieran Educación Nutricional	Numero de usuarios con Diagnostico de Sobrepeso u Obesidad	10													
								Total de usuarios con Diagnostico de Sobrepeso u Obesidad	10													
								CUMPLIMIENTO	100%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
								ANALISIS SEGUIMIENTO	**Indicador de Obesidad 2.3% - Indicador de Sobrepeso del 8.5%** - Se continua con nuestro seguimiento de dietas, con alternancia a hipocalorica, hipoglucida, dieblo-sodica, con sola harina, realizando con ayuda, educación nutricional, Se realizo Actividad de Gerontología y Psicología relacionada, educando participativo y se ayuda en las resultados del control antropometrico internad.													
								PLAN DE MEJORA	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	
7	Filosofia		% de usuarios en Riesgo o Normalidad Nutricional	100%	Mensual		Intervención que las usuarios identificados en Riesgo o Estado Nutricional con plan dimeta individual de acuerdo a la gravedad y aplicación del consumo	Numero de usuarios en Riesgo o Normalidad identificados	63													
								Total de usuarios en Riesgo o Normalidad	63													
								CUMPLIMIENTO	100%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
								ANALISIS SEGUIMIENTO	Durante el mes se evidencia **indicador de 77,27% de personas mayores con riesgo o normalidad** nutricional, se realiza visita a su unidad residencial y verifica nutricionalmente, adecuada capacidad de las preparaciones y estado de salud.													
								PLAN DE MEJORA	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	
8	Filosofia	Fomentar consumo de alimentos no balanceados a personas mayores que no tienen dietas en Planta Cuentra	% Planes vasores realizados	100%	Mensual		Sensibilizar a las familias en el fomento de habitos alimentarios adecuados	Numero de Planes vasores realizados y socializados	0													
								Total de Usuarios que salen con familia	0													
								CUMPLIMIENTO	0,00 %	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
								ANALISIS SEGUIMIENTO	No se realizaron salidas de personas mayores con familia durante el mes de Enero													
								PLAN DE MEJORA	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	
9	Filosofia	Registrar en Historia Clínica las actividades programadas de educación y seguimiento nutricional	% Registros Historia Clínica de actividades realizadas de seguimiento Nutricional realizadas	100%	Mensual		Registrar diaria y semanal del seguimiento nutricional que se da en la historia clínica correspondiente.	Numero de registros realizados y revisados	68													
								Total de registros programados	68													
								CUMPLIMIENTO	100%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
								ANALISIS SEGUIMIENTO	Se cumple con el 100% de los registros en historias de los seguimientos programados para mes mes.													
								PLAN DE MEJORA	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	
10	Filosofia	Realizar el cierre de historias clínicas y egresos de ingreso de Personas Mayores que fallecieron, Trasladó o Reintegro Familiar	% cierre de historias clínicas	100%	Mes ad		Registro del cierre de Historias Clínicas de Personas Mayores que fallecieron, Trasladó o Reintegro Familiar	Numero total de egresos de Personas Mayores	1													
								CUMPLIMIENTO	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
								ANALISIS SEGUIMIENTO	Se presento un fallecimiento de la persona mayor Luis Ramos el dia 23/01/2025.													
								PLAN DE MEJORA	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	
11	Filosofia	Realizar el seguimiento al Plan de Atención Integral Individual de las Personas Mayores (PAIH)	% seguimientos al PAIH.	100%	Mensual		Diligenciar formato de seguimiento al PAIH mensualmente del PAIH de cada persona mayor	Numero de PAIH realizados	26													
								Número de PAIH programados	26													
								CUMPLIMIENTO	100%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
								ANALISIS SEGUIMIENTO	Se realizaron 26 monitoreos de PAIH según programación del cerro de Trabajo Social, cumpliendo con el objetivo mensual establecido.													
								PLAN DE MEJORA	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	
12	Filosofia	Participar activamente en las actividades culturales, religiosas, recreativas a nivel institucional, municipal y departamental liderados por las Personas Mayores	% de participación en actividades institucionales	100%	Mensual		Interesen en las diferentes actividades programadas por las otras profesionales y administrativas en pro de alcanzar logros colectivos	Numero de actividades programadas en el mes	0													
								Numero de actividades programadas en el mes	0													
								CUMPLIMIENTO	0,00 %	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
								ANALISIS SEGUIMIENTO	No se programaron actividades.													
								PLAN DE MEJORA	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	
13	Filosofia	Participar en jornadas de capacitación dirigidas a Personas Mayores de la Ruleta distrital del programa de capacitación continua	% de participación en actividades educativas	100%	Mensual		Participativa y actualización de conocimientos a nivel de las diferentes actividades programadas por las otras profesionales y/o otros externos	Numero total de actividades educativas programadas para las personas mayores en el mes	0													
								Numero de capacitaciones realizadas en el mes	0													
								CUMPLIMIENTO	0,00 %	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
								ANALISIS SEGUIMIENTO	No se programaron en el mes de enero.													
								PLAN DE MEJORA	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	
14	**Fiscalia**	Brindar espacios de capacitación al personal auxiliar y Personas mayores en fomento y cultivo de habitos saludables	% de ejecución actividades educativas continua	100%	Mensual		Capacitación a funcionarios y Personas Mayores del C.R.A. Belmira dentro el plan de trabajo	Numero de actividades educativas programadas en el mes	0													
								numero funcionarios educados en programadas en el mes	0													
								CUMPLIMIENTO	0,00 %	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
								ANALISIS SEGUIMIENTO	No se programaron capacitaciones en el mes de enero del año 2025.													
								PLAN DE MEJORA	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	No aplica mes	

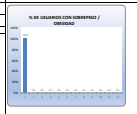


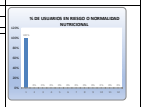


























AIAS INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA	CENTRO DIA/NOCTURNO DEL ANCIANO BELARINA		CODIGO:FT-GC-01
	INFORME DE GESTION VIGENCIA 01 DE ENERO AL 31 DICIEMBRE DEL 2023		VERSION:001
PROCESO	GESTION DE CALIDAD		FECHA:27/01/2023

COMPORTAMIENTO MENSUAL DE LOS INDICADORES DE GESTION Y SEGUIMIENTO

NO.	TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC.	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGOSTO	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	GRAFICO DEL INDICADOR
1	ESTADAL	Realizar valoración ocupacional a los adultos mayores para determinar las habilidades físicas y cognitivas, roles ocupacionales e intereses del usuario	% de valoraciones ocupacionales de ingreso realizadas	100%	X ACCESORIO	Conocer su nivel de funcionalidad e independencia.	Numero total de personas valoradas en el periodo	5												% DE VALORACIONES OCUPACIONALES DE INGRESO REALIZADAS
							numero total de personas ingresada	5												
							CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Ingresaron 5 personas mayores por vorlado del CIBA San Pedro Bogotá, María Estilda Cardona, Bertha Cortes, Rosa Elvira Pardo, María Concepcion Rambosa y Ana Sofia Martinez.												
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE.	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
2		Realizar valoracion anual a las Personas Mayores, segun Cronograma por fecha de ingreso al Centro	% de valoracion anual	100%	Mensual	Se realizan valoraciones anual a las personas mayores segun fecha de ingreso al CBA Belmira	numero de valoraciones integrales realizadas en el periodo	4												% DE VALORACION ANUAL
							numero de valoraciones integrales programadas en el periodo	4												
							CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Se realizaron Las valoraciones anuales de las personas mayores Ivan Diaz, Jose Mamaquin, Oscar Pulido y Juvenal Ramirez.												
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE.	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
3		Determinar el plan de intervenciones adecuado para cada usuario de acuerdo a sus habilidades, capacidades, necesidades e intereses individuales, incluyendo actividades de la vida diaria	% de elaboracion del plan de atencion integral	100%	X ACCESORIO	Establecer el Plan de Atención Individual de los usuarios que ingresan a la institución	No. PAIs y /o mantenimiento elaborados	26												% DE ELABORACION DEL PLAN DE ATENCION INTEGRAL
							Total de programadas	26												
							CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Se realizaron monitoreos a los paises de las personas mayores Bertilda Beltran, Blanca Beltran, Alfonso Benavides, Emiliano Bohorquez, Gonzalo Borda, Aurora Camacho, Arsenio Castañeda, Maria Anais Castelo, Maria Eugenia Caspedes, Rubel Cortes, Segundo Cubides, Luis Miguel Galindo, Domingo Guzman, Jorge Lombana, Tulia Moreno, Miguel Moreno, Jose Murillo, Nieves Ortiz, Jacinto Pato, Maria Luelia Quevedo, Teresa Ramirez, Calixto Rios, Sixto Rios, Santos Robayo, Nuna Sierra y Blanca Silva.												
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE.	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
4		Propender por la participacion de las personas mayores en talleres terapeuticos conservando mas nivel de independencia y funcionalidad	% de cumplimiento de personas mayores que asistena talleres	75%	Mensual	Conservar habilidades ocupacionales necesarias para desempeñar Actividades terapeuticas y Basicas Cotidianas y de la vida diaria	No. Usuarios vinculados a talleres terapeuticos y AVD de manera independiente y semiindependientes	60												% DE CUMPLIMIENTO DE PERSONAS MAYORES QUE ASISTENA TALLERES
							Total usuarios independientes y semidependientes vinculados	60												
							CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/SEGUIMIENTO	El 76% de las personas mayores se encuentran vinculadas en los diferentes talleres terapeuticos y de actividades de la vida diaria con perfil semidependiente e independientes.												
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE.	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
5		Promover la participacion de las personas mayores independientes y con dependencia leve en talleres productivos.	% de personas mayores que permanecen talleres productivos	35%	Mensual	Conservando la participacion de las personas mayores con incentivos por la tarea realizada	No. Usuarios participantes Talleres productivos	23												% DE PERSONAS MAYORES QUE PERMANECEN TALLERES PRODUCTIVOS
							Total de la población vgia	23												
							CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	El 30% de las personas mayores se encuentran vinculadas en talleres productivos del area.												
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE.	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
6		Realizar actividades socioculturales, ludica, recreativas y deportivas con la participacion de las personas mayores institucionalizadas a nivel intra y ex tramural	Porcentaje de charlas mensuales.	100%	M ensual	Mantener activa las redes participacion intra y extramurales, promoviendo calidad de vida	No. de eventos culturales realizados	0												PORCENTAJE DE CHARLAS MENSUALES.
							Total eventos culturales programados.	0												
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/SEGUIMIENTO	Durante este mes no se llevaron a cabo eventos culturales.												
							PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
7		Realizar evolución del seguimiento cronologico trimestral diligenciado de forma trimestral y arte novedades presentadas	% de evolución trimestral programadas	100%	Trimestral	Mantener las evoluciones actualizadas cada dos meses segun cronograma trimestral para seguir la cobertura de la misma.	Nº evoluciones realizadas	21												% DE EVOLUCION TRIMESTRAL PROGRAMADAS
							total evoluciones programadas	21												
							CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	En el presente mes se realizaron las evoluciones sistematicas a las siguientes personas mayores: Oscar Pulido, Ivan Diaz, Jose Gabriel Mamaquin, Juvenal Ramirez, Ana Isabel Lozano, Manuel Portas, Gonzalo Borda, Blanca Nubia Silva, Alejandro Sorta, Victore Pulido, Teresita Ramirez, Santos Robayo, Salomon Talenzas, Estela Jaramio, Lenaldo Mela, Tulia Moreno, Miguel Moreno, Ambrosio Ramirez, Calixto Rios, Sixto Rios y Clodomir Castro.												
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE.	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
8		Generar espacios vivenciales de encuentro entre la red familiar y social con el adulto mayor mediante salidas a medio familiar, salidas a puntos educativos y salidas ocios.	% de Planes caseros	100%	X Necesita ti	Gestionar el diligenciamiento oportuno de planes caseros para salidas a medio familiar	Nº Planes Caseros realizados	0												% DE PLANES CASEROS
							Total solicitud	0												
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Durante este mes no se presentaron salidas a medio familiar.												
							PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
9		Realizar cierre de historia clínica por egreso y/o ese por fallecimiento, traslado a otro Centro y por reintegro al medio familiar	% de cierre de historia clinica por egreso	100%	X M ensual	Gestionar el diligenciamiento oportuno del cierre de historias clínicas.	Nº cierre de historias clinicas realizados	1												% DE CIERRE DE HISTORIA CLINICA POR EGRESO
							Total solicitud	1												
							CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Se realizo el cierre de la historia clinica y social de la persona mayor Luz Arsenia por fallecimiento.												
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE.	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
10		Participar en las reuniones administrativas, actividades de integración, Religiosas, Culturales, comites programados por la Dirección y segun requerimiento	% cumplimiento con reuniones programadas segun periodicidad de intervención de prevención social	100%	Mensual	Gestionar la asistencia a las reuniones de equipo para la realización de estudios de caso de las personas mayores y/o ese por salud, compartiendo a segun necesidad	Nº de reuniones de equipo realizados	6												% CUMPLIMIENTO CON REUNIONES PROGRAMADAS
							Nº de reuniones programadas	6												
							CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	En el presente mes se realizaron 2 reuniones de equipo de terapia ocupacional, una reunion de dia a dia, una reunion de comites, una reunion de analisis de eventos adversos, una reunion de area y direccion.												
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE.	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
11		Participar en la realizacion de estudios de caso con el equipo profesional	% de cumplimiento en la realizacion de estudios de caso	100%	Mensual	Gestionar la asistencia a las reuniones de equipo para la realización de estudios de caso de las personas mayores y/o ese por salud, compartiendo a segun necesidad	Nº de estudios de caso realizados	0												% DE CUMPLIMIENTO EN LA REALIZACION DE ESTUDIOS DE CASO
							Nº de estudios de caso programados	0												
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	En el presente mes no se realizaron reuniones para analizar estudios de caso.												
							PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
12		Participar de las espacios de capacitación continuada programadas y dirigida a las compañeras del CBA Belmira. Sobre divulgación, de guias, procedimiento, protocolos	% cumplimiento con capacitación continua	100%	Mensual	Intervención y participación de las capacitaciones virtuales o presencial brindando la actualizacion de conocimientos y practica de acciones seguras, en pro de la calidad de la atencion hacia las personas mayores	Nº capacitaciones asistidas	0	12	12	11	10	14	11	12	12	4	10	1	% CUMPLIMIENTO CON CAPACITACIÓN CONTINUA
							Total capacitaciones programadas	0												
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Durante este mes no se realizaron actividades de capacitacion continua.												
							PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	

J.H.S. **INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA** **PROCISO**	**CENTRO BIENESTAR DEL ANCIANO BELMIRA** **INFORME DE GESTION VIGENCIA 01 DE ENERO AL 31 DICIEMBRE DEL 2023** **GESTION DE CALIDAD**		**CODIGO:FT-GC-011** **VERSION:001** **FECHA: 27/01/2018**

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION DEL AREA DE MEDICINA

NO:	TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGOSTO	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	GRAFICO DEL INDICADOR
1		Valorar los usuarios nuevos al ingreso a la institucion Hogar del Adulto Mayor / C.B.A. Belmira Fusagasuga.	Porcentaje de ingreso nuevos.	Numero Total de Personas Mayores que ingresaron	5												PORCENTAJE DE INGRESO NUEVOS.
				Numero Total de Personas Mayores que ingresaron	25												
				CUMPLIMIENTO	20%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
				ANALISIS/ SIGUIMENTO	En el mes de enero ingresos nuevos fueron 5 valoraciones prioritarias 20												
				PLAN DE MEJORA	SI REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
2		Realizar el control total de la poblacion institucionalizada en el Hogar del Adulto Mayor / C.B.A. Belmira Fusagasuga. trimestralmente.	Porcentaje equitativo mensual de poblacion valorada.	Numero total de personas Mayores en seguimiento en el periodo	5												PORCENTAJE EQUITATIVO MENSUAL DE POBLACION VALORADA.
				Numero Total de Personas Mayores ven seguimientos en el periodo	5												
				CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
				ANALISIS/ SIGUIMENTO	Se habia programamado la valoracion control de 20 usuarios para el mes de enero se logra cubrir valorar usuarios, pero en atencion a libre demanda												
				PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
3		Realizar consulta medica no programada a los usuarios institucionalizados en el Hogar del Adulto Mayor / C.B.A. Belmira Fusagasuga. y asi definir conductas médicas a los casos clínicos que se presentes y que ameritan atención de urgencia o programada.	Porcentaje de Consulta / atencion prioritaria.	Numero total de personas Mayores valoradas que requieren tratamiento	25												PORCENTAJE DE CONSULTA / ATENCION PRIORITARIA.
				Numero Total de Personas Mayores programadas	25												
				CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
				ANALISIS/ SIGUIMENTO	En el mes de enero se realiza consulta prioritaria a 20 usuarios a solicitud del mismo usuario por ingreso institucional rinofaringitis, , malestar general. Y ptes que requirieron controles y reconsultas a necesidad durante el periodo de mes de enero												
				PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
4		Fomentar en el ingreso de los usuarios a la participación en los programas de prevención a los que tienen derecho el persona mayor en el SGSS en Salud, por medio de la actuación directa de médico SSO que está inscrito a través de la IPS primaria Hospital San Rafael de FSGA. para hacer cumplir programas de prevención y promoción en salud. mensualmente	Porcentaje de usuarios inscritos a programas de promocion y prevencion	Numero de personas Mayores que se encuentran en programas de PyD	77												PORCENTAJE DE USUARIOS INSCRITOS A PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCION
				Numero Total de Personas Mayores institucionalizados	77												
				CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
				ANALISIS/SIGUIMENTO	Se encuentra habilitado para el año 2023 programa de acompañamiento medico por parte del hospita local ,de medico del servicio social obligatorio inscrita a Hospital San Rafael de Fusagasuga para realiza control por medico de programade Promocion y Prevencion a los usuracion institcionalizados inscritos a las EPS sanitas nueva eps salud total famisanar												
				PLAN DE MEJORA	#DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
5	**eficacia**	Progsamar charlas y talleres educativos.	Porcentaje de charlas mensuales.	Charles y talleres realizados	0												PORCENTAJE DE CHARLAS MENSUALES.
				Numero total de actividades programadas	0												
				CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
				ANALISIS/ SIGUIMENTO	En el mes de enero no se guaba programa de capacitacion,												
				PLAN DE MEJORA	#DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
6		Vigilar la ejecución de órdenes médicas provenientes del médico tratante con la participación de los demás profesionales	Porcentaje de ordenes médicas provenientes de su IPS.	Numero Total de ordenes médicas con seguimiento	25												PORCENTAJE DE ORDENES MÉDICAS PROVENIENTES DE SU IPS.
				Numero total de ordenes médicas emitidas en el mes.	25												
				CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
				ANALISIS/SIGUIMENTO	En el mes de enero se cumplen citas control de Adulto Mayor institucionalizado con especialistas y apoyo de medico de servicio social obligatorio procedentes de hospital San Rafael en os actividades programa control de cronicos en evolucion medica diaria se registra analisis y recomendaciones dadas en valoraciones medicas externas. se cumple seguimiento de las recomendaciones externas de los medicos hacia nuestros usuarios												
				PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
7		Participar en la realizacion de informes, reuniones administrativas, actividades de integración, Religiosas, Culturales, comites programadas por la Dirección y segùn requerimiento.	Porcentaje cumplimiento presentacion de informes	numero total de reuniones y/o actividades realizadas	1												PORCENTAJE CUMPLIMIENTO PRESENTACION DE INFORMES
				nuemero total de reuniones y/o actividades programadas	1												
				CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
				ANALISIS/ SIGUIMENTO	ENERO , Reuniones del mes: Dia a dia 1 y los comités												
				PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
8		realizacion de estudios de caso	porcentaje en la realizacion de estudios de caso.	numero total de estudios de casos realizados	0												PORCENTAJE EN LA REALIZACION DE ESTUDIOS DE CASO.
				nuemro total de estudios de casos nesesarios	0												
				CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
				ANALISIS/ SIGUIMENTO	Durante el mes de enero . No e presento seguimientos de Estudios de caso												
				PLAN DE MEJORA	#DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	

HSS. INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA PROCESO	CENTRO BIENESTAR DEL ANCIANO BELMIRA INFORME DE GESTION VIGENCIA 01 DE ENERO AL 31 DICIEMBRE DEL 2023 GESTION DE CALIDAD	CODIGO FT-GC-011 VERSION 001 FECHA: 27/01/2018

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION DEL AREA DE ENFERMERIA

NO.	TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGOSTO	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	GRAFICO DEL INDICADOR
1	**EFICIENCIA**	Realizar valoración de enfermería a todos los usuarios que ingresan a la institución con el fin de determinar su estado actual y definir el cuidado de enfermería requerido según necesidad.	% valoracion de ingreso	100%	Mensual	Realizar valoración de enfermería inicial a los Personas que ingresan por primera vez al CBA Belmira	Numero total de valoraciones de primera vez	5												
							Total de usuarios que ingresaron por primera vez a la institución	5												
							CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Durante el mes de enero se realizan 5 ingresos de personas mayores al Centro de bienestar del anciano belmira												
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
2	eficiencia, eficacia. Efectividad	Realizar evaluaciones trimestralmente en la historia clínica de cada usuario según sensibilización de la misma.	%de evaluciones trimestrales	100%	Mensual	Según la sensibilización de las evaluciones así mismo se realizaran para dar cobertura a la totalidad de la población institucionalizada	Numero total de evaluaciones trimestrales realizadas	18												
							Numero total de evaluciones trimestrales programadas	18												
							CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Durante el mes de enero se realizan 18 evaluciones trimestrales de acuerdo a las programadas												
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	
3	eficiencia, eficacia. Efectividad	Realizar el cierre de historias clínicas de egresos institucionales	%de cierre de historias por egreso	100%	Mensual	Se realizara cierre de historia clínica de usuarios institucionalizados segun presentacion de eventos por los cuales se genere egreso, fallecimiento, traslado a otro lugar o familiar	Numero total de cierres de historias clínicas	1												
							Numero total de egresos	1												
							CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Se presentan 1 egreso por fallecimiento												
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
4	eficiencia, eficacia. Efectividad	Participar en la elaboración de estudios de caso y seguimientos por salud, alteración comportamental, por ingreso o de acuerdo a su echo físico mental. Se reportaremos.	% de participación en los estudios de caso según requerimiento	100%	Mensual	Asistir en Se fecha y hora indicada para estudios de caso según cronograma administrativo	Numero total de estudios de caso realizados	0												
							Numero total de casos programados	0												
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Durante el mes no se participo en estudio de caso ya que no corresponde para este mes												
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	
5	eficiencia, eficacia. Efectividad	Participar en la elaboración del PAIN a las personas mayores que ingresan y su respectivo seguimiento	%.P AIN que se realizan a los usuarios según cronograma	100%	Mensual	Apoyo en el diligenciamiento del formato PAIN diseñado en relacion al estudio de caso conocimiento, planeando, monitoreando, y seguimiento al monitoreado.	Numero total de PAIN realizados	26												
							Numero total de PAIN programados	26												
							CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Durante el mes se realizan 26 monitoreando, dando un total de 26 PAIN												
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	
6	ficiencia, eficacia. Efectividad	Realizar supervisión al personal auxiliar de enfermería sobre el manejo y posterior a la administración de medicamentos según orden medica.	% De supervisiones realizadas al personal auxiliar en el administración de medicamentos	100%	Mensual	Se debe verificar los pasos de control y ordenar siempre las 10 correctos de la administración de los medicamentos incluidos el cotapso	Numero total de supervisiones realizadas	8												
							Número de supervisiones programadas	8												
							CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	se realizaron 8 supervisiones a los auxiliares de enfermeria de medicamentos, las cuales trascurren con normalidad												
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	
7	eficiencia, eficacia. Efectividad	Realizar supervisión al personal auxiliar de enfermería antes, durante y posterior a la administración de medicamentos según orden medica.	% de actividades desarrolladas según programa de salud sexual y reproductiva	100%	Mensual	Cumplir con las capacitaciones y citas medicas y trámites según necesidad del programa de salud sexual y reproductiva	Numero de actividades desarrolladas del programa de salud sexual	4												
							Numero de actividades programadas del programa de salud sexual	4												
							CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Se realizo cambio de condo vesical a 4 personas mayores, se brinda educación sobre el mantenimiento del sondaje vesical y de la importancia de una buena higiene genital												
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	
8	eficiencia, eficacia. Efectividad	Desarrollar el programa de seguridad del paciente	% de actividades desarrolladas en el programa de seguridad de la persona mayor	100%	Mensual	Dar cumplimiento estricto a las actividades de seguridad del paciente	Numero de actividades desarrolladas del programa de seguridad de la persona mayor	4												
							Numero de actividades programadas del programa de seguridad de la persona mayor	4												
							CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Durante el mes de enero se realizaron 2 rondas de seguridad, análisis de eventos adversos y planificacion del programa.												
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	
9	eficiencia, eficacia. Efectividad	Participar en las intervención familiares para el fortalecimiento de tratamiento terapéutico	%de participación en reuniones con usuario y/o familia	100%	Mensual	Interactuar con el equipo profesional para el abordaje de la reuniones de intervención con usuario y/o familia	Numero de reuniones de familia y/o usuarios en las que se participo	0												
							Numero de reuniones de familia y/o usuarios programadas	0												
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Durante el mes no se programan actividades con familias ya que no corresponden en este mes según cronograma												
							PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
10	eficiencia, eficacia. Efectividad	Apoyo al proceso de habilitación de servicios de salud segùn la norma vigente.	% de actividades desarrolladas en el marco del proceso de habilitación	100%	Mensual	Cumplir con el cronograma de actividades establecidas en cronograma por la líder de calidad en el proceso de habilitación	Numero de actividades propias del proceso de habilitación desarrolladas	0												
							Numero de actividades propias de habilitación programadas	0												
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Durante el mes de enero no se realizan actividades de habilitación, se tienen programadas a partir del mes de Mrmo 2023												
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
11	eficiencia, eficacia. Efectividad	Realizar las capacitaciones del programa de capacitación institucional según cronograma	%de capacitaciones realizadas	100%	Mensual	Programar mensualmente las capacitaciones según cronograma	Numero de capacitaciones realizadas en el mes	0												
							Numero de capacitaciones programadas en el mes	0												
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Durante el mes de Enero no se realiza actividades a partir del siguiente mes se daran inicio, en este mes se realiza la planificacion de las mismas												
							PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	
12	eficiencia, eficacia. Efectividad	Participar en las reuniones del equipo interdisciplinario.	%de reuniones de equipo en que se participo	100%	Mensual	Verificar mensualmente las reuniones programadas por el equipo profesional de la institución y asistir.	Numero de reuniones de equipo en las cuales se asistio	1												
							Numero de reuniones de equipo programadas	1												
							CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Se realiza una reunión de equipo con el fin de dar a conocer compromisos pasados y establecer los actuales todo en pro de brindar una atención con calidad y mantener un buen ambiente laboral												
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	
13	eficiencia, eficacia. Efectividad	Participar los comités institucionales que sea hagan parte	%de asistencia a los comités institucionales	100%	Mensual	Verificar mensualmente el cronograma y convocatorias a los comités y programar asistencia	Numero de reuniones de comités institucionales a las cuales se asiste	1												
							Numero de reuniones de comités institucionales programadas	1												
							CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	se realizo 1 comité programado y realizado												
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	
14	**eficiencia, eficacia. Efectividad**	Participar activamente en las actividades culturales, religiosas, integradoras e inter institucionales. en las que se participe	% de actividades culturales, religiosas, integradoras e inter institucionales.	100%	**Mensual**	Asistir y a participar de cada actividad programada en la institución	Numero de actividades culturales y religiosas en las cuales se participo	0												
							Numero de actividades culturales y religiosas programadas	0												
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Durante el mes de enero no se participa en actividad cultural												
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	
15	**eficiencia, eficacia. Efectividad**	Constatar que el jefe de enfermería cuente con los elementos y materiales necesarios para el cumplimiento de sus funciones	%de cumplimiento con los pedidos de elementos y materiales requeridos en el área de enfermería	100%	**De tool**	Solicitar mensualmente por medio de pedido los elementos que se requieren para el área de enfermería	Numero de pedidos realizados	1												
							Numero de pedidos programados	1												
							CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Se realiza solicitud de elementos y materiales necesarios para que el personal de enfermería realice las actividades asignadas												
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	

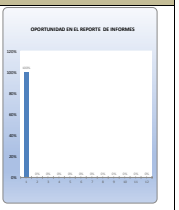
E.S.E. INSTITUTO DE HIGIENA Y ATENCION CANCERIGENA DE SANTA CLARA	CENTRO BIENESTAR DEL ANCIANO BELMIRA		CODIGO:FT-GC-001
	INFORME DE GESTION VIGENCIA: 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2025		VERSION:001
	GESTION DE CALIDAD		FECHA: 27/01/2026

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION DEL AREA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

NO.	TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGOSTO	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	GRAFICO DEL INDICADOR
1	Eficiencia, eficacia, Efectividad	BRINDAR INFORMACION AL USUARIO RESPECTO A LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS QUE SE LLEVAN MAS A CABO DURANTE SU ESTADIA EN LA CRA.	% DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS	100%	A. Necesidad	REALIZAR EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	NUMERO DE CONSENTIMIENTOS INFORMADO DEBIDAMENTE DILIGENCIADOS	5												% DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DEBIDAMENTE DILIGENCIADOS
							TOTAL DE PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS	5												
							CUMPLIMIENTO	100%	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Durante el mes de enero ingresaron 5 personas mayores a la institucion												
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	NO REQUIERE	0,00%V/0	NO REQUIERE	
2	Eficiencia, eficacia, Efectividad	PROMUEVE EL AUTOCUIDADO EN LOS ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS EN UN NIVEL DE RIESGO NO OPTIMO	% DE PERSONAS MAYORES QUE RECIBIERON Y APLICAN LAS RECOMENDACIONES SOBRE SU AUTO CUIDADO	100%	A. Necesidad	ESTABLECER LA METODOLOGIA PARA LA ENTREGA DE LAS RECOMENDACIONES EN DEL AUTO CUIDADO ENA A POBLACION	NUMERO DE PERSONAS MAYORES QUE REALIZAN ACTIVIDADES DE AUTO CUIDADO	41												% DE PERSONAS MAYORES QUE RECIBIERON Y APLICAN LAS RECOMENDACIONES SOBRE SU AUTO CUIDADO
							NUMERO DE PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS EN UN NIVEL	38												
							CUMPLIMIENTO	100%	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Se realizan supervision de actividades del autocuidado, higiene personal a 41 personas mayores, y se realiza asistencia en las actividades del autocuidado a 38 personas mayores para su deterioro cognitivo y físico												
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	NO REQUIERE	0,00%V/0	NO REQUIERE	
3	Eficiencia, eficacia, Efectividad		% DE VALORACIONES NUTRICIONALES REALIZADAS AL INGRESO DE LAS PERSONAS MAYORES	100%	A. NECESIDAD	APLICAR FORMATO DE VALORACION NUTRICIONAL A TODA PERSONA MAYOR QUE INGRESE AL CENTRO	NUMERO DE PERSONAS MAYORES CON VALORACION NUTRICIONAL AL INGRESO	5												% DE VALORACIONES NUTRICIONALES REALIZADAS AL INGRESO DE LAS PERSONAS MAYORES
							TOTAL DE PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS	5												
							CUMPLIMIENTO	100%	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Durante el mes de enero ingresaron 5 personas mayores a la institucion												
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	NO REQUIERE	0,00%V/0	NO REQUIERE	
4	Eficiencia, eficacia, Efectividad		ADHERENCIA A LA PRACTICA DE PAUSAVIA	100%	AVIAL	Aplicación de lista de chequeo al paquete de pausavia	NUMERO DE CHEQUEOS EVALUADOS CON CUMPLIMIENTO	0												% ADHERENCIA A LA PRACTICA DE PAUSAVIA
							TOTAL DE CHEQUEOS EVALUADOS	0												
							CUMPLIMIENTO	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	
							ANALISIS/SEGUIMIENTO	Durante este mes no se realiza lista de chequeo ya que por cronograma corresponde en el mes de agosto												
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	0,00%V/0	NO REQUIERE	
5	Eficiencia, eficacia, Efectividad	GARANTIZAR PRECISIONES DE SEGURIDAD EN SALUD SEGUROS CON LA IMPLEMENTACION ACTIVA DE LOS FUNCIONARIOS, PERSONAS MAYORES Y SUS	%DE APARICION DE UPP	100%	Mensual	SUPERVISION DIARIA A LAS PERSONAS MAYORES DURANTE BAÑO, CAMBIO DE POSICION REALIZAR REPORTE EN CASO DE EVIDENCIAR REALIZAR CAMBIOS DE POSICION SEGUN LO REALIZADO	NUMERO DE UPP PRESENTADAS EN EL MES	2												% DE APARICION DE UPP
							TOTAL DE PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS	2												
							CUMPLIMIENTO	100%	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Durante este mes se evidenciaron 2 personas mayores con upp las cuales se encuentran en tratamiento medico												
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	0,00%V/0	NO REQUIERE	
6	Sistemia, eficacia, Efectividad		% DE ADHERENCIA AL LAVADO DE MANOS	100%	BOMBA BOA	APLICACIÓN DE LISTA DE CHEQUEO PARA LA REALIZACIÓN DEL LAVADO DE MANOS ANTES Y DESPUÉS DE CADA PROCEDIMIENTO	NUMERO DE ITEMS DE LA LISTA DE VERIFICACION EL CUAL CUMPLIMIENTO	0												% DE ADHERENCIA AL LAVADO DE MANOS
							TOTAL DE ITEMS EVALUADOS	0												
							CUMPLIMIENTO	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	
							ANALISIS/SEGUIMIENTO	Durante no corresponde realizar lista de chequeo según cronograma estas para el mes de marzo y septiembre, sin embargo se realizan medida de seguridad evidenciando que se cumple con el protocolo de lavado de manos tanto de los funcionarios como las personas mayores, cambios se les refuerza su cumplimiento para evitar infecciones												
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	
7	Eficiencia, eficacia, Efectividad		% IAAS IDENTIFICADAS	<5%	Mensual	Diligencia ACTIVA MEDIANTE LAS RONDAS DE SEGURIDAD, VERIFICACION DE LOS PROCESOS SEGUIMIENTO A LABORATORIOS Y ESTABLECER RECOMENDACIONES DISPOSITIVOS MEDICOS.	NUMERO IAAS IDENTIFICADAS O REPORTADAS EN EL MES	3												% IAAS IDENTIFICADAS
							TOTAL DE USUARIOS INSTITUCIONALIZADOS EN EL PERIODO	3												
							CUMPLIMIENTO	100%	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Durante el mes de enero se inicio tratamiento antibiotico a 3 personas mayores con diagnostico de infeccion de vias urinarias												
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	NO REQUIERE	0,00%V/0	NO REQUIERE	
8	Eficiencia, eficacia, Efectividad		ADHERENCIA PREVENCION DE FUGA EN PACIENTE PSIQUIATRICO	100%	AVIACHEQUEO	APLICACIÓN DE LISTA DE CHEQUEO DEBIDO DE FUGA	NUMERO DE CRITERIOS DE LA LISTA DE CHEQUEO CON CUMPLIMIENTO	0												ADHERENCIA PREVENCION DE FUGA EN PACIENTE PSIQUIATRICO
							TOTAL DE ITEMS EVALUADOS	0												
							CUMPLIMIENTO	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Durante este periodo de tiempo no se presentaron episodios de fuga.												
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	NO REQUIERE	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	NO REQUIERE	
9	EFICACIA	IDENTIFICAR LA CLASE DE EVENTOS QUE SON REPORTADOS CON EL FIN DE ESTABLECER ACCIONES DE MEJORA CONTINUA PARA EVITAR QUE SE DESENCADE NE OCURRENCIA.	REINCIDENCIA DE EVENTOS ADVERSOS	100%	TRIMESTRAL	EJECUTAR CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE ENFERMERIA Y SEGURIDAD	NUMERO DE EVENTOS REINCIDENTES EN EL PERIODO	5												REINCIDENCIA DE EVENTOS ADVERSOS
							TOTAL DE EVENTOS REPORTADOS EN EL PERIODO	5												
							CUMPLIMIENTO	100%	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Durante este mes se presentaron 5 reportes de eventos de estos cuenta 1 incidente y 4 evento adverso el agente causal caida y lacteacion												
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	NO REQUIERE	0,00%V/0	0,00%V/0	NO REQUIERE	0,00%V/0	NO REQUIERE	
10	Eficiencia, eficacia, Efectividad		GESTION DE EVENTOS ADVERSOS	100%	Mensual	MATRIZ DE CONSOLIDACION DE EVENTOS ADVERSOS, ANALISIS Y PLAN DE MEJORA	NUMERO DE EVENTOS GESTIONADOS	5												GESTION DE EVENTOS ADVERSOS
							TOTAL DE EVENTOS REPORTADOS EN EL PERIODO	5												
							CUMPLIMIENTO	100%	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Se lleva a cuatrivi de consolidado al dia, con su debido analisis												
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	NO REQUIERE	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	NO REQUIERE	0,00%V/0	NO REQUIERE	
11	Eficiencia, eficacia, Efectividad		% DE PERSONAS MAYORES CON ESTRATEGIAS DE IDENTIFICACION COMPLETA	100%	Mensual	MEDIANTE LA APLICACION DE LISTA DE CHEQUEO DE ADHERENCIA VERIFICAR: MANILLAS, TABLEROS, HISTORIAS CLINICAS ETC.	NUMERO DE PERSONAS QUE TIENEN LAS ESTRATEGIAS DE IDENTIFICACION COMPLETAS EN EL PERIODO	79												% DE PERSONAS MAYORES CON LA ESTRATEGIA DE IDENTIFICACION COMPLETA
							TOTAL DE PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS EN EL PERIODO	79												
							CUMPLIMIENTO	100%	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Se tienen al 100% de los usuarios identificados por medio de tableros, carnetes, uno ilio en las historias clinicas y sono obligatorio para tablas.												
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	NO REQUIERE	0,00%V/0	0,00%V/0	NO REQUIERE	0,00%V/0	NO REQUIERE	
12	Eficiencia, eficacia, Efectividad	Asegurar la implementación de procesos de atención en salud seguros con la participación activa de los usuarios, promoviendo una cultura, a través de la implementación, y fortalecimiento de practicas seguras desde la prevención y gestión del riesgo.	% DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS	2%	SEMESTRAL	POR MEDIO DE LA APLICACIÓN DE LISTA DE CHEQUEO DURANTE LA ADMINISTRACION MEDICAMENTOS CON EL FIN DE EVIDENCIAR LOS EVENTOS ADVERSOS QUE SE GENEREN DURANTE LA ADMINISTRACION REPORTE DEL EVENTO REGISTRO EN LA HISTORIA CLINICA	NUMERO DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS	0												% DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS
							TOTAL DE PERSONAS MAYORES EN TRATAMIENTO FARMACOLOGICO	79												
							CUMPLIMIENTO	100%	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	No se presentaron eventos adversos.												
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	
13	Eficiencia, eficacia, Efectividad		% DE CAIDAS REPORTADAS	25%	Mensual	Supervisión Diaria de las personas mayores y verificación por medio del sistema de reporte de eventos adversos	NUMERO DE CAIDAS REPORTADAS EN EL MES	3												% DE CAIDAS REPORTADAS
							TOTAL DE USUARIOS INSTITUCIONALIZADOS EN EL MES	79												
							CUMPLIMIENTO	100%	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	No presenta 3 caidas durante el mes, 2 en áreas comunes y una en habitación												
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	
14	Eficiencia, eficacia, Efectividad	Adherencia a la practica de prevención de caidas en la persona mayor	Aplicacion lista de chequeo de practica de prevención caidas	100%	Trimestral		NUMERO ITEMS DE LA LISTA DE CHEQUEO CON CUMPLIMIENTO	0												ADHERENCIA A LA PRACTICA PREVENCIÓN DE CAIDA DE LA PERSONA MAYOR
							TOTAL DE ITEMS DE LA LISTA DE CHEQUEO EVALUADOS	0												
							CUMPLIMIENTO	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	no se aplicaron listas de chequeo para este mes, estan programadas para el mes de abril, julio y octubre												
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	NO REQUIERE	
15	Eficiencia, eficacia, Efectividad	Identificar el nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios y asesoría recibida en la atención en el Centro Bienestar del Anciano Belmira	% de satisfacción global en usuario	100%	ANUAL	Realizar encuesta de satisfacción en usuarios evaluando satisfacción a servicios prestados en el CBA	NUMERO DE COMITES REALIZADOS	1												% DE SATISFACCIÓN GLOBAL EN USUARIO
							NUMERO DE COMITES PROGRAMADOS	1												
							CUMPLIMIENTO	100%	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	
							ANALISIS/SEGUIMIENTO	se realizaran 6 comites: (calidad , historias clinicas , seguridad de la paciente/mayor , infecciones , ambiental (GALAN)												
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	0,00%V/0	

AHSI. INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA	CENTRO BIENESTAR DEL ANCIANO BELMIRA		CODIGO FT-GC-011
	INFORME DE GESTION VIGENCIA: 01 DE ENERO AL 31 DICIEMBRE DEL 2023		VERSION:001
PROCESO	GESTION DE CALIDAD		FECHA: 27/01/2016

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION DEL AREA DE GESTION AMBIENTAL

NO.	TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGO	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	GRAFICO DEL INDICADOR
1	OPORTUNIDAD	Diseñar y Presentar los informes de Gestión, segun requerimientos de los entes de control y supervisión dentro del tiempo establecido dando cumplimiento a la Normatividad Ambiental Vigente	OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMES	100%	MENSUAL (Cada vez que se debe realizar una)		N de informes entregados de forma Oportuna y/o actividades adelantadas ante entidades externas.	3												
							N de Total de Informes Requeridos por los entes de Control y supervisión y/o entidades adelantadas ante entidades externas.	3												
							CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	En el mes de enero 2023 se presentaron informes de obligatorio cumplimiento ante la Corporación Autónoma Regional de Cundinamarca CAR respecto a la gestión de RESPEL de la vigencia 2022, conforme resolución 0316 del 2018. Por otra parte se radicó vía email el informe de generación de residuos hospitalarios y similares ante la Secretaria de Salud de Cundinamarca conforme circular departamental 017 correspondiente al segundo semestre del año 2022 En el mes de enero 2023 se realizó envío al lider del SGA de la matriz de compatibilidad de sustancias Químicas y hojas de seguridad actualizadas											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
2	EFICACIA	Garantizar el Acceso de agua potable para todas las Actividades de Atención Integral a las Personas Mayor	ACCESO DE AGUA POTABLE	100%	DIARIO	Diseño y Aplicación de Lista de Chequeo del suministro y acceso al Agua potable en los puntos hidraulicos del centro.	Numero de puntos hidraulicos verificados que cuentan con acceso agua potable de forma constante	32												
							Total de puntos hidraulicos definidos en el centro.	32												
							CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Durante el mes de enero del 2023 se gerciosaron de forma oportuna los reportes de mantenimiento correctivo asi mismo se ejecutaron los planes de mantenimiento preventivo locativo Dentro de los reportes adelantados organizativi la prestación oportuna y suministro de agua potable												
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
3	EFICACIA	De cumplimiento al decreto 207 del 2016, referente a la conformación y ejecución de las reuniones del comité G.A.G.A.S	%EJECUCIÓN DE LAS REUNIONES DEL COMITÉ G.A.G.A.S	Realizar el 100% de las Reuniones programadas del Comité G.A.G.A.S.	MENSUAL	Conformación del comité G.A.G.A.S. Programación de reuniones mensuales Ejecución de las reuniones	N de Reuniones Realizadas.	1												
							N de Reuniones programadas	1												
							CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Se realizó reunion del comité GAGAS el dia 31 de enero del 2023, reunion de area con los auxiliares de mantenimiento el dia 26 de enero del 2023 y seguimiento con el area de servicios generales, no dando se realizó socialización del manual de funciones y generalidades del comite GAGAS												
							PLAN DE MEJORA	FAVOR	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
4	EFICIENCIA	Mitigar los impactos a la salud de las personas y del medio ambiente por una inadecuada disposición de los residuos Hospitalarios, conforme a la Normatividad vigente	DISPOSICIÓN FINAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS y PELIGROSOS	Disponer Adecuadamente el 100% de los Residuos hospitalarios y Generados en el Centro.	MENSUAL	Contratación y entrega de los residuos Hospitalarios a DESCONT SA ESP. Empresa autorizada para la Gestión final de residuos Hospitalarios	N. de Kg de Residuos Hospitalarios - Peligrosos Dispuestos Adecuadamente en el mes	17												
							N. Total en kg de Residuos hospitalarios -Peligrosos Generados en el mes	17												
							CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Se realizó entrega de residuos peligrosos a la empresa DESCONT SAS ESP cogido manifiesto No. 3186637 ENVASES DE QUIMICOS 1 / 1 BIOSANITARIOS 1 / 6 CORTOPUNZANTES 2 / 2.1 ENVASES DE FARMACOS 1 / 7 ENVASES DE QUIMICOS 1 / 0.1 PILAS 1 / 0.2 TONNER 1 / 1 ENVASES DE IMPRESORA 1 / 1.5 TOTAL Cantidad: 8 TOTAL Kilos: 17.00											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
5	IMPACTO	Sensibilizar a los funcionarios y contratistas acerca de las Practicas Ambientales y lineamientos del Plan Institucional de Gestión Ambiental PIGA	PROMOCION DE PRACTICAS AMBIENTALES	100% de las actividades programadas	MENSUAL	Vincular a los funcionarios y personas mayores en actividades ludico recreativas de promoción de los buenas practicas ambientales	Numero de Actividades desarrolladas	0												
							Total de Actividades Ejecutadas	0												
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Para el mes de enero 2023 se realizó la programación de actividades de sensibilización ambiental dirigidas a personas mayores, se pospuso iniciar en el mes de Marzo 2023 de conformidad al cronograma propuesto.												
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
6	EFECTIVIDAD	Mejorar la prestación de los servicios de atencion integral en funcion de la minimizacion de riesgos ambientales y sanitarios a partir de la capacitacion continua a los colaboradores del centro.	EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN CONTINUA	Realizar al 100% de las capacitaciones programadas desde el area de gestion ambiental	Virtual	Diseñar el cronograma de capacitaciones del Area Diseñar y brindar al personal del centro las capacitaciones externas relacionadas a la gestion ambiental.	Numero de capacitaciones ejecutadas	1												
							Numero de capacitaciones programadas	1												
							CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	En el mes de enero 2023 se realizó capacitación al talento humano sobre: Inducción al PGIRS, Organigrama y funciones del centro GAGAS el dia 26 de enero del 2023												
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	

JHA
INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA

PROCESO

CENTRO BIENESTAR DEL ANCIANO BELMIRA

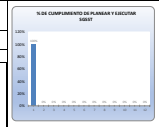
INFORME DE GESTION VIGENCIA 01 DE ENERO AL 31 DICIEMBRE DEL 2023

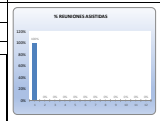
GESTION DE CALIDAD

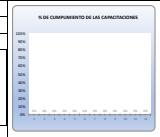
COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION DEL SGSST

CODIGO:FT-C-C-011
VERSION:001
FECHA: 17/01/2024

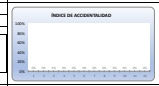
NO.	TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGOSTO	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	GRAFICO DEL INDICADOR
1		PLANEAR EJECUTAR EL SISTEMA Y GESTION SSTSS LA SEDE FRENTE A LOS REQUERIMIENTOS DEL DECRETO 1072 DEL 2015	% DE CUMPLIMIENTO DE PLANEAR Y EJECUTAR SGSST	100%	Mensual	ELABORAR PLAN DE TRABAJO CON LAS ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENSION	NÚMERO DE DOCUMENTOS PROPIOS DEL SISTEMA ACTUALIZADOS	5												
							NUMERO DE DOCUMENTOS REQUERIDOS EN EL SISTEMA	5												
							CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Para el mes de enero se evidencia cumplimiento en la meta establecida, ya que se cuenta con los registros de la revisión y actualización de los documentos: 1.Plan de trabajo con ARL SURA 2.Diseño Plan de Trabajo Anual del SG-SST 3. Verifico la autenticidad del pago de seguridad social de los contratistas 4. Asignar los recursos para el funcionamiento del SG-SST 5.Rendición de cuentas													
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
2		LIDERAR LAS REUNIONES ORDINARIAS DEL COPASST DANDO CUMPLIMIENTO AL SG SST	% Reuniones asistidas	100%	Mensual	ELABORAR CRONOGRAMA DE REUNIONES CON TEMAS ACTIVIDADES Y FECHAS	NÚMERO DE REUNIONES ASISTIDAS EN EL MES	3												
							NUMERO DE REUNIONES PROGRAMADAS EN EL MES	3												
							CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Para el mes de enero se evidencia cumplimiento en la meta establecida, ya que se realiza reuniones con los comités según cronograma establecido: 1.COPASST, se realizó reunión ordinaria el mes fechas y actividades ejecutadas. 2.Comité de Convivencia Laboral, se realizó la reunión trimestral con el tema principio de confidencialidad, según cronograma anual. 3.Comité de Investigación de Incidentes y Accidentes de Trabajo, no se realiza reunión por AT ya que no se presentaron, ni se presentaron incidentes de trabajo. 4.Comité Brigadas de Emergencias, se realizó la reunión conformación Brigada, según cronograma establecido.													
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
3	**Eficacia**	EJECUTAR EL PROGRAMA DE CAPACITACION DE SGSST A TODO EL PERSONAL DE LA SEDE	%DE CUMPLIMIENTO DE LAS CAPACITACIONES	100%	A NECESIDAD	PLANEAR DIVULGAR Y EJECUTAR LAS CAPACITACION CON TIEMPO	NUMERO DE CAPACITACIONES REALIZADAS EN EL MES	0												
							NUMERO DE CAPACITACIONES PROGRAMADAS	0												
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/SEGUIMIENTO	No se proyectaron durante el mes												
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
4		PORCENTAJE DE INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO	%DE ACCIDENTES DE TRABAJO INVESTIGADOS	100%	A NECESIDAD	INVESTIGAR CADA FURAT REGISTRADO.	NUMERO DE INCIDENTES DE TRABAJO INVESTIGADOS	0												
							NUMERO TOTAL INCIDENTES DE TRABAJO REPORTADOS	0												
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	No se presentaron en el mes												
							PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
5		EJECUTAR EL PLAN DE TRABAJO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	ÍNDICE DE ACCIDENTALIDAD	5%	Mensual	INGRESAR LA INFORMACION DE LAS ESTADISTICAS MES A MES,INCLUYENDO LOS DIAS DE CADA ACCIDENTES DE TRABAJO	NUMERO DE ACCIDENTES DE TRABAJO EN EL PERIODO	0												
							NUMERO TOTAL TRABAJADORES EN EL PERIODO	0												
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	No se presentaron durante el mes												
							PLAN DE MEJORA	PNEQUIRE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
6		EJECUTAR EL PLAN DE TRABAJO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	%DE CASOS DE ENFERMEDAD LABORAL	25	Mensual	LLEVAR A CABO LAS INVESTIGACIONES DE CADA ACCIDENTE DE TRABAJO PRESENTADO,	NUMERO DE CASOS DE ENFERMEDAD LABORAL PRESENTADOS EN EL PERIODO	0												
							NNUMERO TOTAL DE TRABAJADORES EN EL PERIODO	0												
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/SEGUIMIENTO	Para el mes de enero se evidencia que el porentaje de casos por Enfermedad Laboral es del 0% ya que no se presentaron casos.												
							PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
7	**PROCESO**	PLANEAR EJECUTAR EL SISTEMA Y GESTION SSTSS LA SEDE FRENTE A LOS REQUERIMIENTOS DEL DECRETO 1072 DEL 2015	%DE CUMPLIMIENTO DE PLANEAR Y EJECUTAR SGSST	95%	MENSUAL	ELABORAR PLAN DE TRABAJO CON LAS ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENSION	NUMERO DE ACTIVIDADES EJECUTADAS	1												
							NUMERO DE ACTIVIDADES PLANTEADAS	1												
							CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/SEGUIMIENTO	Para el mes de enero se continúa con el ingreso del ausentismo laboral de cada mes.												
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
8	**IMPACTO**	EJECUTAR EL PLAN DE TRABAJO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	%ÍNDICE DE AUSENTISMO POR ENFERMEDAD DE ORIGEN L ABORAL	95%	MENSUAL	INGRESAR LA INFORMACION DE LAS ESTADISTICAS MES A MES	NÚMERO DE DÍAS DE AUSENCIA POR ENFERMEDAD DE ORIGEN LABORAL	0												
							NNUMERO TOTAL DE TRABAJADORES EN EL PERIODO	0												
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/SEGUIMIENTO	Para el mes de enero se evidencia que el índice de ausentismo por accidentes de trabajo es del 0%, ya que no se presentaron días de incapacidad por ausencia de accidentes de trabajo en el mes.												
							PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	

















J.H.S.
INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA

PROCESO

CENTRO BIENESTAR DEL ANCIANO BELMAR

INFORME DE GESTION VIGENCIA 01 DE ENERO AL 31 DICIEMBRE DEL 2023

GESTION DE CALIDAD

CODIGO: FOR-GC-001
VERSION: 001
FECHA: 27/07/2018

NUMERO	TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	DEFINICION	FORMULA DEL INDICADOR	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOSTO	SEP	OCT	NOV	DIC	GRAFICO DEL INDICADOR
1	EFICACIA	Adquisición, custodia y conservación óptima de los medicamentos. Y la dispensación de los mismos, de los medicamentos, para que se dé cumplimiento con el tiempo adquisición para la formalidad el agente	% de formulas generadas	verificacion de los medicamentos solicitados por el medico tratante frente a la disponibilidad de los mismos, para que se asegure la entrega del medicamento a la institución, paras sujeto a mencionados de 100 % de la población	Numero de formulas generadas	125												% DE FÓRMULAS GENERADAS
					Numero de formulas entregadas	125												
					CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
					ANALISIS SEGUIMIENTO	se realizo revisión de las formulas generadas por medicina general, ortopedia, psiquiatría, de los tratamientos ordenados segun la regla 1° 2°y 3° entonces segun corresponde de cada orden medica: cápita, evento o alquiler, junto con acta de entrega para los Dispensarios contratados por cada EPS, logrando reclamar los ordenes correspondientes al mes de corte con algunos pendientes no recibidos cápita que no medica ningunlamento ayudamos												
					PLAN DE MEJORA	Ver Plan de Mejora								Ejecutado	Ejecutado	Ejecutado	Ejecutado	
2	EFICACIA	Revisar que se encuentre semefectuados el 100% de los medicamentos que se encuentran en el inventario, para que se pueda cumplir procedimiento de semefectuación con que se cuenta en el Centro Bienestar del Anciano Belmar. Conservación y almacenamiento de medicamentos esto es el fin de realizar una correcta distribución de medicamentos teniendo en cuenta el tiempo de caducidad, para que no pierdan en su totalidad y el punto de orden esta de destrucción esto para tener control en los medicamentos que se manejan en la institución.	% de medicamentos ingresados	autoridentario de la plantilla de semefectuados del mes, con los medicamentos almacenados y los que la institución tiene en stock, para que se asegure una resultado efectivo de los medicamentos prudentes a vencer, generando la alerta para la respectiva rotación Este Medio de si a vencer o medicamentos que no tienen la respectiva rotación.	182												% DE MEDICAMENTOS INGRESADOS
					Total de medicamentos semefectuados	182												
					CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
					ANALISIS SEGUIMIENTO	Para este mes el 100% de los medicamentos ordenados en las eps, se gasta tienen semefectuados y marcados con fechas de vencimiento para mejor manejo al momento de dispensarlos teniendo en cuenta el método (peps) y sus fechas de vencimiento, las moléculas que por su cantidad y poste fecha de vencimiento se hace donación o carga con otras fragatas para lograr el aprovechamiento de la molécula sin afectar el tratamiento farmacológico de los adultos mayores del CBA Belmira												
					PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!								Ejecutado	Ejecutado	Ejecutado	Ejecutado	
3	EFICACIA	Mentar siempre asesor de uso del medicamento, de la dosis, horario, hora de la toma, de la guia, orientación adecuada del medicamento, hábitos higiénicos para el mismo, evitar hipertrofia al momento de la toma, cooperación y cumplimiento de la pauta terapéutica.	% de charlas y talleres	capacitar al personal y usuarios frecuentemente para crear habitos para una correcta administracion y aplicacion de los tratamientos farmacologicos	N de charlas y talleres realizadas	0												% DE CHARLAS Y TALLERES
					Total de actividades programadas	0												
					CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
					ANALISIS SEGUIMIENTO	para este mes no se programaron capacitaciones por temas administrativos, de ingresos y aperturas de año												
					PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!								Ejecutado	Ejecutado	Ejecutado	Ejecutado	
4	EFICACIA	Participar en actividades de formas que se encuentren en el plan de bienestar, en el área de la salud, para asegurar y garantizar el uso adecuado de los medicamentos.	% de medicamentos administrados	realizar seguimiento al 100% de los medicamentos administrados a cada persona mayor, verificando los errores cometidos y registrando los eventos adversos que puedan surgir	Total de medicamentos administrados	182												% DE MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS
					Total de medicamentos recetados	182												
					CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
					ANALISIS/SEGUIMIENTO	En varias ocasiones de a los cuidadores que tienen las personas mayores en brigadas de salud medico general, psiquiatría y urgencias para dar cumplimiento a los tratamientos, iniciar cambios de dosis y frecuencia y/o suspender algunos medicamentos que ya no son necesarios para el manejo de patologías, realización de cambio en estos de manera oportuna, con nuevos de medicamentos y evaluaciones de psicología, con la finalidad de una buena comunicación por valoración médica.												
					PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE								Ejecutado	Ejecutado	Ejecutado	Ejecutado	
5	EFICACIA	Promoción de buen manejo del medicamento.	Porcentaje de charlas realizadas	se trabaja con el 100% de usuarios funcionales, con el personal de enfermería, auxiliares de salud, en el manejo de los medicamentos que se les administra, adicionalmente dudas, y frecuentemos parte del programa de seguridad de la persona mayor, verificando que los medicamentos se estén suministrando y de esta manera evitar las interacciones farmacológicas	N de charlas con los enfermeros farmacologos	76												% DE CHARLAS Y TALLERES
					Total de profesion	76												
					CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
					ANALISIS SEGUIMIENTO	pues este mes no se realizaron capacitaciones por ajustes de año, pero se evidencia control de cordeos en cierre de medicamentos y seguimiento a los tratamientos farmacológicos.												
					PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE								Ejecutado	Ejecutado	Ejecutado	Ejecutado	
6	EFICACIA	Vigilar la ejecución de órdenes médicas funcionarios del medico tratante con la participación de los dentro profesionales.	% de medicamentos ingresados	realizar semanal 100% de los medicamentos almacenados en el servida, con el propósito de no tener estantes o faltantes en stock de medicamentos	N de medicamentos ingresados	182												% DE MEDICAMENTOS INGRESADOS
					N de medicamentos ingresados	182												
					CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
					ANALISIS/SEGUIMIENTO	se realiza verificación de los medicamentos ordenados por medicina general ortopedia y psiquiatría frente a la entrega pedida por las eps, esto con el fin de asegurar la entrada del medicamento a la institución, para sujeto a los mencionados de 100 % de la población, de los cuales hace la respectiva técnica, semefectuación y almacenamiento.												
					PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE								Ejecutado	Ejecutado	Ejecutado	Ejecutado	
7	EFICACIA	el Reglamento siempre usted porque se cumplan a cabalidad las requerimientos relacionados con la prescripción, adquisición, custodia, selección, recepción y almacenamiento, distribución y dispensación.	% de documentos elaborados	Realizar actualizacion de los documentos de acuerdo a los cambios normativos	N de documentos elaborados	1												% DE DOCUMENTOS ELABORADOS
					N de documentos metados	1												
					CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
					ANALISIS SEGUIMIENTO	Para este mes se realiza un formato de orden medica que se lleva en la mesa de enfermería para que el medico tratante lo diligencie en el momento de manejo institucional, que permita tener mayor control en los tratamientos que realiza el medico institucional y por ende se puedan llevar a archivo de historia clínica como soporte de manejo con tratamientos farmacologicos a los usuarios del CBA Belmira.												
					PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE								Ejecutado	Ejecutado	Ejecutado	Ejecutado	
8	EFICACIA	Realizar la inspección, control y vigilancia de los medicamentos farmaceuticos a Realizados por parte del Fondo Nacional De Estupefacientes	% de tratamientos formulados	trabajo en la annexación del listado de los tratamientos de los medicamentos de control especial, inspección, vigilancia y control de los mismos.	N° de tratamientos formulados	8												% TRATAMIENTOS FORMULADOS
					Total de tratamientos despachados y auditados	8												
					CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
					ANALISIS SEGUIMIENTO	En bienes 8 usuarios valorados por psiquiatría y que manejan medicamentos de control especial. Adquiridas las ordenes medicas y reclamadas ante la eps.												
					PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE								Ejecutado	Ejecutado	Ejecutado	Ejecutado	
9	EFICACIA	participar de las equipos de capacitación continuada programadas y dirigida a los compañeros del CBA Belmira. Estén divulgados, de guías procedimientos, protocolos.	% cumplimiento con capacitación	Intervención y participación de las capacitaciones brindadas al personal funcionando la actualización de conocimientos, habilidades y destrezas, en el cargo, en pro de la calidad de la atención hacia las personas mayores	Numero total de capacitaciones participadas	0												% CUMPLIMIENTO DE CAPACITACIONES
					Numero total capacitaciones programadas	0												
					CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
					ANALISIS SEGUIMIENTO	no s tienen capacitaciones programadas para este mes												
					PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!								Ejecutado	Ejecutado	Ejecutado	Ejecutado	
10	EFICACIA	Apoyar en la elaboración de plan casero mediante planes informales y fortalecimiento del proceso disciplinario institucional en CBA Belmira	% cumplimiento en elaboracion plan casero	Fortalecimiento bucs afectivos familiares y procesos de adaptación en las Personas Mayors.	numero de planes caseros elaborados	0												% ELABORACIÓN DE PLAN CASERO
					numero de personas que salen al medio familiar familiares programadas	0												
					CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
					ANALISIS SEGUIMIENTO	para este mes no salio ningun adulto mayor a medio familiar												
					PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!								Ejecutado	Ejecutado	Ejecutado	Ejecutado	
11	EFICACIA	Apoyar en la elaboración de PAIN en sus fases Consolidado, planeación, monitoreando en el proceso institucional de la persona mayor en el CBA Belmira	% cumplimiento en elaboracion PAIN Y SEGUIMIENTO	Fortalecimiento y seguimiento del plandos de las Personas Mayores	numero de Planes de Atención elaborados	26												% CUMPLIMIENTO EN ELABORACION DE PAIN Y SEGUIMIENTO
					numero de planes de atención individual programados	26												
					CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
					ANALISIS SEGUIMIENTO	Para este mes se realizaron los PAIN monitoreando acompañamiento al primer trimestre del año de los siguientes usuarios: Bertilda Beltrán, Blanca Beltrán, Gilberto Benavides, Emiliano Betancourt, Gonzalo Bonilla, Aurora Camacho, Gloria Castañeda, Jesús Carreño, Eugenia Cespedes, Eduardo Cortes, Segundo Cruz, Ana Cruz, Ana Delgado, Ana Duque, Ana Escobar, Ana Gallego, Ana Gil, Tulia Moreno, Miguel Moreno, José Murillo, Nelson Ortiz, Jasmin Pare, Isella Quiceda, Teresita Ramírez, Celsen Ríos, Sonia Robayo, Nuria Sierra, y Blanca otros												
					PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE												
12	EFICACIA	participar de los estudios de casos y seguimiento a los compromisos establecidos. ya sea por parte de los funcionarios o personas mayores y ofrecer a intersectorialmente	% de cumplimiento en la realizacion de los estudios de casos	conocimiento de la situacion de salud fisica, mental, sanitaria y comportamientos a partir de sus deficiencias.	numero total de estudios de caso realizados	0												% ELABORACIÓN ESTUDIOS DE CASO
					numero total de estudios de casos programados	0												
					CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
					ANALISIS SEGUIMIENTO	para este mes no se tenian programados estudios de caso.												
					PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!								Ejecutado	Ejecutado	Ejecutado	Ejecutado	
13	EFICACIA	Participar en la realizacion de informes, reuniones administrativas, comites, capacitaciones, talleres, cultivadas, comites programadas para Direcion y vengan requerimiento.	% REUNIONES ADMINISTRATIVAS	cooperación con intervencionismo de la cultivar de actividades en base de cumplimiento de logros cultivos	numero total de reuniones y/o actividades realizadas	1												% REUNIONES ADMINISTRATIVAS
					numero total de reuniones y/o actividades	1												
					CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
					ANALISIS SEGUIMIENTO	Para este mes se realizó una reunión referente al ingreso de los 5 usuarios provenientes de san pedro Claver fundación Bogotá, para garantizar información referente con este una de los usuarios para su proceso de institucionalización y adaptación a nuevo centro.												
					PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE								Ejecutado	Ejecutado	Ejecutado	Ejecutado	
14	EFICACIA	participar de los ingresos de Personas mayores a la institución	% de ingresos realizados mediante de personas mayores	Conocer y dar actividad a las ordenes medidas de personas que ingresan a la institución.	numero total de personas ingresadas	0												% PERSONAS INGRESADAS
					Numero de ingresos programados	0												
					CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
					ANALISIS SEGUIMIENTO	En varios el ingreso a 5 usuarios provenientes de fundación San Pedro Claver de Bogotá, se realiza empalme con ingreso de esta institución y se reciben mediante fardos los medicamentos de cada una de ellas por separado y con tratamientos para un mes,												
					PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE								Ejecutado	Ejecutado	Ejecutado	Ejecutado	