J.H.S. 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: 27/01/2018

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION DEL AREA DE DIRECCION - COORDINACION

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 cantidad	Atender las visitas de Supervisión y entes de control que llegues al Centro socializar con el equipo los hallazgos encontrados	Numero de visitas de entes de control recibidas	0	2											% VISITAS ENTES DE CONTROL
							Numero de visitas de entes de control anunciadas	0	2											
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	#¡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	Se contó con la visita del de Nestor Castañeda subgerente de la Beneficencia y la Dra Elda Rodriguez supervisora del convenio											
							PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡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, áreas de trabajo y demás actividades grupales.	% de reuniones	100%	Mensual	Cumplir según cronograma con las reuniones mensuales programadas de las diferentes áreas	No. Reuniones realizadas	9	9											% DE REUNIONES
							No. Reuniones programadas	9	9											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Se realizan reuniones de areas para organizar cronograma, actividades y reforzar funciones 2023	Se dio cumplimiento a cronograma de reuniones programadas y otras requerida para reforzar funciones y actividades											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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 comité Institucionales	% cumplimiento a la realización de comites de obligatorio cumplimiento	100%	Mensual	Programar reuniones mensuales de los comites y coordinar su ejecucion	No. De C-omites actividos en el mes	1	1											% CUMPLIMIENTO A LA REALIZACIÓN DE COMITES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO
							total comites programados en el mes	1	1											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Se da inicio a la reunion de los comites de obligatorio cumplimiento (Calidad, Historias Clinicas, Infecciones, Gagas, Tesno y farmacovigilancia, SGSST, SIAC)	Se da inicio a la reunion de los comites de obligatorio cumplimiento (Calidad, Historias Clinicas, Infecciones, Gagas, Tesno y farmacovigilancia, SGSST, SIAC)											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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 directrices 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	27											% DE INFORMES REALIZADOS
							N° informes solicitados	25	27											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡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 ratina	Se da cumplimiento a informes solicitados y los de ratina											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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, segun directiz de Beneficencia	% apoyo apertura buzon	100%	Quincenal	Cumplir con apertura del buzon PQRS, segun cronograma	Numero total de aperturas	2	2											% APOYO APERTURA DE BUZON PQRS
							Numero total programadas	2	2											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡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 cronograma de apertura de buzon el cual junto con los informes fue enviado a la profesional de la beneficencia Tatiana Kalvo	Se da cumplimiento a cronograma de apertura de buzon el cual junto con los informes fue enviado a la profesional de la beneficencia Tatiana Kalvo											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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 los diferentes areas	Numero de historias verificadas en el mes	1	2											% VERIFICACION DE HISTORIAS CLINICAS POR EGRESO
							Total de egresos en el mes	1	2											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Se verifica el cierre de historia clinica de la persona Luz Arsenia quien fallece en el hospital San Rafael de Fusagasuga	Se verifica el cierredo las dos historias por fallecimiento, Bertilda Beltran y Arsenio Castañeda											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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 segun anexo se requieran	No. de actividades realizadas	4	5											% SEGUIMIENTO ACTIVIDADES PERSONAS MAYORES
							No. actividades programadas	4	5											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/SEGUIMIENTO	Se apoyo a las areas de Terapia Física y Ocupacional en la realizacion de las caminatas ecumenicales donde participaron personas mayores funcionales, semifuncionales,	Se brinda apoyo con transporte y dietas para la realizacion de las caminatas y salida extramural al hogar Francisco y Clara den las personas mayres del centro											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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 órdenes médica 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, físicas emocionales y mentales de los usuarios	N° de procesos terapeuticos realizados en el mes	5	0											% DE REALIZACIÓN PROCESOS TERAPEUTICOS (ESTUDIOS DE CASOS)
							N° Total de procesos terapeuticos programados	5	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	Se verifica valoracion de ingreso de las cinco personas mayores residentes del Cra San Pedro Claver y el registro en el sirenna	No se presentaron ingresos durante el 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!	
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	5											% SEGUIMIENTO A LA REALIZACIÓN DE CAPACITACIONES CONTINUAS
							N° Capacitaciones programadas en el mes	0	5											
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Nio se programaron pasa el mes de enero 2023	En cumplimiento se verifican capacitaciones realizadas por las areas de Psicología Manual de procesos y procedimiento Enfermeria Programa de la Seguridad de la persona mayor. Regente farmacia Programa de farmacovigilancia, Seguridad Salud Tobajo: Link de programación virtual SURA, inducción y reinducciion SG SST. Gestión ambiental: PGIRHS											
							PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡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 cantidad	Cumplir con la vinculación del personal segùn perfil y necesidad Institucional	N° de proceso de talento humano realizados	6	10											% DE CUMPLIMIENTO DE EJECUCION DEL PROCESO DE SELECCIÓN Y CONTRATACION
							N° procesos requeridos	6	10											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	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 nutrición siendo seleccionada.	Por la ampliacion del talento humano, dando cumplimiento a protocolo y con el apoyo de psicologia se aplicaron pruebas de conocimientos y psicometicas a 10 aspirantes quedando seleccionado : 1 auxiliar de enfermeria 1 enfermera jefe 2 auxiliares de enfermeria. 1 auxiliar de terapia ocupacional 2 auxiliares de servicios generales 1 auxiliar de mantenimiento 1 auxiliar de alimentos descartado una baja de vida											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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 entrega de donacion al Talento humano contratado	% DE CUMPLIMIENTO EN LA ENTREGA DE DOTACION	100%	A cantidad	Coordinar la entrega de dotación al Talento Humano de acuerdo a las normas vigentes	N° destinatarios beneficiados	53	53											% DE CUMPLIMIENTO ENTREGA DE DOTACION TALENTO HUMANO
							total contratados	53	53											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Cumplimiento segùn normatividad y convenio	Cumplimiento segùn normatividad y convenio por parte del Instituto											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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 cronograma en estudios de caso, PAIN y monitoreados	% de cumplimiento en elaboracion de estudios de caso, PAIN y monitoreados	100%	SEGÚN CRONOGRAMA	Seguimiento al cumplimiento del diligenciamiento del formato PAIN donde se realiza/usa el estudio de caso- conociendo, planeando, y seguimiento al monitoreado.	N° total de PAIN/s/o monitoreando realizados	26	24											% DE CUMPLIMIENTO DE EJECUCION DEL PROCESO DE SELECCIÓN Y CONTRATACION
							N° total de PAIN/s/o monitoreando programado	26	24											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Se verifico que el equipo registran y dieta cumplimiento a los 26 seguimientos a monitoreando que se tenias programados	Se revisa sistema asi verificar registro de 10 seguimiento a monitoreando y 5 pais conociendo de los ingresos del mes de enero											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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 PGIRH, SG-SST.	% seguimiento a programas	100%	Mensual	Verificación al cumplimiento de los diferente programas por medio aplicación de lista de chequeo	Numero de seguimientos realizados en el periodo	3	3											% SEGUIMIENTO A PROGRAMAS
							numero de seguimiento programados	3	3											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	En seguimiento a los programas de PGIRH, GAGAS Y SG-SST, a la fecha cumplimiento en lo relacionado a reuniones, y organización programa 2023	En seguimiento a los programas de PGIRH, GAGAS Y SG-SST, a la fecha cumplimiento en lo relacionado a reuniones, y capacitaciones											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	

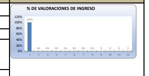
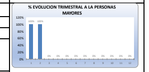
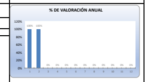
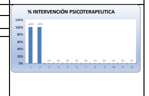
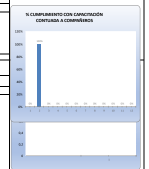
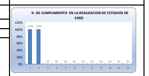
E.S.E. INSTITUTO DE HEMODIALISIS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA	CENTRO HEMOTUMORAL DEL ANCIANO DE MORA	CODIGO:FT-GC-011
	INFORME DE GESTION TRIMESTRAL 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2023	VERSION:004
PROCESO:	GESTION DE CALIDAD	FECHA: 17/01/2024

COMPORTAMIENTO DE LOS INDICADORES DE GESTION DEL AREA DE CALIDAD

ID	TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FRECUENCIA	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGOSTO	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	GRAFICO 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 genera evidencia de cumplimiento de cada uno de los estándares del proceso de habilitación para el objeto social diligente	NUMERO DE ITEMS DE LA LISTA DE CHEQUEO CON CUMPLIMIENTO	N.A	NA											% CUMPLIMIENTO PROCESO HABILITACION
							TOTAL DE ITEMS EVALUADOS	N.A	NA											
							CUMPLIMIENTO	#¡VALOR!	#¡VALOR!	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
							ANALISIS	N.A	NA											
							PLAN DE MEJORA	#¡VALOR!	#¡VALOR!	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
2	EFICACIA	Verificar el cumplimiento de las actividades contenidas en el plan anual de auditorias programadas	AUDITORIAS INTERNAS	90%	ANUAL	Aplicar los temas a auditar durante el año de la auditoria interna, de los procesos que se van a auditar durante el año	NUMERO ITEMS DE LA LISTA DE CHEQUEO CON CUMPLIMIENTO	N.A	16											AUDITORIAS INTERNAS
							NUMERO ITEMS EVALUADOS	N.A	20											
							CUMPLIMIENTO	#¡VALOR!	80%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
							ANALISIS SEGUIMIENTO	N.A	PARA EL MES DE FEBRERO SE REALIZO AUDITORIA A LIMA DE STOS DE MEDICAMENTOS EVIDENCIANDO UN CUMPLIMIENTO POR DEBAJO DE LO ESPERADO, SE REALIZARA CAPACITACION A BARRIDO Y LOS CONTROLES TRANSFRONTALES , ENTRE OTROS SE SUGIETO PLAN D EMEJORA									
							PLAN DE MEJORA	#¡VALOR!	PLAN DE MEJORA	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	PLAN DE MEJORA	PLAN DE MEJORA	PLAN DE MEJORA	0,00%	PLAN DE MEJORA	PLAN DE MEJORA	
3	EFICACIA	Realizar monitoreo a las salidas no conformes presentada en la instrucción	GESTION DE SALIDAS NO CONFORMES	100%	MENSUAL	Crear herramienta para consolidado de las salidas no conformes presentadas en el servicio para monitorear a las mismas	NUMERO DE SALIDAS O SERVICIOS NO CONFORMES REPORTADAS Y GESTIONADAS EN EL PERIODO	0	1											GESTION DE SERVICIOS NO CONFORMES
							NUMERO DE SALIDAS O SERVICIOS NO CONFORMES REPORTADAS EN EL PERIODO	0	1											
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	#¡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 no se reportaron salidas no conformes	PARA EL MES DE FEBRERO SE PRESENTO UNA SALIDA NO CONFORME RELACIONADA CON EL GANANCIR ASESIGNACION A LA TRANSICION DE DE CONVIVA										
							PLAN DE MEJORA	#¡VALOR!	NO REQUIERE	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	NO REQUIERE	NO REQUIERE	0,00%	0,00%	0,00%	
4	EFICIENCIA	Incentivar las competencias 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%	ANUAL	Búsqueda de oportunidades de capacitación para los diferentes entes. Establecer un cronograma con los posibles temas a capacitar por parte del area de calidad.	NÚMERO DE PERSONAS CAPACITADAS TEMAS DE CALIDAD	0	2											%DE CAPACITACION
							NUMERO TOTAL DE CAPACITACIONES PLANIFICADAS	0	2											
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	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 realizo planificacion de los temas a capacitar por parte del profesional de calidad durante la vigencia del convenio.	PARA EL MES DE DEBIDO SE REALIZO CAPACITACION EN TEMAS DE HABILITACION Y GES A LOS PROFESIONALES DE MEDICINA Y NUTRICION										
							PLAN DE MEJORA	#¡VALOR!	NO REQUIERE	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	NO REQUIERE	#¡VALOR!	#¡VALOR!	0,00%	#¡VALOR!	#¡VALOR!	
5	EFICACIA	Realizar seguimiento a las infecciones presentadas en el paciente (ej. lugar y vasa.	SEGUIMIENTO A INFECCIONES PRESENTADAS	<4%	MENSUAL	Conocer de herramientas para consolidar las infecciones presentadas. Realizar diligenciamiento de la matriz con las infecciones presentadas en el periodo.	NUMERO DE INFECCIONES PRESENTADAS EN EL MES	1	2											SEGUIMIENTO A INFECCIONES PRESENTADAS
							TOTAL DE PERSONAS MAYORES INCRITO EVALUADAS	79	77											
							CUMPLIMIENTO	1%	3%	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 presenta una definicion aseptica de la FAV, con complicaciones como son: la de convencion, dilaptitosa y desnutrica, como de la muerte natural a nivel hospitalario.	PARA EL MES D EFEBRERO SE PRESENTARON 2 INFECCIONES A NIVEL HOSPITALARIO										
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	0,00%	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
6	EFECTIVIDAD	Dar cumplimiento al objeto social diligente en las diferentes áreas	% DE CUMPLIMIENTO DE CUMPLIMIENTO DE PROCESOS	70%	MENSUAL	Sistema de procesos que cumplan con los estándares de calidad y habilitación de gestión.	NUMERO DE AREA QUE REPORTAN INDICADORES DE GESTION POR ENCIMA DEL 70%	10	10											INDICE DE EFICACIA DE LOS PROCESOS
							TOTAL DE AREAS/SERVICIOS QUE REPORTAN INDICADORES DE GESTION	10	10											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	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 evidencia cumplimiento por encima de la meta establecida.	PARA EL MES DE FEBRERO SE EVIDENCIA UN CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA										
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	0,00%	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
7	EFICACIA	Interrogatorios a los usuarios para evaluar la satisfacción	% DE CUMPLIMIENTO A LA REALIZACION DE COMITES	100%	MENSUAL	Establecer los comité de obligatorio cumplimiento para el objeto social diligente. Establecer cronograma d realizacion.	NUMERO DE COMITES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO REALIZADOS	11	11				9	9						CUMPLIMIENTO A REALIZACION DE COMITES
							NÚMERO DE COMITES PROGRAMADOS EN EL MES	11	11											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	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 llevo acabo las reuniones de control evidenciando el cumplimiento en la meta establecida	PARA EL MES DE FEBRERO SE DIO CUMPLIMIENTO A LA REALIZACION DE COMITES.										
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	0,00%	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
8	EFICACIA	Realizar asesoria y acompañamiento a los diferentes procesos	% DE PARTICIPACION EN REUNIONES	100%	MENSUAL	Establecer los cronogramas para su realizacion	NUMERO DE PARTICIPACIONES A REUNIONES	14	11											% DE REUNIONES PROGRAMADAS
							TOTAL DE REUNIONES PROGRAMADAS	11	11											
							CUMPLIMIENTO	127%	100%	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 evidencia un cumplimiento por encima de la meta establecida dadas las constantes retroalimentacion para la revision de la propuesta del operador y las requerimientos con los profesionales de calidad de las otras casas y beneficencia.	PARA EL MES DE FEBRERO SE PARTICIPO EN LAS REUNIONES DE LOS 11 COMITES ESTABLECIDOS										
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	0,00%	NO REQUIERE	#¡VALOR!	
9	EFICIENCIA	Dar cumplimiento a los requerimientos propios del area	OPORTUNIDAD DE ENTREGA DE INFORMES	100%	MENSUAL	ESTABLECER LA HERRAMIENTA PARA EL CONSOLIDADO DE LA INFORMACION SOLICITADA CREACION Y ENTREGA DEL INFORME DENTRO DE LO ESTABLECIDO.	NUMERO DE VECES DE ENTES DE CONTROL RECIBIDAS	1	1											% DE REUNIONES PROGRAMADAS
							NUMERO DE VECES DE ENTES DE CONTROL ANUNCIADAS Y NO ANUNCIADAS	1	1											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	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 realiza entrega del informe de gestion del area de calidad.	PARA EL MES DE FEBRERO SE REALIZO EL INFORME DE GESTION DEL AREA DE CALIDAD DANDO CUMPLIMIENTO A LA META.										
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	#¡VALOR!	#¡VALOR!	0,00%	#¡VALOR!	#¡VALOR!	

J.H.S. 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 PSICOLOGIA

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 a	numero de personas mayores valoradas	5	0											
							total de las personas mayores que ingresan	5	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	Durante el mes de enero se realizan ingresos al Centro de protección social (5) personas mayores procedentes de la Fundacion San Pedro Claver Bogota por traslado.	durante el mes no se presentan ingresos de personas mayores											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	
2	EFICACIA	Realizar Evolución trimestral al 100% de las Personas Mayores	% Evoluciones trimestral a la Personas Mayores	100%	Mensual	Realizar evolucion trimestral a las Personas Mayores institucionalizadas, según cronograma mental para dar cumplimiento dentro los 3 meses.	Numero total de evoluciones trimestrales realizadas	47	26											
							Numero toal de evoluciones trimestrales programadas	47	26											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	se evidencia cumplimiento a la meta mediante la realizacion de evolución trimestral de 47 personas mayores al 100% de los hombres.	Evolución trimestral: se realizaron 26 mujeres quedando al 100%.											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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, según Cronograma por fecha de ingreso al Centro de Protección Social	% de valoración anual	100%	Mensual	Realizar valoracion psicologia anualmente según fecha de ingreso de la Persona Mayor Al CBA Belmira.	Numero total de valoraciones anuales realizadas	4	7											
							Numero total de valoraciones anuales programadas	4	7											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	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 favoreciendo habilidades mentales existentes.	Valoraciones anuales a 7 personas mayores: quedando clasificadas en discapacidad mental leve (1), moderada (2), grave (4) según aplicación de test y pruebas del área.											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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 al manual de convivencia.	% intervención psicoterapeutica	100%	Mensual	Realizacion de intervenciones individuales y grupalesa las Personas Mayores para contribuir a una sana convivencia y estabilidad afectiva, emocional, cognitiva y conductual.	Numero total de intervenciones psicoterapeutica realizadas	39	35											
							Numero total de intervenciones psicoterapeuticas programadas	39	35											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡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 intervecnión psicoterapeutico a 39 personas mayores sobre personas mayores brindando apoyo afectivo, emocional, cognitivo – conductual. orientación en manejo en silla de rueda, socializar normas de convivencias.	Total (35) Intervenciones psicoterapéuticas individuales A: 23 personas mayores brindando apoyo afectivo, emocional, cognitivo – conductual. orientación en manejo en silla de rueda y acompañamiento a traslados, paso al sanitario. 6. Nota de salida a urgencias (5): Vicente Pulido, Arsenio Castañeda, Bertilda Beltrán, Modesto Muestra dientes, Julia Ramirez 7. Ingreso a aislamiento (7): Vicente Pulido, Modesto Muestra dientes, Mercedes Herrera, Julia Ramírez, Jorge Eliecer Lombana, José Clodomiro Castro, Segundo Cubides. Queda registrado en geriátrico de historia clínica. 5. Intervenciones psicoterapéuticas individuales A: 23 personas mayores brindando apoyo afectivo, emocional, cognitivo – conductual. orientación en manejo en silla de rueda y acompañamiento a traslados, paso al sanitario. 6. Nota de salida a urgencias (5): Vicente Pulido, Arsenio Castañeda, Bertilda Beltrán, Modesto Muestra dientes, Julia Ramirez 7. Ingreso a aislamiento (7): Vicente Pulido, Modesto Muestra dientes, Mercedes Herrera, Julia Ramírez, Jorge Eliecer Lombana, José Clodomiro Castro, Segundo Cubides. Queda registrado en geriátrico de historia clínica.											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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 programa de apoyo espiritual	% cumplimiento de desarrollo de actividades establecidas en el programa	100%	Mensual	Fortalecimiento de capacidades y mantenimiento de habilidades para realizacion de funciones cognitiva, afectivas, conductuales, comportamentales, apartir de las deficencias de casa una de las Personas Mayores.	Numero total de talleres o actividades realizadas	8	10											
							Numero total de talleres o actividades programadas	8	10											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Durante el mes se evidencia cumplimiento de la meta con el desarrollo 8. Realización de intervenciones grupales (8): 4 de Estimulación multisensorial y meditación guiada. 4 de interacción individual sobre reminiscencias biografía y sentido de vida.	Realización de intervenciones grupales (10): Estimulación relajación sobre manejo de ansiedad septiembre miércoles cada 8 días. interacción biografía sentido de vida y programa área (técnica de contacto), atención. Los jueves cada ocho día, Socialización manual de convivencia 1/02/2023, Estimulación habilidades multisensorial y habilidades mentales 9/2/23, Terapia de perdón 10/2/23, Estimulación de memoria 13/2/23, técnica de estimulación cognitiva- conductual 15/2/2023, psicoterapia de reminiscencia- experiencias de vida: instrumental expresando experiencias pasadas sin resolver el problema. 23/02/2023, plan de mejora intervención psicoterapéutica 24/2/23, Socialización sobre deberes y derechos en las personas mayores 27/2/2023											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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 continuada programadas y dirigida a los compañeros del CBA Belmira. Sobre divulgacion, de guias, procedimientos, protocolos.	% cumplimiento con capacitación contuada a compañeros	100%	Mensual	Intervención y participación de las capacitaciones brindadas al personal favoreciendo 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	5											
							Numero total capacitaciones programadas.	0	5											
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Durante el mes no se realizo ni se participo en capacitación.	Psicología: Manual de proceso y procedimiento del área de psicología. Enfermería: Programa de la Seguridad de la persona mayor. Regente farmacia: Programa de farmacovigilancia, Seguridad Salud Trabajo: Linkde programación virtual SURA, inducción y reeinduccion SG SST. Gestión ambiental: PGIRHS											
							PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡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 informes, reuniones administrativas, actividades de integración, Religiosas, Culturales, comites programadas por la Dirección y según requerimiento.	% cumplimiento con actividades programadas según prestación de servicios de proteccion social.	100%	Mensual	cooperación con intervencionesdel equipo y área administrativo en busca de cumplimiento de logros colectivos	Número total de reuniones y/o actividades realizadas	26	35											
							Número total de reuniones y/o actividades programadas	26	35											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Durante el mes de enero apoya Total (26) Informes mensuales de: (6) Informe de gestión. caracterización en oficina de trabajo social, informe en drive, Matriz de la beneficencia en drive. Bitácora, 1 comités (Calidad, Seguridad de la persona mayor, fármaco-tecno y reactivo vigilancia- Infecciones, Historias clínicas, gagas, SG- SST Convivencia, Copasst, brigadas, accidentes de trabajo). Informe cuali- cuantitativo del área de psicología, y del comité de historias clínicas. Participación en la realización de 6 análisis de eventos (Macedonio Guevara por quemada con aromática, Ángel Hernández por dos caídas, Estela Júneme, José Murillo Caída al momento del Baño, Bertilda Beltrán laceración al paso de cama a silla pato. Jornada de mantenimiento (2) durante el mes de enero no se realiza revisión sino se inicia base de datos de manejo de pertenencias de los hombres y mujeres. Actividades de Comité de historias clínicas. Se organiza cronograma anual 2023, organización de historias clínicas de fallecido y de los 5 ingresos de procedencia San Pedro Claver 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 Bedoya Prieto auxiliar de enfermería, Monica Yaqueline Salgado Sabogal Nutricionista y dietética, 3/01/23 Juan Camilo Hernández Silva auxiliar de enfermería, 4/01/23 Jeimy 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 comedor de lunes a viernes al desayuno y al almuerzo, y el sábado turno administrativo el día 7/01/2023, realizando vigilancia consumo total de los alimentos, evitar conductas acumulativas y conservar patrón mano boca. Apoyo en traslados de personas mayores al taller ocupacional después del desayuno.	Total (33) Informes mensuales (6): Informe de gestión. caracterización en oficina de trabajo social, informe en drive intervención profesional, Matriz de la beneficencia caracterización en drive. Bitácora del área, 1 comités (Calidad, Seguridad de la persona mayor, fármaco-tecno y reactivo vigilancia- Infecciones, Historias clínicas, gagas, SG- SST Convivencia, Copasst, brigadas, accidentes de trabajo). Participación en la realización de 7 análisis de eventos (María Concepción Barahona de Torres, Nicolás Pinzón Barrera, Luis Miguel Galindo Álvarez, María Estela Júneme, Jacinto Páez Castillo, María Ercilda Cardona Gutiérrez, Javier Sandoval Vivas. Jornada de mantenimiento durante el mes de febrero se realiza apoyo diligenciar formato de inventario mujeres, para el manejo de pertenencias de mujeres. Actividades de Comité de historias clínicas (4). Organizar historias clínicas de (2) personas mayores fallecidos y (2) formatos de retención documental. Y transferencia documental a beneficencia. Actividades de comité cultural (2)- acta de celebración de cumpleaños y acta mensual Actividades de comité de brigadistas. Ninguna actividad. Aplicación de (10) pruebas de selección de personal: Para el área de fisioterapia, 2 para área auxiliar de alimentos, 3 auxiliar de enfermería, 4 auxiliares de servicios generales, 2 aux. T.O. (1)Apoyo en vigilancia en comedor de lunes a viernes al desayuno y al almuerzo, realizando vigilancia consumo total de los alimentos, motivando a conservación de patrón mano boca, evitar conductas acumulativas. (1)Apoyo en traslados de personas mayores al taller ocupacional después del desayuno.											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
8	EFICACIA	Participar de los estudios de caso y seguimiento a los compromisos establecidos ya sea por seguimiento por su estado de salud o alteración a nivel comportamental.	% decumplimiento en la realizacion de estudios de caso	100%	Mensual	Conocimiento de la situacion de salud fisica, mental, conductua y comportamental a partir de sus deficiencias.	Número total de estudios de casos realizados, pain y monitoreando	34	31											
							Número total programados.	34	31											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡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 Barahona de Torres, Bertha Cortes Mejía, María Ercilda Cardona Gutiérrez, Rosa Elvira Pardo Vda. de Pardo. Egreso (1) Luz Atuesta Poveda 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) según reporte de casos reportados. Durante el mes un reporte de forma verbal el Señor Arturo Herrera con Intención de agredir con bastón al señor Segundo Cubides. Se apoya área de trabajo social con realización de las llamadas telefónica a la red familia y seguimiento afectivo y emocional a las personas mayores por visita de la red familiar.	Total (31) Ingreso (0) Egreso (2) cierres de historia clínica de Arsenio Castañeda Niño, y Bertilda Beltrán 5/2/2023. Seguimiento a monitoreando el día 15/2/2023 total a (19) monitoreando y (5) conociendo y planeando. Informe falta del comité de manual de convivencia (3) según reporte de casos reportados. Durante el mes María Inés Cruz por grosera, Eduardo Correa Bueno inconforme. pendiente el informe de María Eugenia Y Marco Mora groseros. (2) Se apoya área de trabajo social con realización de las llamadas telefónica a la red familia y seguimiento afectivo y emocional a las personas mayores por visita de la red familiar.											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	

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

PROCESO

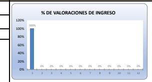
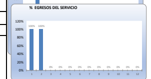
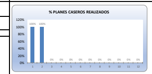
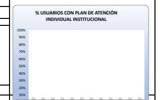
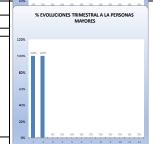
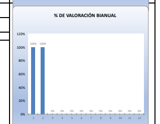
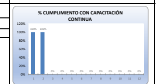
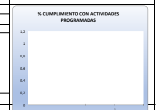
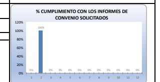
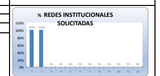
CENTRO BIENESTAR DEL ANCIANO BELMIRA

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 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	Liderar el proceso de ingreso de usuarios de acuerdo a la resolución 032 de 2011 de la Beneficencia de Cundinamarca. (valoración Historia Social)	% de valoraciones de ingreso	100%	A Necesidad	Realizar valoración de Historia Social inicial a las Personas mayoresque ingresan al CBA Belmira a	Numero total de personas Mayores valoradas	5	0											
							Numero Total de Personas Mayores que ingresaron	5	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	Para el mes de enero se generan 5 ingresos por traslado del CBA SAn Pedro Claver 1) la señora Maria Concepcion Barahona de Torres – Convenio Sasaima 2) Maria Ercilda Cardona Gutierrez – Convenio Sibate 3) Bertha Cortes Mejía – Tarifa 4) Ana Sofia Martinez – Tarifa 5) Rosa Elvira Pardo vda de pardo – Convenio Choachi a quienes se les realizaron las respectivas valoraciones en Software	Para este mes no se presentan											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	
2	eficiencia, eficacia. Efectividad	Brindar orientación y asesoría socio familiar a los adultos mayores y sus familias según situaciones problemas encontrados y diagnostico social.	% intervenciones con familia o redes sociales frente a la atención institucional o proceso de laspersonas 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 Institucionales	0	44											
							Número de redes activas	0	44											
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Para este mes por programación no se realiza reunión de familia	Como reunion de familia la celebración virtual a cargo del area de Trabajo Social en la cual las familias respondieron a la información presentada											
							PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	SI REQUIERE	SI REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	
3	eficiencia, eficacia. Efectividad	Realizar el cierre de historias de las historias clinicas de las personas mayores que egresan del CBA Belmira	% de participación en los estudios de caso según requerimiento	100%	Mensual	Organizar y entregar oportunamente historias clinicas con cierre de programa desde el área ya sea fallecimiento, reintegro al medio familiar, o traslado a otro centro de Protección Social.	Numero total de cierre de registros en las historias clinicas	1	2											
							Numero total de egresos de Personas Mayores	1	2											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡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 se presentan un egreso por motivo de fallecimiento en día 22 de enero 2023 la señora Luz Atuesta quien habia ingresado por medio de Convenio Interadministrativo con el Municipio de La Mesa	Durante este mes se presentan dos egresos por motivo de fallecimiento en día 05 de febrero 2023 la señora Bertilda beltran quien habia ingresado por medio de corresponsabilidad familiar y el señor Arsenio Castañeda a su vez egresó el 05 de febrero de 2023, se encontraba incluido en el Convenio Interadministrativo con el Municipio de La Calera											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE											
4	eficiencia, eficacia. Efectividad	Generar espacios vivenciales de encuentro entre la red familiar y social con el adulto mayor mediante salidas a medio familiar, salidas a periodo vacacional y salidas cortas.	% Planes caseros realizados	100%	A Necesidad	Movilizar cumplimiento de Compromiso de salidas con redes de apoyo	Número de personas mayores que salen con red de apoyo	60	60											
							numero de personas mayores con salidas solicitadas por red de apoyo	60	60											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	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 tambien se realizan 6 salidas establecido y aceptado por la persona mayor y su red de apoyo.	Para este mes se realiza la convocatoria con las redes familiares y sociales para la realizacion de visitas familiares, Se recibieron 60 visitas de acuerdo a protocolo de visitas, no se presentaron salidas.											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	
5	eficiencia, eficacia. Efectividad	Liderar el proceso de elaboración de los PAIIN del total de los usuarios atendidos	% usuarios con Plan de atención Individual institucional	100%	A Necesidad	Elaborar y diligenciar los PAIIN en sus tres etapas según tiempos establecidos	Número de casos atendidos	0	0											
							Número de casos presentados	0	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	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.	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!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	
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 institucionalizadas, según cronograma mental para dar cumplimiento dentro los 3 meses.	Número de PAIIN y Monitoreandos realizados	26	24											
							Número de PAIIN y MonitoreandosProgramados	26	24											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	En el mes se realizaron 26 seguimientos al PAIN (monitoriando) según tiempos establecido en el anexo tecnico (Bertilda Beltrán, Blanca Beltrán, Alfonso Benavides, Gonzalo Borda, María Eugenia Céspedes, Luis Miguel Galindo, Domingo Guzman, Miguel Moreno, Tulia Moreno, José Murillo, Nieves Ortiz, Jacinto Páez, Loelila Quevedo, Teresita Ramírez, Calixto Ríos, Sixto Ríos, Santos Robayo, Numa Sierra, Blanca Silva Anais Carreño, Aurora Camacho, Jorge Lombana, Segundo Cubides y Rafael correa, Arsenio Castañeda, y Emiliano Bohorquez	En el mes se realizaron 19 seguimientos al PAIN (monitoriando) según tiempos establecido en el anexo tecnico (Lucrecia Bejarano, Tomas Cubillos, Clodomiro Castro, Iván Diaz, Gregoria Garzón, Macedonio Guzmán, Leonilde Melo, Herminia Parra, Nicolas Pinzón, Manuel Porras, Vicente Pulido, Julia Ramírez, Ambrosio Ramírez, Juvenal Ramírez, Gil Mesías, Alejandro Sierra, Salomón Tolentino. Oscar Pulido, Gabriel Marroquin, se realiza 5 conociendo y planeando de Concepcion Barahona, Bertha Cortés, Ercilda cardona , Rosa pardo y Sofia Martínez											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	
7	eficiencia, eficacia. Efectividad	Realizar valoracion cada dos años a las Personas Mayores, según Cronograma por fecha de ingreso al Centro de Protección Social	% de valoración bianual	100%	A Necesidad	Realizar valoraciónTrabajo Social cada dos años según fecha de ingreso de la Persona Mayor Al CBA Belmira.	Numero total de evoluciones trimestrales realizadas	77	56											
							Numero total de evoluciones trimestrales programadas	77	56											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Se realizan 28 evoluciones trimestrales de trabajo social y se realizan notas de novedades presentadas durante el mes: Bertilda Beltrán, Alfonso Benavides, Emiliano Bohorquez, Gonzalo Borda, Arsenio Castañeda, Clodomiro Castro, Ubaldina Chacon, Tomás Cubillos, Iván Diaz, Luis Miguel Galindo, Gregoria Garzon, Marco Mora, Leonilde Melo, Maria Ines Cruz, Cenon Ortiz, Jacinto Paez, Nicolas Pinzón,Teresita Ramirez, Ambrosio Ramirez, Rogelio Ramirez, Santos Robayo, Javier Sandoval, Blanca Silva, Fideligna Velasquez. Notas de procesos de hospitalización, proceso de salud,	Se realizan 21 evoluciones trimestrales de trabajo social y se realizan notas de novedades presentadas durante el mes Alfonso Benavides, Emiliano Bohorquez, Gonzalo Borda, Arsenio Castañeda, Clodomiro Castro, Ubaldina Chacon, Tomás Cubillos, Iván Diaz, Luis Miguel Galindo, Gregoria Garzon, Marco Mora, Leonilde Melo, Maria Ines Cruz, Cenon Ortiz, Jacinto Paez, Nicolas Pinzón,Teresita Ramirez, Ambrosio Ramirez, Rogelio Ramirez, Santos Robayo, Javier Sandoval, Blanca Silva, Fideligna Velasquez. Notas de procesos de hospitalización, proceso de salud,											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	
8	eficiencia, eficacia. Efectividad	Participar de los espacios de capacitación continuada programadas y dirigida a los compañeros del CBA Belmira. Sobre divulgacion, de guias, procedimientos, protocolos.	% cumplimiento con capacitación continua	100%	Mensual	ntervención y participación de las capacitaciones brindadas al personal favoreciendo la actualizacion de conocimientos y practica de acciones seguras, en pro de la calidad de la atencion hacia las personas mayores	Numero total de valoraciones bianuales realizadas	9	6											
							Numero total de valoraciones bianuales programadas	9	6											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Para este mes se realiza 9 estudios sociofamiliares de las personas mayores Ivan Diaz - Oscar Pulido - Juvenal Ramirez -Gabriel Marroquin - POR INGRESO Maria Concepcion Barahona de Torres - Maria Ercilda Cardona Gutierrez – Bertha Cortes Mejía – Ana Sofia Martínez – Rosa Elvira Pardo Vda de Pardo	Para este mes se realiza estudios sociofamiliares de las personas mayores Marco Mora Aflonso Benavides, Jose Murillo, Numa Sierra, fideligna velasquez, Maria Ines Cruz											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	
9	eficiencia, eficacia. Efectividad	Participar en la realizacion de informes, solicitados por la Dirección y según requerimiento.	% cumplimiento con informes solicitados según prestación de servicios de proteccion social.	100%	Mensual	Entrega oportuna de informes solicitados del Equipo y área de atención.	Numero total de capacitaciones participadas	0	5											
							Numero total capacitaciones programadas.	0	5											
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	En este periodo no se realizan	En este periodo se realizan capacitación de enfermería del programa de seguridad de la persona mayor, Psicología Manual e procesos y procedimientos del área, Stock de medicamentos: programa de farmacovigilancia, SGSST inducción y reinducción, Area Ambiental Gestión de residuos Hospitalarios y similares.											
							PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
10	eficiencia, eficacia. Efectividad	Participar de los estudios de caso y seguimiento a los compromisos establecidos ya sea por seguimiento por su estado de salud o alteración a nivel comportamental.	% cumplimiento con participacion en la realizacion de estudios de caso de Personas Mayores institucionalizadas	100%	Mensual	Conocimiento de la situacion de salud fisica, mental, conductua y comportamental a partir de sus deficiencias.	Número total de informes realizados	61	61											
							Número total de informes programados	61	61											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Para el mes se realizaron los siguientes informes: Caracterización de la población base institucional, Caracterización de la población Beneficencia de Cundinamarca, novedades estadísticas, listado de personas mayores, informe de procedencias, informe estadístico, Informe de matriz de defunción 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 censal	Para el mes se realizaron los siguientes informes: Caracterización de la población base institucional, Caracterización de la población Beneficencia de Cundinamarca, novedades estadísticas, listado de personas mayores, informe de procedencias, informe estadístico, Informe de matriz de defunción 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 censal											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	
11	eficiencia, eficacia. Efectividad	Sistematizar, realizar y enviar el informe Trimestral de usuarios de Convenios interadministrativos a la Beneficencia	% cumplimiento con los informes de Convenio solicitados en los tiempos requeridos	100%	Trimestral	Organizar y entregar oportunamente informe - acta de permanencia de personas mayores de acuerdo a	numero total de estudios de casos realizados	0	11											
							Numero total de estudios de casos programados.	0	11											
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Para este mes no se eneran estudios de caso programados	Anais Carreño, Rafael Correa, Angel Hernandez, Victor Jimenez, Aurora Camacho, Segundo Cubides, Concepcion Barahona, Bertha Cortés, Ercilda cardona , Rosa pardo y Sofia Martínez											
							PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	
12	eficiencia, eficacia. Efectividad	Dar cumplimiento al procedimeinto del Sistema de Información y Atención l Usuario de la Beneficencia de Cundinamarca re4alizando la apertura de Buzón de PQRS y dando respuesta al mismo.	% cumplimiento de apertura de buzon y respuestas en los tiempos requeridos	100%	Quincenal	Realizar apertura de Buzon de PQRS, entregar oportunamente informe - acta de apertura de buzon y respuestas de las mismas	Número de apertura de buzon programada	2	2											
							Número de apertura de buzon ejecutada	2	2											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Para este mes se realizan 2 aperturas de buzón según cronograma, el día 11 y 25 de diciembre 2022, se encontraron 2 formatos diligenciados con felicitaciones.	Para este mes se realizan 2 aperturas de buzón según cronograma, el día 01 y 15 de febrero 2023, se encontraron 3 formatos diligenciados con felicitaciones.											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	
13	eficiencia, eficacia. Efectividad	Gestionar a nivel interinstitucional e intersectorial servicios de apoyo al C.B.A. Belmira que contribuyan a mejorar la calidad de vida de las persona mayores	% Redes institucionales solicitados.	100%	ANUAL	Gestionar con instituciones locales, departamentales servicios para la garantia de derechos de las personas mayores	Número de redes contactadas	10	10											
							Número de redes con gestión	10	10											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡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 realizo gestion de redes con el Hospital San Rafael de Fusagasuga, EPS-S Ecoopsos, secretaria de salud fusagasugá, Oxy espress, Oxi50, Nueva Eps, Salud Total, Famisanar, SENA, IPS Innovar	Durante el mes se realizo gestion de redes con el Hospital San Rafael de Fusagasuga, EPS-S Ecoopsos, secretaria de salud fusagasugá, Oxy espress, Oxi50, Nueva Eps, Salud Total, Famisanar, SENA, IPS Innovar											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	

A.B.S.
INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA

CENTRO RESIDENCIAL DEL ANCIANO SIERRA
INFORME DE GESTION VIGENCIA: 01 DE ENERO AL 31 DICIEMBRE DEL 2023
GESTION DE CALIDAD

PROCESS

No.	Area	Meta Global	Indicador de Cumplimiento	META %	PERIODO	ACTIVIDADES	INDICADORES DESCRIPCION	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOSTO	SEP	OCT	NOV	DIC	GRAFICO DE EVALUACION
1	**Fisioter.**	Coronar el Estado Nutricional inicial de la Persona Mayor que ingresa 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 por ingreso realizadas en el mes.	5	6											% DE VALORACIONES DE INGRESO
							Número total de ingresos en el mes	5	6											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	03 dic 2020-2023 ingresaron los siguientes personas mayores: Ana Stella Martínez, Rosa Elena Pardo de Pardo, María Ayala Caicedo, Isabel Cardona, Concepción Bocalema.	No se realizaron valoraciones iniciales en el mes de febrero.											
							PLAN DE MEJORAMIENTO	No Aplica/Aplica	Aplica/Aplica	Aplica/Aplica	Aplica/Aplica	Aplica/Aplica	Aplica/Aplica	Aplica/Aplica	Aplica/Aplica	Aplica/Aplica	Aplica/Aplica	Aplica/Aplica	Aplica/Aplica	
2	**Educ.**	Identificar y disminuir tempranamente los cambios psicosociales en la Situación Nutricional de la Persona Mayor	% de seguimientos al Estado Nutricional	100%	Mensual	Desarrollar proceso de Seguimiento al Estado Nutricional a las personas mayores residentes en el CRA-B.	Número de seguimientos al estado nutricional realizados en el mes	13	10											% DE SEGUIMIENTOS AL ESTADO NUTRICIONAL
							Total de personas mayores que les corresponde seguimientos en el mes	13	10											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	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 2023 se realizaron 13 seguimientos nutricionales al estado nutricional, correspondiente al 13,3% de la totalidad de 75 personas mayores residentes en el CRA. Belmira	En el mes de Febrero de 2023 se realizaron 10 seguimientos nutricionales al estado nutricional, correspondiente al 10,0% de la totalidad de 75 personas mayores residentes en el CRA. Belmira											
							PLAN DE MEJORAMIENTO	No Aplica/Aplica	No Aplica/Aplica	Aplica/Aplica	Aplica/Aplica	Aplica/Aplica	Aplica/Aplica	Aplica/Aplica	Aplica/Aplica	Aplica/Aplica	Aplica/Aplica	Aplica/Aplica	Aplica/Aplica	
3	**Educ.**	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.	Número de estudios de caso integrales realizados	0	11											% DE ESTUDIOS DE CASO CLINICO REALIZADO.
							Total de personas mayores programadas	0	11											
							CUMPLIMIENTO	0,00%	100%	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 este mes.	Se realizaron 11 estudios de caso de las siguientes personas mayores: Bertha Cortes, Ana Stella Martínez, María Concepción Bocalema, María Evelia Cardona, Rosa Elena Pardo de Pardo, María Ayala Caicedo, Isabel Correa, Segunda Cañola, Angel Hernandez, Ramona camacho y Víctor Jimenez.											
							PLAN DE MEJORAMIENTO	No Aplica/Aplica	No Aplica/Aplica	Aplica/Aplica	No Aplica/Aplica	No Aplica/Aplica	No Aplica/Aplica	No Aplica/Aplica	No Aplica/Aplica	No Aplica/Aplica	Aplica/Aplica	No Aplica/Aplica	
4	**Educ.**	Realizar atención odontológica a las Personas Mayores que presenten enfermedades relacionadas con la alimentación	% Intervenciones odontológicas realizadas.	100%	Mensual	Desarrollar estrategias individuales de promoción odontológica a las Personas Mayores que presenten enfermedades relacionadas con la alimentación	Número de personas mayores con algunas enfermedades bucales	79	77											% INDICACIONES DISTOTERAPEUTICAS REALIZADAS
							Total de personas mayores que asistieron citas según orden médica o nutricional	79	77											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	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 prescripción odontológica del 100% de las personas mayores.	Durante el mes de febrero, se garantizó la prescripción odontológica del 100% de las personas mayores.											
							PLAN DE MEJORAMIENTO	No Aplica/Aplica	No Aplica/Aplica	Aplica/Aplica	No Aplica/Aplica	No Aplica/Aplica	No Aplica/Aplica	No Aplica/Aplica	No Aplica/Aplica	No Aplica/Aplica	Aplica/Aplica	No Aplica/Aplica	
5	**Educ.**		% de usuarios con obligados	100%	Mensual	Intervención individual educativa con plan dimate Hipocalorico, Hipoglucido que incentive la Educación Nutricional	Número de usuarios identificados con Diagnostico de Obesidad y Obesidad	4	3											% DE USUARIOS CON OBESIDAD
							Total de usuarios con diagnostico de obesidad	4	2											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	**Indicador de Delgados con sorgo dentro al 15%** del total de 75 personas mayores residentes.	**Indicador de Delgados con sorgo dentro al 3,9%** del total de 75 personas mayores residentes.											
							PLAN DE MEJORAMIENTO	No Aplica/Aplica	No Aplica/Aplica	Aplica/Aplica	No Aplica/Aplica	No Aplica/Aplica	No Aplica/Aplica	No Aplica/Aplica	No Aplica/Aplica	No Aplica/Aplica	Aplica/Aplica	No Aplica/Aplica	
6	**Educ.**	Diagnosticar y estructurar un plan dimate individual a las Personas Mayores que presenten Obesidad o sobrepeso, incentivando la recuperación y mantenimiento adecuado del Estado Nutricional	% de usuarios con Sobrepeso / Obesidad	100%	Mensual	Intervención individual educativa con plan dimate Hipocalorico, Hipoglucido que incentive la Educación Nutricional	Número de usuarios con Sobrepeso de Primera y Obesidad	14	9											% DE USUARIOS CON SOBREPESO / OBESIDAD
							Total de usuarios con Diagnostico de Sobrepeso y Obesidad	18	9											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	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 0,5%** . Se continua con ensayo y seguimiento de dietas, con alternancia a hipocalorico, hipoglucido, dable verdura, con sola harina, realizando con terca, educación nutricional. Se busca apoyo de profesional de Fisioterapia y Psicología redireccionado adecuado participación y mejoría en los resultados del control antropométrico trimestral.	**Indicador de Obesidad 2,1% . Indicador de Sobrepeso del 0,4%** . Se continua con ensayo y seguimiento de dietas, con alternancia a hipocalorico, hipoglucido, dable verdura, con sola harina, realizando con terca, educación nutricional. Se busca apoyo de profesional de Fisioterapia y Psicología redireccionado adecuado participación y mejoría en los resultados del control antropométrico trimestral.											
							PLAN DE MEJORAMIENTO	No Aplica/Aplica	No Aplica/Aplica	Aplica/Aplica	No Aplica/Aplica	No Aplica/Aplica	No Aplica/Aplica	No Aplica/Aplica	No Aplica/Aplica	No Aplica/Aplica	Aplica/Aplica	No Aplica/Aplica	
7	**Educ.**		% de usuarios en Riesgo o Normalidad Nutricional	100%	Mensual	Intervención que las usuarios el Riesgo o Normalidad Nutricional con plan dimate individual de prevención de la aparición del sarcopenia	Número de usuarios en Riesgo o Normalidad nutricional	63	64											% DE USUARIOS EN RIESGO O NORMALIDAD NUTRICIONAL
							Total de usuarios en Riesgo o Normalidad nutricional	63	64											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	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 en el mes de enero con apoyo de nutrición y medicina general, realizando prevención adecuada a la salud de las personas mayores y cuidado de salud.	Durante el mes se evidencia **indicador de 78% de personas mayores con riesgo o normalidad nutricional**, con apoyo de nutrición y medicina general, realizando prevención a la salud de las personas mayores y cuidado de salud.											
							PLAN DE MEJORAMIENTO	No Aplica/Aplica	No Aplica/Aplica	Aplica/Aplica	No Aplica/Aplica	No Aplica/Aplica	No Aplica/Aplica	No Aplica/Aplica	No Aplica/Aplica	No Aplica/Aplica	Aplica/Aplica	No Aplica/Aplica	
8	**Educ.**	Fomentar consumo de alimentos no balanceados a personas mayores con diagnostico dadas en Planta Cuarteo	% Planta vaciero realizados	100%	Mensual	Beneficiar a las familias en el fomento de habitos alimentarios adecuados	Número de Planes vaciero realizados y socializados	0	0											% PLANES CASEROS REALIZADOS
							Total de Usuarios que salen con familia	0	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%	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	No se realizaron salidas de personas mayores con familia durante el mes de Enero.	No se realizaron salidas de personas mayores con familia durante el mes de Febrero.											
							PLAN DE MEJORAMIENTO	Aplica/No	Aplica/No	Aplica/No	No Aplica/Aplica	Aplica/No	Aplica/No	Aplica/No	No Aplica/Aplica	Aplica/No	Aplica/No	Aplica/No	No Aplica/Aplica	
9	**Educ.**	Registrar en Historia Clínica de actividades realizadas de valoración y seguimiento nutricional	% Registros Historia Clínica de actividades realizadas de seguimiento Nutricional realizadas	100%	Mensual	Registrar diaria y semanal del seguimiento nutricional en la historia clínica consolidarlos.	Número de registros realizados y socializados	68	40											% REGISTRO HISTORIA CLINICA DE ACTIVIDADES DE VALORACION O SEGUIMIENTO
							Total de registros programados	68	40											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	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 historia de los seguimientos programados para este mes.	Se cumple con el 100% de los registros en historia de los seguimientos programados para este mes.											
							PLAN DE MEJORAMIENTO	No Aplica/No	No Aplica/No	Aplica/No	Aplica/No	Aplica/No	Aplica/No	Aplica/No	Aplica/No	Aplica/No	Aplica/No	Aplica/No	Aplica/No	
10	**Educ.**	Realizar el cierre de historias clínicas a egresos de ingreso, fallecimiento, traslado a otro hogar o medio familiar, según requerimiento.	% cierre de historias clínicas	100%	Mes ad	Registro del cierre de Historia Clínica de Egresos, Ingreso, cierre de Fallecimiento, Traslado a Hogar o Familiar	Número total de egresos de Personas Mayores	1	2											% CIERRE DE HISTORIAS CLINICAS
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	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 23/01/2023.	No presentamos ningún fallecimiento en el mes de febrero de la sede principal Belmira. Ramos Castañeda.											
							PLAN DE MEJORAMIENTO	No Aplica/Aplica	No Aplica/Aplica	Aplica/No	No Aplica/Aplica	Aplica/No	Aplica/No	Aplica/No	Aplica/No	Aplica/No	Aplica/No	Aplica/No	Aplica/No	
11	**Educ.**	Realizar el seguimiento al Plan de Atención Integral Individual de las Personas Mayores (PAIH)	% seguimientos al PAIH.	100%	Mensual	Diligenciar formato de seguimiento individual mensualmente del PAIH de cada persona mayor	Número de PAIH realizados	26	39											% SEGUIMIENTO AL PAIH.
							Número de PAIH programados	26	39											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	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 9 AUX según programación del cero de Trabajo Social, seguimiento medio magnético- intervenido.	Se realizaron 39 monitoreos de 9 AUX según programación del cero de Trabajo Social, seguimiento medio magnético- intervenido.											
							PLAN DE MEJORAMIENTO	No Aplica/Aplica	No Aplica/Aplica	Aplica/No	Aplica/No	Aplica/No	No Aplica/Aplica	Aplica/No	No Aplica/Aplica	Aplica/No	Aplica/No	Aplica/No	No Aplica/Aplica	
12	**Educ.**	Participar activamente en las actividades realizadas, religiosas, integrativa a nivel institucional, municipal y/o social Internas de las Personas Mayores	% de participación en actividades institucionales	100%	Mensual	Intervenir en las diferentes actividades programadas por las otras profesionales y Administrativas en pro de alcanzar logros colectivos	Número de actividades realizadas en el mes	0	0											% DE PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES INSTITUCIONALES
							Número de actividades programadas en el mes	0	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%	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	No se programaron actividades.	No se programaron actividades.											
							PLAN DE MEJORAMIENTO	Aplica/No	Aplica/No	Aplica/No	Aplica/No	Aplica/No	Aplica/No	Aplica/No	Aplica/No	Aplica/No	Aplica/No	Aplica/No	Aplica/No	
13	**Educ.**	Participar en jornadas de capacitación dirigidas a personas mayores de la Sabia diseño 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 eventos	Número capacitaciones realizadas en el mes	0	1											% DE PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES EDUCATIVAS
							Número de capacitaciones realizadas en el mes	0	1											
							CUMPLIMIENTO	0,00%	100%	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.	Se participo en 1 capacitaciones que se programaron en la capacitación de higiene, nutricional, enfermería, p/s, ergonomía y salud laboral											
							PLAN DE MEJORAMIENTO	Aplica/No	No Aplica/Aplica	Aplica/No	Aplica/No	Aplica/No	Aplica/No	Aplica/No	Aplica/No	Aplica/No	Aplica/No	Aplica/No	Aplica/No	
14	**Educ.**	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 estudios	Número de actividades educativas realizadas	0	1											% DE EJECUCIÓN ACTIVIDADES EDUCACION CONTINUA
							Número total actividades educativas programadas en el mes	0	1											
							CUMPLIMIENTO	0,00%	100%	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 2023.	Se realizó capacitación sobre distribución de dietas, y organización del comedor.											
							PLAN DE MEJORAMIENTO	Aplica/No	No Aplica/Aplica	Aplica/No	Aplica/No	Aplica/No	Aplica/No	Aplica/No	Aplica/No	Aplica/No	Aplica/No	Aplica/No	Aplica/No	

JAS
INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA
PROCESO

CENTRO BIENESTAR DEL ANCIANO BELJIRA
INFORME DE GESTION VIGENCIA 01 DE ENERO AL 31 DICIEMBRE DEL 2023
GESTION DE CALIDAD
COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION MES A MES Y ANUAL

CODIGO:FT-GC-01
VERSION:04
FECHA: 27/01/2016

NO.	TIPO	OBJETIVO	UNIDAD DE MEDICIÓN	META	FREC.	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGOSTO	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	GRAFICO DEL INDICADOR
1	ATENCIÓN	Realizar valoración ocupacional a los residentes para identificar habilidades físicas y cognitivas, roles ocupacionales e intereses del usuari	% de valoraciones ocupacionales de ingreso realizadas	100%	A ASESEADO	Conocer su nivel de funcionalidad e independencia.	Numero total de personas valoradas en el periodo	5	0											
							numero total de personas ingresada	5	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!	% DE VALORACIONES OCUPACIONALES DE INGRESO REALIZADAS
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Ingresaron 5 personas mayores por traslado del CBA San Pedro Bogota: Maria Ercilda Cardona, Bertha Cortes, Rosa Elvira Pardo, Maria Concepcion Barahona y Ana Sofia Martinez.	Durante este mes no se presentaron ingresos en el Hogar Belmira											
							PLAN DE MEJORAS	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 valoración anual a las Personas Mayores, según Cronograma por fecha de ingreso al Centro	% de valoración anual	100%	Mensual	Se realizan valoraciones anual a las personas mayores según fecha de ingreso al CBA belmira	numero de valoraciones integrales realizadas en el periodo	4	6											
							numero de valoraciones integrales programadas en el periodo	4	6											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	% DE VALORACION ANUAL
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Se realizaron las valoraciones anuales de las personas mayores Ivan Diaz, Jose Marroquin, Oscar Pulido y Juvenal Ramirez.	Se aplicaron valoraciones a las siguientes personas mayores: Alfonsi benavides, Mario Mora, Jose Murillo Alfonsso, Fidelgisa Velasquez, Numa Sierra Salamanca y Maria Ines Cuo.											
							PLAN DE MEJORAS	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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 necesidades ocupacionales individuales e intereses individuales, incluyendo actividades de la vida diaria	% de elaboracion del plan de atención integral	100%	ASESEADO	Establecer el Plan de Atención Individual de los usuarios que ingresan a la institución	No. PAIN's (s) elaborados/ejecutados	26	25											
							Total de programados	26	25											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	% DE ELABORACION DEL PLAN DE ATENCION INTEGRAL
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Se realizaron monitoreos a los paises de las personas mayores Bertilda Beltran, Blanca Beltran, Alfonso Benavides, Emiliano Bolkongue, Gonzalo Ibotla, Aurora Camacho, Arsenio Castañeda, Maria Anais Carreño, Maria Eugenia Cespedes, Rubel Cortes, Segundo Cubides, Luis Miguel Galindo, Domingo Gautnas, Jorge Lombana, Talia Moreno, Miguel Moreno, Jose Murillo, Nieves Otiz, Jacinto Pare, Maria Leelia Quevedo, Teresa Ramirez, Calixto Rios, Sixto Rios, Santos Robayo, Numa Sierra y Blanca Silva.	Se le realizaron monitoreos a Lucrecia Bejarano, Ciodomiro Castro, Tomas Cubillos, Ivan Diaz, Gregoria Gaitan, Mundonio Guevara, Jose Marroquin, Leonilde Melo, Hermicia Para de Moncada, Nicolas Pintao, Manuel Porras, Oscar Pulido, Vicente Pulido, Julio Ramirez, Ambrosio Ramirez, Juvenal Ramirez, Gil Mecias Romero, Alejandro Sierra, Salomon Valentiza; se realizaron cinco Conociendo y planeando a Ercilda Cardona, Bertha Cortes, Rosa Pardo, Maria Concepcion Barahona y Ana Sofia M.Arteiro.											
							PLAN DE MEJORAS	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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 max.imo.vel de independencia y funcionalidad	% de cumplimiento de personas mayores que asistena talleres	75%	Mensual	Conservar habilidades ocupacionales necesarias para desempeño Actividades terapeuticas y lúdicas Cotidianas y de la vida diaria	No. Usuarios vinculados a talleres terapeuticos y AVD de manera independiente y semidependientes	60	45											
							Total usuarios independientes y semidependientes vinculados	60	45											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	% DE CUMPLIMIENTO DE PERSONAS MAYORES QUE ASISTENA TALLERES
							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.	El 58% de las personas mayores este funcionales y semifuncionales estuvieron vinculados durante este mes al programa de autocuidado.											
							PLAN DE MEJORAS	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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 participan en talleres productivo	30%	Mensual	Conservando la participacion de las personas mayores con incentivos por la tarea realizada	No. Usuarios participantes Talleres productivos	23	20											
							Total de la poblacion apta	23	20											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	% DE PERSONAS MAYORES QUE PERMANECEN TALLERES PRODUCTIVOS
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	El 30% de las personas mayores se encuentran vinculadas en talleres productivos del area.	El 26% de las personas mayores, estuvieron vinculados a actividades productivas planeadas este mes con talleres de blanta y manualidades.											
							PLAN DE MEJORAS	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
6		Realizar actividades sociorculturales, ludica, recreativas y deportivas con la participacion de las personas mayores institucionalizadas a nivel cita y extramural	Porcentaje de charlas mensuales.	100%	Mensual	Mantener activa las redes participacion intra y extramurales promoviendo calidad de vida	No. de eventos culturales realizados	0	0											
							Total eventos culturales programados.	0	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!	PORCENTAJE DE CHARLAS MENSUALES.
							ANALISIS/SEGUIMIENTO	Durante este mes no se llevaron a cabo eventos culturales.	Durante este mes no seplanearon eventos culturales en el Hogar											
							PLAN DE MEJORAS	#¡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 comportamental ocupacional de forma trimestral y anb novedades presentadas	% de evolución trimestre programadas	100%	Trimestral	Mantener las evoluciones actualizadas cada tres meses según corresponda con el cambio logro de cobertura de la misma.	N° evoluciones realizadas	21	23											
							total evoluciones programadas	21	23											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	% DE EVOLUCION TRIMESTRAL PROGRAMADAS
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	En el presente mes se realizaron las evoluciones trimestrales a las siguientes personas mayores: Oscar Pulido, Ivan Diaz, Jose Gabriel Marroquin, Juvenal Ramirez, Ana Isabel Lozano, Manuel Porras, Gonzalo Ibotla, Blanca Nubia Silva, Alejandro Sierra, Vicente Pulido, Teresita Ramirez, Santos Robayo, Salomon Valentizo, Estela Jaramio, Leonilde Melo, Talia Moreno, Miguel Moreno, Ambrosio Ramirez, Calixto Rios, Sixto Rios y Ciodomiro Castro.	Durante este mes se realizaron evoluciones trimestrales a : Alfonso Benavides, Mario Antonio Mora, Jose Murillo Alfonsso, Fidelgisa Velasquez, Numa Sierra, Maria Ines Cruo, Mundonio Guevara, Ubaldina Chaves, Cenon Ortiz, Luis Miguel Galindo, Gil Mecias Romero, Javier Sandoval, Gregoria Gaitan, Abdiadis Martinez, Roberto Tuta, Luis Alberto Gutierrez, Miriades Gutierrez, Lucrecia Bejarano, Tomas Cubillos, Ismael Quintana, Leopoldo Moreno, Rogelio Ramirez y Blanca Beltran.											
							PLAN DE MEJORAS	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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 recreativos y salidas civiles.	% de Planes caseros	100%	A Necesita f	Gaterntizar el oligenciamiento oportuno de planes caseros para salidas a medio familiar	N° Planes Caseros realizados	0	0											
							Total solicitud	0	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!	% DE PLANES CASEROS
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Durante este mes no se presentaron vifvite a medio familiar.	Durante el presente mes no se solicitaron vifvite a medio familiar											
							PLAN DE MEJORAS	#¡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 ya sea por fallecimiento, traslado a otro Centro o por reintegro al medio familiar	% de cierre de historia clínica por egreso	100%	A Necesidad	Gaterntizar el oligenciamiento oportuno del cierre de historias clínicas.	N° cierre de historias clínicas realizados	1	2											
							Total solicitud	1	2											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	% DE CIERRE DE HISTORIA CLINICA POR EGRESO
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Se realizo el cierre de la historia clinica y social de la persona mayor Luz Arsenia por fallecimiento.	Durante este mes se realizaron los cierres de Historia clinica y social a Bertilda Beltran y Arsenio Castañeda por fallecimiento.											
							PLAN DE MEJORAS	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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, solicitadas de integración, Religiosas, Culturales, comite programados por la Directora y según requerimiento	% cumplimiento con reuniones programadas según practica de intervencion de prevencion social	100%	Mensual	Garantizar la asistencia a las reuniones de equipo para la realizacion de estudios de caso de las personas mayores ya sea por salud, comportamental y segun necesidad	N° de reuniones de equipo realizados	6	5											
							N° de reuniones programadas	6	5											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	% CUMPLIMIENTO CON REUNIONES PROGRAMADAS
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	En el presente mes se realizaron 2 reuniones de equipo de terapia ocupacional, una reunion de dia a dia, una reunion de cumites, una reunion de analisis de eventos adversos, una reunion de area y directivo.	Se participó en las reuniones de equipo y dirección, reunión de análisis de eventos adversos, en las dos reuniones de estudios de caso, una reunión de equipo de terapia ocupacional.											
							PLAN DE MEJORAS	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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	Garantizar la asistencia a las reuniones de equipo para la realizacion de estudios de caso de las personas mayores ya sea por salud, comportamental y segun necesidad	N° de estudios de caso realizados	0	11											
							N° de estudios de caso programados	0	11											
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	% DE CUMPLIMIENTO EN LA REALIZACION DE ESTUDIOS DE CASO
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	En el presente mes no se realizaron reuniones para analizar estudios de caso.	Se realizaron estudios de caso a Bertha Cortes Mejia, Ana Sofia Martinez, Ana Concepcion Barahona, Maria Ercilda Cardona, Rosa Elvira Pardo de Pardo, Maria Anais Carreño, Rubel Cortes, Segundo Cubides, Angel Hernandez, Aurora Camacho, Victor Julio Jimenez.											
							PLAN DE MEJORAS	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
12		Participar de los espacios de capacitación continuada propensadas y dirigida a los competentes de CBA belmira, Sobre divulgacion, de guias, procedimientos, protocolos	% cumplimiento con capacitación continua	100%	Mensual	Intervención y participación de las capacitaciones brindadas de la institucional financiamiento y actualizacion de conocimientos y practica de acciones seguras, en pro de la calidad de la atencion hacia las personas mayores	N° capacitaciones asistidas	0	5	12	11	19	14	11	12	12	4	10	1	
							Total capacitaciones programadas	0	5											
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	% CUMPLIMIENTO CON CAPACITACIÓN CONTINUA
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Durante este mes no se realizaron actividades de capacitacion continua.	Durante este mes se participo de la capatricion de Psicologia: Capacitacion manual de posturas y procedimientos de atencion; Enfermeria: Programa de seguridad de la persona mayor; Regencia: programa de Inmovovigilancia; SST: Induccion y reinduccion de SST; Ingeneria ambiental: Plan de gestion Integral de residuos peligrosos Hospitalarios y similares											
							PLAN DE MEJORAS	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡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 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	eficacia	Valorar los usuarios nuevos al ingreso a la institución Hogar del Adulto Mayor / C.B.A. Belmira Fusagasuga	Porcentaje de ingreso nuevos.	Numero Total de Personas Mayores que ingresaron	5	0											PORCENTAJE DE INGRESO NUEVOS.
				Numero Total de Personas Mayores que ingresaron	5	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	En el mes de enero ingresos nuevos fueron 5 valoracioens prioritarias 20	No se presentaron durante el mes											
				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	44											PORCENTAJE EQUITATIVO MENSUAL DE POBLACION VALORADA.
				Numero Total de Personas Mayores ven seguimientos en el periodo	5	44											
				CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
				ANALISIS/ SIGUIMIENTO	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	Se realizaron durante el mes 44 evoluciones a las personas mayores											
				PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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 institucinalizados en el Hogar del Adulto Mayor / C.B.A. Belmira Fusagasuga y asi definir conductas médicas a los casos clínicos que se presenten y que ameritan atención de urgencia o programada.	Porcentaje de Consulta / atencion prioritaria.	Numero total de personas Mayores valoradas que requieren tratamiento	25	10											PORCENTAJE DE CONSULTA / ATENCION PRIORITARIA.
				Numero Total de Personas Mayores programadas	25	10											
				CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
				ANALISIS/ SIGUIMIENTO	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	Se realizaron 10 valoraciones durante el periodo											
				PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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	77											PORCENTAJE DE USUARIOS INSCRITOS A PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCION
				Numero Total de Personas Mayores institucionalizados	77	77											
				CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
				ANALISIS/SIGUIMIENTO	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 usuarios institucinalizados inscritos a las EPS sanitas nueva eps salud total famisanar	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 usuarios institucinalizados inscritos a las EPS sanitas nueva eps salud total famisanar										
				PLAN DE MEJORA	#DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
5		Programar charlas y talleres educativos.	Porcentaje de charlas mensuales.	Charlas y talleres realizados	0	0											PORCENTAJE DE CHARLAS MENSUALES.
				Numero total de actividades programadas	0	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	En el mes de enero no se goaba programa de capacitacion,	No se realizo 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	Procentaje de ordenes médicas provenientes de su IPS.	Numero Total de ordenes médicas con seguimiento	25	16											PORCENTAJE DE ORDENES MÉDICAS PROVENIENTES DE SU IPS.
				Numero total de ordenes médicas emitidas en el mes.	25	16											
				CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡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 se cumplen citas control de Adulto Mayor institucionalizado con especialistas y apoyo de medico de servicio social obligatorio procedentes de hospital San Rafael en us 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	Por parte de la IPS Hospital San Rafael se realiza brigada de atencion a las personas mayores de cronicos,											
				PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
7		Participar en la realiazcion de informes, reuniones administrativas, actividades de integración, Religiosas, Culturales, comites programadas por la Dirección y según requerimiento.	Porcentaje cumplimiento presentacion de informes	numero total de reuniones y/o actividades realizadas	1	0											PORCENTAJE CUMPLIMIENTO PRESENTACION DE INFORMES
				nuemero total de reuniones y/o actividades programadas	1	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	ENERO , Reuniones del mes: Día a día 1 y los comités	No se participo en ninguna reunion											
				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		realiazcion de estudios de cas	porcentaje en la realiazcion de estudios de caso.	numero total de estudios de casos realizados	0	6											PORCENTAJE EN LA REALIZACION DE ESTUDIOS DE CASO.
				nuemro total de estudios de casos programados	0	6											
				CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
				ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Durante el mes de enero . No e presento seguimientos de Estudios de caso	Se participo de los estudios de caso programados e ingresos de la informacion al sistema											
				PLAN DE MEJORA	#DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	

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

PROCESO

CENTRO BIENESTAR DEL ANCIANO BELMIRA

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

GESTION DE CALIDAD

CODIGO FT-CC-011
VERSION 001
FECHA: 27/11/2018

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 sobre la usuarios que ingresan a la institución con el fin de determinar su estado actual y definir el cuidado de enfermería segun la gravedad.	% valoracion de ingreso	100%	Mensual	Realizar valoración de enfermería inicial a las Personas que ingresan por primera vez al CBA Belmira	Numero total de valoraciones de primera vez	5	0											% DE VALORACIONES DE INGRESO
							Total de usuarios que ingresaron por primera vez a la institución	5	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	Durante el mes de enero se realizan 5 ingresos de personas mayores al Centro de bienestar del anciano belmira	Durante el mes de febrero no ingresaron personas mayores a la institución											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	
2	eficiencia, eficacia, Efectividad	Realizar evoluciones trimestralmente a la historia clínica de cada usuario según condicionalidad de la misma.	% de evoluciones trimestrales	100%	Mensual	Segun La condicionación de las evoluciones asi mismo se realizaran para dar cobertura a la totalidad de la población institucionalizada	Numero total de evoluciones trimestrales realizadas	18	28											% DE EVOLUCIONES TRIMESTRALES
							Numero total de evoluciones trimestrales programadas	18	28											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡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 evoluciones trimestrales de acuerdo a las programadas	Durante el mes de febrero se realizan 28 evoluciones trimestrales de acuerdo a las programadas											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
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 presencia de eventos por los cuales egresan como lo son fallecimiento, traslado o reintegro familiar.	Numero total de cierres de historias clinicas	1	2											% DE CIERRE DE HISTORIAS POR EGRESO
							Numero total de egresos	1	2											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡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	Se presentan 2 egresos por fallecimiento											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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 de usuarios con riesgosismos por salud, alteración comportamental, por ingreso o de acuerdo a su estilo físico mental. Se requerimiento.	% de participación en los estudios de caso según requerimiento	100%	Mensual	Activir en la lecha y hora indicada para estudios de caso según consagnan administrativo	Numero total de estudios de caso realizados	0	11											% DE PARTICIPACIÓN EN LOS ESTUDIOS DE CASO SEGÚN REQUERIMIENTO
							Numero total de casos programados	0	11											
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	#¡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 participa en estudio de caso ya que no corresponde para este mes	En este mes se programaron 11 estudios de casos los cuales se participaron y se deja la respectiva recomendación											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡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	% PAIN que se realizan a los usuarios según cronograma	100%	Mensual	Apoyo en el diligenciamiento del formato PAIN donde se efectiva el estudio de caso conocimiento, planeando, monitoreando, y seguimiento al mencionado.	Numero total de PAINS realizados	26	29											% PAIN QUE SE REALIZAN A LOS USUARIOS SEGÚN CRONOGRAMA.
							Numero total de PAIN programados	26	29											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡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	Durante este mes se realizan 19 monitoreando, 5 suspendidos y 5 planeando dando un total de 29 PAIN											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	
6	fciencia, eficacia, Efectividad	Realizar supervisión al personal auxiliar de enfermería durante y posterior a la administración de medicamentos segun orden medica.	% de supervisiones realizadas al personal auxiliar en administración de medicamentos	100%	Mensual	Se debe verificar los pasitos de control y realizar cumplir los 10 correctos de la administración de los medicamentos indicados el asegura	Numero total de supervisiones realizadas	8	5											% DE SUPERVISIONES REALIZADAS AL PERSONAL AUXILIAR EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS
							Numero de supervisiones programadas	8	5											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡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 ocales trascurren con normalidad	se realizaron 5 supervisiones a los auxiliares de enfermeria de medicamentos, se observa el lavado de manos y 10 correctos.											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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 enfermeria, durante y posterior a la administración de medicamentos segun orden medica.	% de actividades desarrolladas segùn programa de salud sexual y reproductivo	100%	Mensual	Cumplir con las capacitaciones y citas medicas y volumen segùn necesidad del programa de salud sexual y reproductivo	Numero de actividades desarrolladas del programa de salud sexual	4	3											% DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS SEGÚN PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVO
							Numero de actividades programadas del programa de salud sexual	4	3											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Se realiza cambio de sonda vesical a 4 personas mayores, se brinda educación sobre el mantenimiento del sondaje vesical y de la importancia de una buena higiene genital	Se realiza cambio de sonda vesical a 3 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	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡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	6											% DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PROGRAMA DE SEGURIDAD DE LA PERSONA MAYOR
							Numero de actividades programadas del programa de seguridad de la persona mayor	4	6											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡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 ronda de seguridad, analisis de eventos adversos y planificacion del programa.	Durante el mes de febrero se realizaron 2 ronda de seguridad, 1 capacitación dirigida a funcionarios, 1 socializaciòn a las personas mayores y 1 socializaciòn a la ted familiar referente al programa de seguridad de la persona mayor y paquete instruccional de identificación; ademàs se realiza el analisis de eventos adversos presentados durante el mes.											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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	Nivle participación en reuniones con usuario y/o familia	100%	Mensual	Interactuar con el equipo profesional para el abordaje y la reunion de intervención con usuario y/o familia.	Numero de reuniones de familia y/o usuarios en las que se participa	0	0											% DE PARTICIPACIÓN EN REUNIONES CON USUARIO Y/O FAMILIA
							Numero de reuniones de familia y/o usuarios programadas	0	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 segùn cronograma	Durante el mes no se programan actividades con familias ya que no corresponden en este mes segùn 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	2											% DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL MARCO DEL PROCESO DE HABILITACIÓN
							Numero de actividades propias de habilitación programadas	0	2											
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	#¡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 programado a partir del mes de Marzo 2023	Durante este mes se realiza revision de actividades de habilitacion											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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 continuada segùn cronograma	% de capacitaciones realizadas	100%	Mensual	Programar mensualmente las capacitaciones segùn cronograma	Numero de capacitaciones realizadas en el mes	0	2											% DE CAPACITACIONES REALIZADAS
							Numero de capacitaciones programadas en el mes	0	2											
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	#¡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 realizo actividades a pesar del siguiente mes se daran inicio, en este mes se realiza la planificacion de las mismas	En el mes de febrero se realizaron 2 capacitaciones dirigidas al personal de enfermeria sobre lavado de manos y vacivovigilancia											
							PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡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 participa	100%	Mensual	Verificar mensualmente las reuniones programadas por el equipo profesional de la institución y acción.	Numero de reuniones de equipo en las cuales se asiste	1	1											% DE REUNIONES DE EQUIPO EN QUE SE PARTICIPO
							Numero de reuniones de equipo programadas	1	1											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡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	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	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	
13	eficiencia, eficacia, Efectividad	Participar los comités institucionales que sea haga parte	% de asistencia a los comités institucionales	100%	Mensual	Verificar mensualmente el cronograma y convocatoria a los comités y programar asistencia	Numero de reuniones de comités institucionales a las cuales se asiste	1	1											% DE ASISTENCIA A LOS COMITÉS INSTITUCIONALES
							Numero de reuniones de comités institucionales programadas	1	1											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡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	se realizo 1 comité programado y realizado											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	
14	**eficiencia, eficacia, Efectividad**	Participar activamente en las actividades culturales, religiosas, recreativas e eventos institucionales en las que se participe.	% de actividades culturales, religiosas, recreativas en las que se participa	100%	**Mensual**	Acceder y a participar de cada actividad programada en la institución	Numero de actividades culturales y religiosas en las cuales se participa	0	0											% DE ASISTENCIA A LOS COMITÉS INSTITUCIONALES
							Numero de actividades culturales y religiosas programadas	0	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	Durante el mes de enero no se participa en actividad cultural											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	
15	**eficiencia, eficacia, Efectividad**	Garantizar que el área de enfermería cuente con los insumos 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%	**Mensual**	Solicitar mensualmente por medio de pedido los elementos que se requieren para el área de enfermería.	Numero de pedidos realizados	1	1											% DE CUMPLIMIENTO CON LOS PEDIDOS DE ELEMENTOS Y MATERIALES REQUERIDOS EN EL ÁREA DE ENFERMERÍA
							Numero de pedidos programados	1	1											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡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 enfermeria realice las actividades asignadas	Se realiza solicitud de elementos y materiales necesarios para que el personal de enfermeria realice las actividades asignadas											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	

E.S.E. INSTITUTO DE HIGIENA Y ENFERMEDADES INFECCIOSAS DE SANTA CLARA	CENTRO BIENESTAR DEL ANCIANO BELMIRA		CODIGO:FT-GC-181
	INFORME DE GESTION VIGENCIA: 01 DE ENERO AL 31 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 LLEVEN 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	0											% DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DEBIDAMENTE DILIGENCIADOS
							TOTAL DE PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS	5	0											
							CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Durante el mes de enero ingresaron 5 personas mayores a la institucion	Durante el mes de febrero no ingresaron personas mayores a la institucion										
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	NO REQUIERE	a_dic#/0!	NO REQUIERE	
2	Eficiencia, eficacia, Efectividad	PROMOVER EL AUTOCUIDADO EN LOS PACIENTES MAYORES INSTITUCIONALIZADOS CON UN NIVEL DE RIESGO DE 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 EN LA POBLACION	NUMERO DE PERSONAS MAYORES QUE REALIZAN ACTIVIDADES DE AUTO CUIDADO	43	43											% DE PERSONAS MAYORES QUE RECIBIERON Y APLICAN LAS RECOMENDACIONES SOBRE SU AUTO CUIDADO
							NUMERO DE PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS EN UN NIVEL	38	36											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Se realizan supervicion de actividades del autocuidado, hygiene personal a 43 personas mayores y se realiza asistencia en las actividades del autocuidado a 38 personas mayores por su deterioro cognitivo y fisico	Se realizan supervicion de actividades del autocuidado, hygiene personal a 43 personas mayores y se realiza asistencia en las actividades del autocuidado a 36 personas mayores por su deterioro cognitivo y fisico										
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	NO REQUIERE	a_dic#/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	0											% DE VALORACIONES NUTRICIONALES REALIZADAS AL INGRESO DE LAS PERSONAS MAYORES
							TOTAL DE PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS	5	0											
							CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Durante el mes de enero ingresaron 5 personas mayores a la institucion	Durante el mes de febrero no ingresaron personas mayores a la institucion										
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	NO REQUIERE	a_dic#/0!	NO REQUIERE	
4	Eficiencia, eficacia, Efectividad		ADHERENCIA A LA PRACTICA DE PIEL SANA	100%	AA USUAL	Aplicacion de listas de chequeo el proposito de piel sana	NUMERO DE CHEQUEOS EVALUADOS CON CUMPLIMIENTO	0	0											% ADHERENCIA A LA PRACTICA DE PIEL SANA
							TOTAL DE CHEQUEOS EVALUADOS	0	0											
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	
							ANALISIS/SEGUIMIENTO	Durante este mes no se realiza lista de chequeo ya que por cronograma corresponde en el mes de agosto	Durante este mes no se realiza lista de chequeo ya que por cronograma corresponde en el mes de agosto										
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	a_dic#/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 AFARICION DE UPP	100%	Mensual	SUPERVISION DIARIA A LAS PERSONAS MAYORES DURANTE BAÑO, CAMBIO DE POSICION REALIZAR REPORTE EN CASO DE EVIDENCIAR UPP REALIZAR CAMBIOS DE POSICION SEGUN LO REALIZAR	NUMERO DE UPP PRESENTADAS EN EL MES	2	0											% DE APARICION DE UPP
							TOTAL DE PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS	2	0											
							CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Durante este mes se evidenciaron 2 personas mayores con upp las cuales se encuentran en tratamiento medico	Durante este mes no se evidenciaron personas mayores con upp, se continua en las actividades de prevencion de upp										
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	NO REQUIERE	a_dic#/0!	NO REQUIERE	
6	Sistemia, eficacia, Efectividad		% DE ADHERENCIA AL LAVADO DE MANOS	100%	BIOSEGURA	APLICACIÓN DE LISTA DE CHEQUEO PARA LA REALIZACIÓN DEL LAVADO DE MANOS ANTES Y DESPUES DE CADA PROCEDIMIENTO	NUMERO DE ITEMS QUE LA LISTA DE ADHERENCIA, CON CUMPLIMIENTO	0	0											% DE ADHERENCIA AL LAVADO DE MANOS
							TOTAL DE ITEMS EVALUADOS	0	0											
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	
							ANALISIS/SEGUIMIENTO	Durante no corresponde realizar lista de chequeo segun cronograma estan para el mes de marzo y septiembre, sin embargo se realizan sondas de seguridad evidenciando que se cumple con el protocolo de lavado de manos tanto de los funcionarios como las personas mayores, cuidores se les refuerza su cumplimiento para evitar infecciones	Durante no corresponde realizar lista de chequeo segun cronograma estan para el mes de marzo y septiembre, sin embargo se realizan sondas de seguridad evidenciando que se cumple con el protocolo de lavado de manos tanto de los funcionarios como las personas mayores, cuidores se les refuerza su cumplimiento para evitar infecciones										
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	
7	Eficiencia, eficacia, Efectividad		% IAICA IDENTIFICADAS	<5%	Mensual	Diligencia ACTIVA MEDIANTE LAS RONDAS DE SEGURIDAD, VERIFICACION DE LOS REGISTROS, SEGUIMIENTO A LABORATORIOS Y ESTABLECER RECOMENDACIONES DISPOSITIVOS MEDICOS.	NUMERO IAICA IDENTIFICADAS O REPORTADAS EN EL MES	3	6											% IAICA IDENTIFICADAS
							TOTAL DE USUARIOS INSTITUCIONALIZADOS EN EL PERIODO	3	6											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Durante el mes de enero se inicio tratamiento antibiotico a 3 personas mayores con diagnostico de infeccion de vias urinarias	Durante el mes de febrero se inicio tratamiento antibiotico a 6 personas mayores con diagnostico de neumonia adquirida en la comunidad, celulitis y bacteriuria										
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	NO REQUIERE	a_dic#/0!	NO REQUIERE	
8	Eficiencia, eficacia, Efectividad		ADHERENCIA PREVENCION DE FUGA EN PACIENTE PSIQUIATRICO	100%	A VOLUNTAD	APLICACIÓN DE LISTA DE CHEQUEO DE RIESGO DE FUGA	NUMERO DE CRITERIOS DE LA LISTA DE CHEQUEO CON CUMPLIMIENTO	0	0											ADHERENCIA PREVENCION DE FUGA EN PACIENTE PSIQUIATRICO
							TOTAL DE ITEMS#¡ VALUADOS	0	0											
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Durante este periodo de tiempo no se presentaron episodios de fuga.	Durante este periodo de tiempo no se presentaron episodios de fuga.										
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	NO REQUIERE	
9	EFICACIA	IDENTIFICAR LA CLASE DE EVENTOS QUE SON REPORTADOS CON EL FIN DE ESTABLECER ACCIONES DE MEJORA CONTINUA QUE PERMITAN DISMINUIR SU OCURRENCIA.	REINCIDENCIA DE EVENTOS ADVERSOS	100%	TRIMESTRAL	EJECUTAR CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE ENFERMERIA Y SEGURIDAD	NUMERO DE EVENTOS#¡DIV/0! EN EL TRIMESTRE	5	4											REINCIDENCIA DE EVENTOS ADVERSOS
							TOTAL DE EVENTOS REPORTADOS EN EL TRIMESTRE	5	4											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Durante este mes se presentaron 5 reportes de eventos de estos 3 fueron caidas 1 error de acuerdo adverso al agente causal caida y lacoracion	Durante este mes se presentaron 4 reportes adversos diversos siendo 2 incidentes y 2 evento adverso al agente causal caida y lacoracion										
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	NO REQUIERE	a_dic#/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	4											GESTION DE EVENTOS ADVERSOS
							TOTAL DE EVENTOS REPORTADOS EN EL PERIODO	5	4											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Se lleva la matriz de consolidado al dia, con su debido analisis	Se lleva la matriz de consolidado al dia, con su debido analisis										
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	NO REQUIERE	a_dic#/0!	NO REQUIERE	
11	Eficiencia, eficacia, Efectividad		% DE PERSONAS MAYORES CON LA ESTRATEGIA DE IDENTIFICACION COMPLETA	100%	Mensual	MEDIANTE LA APLICACION DE LISTADOS CHEQUEO ESTRATEGIAS DE ADHERENCIA VERIFICAR MANILLAS, TABLEROS, HISTORIAS CLINICAS ETC.	NUMERO DE PERSONAS QUE TIENEN LAS ESTRATEGIAS DE IDENTIFICACION COMPLETAS EN EL PERIODO	79	77											% DE PERSONAS MAYORES CON LA ESTRATEGIA DE IDENTIFICACION COMPLETA
							TOTAL DE PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS EN EL PERIODO	79	77											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Se tienen al 100% de los usuarios identificados por medio de tableros, carteleta, con foto en las historias clinicas y tiene obligatorio para tablas.	Se tienen al 100% de los usuarios identificados por medio de tableros, carteleta, con foto en las historias clinicas y tiene obligatorio para tablas.										
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	NO REQUIERE	a_dic#/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 de autocuidado, 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%	TRIMESTRAL	POR MEDIO DE LA APLICACIÓN DE LISTADOS 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	0											% DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS
							TOTAL DE PERSONAS MAYORES CON TRATAMIENTO FARMACOLOGICO	79	77											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	No se presentaron eventos adversos.	No se presentaron eventos adversos.										
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	
13	Eficiencia, eficacia, Efectividad		% DE CAIDAS REPORTADAS	25%	Mensual	Supervision Diaria de las personas mayores y verificacion por medio del sistema de reporte de eventos adversos	NUMERO DE CAIDAS REPORTADAS EN EL MES	3	2											% DE CAIDAS REPORTADAS
							TOTAL DE USUARIOS INSTITUCIONALIZADOS EN EL MES	79	77											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Se presenta 3 caidas durante el mes, 2 en areas comunes y una en habitacion	Se presenta 2 caidas durante el mes, en habitacion										
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	
14	Eficiencia, eficacia, Efectividad	Adherencia a la practica de prevencion de caida en la persona mayor		100%	Trimestral	Aplicacion lista de chequeo de practica de prevencion caida	NUMERO ITEMS DE LA LISTA DE CHEQUEO ACTIVIDADES EN EL MES	0	0											ADHERENCIA A LA PRACTICA PREVENCIÓN DE CAÍDA DE LA PERSONA MAYOR
							TOTAL DE ITEMS DE LA LISTA DE CHEQUEO EVALUADOS	0	0											
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	no se aplicaron listas de chequeo para este mes, estas programadas para el mes de abril, julio y octubre	no se aplicaron listas de chequeo para este mes, estas programadas para el mes de abril, julio y octubre										
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	NO REQUIERE	a_dic#/0!	NO REQUIERE	
15	Eficiencia, eficacia, Efectividad	Identificar el nivel de satisfaccion de los usuarios con los servicios y asi recibir en la atencion para el mejoramiento Diversas del Cuevas Belmira	% de satisfaccion global en usuario	100%	ANUAL	Realizar encuesta de satisfaccion al usuario evaluando satisfaccion a servicios prestados en el CBA	NUMERO DE COMITES REALIZADOS	1	1											% DE SATISFACCIÓN GLOBAL EN USUARIO
							NUMERO DE COMITES PROGRAMADOS	1	1											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	
							ANALISIS/SEGUIMIENTO	se realizaron 6 cuatro: (calidad , historias clinicas , seguridad de la poamyores,mejor , infecciones , entorno (LAGUNA) .	se realizaron 6 cuatro: (calidad , historias clinicas , seguridad de la poamyores,mejor , infecciones , entorno (LAGUNA) .										
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	a_dic#/0!	NO REQUIERE	a_dic#/0!	NO REQUIERE	

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

PROCESO

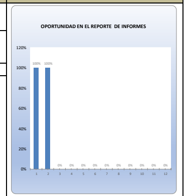
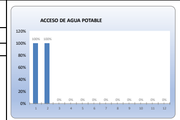
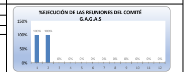
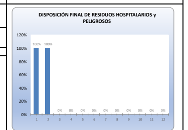
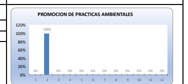
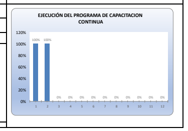
CENTRO BIENESTAR DEL ANCIANO BELMIRA

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 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, según 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%	SEGÚN NECESIDAD Y/O SOLICITUD ANUAL (IDEAM-CAR) SEMESTRAL (Secretaria de Salud cundinamarca)		N' de informes entregados de forma Oportuna y/o solicitudes adelantadas ante entidades externas.	3	2											
							N' de Total de Informes Requeridos por los entes de Control y supervisión y/o solicitudes adelantadas ante entidades externas.	3	2											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	En el mes de enero 2023 se presentaron informes de obligatorio cumplimiento ante la Corporación Autonoma Regional de Cundinamarca CAR respeto a la genración de ACU de la vigencia 2022, conforme resolucion 0316 del 2018. Por otra parte se radicó via 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 envio al lider del SGA de la matriz de compatibilidad de sustancias Quimicas y hojas de seguridad actualizadas	En el mes de febrero 2023 se adelantaron 3 gestiones con entidades externas: 1. Se realizó caracterización microbiologica y fisicoquimica del agua tratada que se suministra en el CBA Belmira, la caracterización se realizó por medio de la empresa Unid Salud SAS 2. En el mes de febrero 2023 se participaron de 2 mesas de trabajo con la ARL para la articulación diseño y operación del Sistema Globalmente Armonizado Res 773/2021 3. En el mes de febrero 2023 se realizó gestión y consecución del certificado de Huella de Carbono año 2022 por medio de la empresa GreenFuel Colombia.											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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/o 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	32											
							Total de puntos hidraulicos definidos en el centro.	32	32											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Durante el mes de enero del 2023 se gestionaron de forma oportuna los reportes de mantenimiento correctivo asi mismo se ejecutaron los planes de mantenimiento preventivo locativo Dentro de los reportes adelantados se garantizó la prestación oportuna y suministro de agua potable	Para el mes de febrero 2023 se realizó intervención del área de casa de hombres y casa mujeres con relación a la reparación de fugas ocultas en las unidades sanitarias, acciones adelantadas en las inspecciones hidraulicas											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
3	EFICACIA	Dar cumplimiento al decreto 351 del 2014, 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. Programacion de reuniones mensuales Ejecución de las reuniones	N' de Reuniones Realizadas.	3	3											
							N. de Reuniones programadas	3	3											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡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 de comité GAGAS el dia 31 de enero del 2023, reunion de área con los auxiliares de mantenimiento el dia 26 de enero del 2023 e igualmente con el área de servicios generales, en donde se realizó socialización del manual de funciones y generalidades del comite GAGAS	Se realizó reunion de comité GAGAS el dia 28 de febrero del 2023, reunion de área con los auxiliares de mantenimiento el dia 23 de febrero del 2023 e igualmente con el área de servicios generales, en donde se realizó seguimiento a los compromisos dejados en la ultima reunion.											
							PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡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 a partir de la Adecuada 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 Generados en el Centro.	MENSUAL	Contratación y entrega de los Residuos a la Empresa 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	16											
							N. Total en kg de Residuos hospitalarios - Peligrosos Generados en el mes	17	16											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Se realizó entrega de residuos peligrosos a la empresa DESCONT SAS ESP según manifiesto No. 3306657 RESIDUO CANT/ KG BIOSANITARIOS 1 / 6 CORTOPUNZANTES 2 / 2.1 ENVASES DE FARMACOS 1 / 7 ENVASES DE QUIMICOS 1 / 0.1 PILAS 1 / 0.2 RAEES 1 / 0.1 TONNER DE IMPRESORA 1 / 1.5 TOTAL Cantidad: 8 TOTAL Kilos: 17.00	Se realizó entrega de residuos peligrosos a la empresa DESCONT SAS ESP según manifiesto No. 3951492 RESIDUO CANT/ KG BIOSANITARIOS 1 / 3 CORTOPUNZANTES 2 / 2 ENVASES DE FARMACOS 3 / 11 TOTAL Cantidad: 6 TOTAL Kilos: 16.00											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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 Politicas 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 promocion de las buenas practicas ambientales	Numero de Actividades desarrolladas	0	1											
							Total de Actividades Ejecutadas	0	1											
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Para el mes de enero 2023 se realizó la programación de actividades de sensibilización ambiental dirigidas a personas mayores, se proyecta iniciar en el mes de febrero 2023 de conformidad al cronograma propuesto.	En el mes de febrero 2023 se ejecutó una actividad de sensibilización ambiental con las personas mayores denominada "Importancia del Autocuidado y lavado de manos"											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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 CAPACITACION CONTINUA	Realizar al 100% de las capacitaciones programadas desde el área de gestión ambiental	Mensual	Diseñar el cronograma de capacitaciones del Area Diseñar y brindar al personal del centro las capacitaciones en temas inherentes a la gestión ambiental.	Numero de capacitaciones ejecutadas	1	2											
							Numero de capacitaciones programadas	1	2											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	En el mes de enero 2023 se realizó capacitación al talento humano sobre: Inducción al PGIRH, Organizagrama y funciones del comite GAGAS el dia 26 de enero del 2023	En el mes de febrero 2023 se ejecutaron dos capacitaciones dirigidas al talento humano: 1. Protocolo de Bioseguridad febrero 16 2. Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares el dia 23 de febrero											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	

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

PROCESO

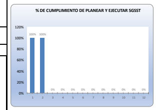
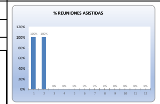
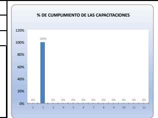
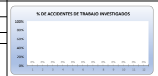
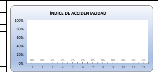
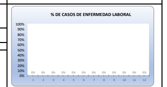
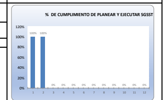
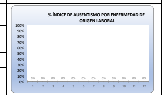
CENTRO BIENESTAR DEL ANCIANO BELMIRA

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 SG-SST

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 E GESTION SST DE 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	4											
							NUMERO DE DOCUMENTOS REQUERIDOS EN EL SISTEMA	5	4											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	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.Diseñar Plan de Trabajo Anual del SG-SST 3.Verificar la autenticidad del pago de seguridad social de los contratistas 4.Asignar los recursos para el funcionamiento del SG-SST 5.Rendición de cuentas	Para el mes de febrero se evidencia cumplimiento en la meta establecida, ya que se cuenta con la revisión y actualización de los documentos propios del SG-SST: 1.Programa de vigilancia epidemiológico (PVE) riesgo Psicosocial, del SGA y PESV 2.Cronograma y listado asistencia como soporte de la continuidad de las Pausas activas 3.Informe mensual de indicadores 4.Evaluación del entendimiento de la documentación soporte del SG-SST dentro de la Inducción											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
2		LIDERAR LAS REUNIONES DE LOS COMTES CREADOS DANDO CUMPLIMIENTO AL SG SST	% Reuniones asistidas	100%	Mensual	ELABORAR CRONOGRAMA DE REUNIONES CON TEMAS ACTIVIDADES Y FECHAS	NUMERO DE REUNIONES ASISTIDAS EN EL MES	3	4											
							NUMERO DE REUNIONES PROGRAMADAS EN EL MES	3	4											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	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 la reunión mensual con el tema fechas y actividades mensuales. 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.	Para el mes de febrero se evidencia cumplimiento en la meta establecida, ya que se realiza reuniones con los comités según cronograma establecido: 1. COPASST, se realizó la reunión mensual con el tema de la accidentalidad presentada año vencido, capacitación factores que ocasionan incidentes y accidentes de trabajo (condiciones y actos inseguros) , entrega y socialización de la lista de chequeo de las Inspecciones de seguridad Locativa y de EPP 2.Comité de Convivencia Laboral, no se realizó reunión ya que no se presentaron casos y según cronograma anual. 3.Comité de Investigación de Incidentes y Accidentes de Trabajo, no se realiza reunión ya que no se presentaron incidentes, ni accidentes de trabajo. 4.Comité Brigadas de Emergencias, se realiza acta de actualización de la brigada junto con la inspección de seguridad a Botiquines, según cronograma establecido.											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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 EN SGSST A TODO EL PERSONAL DE LA SEDE	% DE CUMPLIMIENTO DE LAS CAPACITACIONES	100%	A NECESIDAD	PLANEAR DIVULGAR Y ORGANIZAR CADA CAPACITACION CON TIEMPO	NUMERO DE CAPACITACIONES REALIZADAS EN EL MES	0	1											
							NUMERO DE CAPACITACIONES PROGRAMADAS	0	1											
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	#¡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	Para el mes de febrero se realiza la Inducción de los trabajadores y contratistas del SG-SST, según cronograma de capacitación del SG-SST.											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	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	0											
							NUMERO TOTAL INCIDENTES DE TRABAJO REPORTADOS	0	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	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.INCENTIVAR EL REPORTE DE LOS ACCIDENTES DE TRBAJO	NUMERO DE ACCIDENTES DE TRABAJO EN EL PERIODO	0	0											
							NUMERO TOTAL TRABAJADORES EN EL PERIODO	0	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	No se presentaron durante el mes											
							PLAN DE MEJORA	REQUIERE	#¡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	Semestral	LLEVAR A CABO LAS INVESTIGACIONES DE CADA ACCIDENTE DE TRABAJO PRESENTADO.	NUMERO DE CASOS DE ENFERMEDAD LABORAL PRESENTADOS EN EL PERIODO	0	0											
							NNUMERO TOTAL DE TRABAJADORES EN EL PERIODO	0	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 porcentaje de casos por Enfermedad Laboral es del 0% ya que no se presentaron casos.	Para el mes de febrero se evidencia que el porcentaje 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 E GESTION SST DE 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	3											
							NUMERO DE ACTIVIDADES PLANTEADAS	1	3											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡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.	Para el mes de febreroo se evidencia cumplimiento en la meta establecida: 1.Revisión de los soportes de los exámenes médicos ocupacionales presentados 2.Ingreso del ausentismo laboral de cada mes. 3.Inspecciones de Seguridad Locativa y de EPP											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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 LABORAL	95%	MENSUAL	INGRESAR LA INFORMACION DE LAS ESTADISTICAS MES A MES	NÚMERO DE DÍAS DE AUSENCIA POR ENFERMEDAD DE ORIGEN LABORAL	0	0											
							NNUMERO TOTAL DE TRABAJADORESEN EL PERIODO	0	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.	Para el mes de febrero se evidencia que el índice de días perdidos por lesión es de 0%, ya que no se reportaron días de incapacidad, ni reportes de FURAT a la ARL.											
							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	CENTRO BIENESTAR DEL ANCIANO BELMIRA	CODIGO:GC-ACC
	INFORME DE GESTION VIGENCIA 01 DE ENERO AL 31 DICIEMBRE DEL 2023	VERSION:001
PROCESO	GESTION DE CALIDAD	FECHA: 2/01/2024

CUMPLIMIENTO A INDICADORES DE GESTION DEL AÑO, DESCRIPCIONES Y GRAFICAS

CANTIDAD	EJES	OBJETIVO	INDICADOR DE GESTION	ESTRATEGIA	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 Gestión ante la EPS la entrega de medicamentos NO POS y de suplemento con el tiempo adquirido por la Normalidad vigente	% de fórmulas generadas	verificacion de los medicamentos ordenados por el medico tratante hasta la entregado por la eps, esto con el fin de asegurar la entrega oportuna y a la calidad, para suplirlas necesidades de 100 % de la poblacion.	Numero de formulas generadas	125	145											% DE FÓRMULAS GENERADAS
					Numero de formulas entregadas	125	145											
					CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
					ANALISIS/ SEGUIMIENTO	se realizó revisión de las fórmulas generadas por medicina general, ortopedia, psiquiatría, de los tratamientos ordenados urgencias según 1°,2°y 3° entregas. según corresponda de cada orden medica: cápita, evento o mipres, junto con acta de entrega para los Dispensarios contratados por cada EPS, logrando recibido los ordenes correspondientes al mes de mayo. con algunos pendientes en medicina cápita que se realiza seguimiento oportuno.	se realizó revisión de las fórmulas generadas por medicina general, ortopedia, psiquiatría, de los tratamientos ordenados urgencias según 1°,2°y 3° entregas. según corresponda de cada orden medica: cápita, evento o mipres, junto con acta de entrega para los Dispensarios contratados por cada EPS, pendiendo que se reclame en su totalidad los correspondientes a primera entrega, quedando algunas meicinas pendientes por parte de la EPS, lo cul esta en seguimiento									
					PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE							#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
2	EFICACIA	Revisar que se encuentre beneficiarios el 100% de los medicamentos ordenados por el medico tratante hasta que sea entregado en la punto farmaceutico, teniendo en cuenta procedimiento de beneficiarios con que se cuenta en Procedimiento numero 3 Dispensación de medicamentos. los medicamentos este con el fin de realizar una correcta distribución de medicamentos teniendo en cuenta el metodo PEPS (primeros en entrar primeros en salir) y la fecha de vencimiento de cada uno de distribuyen esto para tener control en los vencimientos que se manejan en la institución.	% de medicamentos ingresados	actualizacion de la planilla de beneficiarios del mes. con los medicamentos ordenamientos y las que le eps entrega cada mes de la cuales. Se realiza seguimiento a las que los medicamentos pruebas o errores generando la alerta para la respectiva causa o falla dada de de la actualizacion medica institucional para lograr la respectiva mitigacion.	Total de medicamentos ingresados	182	185											% DE MEDICAMENTOS INGRESADOS
					Total de medicamentos beneficiados	182	185											
					CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡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 reclamados en las eps asignada, fueron beneficiados y marcados con fechas de vencimiento para mejor manejo de inventario. Se realizo seguimiento a los medicamentos con 3 meses de vencimiento, las noticias que por su cantidad y poca fecha de vencimiento se hace donación o canje con otros lugares para lograr el aprovechamiento de la misma.y sin afectar el tratamiento farmacológico de los adultos mayores del CBA Belmira	en este momento todos los medicam quese an reclamado con lo que se encuentran empezando a consolidar las necesidades en el stock de medicamentos. y se vienen organizando las correspondientes a seguridad y recetas entregas con fechas establecidas para su calificacion para el siguiente mes.									
					PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUIERE							#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
3	EFICACIA	Brindar consejo asesoria de uso del medicamento, forma de aplicación y de uso, Recomendaciones para el almacenamiento del medicamento, hábitos higiénico-sanitarios que deben mantener los residentes, cuidados especiales y precauciones de la poula terapeutica.	% de charlas y talleres	capacitar al personal y usuarios frecuentemente para unos hablos para una correcta administracion y analgesia de los tratamientos farmacologicos	N de charlas y talleres realizadas	0	1											% DE CHARLAS Y TALLERES
					Total de actividades programadas	0	1											
					CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	#¡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 logistica y apertura de año	para este mes se realizo la capacitacion del programa de farmacovigilancia. Por el diferenciadesde, se realiza acta y listado de asistencia											
					PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUIERE							#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
4	EFICACIA	Realizar no solicitudes de firmas para medicamentos que no se encuentren incluidos 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 para tener a cada persona mejor, verificando los errores cometidos y registrando los eventos adversos que puedan surgir	Total de medicamentos administrados	632	1038											% DE MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS
					Total de medicamentos recetados	632	1038											
					CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
					ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Se realiza comunicación a las valoraciones que tienen las personas mayores en ingresos de salud medica general, presentirio y urgencias para dar cumplimiento a las valoraciones, iniciar cambios de dieta y frecuencia y/o suspender medicos si así lo requiere Lucedes, esto con el apoyo de psicologia, realización de cambio en notas de enfermeria, Kardex en curos de medicamentos y evoluciones de psicologia, con la finalidad de una buena comunicación por valoración medica	para este mes se realiza comunicación a las valoraciones que tienen las personas mayores en ingresos de salud medica general, presentirio y urgencias para dar cumplimiento a los valoraciones, iniciar cambios de dieta y frecuencia y/o suspender medicos si así lo requiere Lucedes, esto con el apoyo de psicologia, realización de cambio en notas de enfermeria, Kardex en curos de medicamentos y evoluciones de psicologia, con la finalidad de una buena comunicación por valoración medica									
					PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE							#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
5	EFICACIA	Promover del uso racional del medicamento.	Porcentaje de dosis reenvasadas	se trabaja con el 100% de usuarios que ingresan a la institución de enfermeria capacitaciones frente a tiempo de los medicamentos que se les entregan, elaboración dosis y fraccionados parte del programa de farmacovigilancia para asi lograr prevenidos accidentes del personal no se deben autoformar y de esta manera mitigar las interacciones farmacologicas.	N de usuarios con tratamientos farmacologicos	78	77											% DE CHARLAS Y TALLERES
					Total de la poblacion	78	77											
					CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡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 realizaron capacitaciones por apertura de año, pero se evidencia control de controles en cartas de medicamentos y seguimiento a los tratamientos farmacologicos.	para este mes se realizo la capacitacion dando a conocer el programa de farmacovigilancia a los funcionarios del CBA belmira en su pon ten y adversacion deja actay asistencia											
					PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE							#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
6	EFICACIA	Sigla la ejecución de informes medicos presentados del médico tratante con la participación de los dentes profesionales.	% de medicamentos ingresados	realizar controles al 100% de los medicamentos almacenados en el servicio, con el fin de asegurar no tener inventarios en stock de medicamentos	N de medicamentos ingresados	182	185											% DE MEDICAMENTOS INGRESADOS
					N de medicamentos egresados	182	185											
					CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡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 internas y especialidades frente a la entregada por la eps, esto con el fin de asegurar la entrada del medicamento a la institución, para suplir las necesidades de 100 % de la poblacion, de los cuales hace la recepción técnica, sensificación y almacenamiento.	se realizan cuentes ciclicos que permiten verificacion y trazavilidad en sistema y físico, los cuales arrojan algunas inconsistencias en su totalidades se refiere para realizar reenvasados general que nos permite hacer validacion del inventario actual dentro del stock de medicamentos									
					PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE							#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
7	EFICACIA	el Registro siempre veloz porque se cumple o satisfactor la necesidad de los usuarios con los procesos de suministro, adquisición, entrada, almacenamiento, distribución y dispensación.	% de documentos elaborados	Realizar actualizacion de los documentos de acuerdo a los cambios normativos	N de documentos elaborados	1	1											% DE DOCUMENTOS ELABORADOS
					N de documentos revisados	1	1											
					CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡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 lleuva en la mesita de turno programada para este mes, para su verificación, este formato es de manejo institucional, que permita tener mayor control en los tratamientos que realiza el medico institucional y que evite un pardon fevor a evidnc de historia clinica como soporte de manejo en tratamientos farmacologicos a los usuarios del CBA Belmira.	para este mes se realizo actualizacion a documentos, ya establecidos el socio documento fue el plan de trabajo para el año 2023, conrespuesta de actividades y capacitaciones del area									
					PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE							#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
8	EFICACIA	Realizar la impresión, control y vigilancia de los medicamentos controlados y facilitado por parte del Fondo Nacional De Estupefacientes	% de tratamientos formulados	trabajar en la comunicación del total de los tratamientos de los medicamentos de control especial, Injertados, vigilados y control de las mismas.	N° de tratamientos formulados	6	6											% TRATAMIENTOS FORMULADOS
					Total de tratamientos despachados y auditados	6	6											
					CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
					ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Se tienen 6 usuarios valoradas por psiquiatria y que manejan medicamentos de control especial. Adquiridas las ordenes medicas y reclamadas ante la eps.	en este momento se tiene 6 usuarios que requieren de manejo de medicamentos de control especial, los cuales se les realiza seguimiento a cambios en dosis y frecuencia, segun ordenes medicas. Actualizando kardex, cateo y perfil farmacologico											
					PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE							#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
9	EFICACIA	participar de los espacios de inducción, reinducción y capacitación convocados por la compañía y dirigido a los compañeros del CBA Belmira. Sobre divulgación, de guías, procedimientos, protocolos.	% cumplimiento con objetivados	Intervención y participación de las capacitaciones brindadas al personal de la institución, para fortalecer los conocimientos y practica de nuestras labores, en pro de la calidad de la atención hacia las personas mayores	Numero total de capacitaciones participadas	0	4											% CUMPLIMIENTO DE CAPACITACIONES
					Numero total capacitaciones programadas	0	4											
					CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
					ANALISIS/ SEGUIMIENTO	no a tenen capacitaciones programadas para este mes	se participo en las capacitaciones programadas por el area de, enfermeria, psicologia, y humkennd											
					PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUIERE							#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
10	EFICACIA	Apoyar en la elaboracion de plan casero mediante jornadas informativas y educativas para el cumplimiento y adopción institucional al CBA Belmira.	% cumplimiento en elaboración plan casero.	Fortalecimiento Acua efectivo familiares y proceso de adaptación en las Personas Mayors	numero de planes caseros elaborados	0	0											% ELABORACIÓN DE PLAN CASERO
					numero de personas que salen al medio familiar- familias programadas	0	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	para este mes no se realizo plan casero, ningun usuarios salio a medio familiar											
					PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!							#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
11	EFICACIA	Apoyar en la elaboracion de PAIS en las Sede Consolerito, planeando y monitoreando en el proceso institucional de la persona mayor en el CBA Belmira	% cumplimiento en elaboración de PAIS y Seguimiento al Mismo.	Fortalecimiento y seguimiento del proceso de las Personas Mayores	numero de Planes de Atencion elaborados	20	19											% CUMPLIMIENTO EN ELABORACION DE PAIN Y SEGUIMIENTO
					numero de planes de atencion individual ejecutados	20	19											
					CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡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 con responsbilidad al proximo ingreso en el año de los siguientes usuarios: Bertilda Beltran, Blanca Betancur, Alfonso Benavides, Emiliana Bedoya,que, Donaldo Bonilla, Aurora Camacho, Maria Cardona, Maria Cano, Maria Cardona, Maria Cano, Maria Cardona, Maria Cano, Cataleta, Miguel Gallardo, José Domingo Guerrero, Jorge Eliecer Jumbanza, Jose Tulio Moreno, Miguel Moreno, José Murillo, Nimero Ortiz, Jesús Ortiz Pérez, Luella Quevedo, Teresita Ramírez, Celmo Rios, Fuentes Rebaza, Nuvia Sierra, y Blanca silva	se realizaron 19 monitoreando segùn cronograma a los siguientes usuarios: lucrecia bejarano, Jose Clodomiro Castro, Jose Tomas Castellon, Maria Cano, Maria Cardona, Maria Cano, Maria Cardona, Maria Cano, Cataleta, Melis, Herminia Pena, Nicolas Pizarro, Manuel Prieto, Oscar Pulido, Vicente Pulido, Julio Ramirez, Ambrocio Ramirez, Isreel Ramirez, Gil sierras, Alejandro Sierra, Salomon Telmezias.									
					PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE							#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
12	EFICACIA	participar de los estudios de casos y seguimiento a las personas mayores que ingresan a la institución por no relatar el valor o ofensivo o mal comportamiento	% de cumplimiento en la realizacion de los estudios de casos	conocimiento de la situacion de salud fisica, mental, sanitarias y comportamientos a partir de sus referencias	numero total de estudios de casos realizados	0	11											% ELABORACIÓN ESTUDIOS DE CASO
					numero total de estudios de casos programados	0	11											
					CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	#¡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.	para este mes se realizo 11 estudios de caso 5 a las usuarias que ingresaron de fundacion con pedio clave y 5 programados segùn cronograma y 1 a solicitud de la medico institucional.											
					PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUIERE							#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
13	EFICACIA	Participar en la realizacion de reuniones administrativas, asistencia de integración, Religiosas, Culturales, cumbres programadas por la Dirección y seguro requerimiento.	% REUNIONES ADMINISTRATIVAS	cooperación con intervencionalidad seguro y bien administrativo en cuanto de cumplimiento de logros colectivos	numero total de reuniones y/o actividades realizadas	1	2											% REUNIONES ADMINISTRATIVAS
					numero total de reuniones y/o actividades programadas	1	2											
					CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡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 presentados de un perfil a Clarin fundación Bogotá, para garantizar información obtenida en cada una de las usuarias para su proceso de institucionalidad y adaptación a nuestro entorno.	se realizaron la reunion de area, reunion de la seguridad de la persona mayor, reunion de estudios de caso											
					PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE							#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
14	EFICACIA	participar de los ingresos de Personas mayores a la Institución	% de cumplimiento y recepción de personas mayores	Conocer y dar continuidad a los criterios medicos de personas que ingresan a la institución.	numero total de personas ingresadas	0	0											% PERSONAS INGRESADAS
					Numero de ingresos programados	0	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	Se realiza el ingreso a 5 usuarios presentados de fundación San Pedro Claver de Bogotá, se realiza enquetas con ingreso de esta institución y se reciben mediante Kardex los medicamentos de cada una de ellas por separado y con tratamiento para un mes.	para este mes no se realizaron ingresos de personas mayores al CBA Belmira											
					PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE							#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	