INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA

CENTRO BIENESTAR DEL ANCIANO - ARBELAEZ

INFORME DE GESTION

AÑO 2023

CODIGO-PT-SIC - V2

«cod»

INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA CENTRO BIENESTAR DEL ANCIANO DE ARBELAEZ

FECHA: Enero-to 2023

OBJETIVO GENERAL: Mantener y mejorar el cumplimiento de los requisitos de habilitación y servicios complementarios del Centro de Bienestar del Anciano Arbeláez.

PROGRAMA: **ADMINISTRATIVO DE CALIDAD Y AUDITORIA INTERNA**

PROGRAMA ADMINISTRATIVO – CALIDAD

PROGRAMA:

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Objetivo Específico	Meta Cuantificable	Indicadores	Periodicidad	META	ENERO			FEBRERO 17-28			MARZO			ABRIL			MAYO 15 AL 30			JUNIO			JULIO			AGOSTO			SEPTIEMBRE			OCTUBRE			NOVIEMBRE			DICIEMBRE			TOTAL		
					Programado	Ejecutado	Por Ejecutar	Programado	Ejecutado	Por Ejecutar	Programado	Ejecutado	Por Ejecutar	Programado	Ejecutado	Por Ejecutar	Programado	Ejecutado	Por Ejecutar	Programado	Ejecutado	Por Ejecutar	Programado	Ejecutado	Por Ejecutar	Programado	Ejecutado	Por Ejecutar	Programado	Ejecutado	Por Ejecutar	Programado	Ejecutado	Por Ejecutar	Programado	Ejecutado	Por Ejecutar	Programado	Ejecutado	Por Ejecutar	Programado	Ejecutado	Por Ejecutar
					No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %
Establecer y Mantener el sistema de Gestión y mejoramiento de calidad en el centro de Bienestar	Mantener la prestación del servicio mediante proceso de autoevaluación por cada estándar (7) del sistema único de habilitación. Planificación de actividades que permitan el cumplimiento del SOGCS	N° Actividades ejecutadas en el periodo / actividades programadas * 100 N° Criterios evaluados que cumplen / respuesta Total de criterios evaluados *100	MENSUAL	100%	14 100%	10 100%	4 29%	2 100%	0 100%	0 0%	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	3 100%	1 100%	2 67%	19 100%	13 100%	6 32%
			% cumplimiento		71%			100%			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			33%			68%		32%
			ANALISIS		QuedO pendiente realizar autoevaluación del estándar de medicamentosa y registros clínicos con sus respectivos planes de mejoramiento.																																								
			PLAN DE MEJORA		Para estándar de talento humano y estándar de dotación. Cocina			Se deja plan de mejora para estándar de interdependencias (empresa de vigilancia) plan de mejora para estándar de infraestructura																																						
Ejecutar auditorias de seguimiento a los procesos del C.B.A.	Auditoria de seguimiento a todos los procesos del Centro.	N° auditorias ejecutadas / N° auditorias programadas x 100	ANUAL	85%	4 100%	3 100%	1 25%	2 100%	2 100%	0 0%	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	3 100%	1 100%	2 67%	9 100%	6 100%	3 33%
			% cumplimiento		75%			100%			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			33%			67%		33%
			ANALISIS					Durante auditoria a dotear se establecieron acciones correctivas (identificar en la mesa el nombre de la persona y el tipo de dieta. Que se de estricto cumplimiento a la minuta. (las nueves según minuta de:la fresa y cumplimiento cortante de curalda)																																								
			PLAN DE MEJORA		Realizar las pendientes para el siguiente mes																																								
Realizar seguimiento y cierre a los planes de mejora generados a partir de los resultados de auditoria interna o externa.	Seguimiento y cierre a todos los planes de mejoramiento.	N° planes de mejora con proyección de cierre en el periodo/N° total de planes de mejora en el periodo X100	anual	100%	3 100%	3 100%	0 0%	1 100%	1 100%	0 0%	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	3 100%	1 100%	2 67%	7 100%	2 100%	5 71%
			% cumplimiento		0%			100%			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			33%			29%		71%
			ANALISIS		Se hará seguimiento en febrero y marzo			Se realizo seguimiento a las acciones de mejora dotación y cocina.																																						
			PLAN DE MEJORA																																									

OBJETIVO GENERAL: Garantizar el desarrollo de los programas institucionales de seguridad del paciente, atención humanizada, gestión del riesgo y el cumplimiento de los lineamientos de la política de seguridad del paciente integrada con otras políticas institucionales como política de calidad, política de medio ambiente, seguridad y salud en el trabajo y política de no reúso.

Objetivo Específico	Meta Cuantificable	Indicadores	periodicidad	META	ENERO			FEBRERO 17-28			MARZO			ABRIL			MAYO 15 AL 30			JUNIO			JULIO			AGOSTO			SEPTIEMBRE			OCTUBRE			NOVIEMBRE			DICIEMBRE			TOTAL		
					Programado	Ejecutado	Por Ejecutar	Programado	Ejecutado	Por Ejecutar	Programado	Ejecutado	Por Ejecutar	Programado	Ejecutado	Por Ejecutar	Programado	Ejecutado	Por Ejecutar	Programado	Ejecutado	Por Ejecutar	Programado	Ejecutado	Por Ejecutar	Programado	Ejecutado	Por Ejecutar	Programado	Ejecutado	Por Ejecutar	Programado	Ejecutado	Por Ejecutar	Programado	Ejecutado	Por Ejecutar	Programado	Ejecutado	Por Ejecutar	Programado	Ejecutado	Por Ejecutar
					No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %
Realizar seguimiento a la adherencia de la política institucional de seguridad del paciente	Adherencia del personal a la política de seguridad del paciente	No. Trabajadores con adherencia superior al 80%/ No. Total de trabajadores evaluados x 100 Promedio de respuesta positivas /Total de criterios de la encuesta aplicada *100	semestral	90%	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	3 100%	1 100%	2 67%	3 100%	1 100%	2 67%
			% cumplimiento		#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			33%			33%		67%
			ANALISIS		Esta se evidencia en cada líder asignado de acuerdo con cronograma de capacitación.			Se realizara evolución trimestral en conjunto con la coordinación y talento humano.																																						
			PLAN DE MEJORA																																									
Realizar seguimiento a la implementación de los paquetes instruccionales aplicables a la institución	Adherencia del personal a los paquetes instruccionales	No. Trabajadores con adherencia superior al 80%/ No. Total de trabajadores evaluados x 100 Promedio de respuesta positivas / Total de criterios de la encuesta aplicada *100	anual	90%	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	3 100%	1 100%	2 67%	3 100%	1 100%	2 67%
			% cumplimiento		#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			33%			33%		67%
			ANALISIS		Esta se evidencia en cada líder asignado de acuerdo con cronograma de capacitación.																																								
			PLAN DE MEJORA																																									
Desarrollar estrategias que contribuyan a la humanización del personal durante la prestación del servicio. (curso de humanización- manejo del duelo y del dolor - Fasencear el entretenimiento y el ocio (taller, películas, teatro –semisencianal)- lenguaje de señas - LÍNEA DE CALIDEZ EN EL TRATO 3.3_LÍNEA DE INFORMACIÓN-	Política de humanización del servicio	N° estrategias desarrolladas x 100 / N° estrategias planeadas	SEMSTRAL	80%	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	2 100%	1 100%	1 67%	2 100%	1 100%	1 67%
			% cumplimiento		#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			33%			33%		67%
			ANALISIS		El CIAAA desarrolla estrategias para aplicar política de humanización.																																								
			PLAN DE MEJORA		Se requiere establecer programa "Keepin para cuidadores de los centros de protección de los adultos mayore. Se pasara propuesta para ser revisada por la dirección y coordinación.																																								
Desarrollar el programa de gestión del riesgo institucional en la prestación del servicio e integrarlo con el mapa de riesgos.	Identificación, valoración, priorización de riesgos y establecimiento de planes de mejora	* planes de mejoramiento establecidos por riesgo priorizado/ N° de riesgos priorizados x 100	SEMSTRAL	80%	2 100%	2 100%	0 0%	1 100%	1 100%	0 0%	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	3 100%	1 100%	2 67%	9 100%	7 100%	2 22%
			% cumplimiento		100%			100%			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			33%			78%		22%
			ANALISIS					No realizar la autoevaluación por estándares de habilitación se corre el riesgo del cierre del servicio x riesgo económico.																																							
			PLAN DE MEJORA																																									

OBJETIVO GENERAL: Garantizar la formación continuada de todo el personal que participa directa o indirectamente en el objeto social del Centro de Bienestar del Anciano Arbeláez.

PROGRAMA: ASISTENCIAL PARA EMPLEADOS –GESTIÓN HUMANA

Objetivo Específico	Meta Cuantificable	Indicadores	periodicidad	META	ENERO			FEBRERO 17-28			MARZO			ABRIL			MAYO 15 AL 30			JUNIO			JULIO			AGOSTO			SEPTIEMBRE			OCTUBRE			NOVIEMBRE			DICIEMBRE			TOTAL		
					Programado	Ejecutado	Por Ejecutar	Programado	Ejecutado	Por Ejecutar	Programado	Ejecutado	Por Ejecutar	Programado	Ejecutado	Por Ejecutar	Programado	Ejecutado	Por Ejecutar	Programado	Ejecutado	Por Ejecutar	Programado	Ejecutado	Por Ejecutar	Programado	Ejecutado	Por Ejecutar	Programado	Ejecutado	Por Ejecutar	Programado	Ejecutado	Por Ejecutar	Programado	Ejecutado	Por Ejecutar	Programado	Ejecutado	Por Ejecutar	Programado	Ejecutado	Por Ejecutar
					No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %	No. %
Formar continuamente a todo el personal de la institución.	Cumplimiento de cronograma de capacitaciones	N° capacitaciones ejecutadas / Total capacitaciones programadas x 100	semestral	90%	1 100%	1 100%	0 0%	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	100%	100%	0 #¡VALOR!	3 100%	1 100%	2 67%	4 100%	2 100%	2 50%
			% cumplimiento		100%			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			#¡DIV/0!			33%			50%		50%
			ANALISIS		Durante el mes de enero se realizo charla informativa relacionada con sistema de calidad aplicado en el centro. Dando a conocer el modelo de atención con calidad, humanizado y seguro centrada en el paciente y familia" se contó con la asistencia de 35 personas			Para el periodo según el cronograma no hay capacitación programada																																					
			PLAN DE MEJORA																																									

ISAACHA LUCIA AMUDI MORILE
Auditora de calidad