| BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA | **PROCESO:** PROTECCION SOCIAL | **CODIGO**: FT 5300-01.03 |
|---|---|---|
| | **PROCEDIMIENTO:** ATENCION A PERSONAS MAYORES | **VERSION**: 06 |
| | **FORMATO**: SUPERVISION TÉCNICA CENTROS DE PROTECCION AL ADULTO MAYOR | **FECHA**: 12/11/2020 |

## INSTRUMENTO DE SUPERVISION TECNICA INSTITUCIONES DE PROTECCION ADULTO MAYOR

| | | |
|---|---|---|
| **CENTRO DE PROTECCION** | **C.B.A. ARBELAEZ** | **Nro CONVENIO: 014 de 2023** |
| **NOMBRE DEL ASOCIADO** | **INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA** | |
| **FECHA DE VISITA PRESENCIAL O VIRTUAL** | **Febrero y Marzo 15 de 2023** | |
| **NOMBRE DE PERSONA(S) QUE PARTICIPA(N) EN LA VISITA DE SUPERVISIÓN POR PARTE DEL ASOCIADO** | **DIRECTORA: HNA JACINTA MIRANDA**<br>**COORDINADORA: DRA GLORIA CAMPOS** | |
| **NOMBRE(S) SUPERVISOR(ES) TECNICO** | **ELDA ROCIO RODRIGUEZ CAJAMARCA** | |

**OBJETIVO DE LA VISITA: Realizar seguimiento a la Supervisión del Convenio de Asociación No. 014 de 2023, celebrado entre el Instituto de Hermanas Franciscanas y la Beneficencia de Cundinamarca, para la prestación de servicios de protección en el C.B.A. ARBELAEZ.**

### ASPECTOS TECNICOS

### ADMINISTRACION

### 1. DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

| ASPECTO EVALUADO | CUMPLE | NO CUMPLE | CUMPLE PARCIALMENTE | EVIDENCIAS Y/O OBSERVACIONES | REQUERIMIENTO | FECHA DE CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Verificar la aplicación de planes de acción | X | | | Historia Social, Informe de Gestión | | |

### 2. TALENTO HUMANO

| ASPECTO EVALUADO | CUMPLE | NO CUMPLE | CUMPLE PARCIALMENTE | EVIDENCIAS Y/O OBSERVACIONES | REQUERIMIENTO | FECHA DE CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Verificar el cumplimiento en la contratación del personal, según anexo técnico y propuesta: | X | | | Hojas de vida, Nómina y convenio de cooperación de trabajo | | |
| Verificar la prestación de servicios profesionales los 7 días de la semana | X | | | Control de asistencia laboral. Cuadro de turnos | | |
| Verificar el pago de seguridad social | X | | | Documento | | |
| Verificar el pago de parafiscales | X | | | | | |
| Verificar la oportunidad en los pagos de la nómina, acorde a lo presupuestado por la Entidad. | X | | | | | |
| Verificar el cumplimiento del plan de capacitación institucional | X | | | Registro de asistencia | | |
| Verificar la entrega de dotación a empleados | X | | | Actas de entrega | | |
| Verificar actas de reuniones del SGSST | X | | | Controles de asistencia y actas de reunión | | |
| Verificar plan de mejoramiento con base en el mapa | X | | | Documento | | |

### 3. REGISTROS CONTABLES

| ASPECTO EVALUADO | CUMPLE | NO CUMPLE | CUMPLE PARCIALMENTE | EVIDENCIAS Y/O OBSERVACIONES | REQUERIMIENTO | FECHA DE CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Verificar seguimiento a la cartera morosa | X | | | Informe de Recaudo, planillas de seguimiento | | |
| Verificar la oportunidad en el pago a los empleados | X | | | Nómina, soportes contables | | |
| Verificar la oportunidad en el pago de seguridad social y parafiscales | X | | | Planilla Unica de pagos, certificación del contador o Revisor Fiscal | | |
| Verificar la oportunidad en la presentación de cuentas | X | | | Radicado de la cuenta | | |
| Verificar existencia de registros contables en cada uno de los proyectos terapéuticos | | | | Libros soporte | | |

| PROTECCION | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **1. SERVICIOS DE ATENCION GENERAL** | | | | | | |
| **ASPECTO EVALUADO** | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** | **CUMPLE PARCIALMENTE** | **EVIDENCIAS Y/O OBSERVACIONES** | **REQUERIMIENTO** | **FECHA DE CUMPLIMIENTO** |
| Verificar las condiciones de organización y aseo, tanto de cama, servicio, baterías de baño, zonas comunes, oficinas y área de taller. | X | | | Observación directa | | |
| Verificar la organización y funcionamiento del servicio de lavandería | X | | | Observación directa | | |
| Verificar el aseo personal y presentación personal de los beneficiarios | X | | | Observación directa | | |
| Verificar la prestación del servicio funerario para los usuarios sin familia | X | | | Informe de gestión | | |
| **2. ALIMENTACION** | | | | | | |
| **ASPECTO EVALUADO** | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** | **CUMPLE PARCIALMENTE** | **EVIDENCIAS Y/O OBSERVACIONES** | **REQUERIMIENTO** | **FECHA DE CUMPLIMIENTO** |
| Verificar el cumplimiento de las minutas establecidas | X | | | Minuta propuesta, observación directa | | |
| Verificar la realización de exámenes bacteriológicos de los empleados de la cocina | X | | | Exámenes de laboratorio | | |
| Verificar vigencia del carnét de manipulación de alimentos | X | | | Carnét | | |
| Verificar la entrega de kits de aseo a los empleados (jabón antibacterial, toallas de papel) | X | | | Actas de entrega | | |
| Verificar ubicación y cumplimiento de dietas, según valoración médica y nutricional | X | | | Documento, valoraciones | | |
| Verificar suministro de los alimentos. | X | | | Observación Directa | | |
| Verificar preparación de alimentos | X | | | | | |
| Verificar presentación adecuada al servir | X | | | | | |
| Verificar temperatura adecuada de los alimentos | X | | | | | |
| Verificar aseo, organización del área de cocina, depósito de alimentos y comedor | X | | | | | |
| Verificar existencia y actualización de kárdex de alimentos. | X | | | | | |
| Verificar cumplimiento de los protocolos de manipulación | X | | | Documento, Observación Directa | | |
| Verificar adecuado almacenamiento de viveres. | X | | | Observación Directa | | |
| **3. SERVICIOS PROFESIONALES** | | | | | | |
| **ASPECTO EVALUADO** | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** | **CUMPLE PARCIALMENTE** | **EVIDENCIAS Y/O OBSERVACIONES** | **REQUERIMIENTO** | **FECHA DE CUMPLIMIENTO** |
| Verificar el oportuno suministro de materiales e insumos para el adecuado funcionamiento de programas profesionales y proyectos ocupacionales | X | | | Archivo de solicitudes (Formato pre diseñado) | | |
| Verificar cumplimiento en la entrega de informes de las diferentes áreas | X | | | Documentos | | |
| Verificar la evolución trimestral del beneficiario en las historias sociales, realizada por cada profesional | X | | | Historias Sociales | | |
| Verificar el cumplimiento en la entrega de informe estadístico | X | | | Documentos | | |
| Verificar suministro de estímulos por labor realizada a los beneficiarios del programa | X | | | Actas de entrega con firma o huella usuario | | |
| Verificar la afiliación del total de beneficiarios al S.G.S.S.S. | X | | | Carnét afiliación | | |
| Verificar la oportuna utilización de los servicios del S.G.S.S.S. | X | | | Historia clínica, informes | | |
| Verificar la gestión para la consecución de medicamentos | X | | | Remisiones, prescripciones médicas y kardex de medicamentos. | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Verificar el suministro oportuno de medicamentos | X | | | Historias clinicas | | |
| Verificar la reserva de medicamentos, elementos y materiales de curación por un mes | X | | | Kardex | | |
| Verificar remisión oportuna de urgencias médicas las 24 horas del día | X | | | Remisiones, historia social. | | |
| Verificar existencia y actualización del kárdex de farmacia. | X | | | Kardex | | |
| Informes de gestión | X | | | Documento vía e mail. **Actas de Socialización pre y post test** | | |
| **4. SUMINISTROS DE ELEMENTOS E INSUMOS PARA LOS SERVICIOS** | | | | | | |
| **ASPECTO EVALUADO** | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** | **CUMPLE PARCIALMENTE** | **EVIDENCIAS Y/O OBSERVACIONES** | **REQUERIMIENTO** | **FECHA DE CUMPLIMIENTO** |
| Verificar oportuno suministro del KIT de aseo por usuario (Jabón, talcos, crema dental, papel higiénico, cepillo de dientes, | X | | | Actas de entrega, con firma o huella del usuario . | | |
| Verificar la compra de los elementos de aseo | X | | | Facturas | | |
| Verificar la entreta oportuna de 3 pañales diarios como mínimo a los usuarios con incontinencia moderada y 2 para leves. | X | | | Actas de entrega firmada por el coordinador del servicio | | |
| Verificar la participación de los beneficiarios en diferentes eventos culturales, deportivos, folclóricos, recreativos: UNA VEZ CADA DOS MESES | X | | | Cronograma, informe de gestión | | |
| Verificar el funcionamiento de los proyectos de trabajo propuestos | X | | | Informes de gestión | | |
| Medir el cumplimiento de metas acorde a lo proyectado en el Plan de Acción | X | | | Informes de gestión | | |
| Verificar el oportuno suministro de insumos y elementos que aseguren la correcta ejecución de estos servicios en la institución (Líquidos desinfectantes, jabón líquido y en polvo y odorizantes) | X | | | Kárdex | | |
| Verificar la existencia de computadores para el equipo profesional, con acceso a internet y programas actualizados. | X | | | Observación directa | | |
| Verificar la oportunidad en la entrega de insumos requeridos para desarrollar las funciones administrativas de la institución (Papelería) | X | | | Kárdex, archivos de solicitudes y actas de entrega | | |
| **C. MANTENIMIENTO** | | | | | | |
| **1. MAQUINARIA Y EQUIPOS** | | | | | | |
| **ASPECTO EVALUADO** | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** | **CUMPLE PARCIALMENTE** | **EVIDENCIAS Y/O OBSERVACIONES** | **REQUERIMIENTO** | **FECHA DE CUMPLIMIENTO** |
| Verificar la existencia de hojas de vida de cada uno de los equipos. Dar cumplimiento al programa de Tecnovigilancia. | X | | | Documento físico | | |
| Verificar el funcionamiento de los equipos con su respectivo mantenimiento | X | | | Hoja de vida del equipo | | |
| **2. MANTENIMIENTO INSTITUCION** | | | | | | |
| **ASPECTO EVALUADO** | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** | **CUMPLE PARCIALMENTE** | **EVIDENCIAS Y/O OBSERVACIONES** | **REQUERIMIENTO** | **FECHA DE CUMPLIMIENTO** |
| Verificar la poda contínua de zonas verdes y mantenimiento de jardínes en la institución | X | | | Observación Directa | | |
| Verificar la realización de dos fumigaciones en la institución | X | | | Documeno Físico | | |
| **3. VEHICULOS** | | | | | | |
| **4. VIGILANCIA** | | | | | | |
| **ASPECTO EVALUADO** | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** | **CUMPLE PARCIALMENTE** | **EVIDENCIAS Y/O OBSERVACIONES** | **REQUERIMIENTO** | **FECHA DE CUMPLIMIENTO** |
| Verificar la existencia de los puestos de vigilancia 24 horas, según lo propuesto | X | | | convenio con empresa y observación directa | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Verificar la correcta presentación personal del servicio de vigilancia | X | | | Observación Directa | | |

| 5. SERVICIOS PUBLICOS | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **ASPECTO EVALUADO** | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** | **CUMPLE PARCIALMENTE** | **EVIDENCIAS Y/O OBSERVACIONES** | **REQUERIMIENTO** | **FECHA DE CUMPLIMIENTO** |
| Verificar pago de servicio de agua | X | | | Documento | | |
| Verificar pago de servicio de energía | X | | | Documento | | |
| Verificar pago de recolección de basuras (Riesgo Biológico) | X | | | Documento | | |
| Gas Natural | X | | | Documento | | |
| Verificar pago de servicio de Teléfono | X | | | Documento | | |
| **MEDIDAS DE PREVENCION DE COVID-19** | | | | | | |
| Verificar existencia de Protocolo de Bioseguridad | X | | | Documento | | |
| Verificar socialización de Protocolo de Bioseguridad | X | | | Actas Firmadas | | |
| Verificar cumplimiento Protocolos de Bioseguridad | X | | | Informes. Observación | | |
| Verificar envío informe y evidencias de aplicación Normas de Bioseguridad | X | | | Informe vía e mail | | |
| Verificar envío informe Periódico Reporte Estado de Salud de Usuarios y Trabajadores | X | | | Informe vía e mail | | |

**OBSERVACIONES:** El Convenio de Asociación No. 014 de 2023 inicia el día 17 de Febrero de 2023. Se recibe Supervisión Técnica a partir de la misma fecha.
Se realiza seguimiento no presencial, verificacando cumplimiento a los requerimientos del Convenio de Asociación dentro de los tiempos establecidos, entre otros, informes de supervisión técnica, cumplimiento a la minuta establecida, contratación de personal según propuesta técnica, informes relacionados con usuarios protegidos en el C.B.A.
Esta Supervisión programó visita presencial para el día 23 de febrero, la cual fue cancelada por parte del Subg de Protección Social por necesidad del servicio; se reprogramó para el día 02 de Marzo pero se suspende, por cambio del programa que genera las comisiones.

Las comisiones programadas para visita presencial los días 02 y 09 de Marzo de 2023, fueron suspendidas por no elaboración de resoluciones de comisión; se reprograma para el día miércoles 15 de Marzo.
Se continúa con seguimiento teléfonico y vía e mail. La administración dá cumplimiento a los requerimientos de la Supervisión Técnica.
El día 15 de marzo se realiza visita presencial, se evidencian buenas condiciones de aseo y organización en general de la Institución; a excepción del área de Fisioterapia, que se observa desorganización y falta de mantenimiento, no cumple con la norma de habilitación; cumplimiento a la minuta para el día de la visita, así como buena presentación personal de los Usuarios protegidos en el C.B.A.
Se cuenta con 243 usuarios, 104 mujeres y 139 hombres.
En cuanto a contratación de personal exigido por el anexo técnico para ejecución del Convenio de Asociación, no se cuenta con técnico de cocina y un auxiliar de servicios generales. Las hojas de vida cuentan con la documentación requerida y se encuentran organizadas. El carnet de manipulación con vigencia hasta octubre 22 de 2023.
Se solicita adelantar valoración, diagnóstico y perfil ocupacional de las Personas Mayores por parte del área de Terapia ocupacional. Para el día de la visita se encuentran 8 Personas Mayores en hospitalización, por síntomas respiratorios.

## VERIFICACION DE REQUERIMIENTOS

| REQUERIMIENTO | FECHA DE CUMPLIMIENTO | FECHA DE VERIFICACION | CUMPLE/NO CUMPLE/CUMPLE PARCIALMENTE | EVIDENCIAS | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|
| *ACTUALIZACION PROTOCOLO SALIDAS DE USUARIOS POR SOLICITUD FAMILIAR. | Marzo 30 de 2023 | | | | |
| *ALLEGAR VIA E MAIL INFORME DE VALORACIONES . MARZO 17 OK | Marzo 17 de 2023 | MARZO | X | | |
| *VALORACIONES COMPLETAS POR LAS AREAS DE PSIQUIATRIA Y TERAPIA OCUPACIONAL. | Marzo 30 de 2023 | | | | |
| *ENVIAR MATRIZ CON VALORACION, DIAGNOSTICO Y PERFIL OCUPACIONAL. | Marzo 30 de 2023 | | | | |
| *REVISION GENERAL DEL PLAN DE ACCION Y REFORMULACIÓN JUSTIFICADA DE INDICADORES Y METAS QUE SE AJUSTEN A LA REALIDAD. | Marzo 30 de 2023 | | X | | |
| *VERIFICACION DE TITULO TERAP OCUPAC. | MARZO 18 DE 2023 | | X | | |
| *CERTIFICACION EXPERIENC PRACTICAS T.O. | MARZO 30 DE 2023 | | X | | |
| *CONTRATO T.O. ARCHIVO EN HOJA DE VIDA. ALLEGAR EVIDENCIA A LA SUPERVISION. | MARZO 24 DE 2023. | | | | |
| *REALIZAR ESTUDIO DE CASO USUARIO BENITO MANCERA (FOMEQUE). | ABRIL 18 DE 2023 | | | | |
| *CONTINUAR ESTUDIO PARA TRASLADOS. INGRESOS SOACHA. | | | | | |
| *MANTENIMIENTO EN EL AREA DE FISIOTERAPIA, REUBICACION DE ELEMENTOS QUE NO DEBEN ESTAR EN EL AREA. SE DEBE BUSCAR CUMPLIMIENTO A LA NORMA DE HABILITACION PARA ESTA AREA. | INMEDIATO. | | | | |

Rocio Rodriguez C.

**ELDA ROCIO RODRIGUEZ CAJAMARCA**
**SUPERVISOR TECNICO CONVENIO DE ASOCIACION C.B.A.**