| 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. BELMIRA** | **Nro CONVENIO: 015 de 2023** |
| **NOMBRE DEL ASOCIADO** | **INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA** | |
| **FECHA DE VISITA PRESENCIAL O VIRTUAL** | **MARZO 16 DE 2023** | |
| **NOMBRE DE PERSONA(S) QUE PARTICIPA(N) EN LA VISITA DE SUPERVISIÓN POR PARTE DEL ASOCIADO** | **DIRECTORA ADMINISTRATIVA: HNA AMANDA BETANCUR**<br>**DIRECTORA : DRA MELIDA LOPEZ** | |
| **NOMBRE(S) SUPERVISOR(ES) TECNICO** | **ELDA ROCIO RODRIGUEZ CAJAMARCA** | |

**OBJETIVO DE LA VISITA: Realizar seguimiento a la Supervisión del Convenio de Asociación No. 015 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. BELMIRA.**

### ASPECTOS TECNICOS

### ADMINISTRACION

#### 1. DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

| ASPECTO EVALUADO | CUMPLE | NO CUMPLE | CUMPLE PARCIALMENTE | EVIDENCIAS Y/O OBSERVACIONES | REQUERIMIENTO | FECHA DE CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Verificar la existencia de planes de acción por área profesional, incluída la dirección | X | | | Documento. | | |
| Verificar la aplicación de planes de acción | X | | | Historia Social, Informe de Gestión | | |
| Verificar que las Historias Clínicas y/o Sociales, los documentos relacionados con los planes, programas o proyectos estén organizados y se conserven de conformidad con la normatividad vigente de archivo, aplicando dicha norma a las tablas de retención documental. | X | | | Documento | | |

#### 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 | | |
| 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 | X | | | 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 | | |
| Base de Datos Usuarios: Medio Magnético | X | | | Documento vía e mail. **Actas de Socialización pre y post test** | | |
| Informes de gestión | X | | | | | |

**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 el suministro durante el primer mes de ejecución del Convenio de los insumos y elementos necesarios a cada área profesional, los cuales serán determinados por el respectivo profesional con aprobación del supervisor del Convenio. | X | | | Acta de entrega firmada por el profesional del área, documento de adquisición. | | |
| 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 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **ASPECTO EVALUADO** | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** | **CUMPLE PARCIALMENTE** | **EVIDENCIAS Y/O OBSERVACIONES** | **REQUERIMIENTO** | **FECHA DE CUMPLIMIENTO** |
| Verificar el pago oportuno y mantener la vigencia del seguro obligatorio SOAT y seguro contra robo, daños y otros. | X | | | Documento físico | | |
| Verificar el mantenimiento del vehículo en buenas condiciones. | X | | | Observación Directa, Hoja de Vida. | | |

| 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 | | |

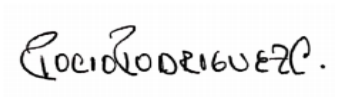
| 5. SERVICIOS PUBLICOS | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **ASPECTO EVALUADO** | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** | **CUMPLE PARCIALMENTE** | **EVIDENCIAS Y/O OBSERVACIONES** | **REQUERIMIENTO** | **FECHA DE CUMPLIMIENTO** |
| Verificar pago de servicio de agua | X | | | Documento | | |
| Verificar 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 semanal Reporte Estado de Salud de Usuarios y Trabajadores | X | | | Informe vía e mail | | |

**OBSERVACIONES:** Se realiza visita presencial de Supervisión Técnica el día 16 de marzo, encontrando que se cuenta con 77 personas protegidas en el C.B.A. con disponibilidad de 23 cupos. Se procede a aclarar el tema relacionado con el área de Nutrición y presentado por el comité auditor interno de calidad, a lo cual, la Directora y la Nutricionista del C.B.A. manifiestan que en ningún momento se presentó queja alguna en cuanto a la minuta. Se solicita allegar aclaración por escrito vía e mail. Se solicita al área de Trabajo Social revisar cartera en mora de la usuaria María Concepción Barahona.
En recorrido por la institución se observan buenas condiciones de aseo y organización, buena presentación de las personas mayores allí protegidas.
En el área de Terapia Ocupacional, se observa baño sin dispensadores de jabón y nevera sin toma de temperatura.
Se felicita a la administración del C.B.A. por la organización y embellecimiento del Centro, así como por la designación de nombres a cada una de las áreas que componen la Institución: CASA SAN JOSE, CASA SANTA ISABEL, CASA MADRE TERESA y CASA DE ADMINISTRACION SANTA MARIA REINA.
En la casa Madre Teresa, se ejecutan acciones de mantenimiento por humedad.
El área de stok de medicamentos dá cumplimieno a la semaforización y documentos e informes a los Entes de Control.
El área de Terapia Física ha reformulado su plan de trabajo, garantizando atención permanente al 100% de la población; con el Programa de Rehabilitación en Marcha, se ha logrado el avance significativo en Usuarios que se encontraban en silla de ruedas y en la actualidad se desplazan en marcha asistida.
Para el día de la visita, se realiza camina externa con 10 usuarios.

## VERIFICACION DE REQUERIMIENTOS

| REQUERIMIENTO | FECHA DE CUMPLIMIENTO | FECHA DE VERIFICACION | CUMPLE/NO CUMPLE/CUMPLE PARCIALMENTE | EVIDENCIAS | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|
| *Compra de camas y dotación pendientes | Marzo de 2023 | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| *Caso Usuaria María Hercilia Cardona: No salidas con referente social. Seguimiento permanente àreas de psicología y trabajo social. | Permanente | Marzo de 2023 | X | | |
| *Envío de solicitud de autorización traslado de Lokers del Instituto de Promoción Social al C.B.A. Belmira. | Marzo 9 de 2023 | Marzo de 2023 | X | | |
| *ACLARACION TEMA MINUTA AREA DE NUTRICION. | MARZO 17 DE 2023 | | | | |
| *UBICACION DISPENSADORES DE JABON PARED BAÑO AREA DE T.O. | MARZO 30 DE 2023 | | | | |
| *PLAN DE MEJORA TOMA DE TEMPERATURA NEVERA T.O. Y STOK DE MEDICAMENTOS. | INMEDIATO | | | | |
| *PLAN DE MEJORA ASEO POR MAL OLOR EN HABITACION 2 CASA SAN JOSE . | INMEDIATO | | | | |
| *ESTABLECER CONVENIO CON EL SENA PARA REFORZAR HUERTA. ALLEGAR INFORME | MARZO 30 DE 2023 | | | | |
| *EN CASA SANTA ISABEL MANTENIMIENTO A SILLAS PATO. | MARZO 30 DE 2023 | | | | |
| *ESTUDIO DE CASO USUARIA ROSA ELVIRA PARDO VDA DE PARDO (FISIOTERAPIA - ORTOPEDIA) DEBE SALIR DE LA HABITACION. | MARZO 30 DE 2023 | | | | |
| *CARNETIZACION TOTAL DE PERSONAL. MARZO 30 DE 2023. | MARZO 30 DE 2023 | | | | |
| *PLAN DE MEJORA PAIIN . | INMEDIATO | | | | |
| | | | | | |



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