HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA

**CENTRO BIENESTAR DEL ANCIANO - ARBELAEZ**

**INFORME DE GESTION**

AÑO 223

CODIGO: FT-GC - V2

FECHA: Ennero-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 auditoría INTERNA**

PROGRAMA ADMINISTRATIVO – CALIDAD — **PROGRAMA:** 10

EFICIENCIA = Calidad

| Objetivo Específico | Meta Cuantificable | Indicadores | Periodicidad | META | 17 a 28 de febrero | | | | | | MARZO | | | | | | TOTAL | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Programado | | Ejecutado | | Por Ejecutar | | Programado | | Ejecutado | | Por Ejecutar | | Programado | | Ejecutado | | Por Ejecutar | |
| | | | | | 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.<br><br>Planificación de actividades que permitan el cumplimiento del SOGCS | N° Actividades ejecutadas en el período / actividades programadas * 100<br><br>N° Criterios evaluados que cumplen requisitos/ Total de criterios evaluados *100 | MENSUAL | 100% | 2 | 100% | 2 | 100% | 0 | 0% | 8 | 100% | 8 | 100% | 0 | 0% | 10 | 100% | 10 | 100% | 0 | 0% |
| | | | % cumplimiento | | 100% | | | | | | 100% | | | | | | 100% | | | | 0% | |
| | | | ANÁLISIS | | | | | | | | se cumplieron las actividades programadas en cronograma. | | | | | | | | | | | |
| | | | PLAN DE MEJORA | | Se deja plan de mejora para estándar de interdependencias (empresa de vigilancia) plan de mejora para estándar de infraestructura | | | | | | Se dio continuidad al estándar de infraestructura dado que es el mas extenso | | | | | | | | | | | |
| Ejecutar auditorías de seguimiento a los procesos del C.B.A. | Auditoría de seguimiento a todos los procesos del Centro. | N° auditorías ejecutadas / N° auditorías programadas x 100 | ANUAL | 85% | 1 | 100% | 1 | 100% | 0 | 0% | 2 | 100% | 2 | 100% | 0 | 0% | 3 | 100% | 3 | 100% | 0 | 0% |
| | | | % cumplimiento | | 100% | | | | | | 100% | | | | | | 100% | | | | 0% | |
| | | | ANALISIS | | Durante auditoría a dietas 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 decía fresa y suministraron sorbete de curuba) | | | | | | Se dio cumplimiento a la auditoría realizada por control interno, sin hallazgos para planes de mejoramiento.<br><br>Mediante ronda de seguridad se realiza seguimiento a carro de medicamentos evidenciándose que los registros del conteo de medicamentos y el Kardex perfil farmacoterapéutico no se están llevando adecuadamente, la principal causa es falta de supervisión por enfermería y se retroalimenta el jefe del servicio | | | | | | | | | | | |
| | | | PLAN DE MEJORA | | Se realizan dos auditorías generales a estándar de interdependencia e infraestructura - auditoría dietas, mejora de cocina | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Realizar seguimiento y cierre a los planes de mejora generados a partir de los resultados de auditoría interna o externa. | Seguimiento y cierre a todos los planes de mejoramiento. | N° planes de mejora con proyección de cierre en el período/N° total de planes de mejora en el período X100 | anual | 100% | 1 | 100% | 1 | 100% | 0 | 0% | 1 | 100% | 1 | 100% | 0 | 0% | 2 | 100% | 2 | 100% | 0 | 0% |
| | | | % cumplimiento | | 100% | | | | | | 100% | | | | | | 100% | | | | 0% | |
| | | | ANALISIS | | Se realiza seguimiento a las acciones de mejora dotación y cocina | | | | | | Se realizó seguimiento al plan de mejoramiento establecido para el área de cocina y lleva un cumplimiento de 60%. | | | | | | | | | | | |
| | | | 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 política

**PROGRAMA: DESARROLLO INSTITUCIONAL**

| Objetivo Específico | Meta Cuantificable | Indicadores | Periodicidad | META | 17 a 28 de febrero | | | | | | MARZO | | | | | | TOTAL | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Programado | | Ejecutado | | Por Ejecutar | | Programado | | Ejecutado | | Por Ejecutar | | Programado | | Ejecutado | | Por Ejecutar | |
| | | | | | 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<br><br>Promedio de respuesta positivas /Total de criterios de la encuesta aplicada *100 | semestral | 90% | | 100% | | 100% | 0 | #¡DIV/0! | | 100% | | 100% | 0 | #¡DIV/0! | 0 | 100% | 0 | 100% | 0 | #¡DIV/0! |
| | | | % cumplimiento | | #¡DIV/0! | | | | | | #¡DIV/0! | | | | | | #¡DIV/0! | | | | #¡DIV/0! | |
| | | | ANALISIS | | Se realizará evaluación trimestral en conjunto con la coordinación y talento humano. | | | | | | Se realizará evaluación trimestral en conjunto con la coordinación y talento humano | | | | | | | | | | | |
| | | | PLAN DE MEJORA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Desarrollar estrategias que contribuyan a la humanización del personal durante la prestación del servicio.<br><br>(curso de humanización- manejo del duelo y del dolor - Favorecer el entretenimiento y el ocio (taller, películas, teatro -reminiscencias)- lenguaje de señas - LÍNEA DE CALIDEZ EN EL TRATO: 3.3_LÍNEA DE INFORMACIÓN-COMUNICACIÓN 3.4_LÍNEA DE ADECUACIÓN DEL ENTORNO | Política de humanización del servicio | N° estrategias desarrolladas x 100 / N° estrategias planeadas | SEMSTRAL | 80% | | 100% | | 100% | 0 | #¡DIV/0! | 1 | 100% | 1 | 100% | 0 | 0% | 1 | 100% | 1 | 100% | 0 | 0% |
| | | | % cumplimiento | | #¡DIV/0! | | | | | | 100% | | | | | | 100% | | | | 0% | |
| | | | ANALISIS | | Política de humanización desde el área de psicología se está desarrollando. | | | | | | Inmerso a la prestación del servicio se aplica la política de humanización. | | | | | | | | | | | |
| | | | PLAN DE MEJORA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | N° 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% | 3 | 100% | 3 | 100% | 0 | 0% |
| | | | % cumplimiento | | 100% | | | | | | 100% | | | | | | 100% | | | | 0% | |
| | | | ANALISIS | | No realizar la autoevaluación por estándares de habilitación se corre el riesgo del cierre del servicio o riesgo económico. | | | | | | Se Prioriza el riesgo relacionado con el talento humano, por incumplimiento en certificados de formación requeridos por habilitación de acuerdo a la Res. 3100. | | | | | | | | | | | |
| | | | PLAN DE MEJORA | | | | | | | | Se dan lineamientos a tener en cuenta durante los comités de seguridad del paciente:<br>- Se debe hacer búsqueda activa para identificar acciones inseguras en el estándar de medicamentos "fórmulas con error en la prescripción, dosis y concentración".<br>- Identificación del paciente: que todos las personas mayores cuenten con la identificación en cabeceras, locker y ropa":<br>- Igualmente que al comité se llevan resultados con relación al número de historias clínicas que se revisan y cuántas se corrigen. | | | | | | | | | | | |

**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 | 17 a 28 de febrero | | | | | | MARZO | | | | | | TOTAL | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Programado | | Ejecutado | | Por Ejecutar | | Programado | | Ejecutado | | Por Ejecutar | | Programado | | Ejecutado | | Por Ejecutar | |
| | | | | | 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% | | 100% | | 100% | 0 | #¡DIV/0! | | 100% | | 100% | 0 | #¡DIV/0! | 0 | 100% | 0 | 100% | 0 | #¡DIV/0! |
| | | | % cumplimiento | | #¡DIV/0! | | | | | | #¡DIV/0! | | | | | | #¡DIV/0! | | | | #¡DIV/0! | |
| | | | ANALISIS | | Para el período según el cronograma no hay capacitación programada | | | | | | Para el período según el cronograma no hay capacitación programada | | | | | | | | | | | |
| | | | PLAN DE MEJORA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**MARTHA LUCIA ARIAS GOMEZ**
Auditora de calidad