HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA

CENTRO BIENESTAR DEL ANCIANO - ARBELAEZ

INFORME DE GESTION

AÑO 2023

CODIGO: FT-GC - V2

«Unit»
INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CENTRO BIENESTAR DEL ANCIANO DE ARBELAEZ

FECHA Enero-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:

EFICIENCIA - Calidad

Objetivo Especifico	Meta Cuantificable	Indicadores	Periocidad	META	FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				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	
					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 prestacion del servicio mediante proceso de autoevaluacion por cada estandar (7) del sistema unico de habilitacion.	N° Actividades ejecutadas en el periodo / actividades programadas * 100	MENSUAL	100%	2	100%	2	100%	0	0%	8	100%	8	100%	0	0%	6	100%	6	100%	0	0%	7	100%	7	100%	0	0%	3	100%	3	100%	0	0%		100%		100%	0	#¡DIV/0!		100%		100%	0	#¡DIV/0!		100%		100%	0	#¡DIV/0!		100%		100%	0	#¡DIV/0!		100%		100%	0	#¡DIV/0!		100%		100%	0	#¡DIV/0!		100%		100%	0	#¡DIV/0!	26	100%	26	100%	0	0%
	Planificación de actividades que permitan el cumplimiento del SOGCS	N° Criterios evaluados que cumplen requisitos/ Total de criterios evaluados *100	% cumplimiento		100%						100%						100%						100%						#¡DIV/0!						#¡DIV/0!						#¡DIV/0!						#¡DIV/0!						#¡DIV/0!						#¡DIV/0!						100%				0%
			ANALISIS		se dieja plan de mejora para estandar de interdependencias (empresa de vigilancia)						se cumplieron las actividades programadas en cronograma.						Se cumplio con las actividades programadas para el periodo.						se cumplieron las actividades programadas en cronograma,se hizo preparacion para visita por ICONTEC el cual el centro no fue priorizado						Recopilacion de informacion para entrega al nuevo operador sequiendo lineamientos de Beneficencia para entrega administativa.																																	
			PLAN DE MEJORA		plan de mejora para estandar de infraestructura						Se dio continuidad al estandar de infraestructura dado que es el mas extenso						Se identificaron oportunidades de mejora que fueron subsanadas de una ves con el personal responsable del proceso y actividad.						Se hizo seguimiento al estandar de talento humano																																	
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%	1	100%	1	100%	0	0%	2	100%	2	100%	0	0%	4	100%	4	100%	0	0%	2	100%	2	100%	0	0%	1	100%	1	100%	0	0%		100%		100%	0	#¡DIV/0!		100%		100%	0	#¡DIV/0!		100%		100%	0	#¡DIV/0!		100%		100%	0	#¡DIV/0!		100%		100%	0	#¡DIV/0!		100%		100%	0	#¡DIV/0!		100%		100%	0	#¡DIV/0!	10	100%	10	100%	0	0%
			% cumplimiento		100%						100%						100%						100%						#¡DIV/0!						#¡DIV/0!						#¡DIV/0!						#¡DIV/0!						#¡DIV/0!						#¡DIV/0!						100%				0%
			ANALISIS		Durante auditoria a dietas se estableceron 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 nuevas segin minuta decia fresa y sumestration sorbete de curuba)						Se dio cumplimeto a la auditoria realizada por control interno, sin hallazgos para planes de mejoramiento. Mediante auditoria de seguimiento a carro de medicamentos evidenciandose que los registros del cortes de medicamentos y el Kardex perfil farmacoterapeutico no se estan llevando adecuadamente, la principal causa es falta de supervision por enfermeria. se rencalmenta la jefa del servicio						Se realizo seguimiento a la implementacion de acciones en el servicio de cocina, talento humano, stock de farmacia y al de agestion ambiental						Auditoria de seguimiento a estandar de registros clinicos e interdependencia, y al proceso de ambiental para dotación de canecanes de acuerdo al codigo de colores						Se realiza verificacion a documentos para hacer la entrega de acuerdo al listado maestro de documentos																																	
			PLAN DE MEJORA		se realizan dos auditorias gerrales a estandar de interdependencia e infraestructura - auditoria dietas, mejora de cona												el procentaje de avance de cumplimiento en cocina es de 36%; talento humano no ha iniciado y el stock de medicamentos lleva un cumplimiento de 80% esta pendiente la revision de los documentos; en gestion ambiental cono es infraestructura aun no se ha iniciado. sin embargo se ha venido dotando segun minuta patron de la norma vigente que empezo a regir desde el 2022						El estandar no cumple con lo establecido en la resolucion 1995, ni a los requerido en la resolucion 3100/19. se ha solicitado al proveedor de sofware gerattico la certificacion y este no ha dado respuesta. Continua perdiente adecuacion del area deposito de residuos. Continua pendiente la adquisicion de termometro para revision por electrico que certifique que no hay riesgo electrico.																																	
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%	1	100%	1	100%	0	0%	1	100%	1	100%	0	0%	5	100%	5	100%	0	0%	4	100%	1	100%	3	75%		100%		100%	0	#¡DIV/0!		100%		100%	0	#¡DIV/0!		100%		100%	0	#¡DIV/0!		100%		100%	0	#¡DIV/0!		100%		100%	0	#¡DIV/0!		100%		100%	0	#¡DIV/0!		100%		100%	0	#¡DIV/0!	11	100%	8	100%	3	27%
			% cumplimiento		100%						100%						100%						25%						#¡DIV/0!						#¡DIV/0!						#¡DIV/0!						#¡DIV/0!						#¡DIV/0!						#¡DIV/0!						73%				27%
			ANALISIS		Se realiza seguimiento a las acciones de mejora dotacion y cocina						Se realiza seguimiento al plan de mejoramiento establecido para el area de concina						Los planes de mejora relacionados con cocina requiere de adquisicion de equipos como termometros(2) para los congeladores y otro para congelador vertical que esta dano requiere de recursos y mayor gestion por parte del lider del proceso; con relacion a talento humano este se encuentra haciendo revision de hojas de vida y no se ha podido avanzar en cuanto a infraestructura este se esta ejecutando de manera gradual igualmente con stock de farmacia,en cuanto a la adquisicion de carros de medicamentos se esta a la espera de la entrega de los mismos, de compras para el proximo consorsio, ; se realizo auditoria a la implementacion del consentimiento informado de los personas mayores que ingresaron en el mes de enero los cuales el 42% no cumplian en cuanto al completo diligenciamiento los cuales se fueron corrigiendo de una vez quedando con un cumplimiento del 100%, No se encontraton dos consentimiento informados se retrolimenta a trabajo social.						Se cierra plan de mejora de adquision de termometro para congeladores																																	
			PLAN DE MEJORA														continual los planes 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.

PROGRAMA: DESARROLLO INSTITUCIONAL

Objetivo Especifico	Meta Cuantificable	Indicadores	Periocidad	META	FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				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	
					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	semestral	90%		100%		100%	0	#¡DIV/0!		100%		100%	0	#¡DIV/0!		100%		100%	0	#¡DIV/0!	1	100%	1	100%	0	0%	1	100%	1	100%	0	0%		100%		100%	0	#¡DIV/0!		100%		100%	0	#¡DIV/0!		100%		100%	0	#¡DIV/0!		100%		100%	0	#¡DIV/0!		100%		100%	0	#¡DIV/0!		100%		100%	0	#¡DIV/0!	2	100%	2	100%	0	0%
		Promedio de respuesta positivas /Total de criterios de la encuesta aplicada *100	% cumplimiento		#¡DIV/0!						#¡DIV/0!						#¡DIV/0!						100%						#¡DIV/0!						#¡DIV/0!						#¡DIV/0!						#¡DIV/0!						#¡DIV/0!						#¡DIV/0!						100%				0%
			ANALISIS		se realizara evaluacion trimestral en conjunto con la coodonacion y talento humano						se realizara evaluacion trimestral en conjunto con la coordinacion y talento humano						No se puedo realizar el analisis de la informacion porque lider de proceso dio prioridad a la revision de las hojas de vida laborales para que cumplan con los soportes establecidos por habilitacion.						El proceso de talento humano y coordinacion llevan relacion de las capacitacion programadas y realizadas para el periodo el cual se cumplio.						Revision de documentos para entrega de acuerdo al listado maestro																																	
			PLAN DE MEJORA																																																			
	Inducccion y reinduccion del personal.	Colaboradores nuevos asistenciales que reciben inducción en el puesto de rabajo/ total de trabajadores asistenciales									Se evaluara con talento humano el numero de trabajadores que recibieron induccion y reinduccion durante el 1 trimestre.																																																	
Desarrollar estrategias que contribuyan a la humanización del personal durante la prestación del servicio. (curso de humanizacion- manejo del duelo y del dolor - Favorecer el entretenimiento y el ocio (taller, peliculas, teatro -reminiscencias)-lenguaje de señas - LINEA DE CALIDAD AL TRATO	Politica 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%	1	100%	1	100%	0	0%		100%		100%	0	#¡DIV/0!		100%		100%	0	#¡DIV/0!		100%		100%	0	#¡DIV/0!		100%		100%	0	#¡DIV/0!		100%		100%	0	#¡DIV/0!		100%		100%	0	#¡DIV/0!		100%		100%	0	#¡DIV/0!	3	100%	3	100%	0	0%
			% cumplimiento		#¡DIV/0!						#¡DIV/0!						100%						#¡DIV/0!						#¡DIV/0!						#¡DIV/0!						#¡DIV/0!						#¡DIV/0!						#¡DIV/0!						#¡DIV/0!						100%				0%
			ANALISIS		Politica de humanizacion desde area de psicologia se						inmerso a la prestacion del servicio se aplica la politica de humanizacion.						El CRAA cuenta con estrategias de humanizacion que son desarrolladas en el dia a dia por cada uno de los trabajadores incluyendo a la persona mayor como el apoyo espiritual, se hizo participe a todo el personal del CRAA a la celebracion de cumpleños 25 de la comunidad en el centro de						Como estrategia de humanizacion el centro de Arbelaez ha desarrollado actividades ludicas y de acercamiento entre trabajadores, adultos mayores institucionalizado, mantine el fortalecimiento del vinculo entre familias de las personas mayores manteniendo comunicación permanente						Para el periodo ce celebro el dia de la familia donde los adultos mayores compatieron abiertamente con las personas mayores.																																	
			PLAN DE MEJORA								Desde el area de Psicologia se realizan acciones ludicas para cuidadores del centro de proteccion del adulto mayor.																																																	
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%	3	100%	3	100%	0	0%	2	100%	2	100%	0	0%	1	100%	1	100%	0	0%		100%		100%	0	#¡DIV/0!		100%		100%	0	#¡DIV/0!		100%		100%	0	#¡DIV/0!		100%		100%	0	#¡DIV/0!		100%		100%	0	#¡DIV/0!		100%		100%	0	#¡DIV/0!		100%		100%	0	#¡DIV/0!	9	100%	9	100%	0	0%
			% cumplimiento		100%						100%						100%						100%						#¡DIV/0!						#¡DIV/0!						#¡DIV/0!						#¡DIV/0!						#¡DIV/0!						#¡DIV/0!						100%				0%
			ANALISIS		No realizar la autoevaluacion por estandares de habilitacion se corre el riesgo del cierre del servicio x riesgo economico.						Se Priorizo el riesgo realcionado con el talento humano, por incumplimiento en certificados de formacion requeridos por habilitacion de acuerdo a la res. 3100						Continua perdiente el plan de mejora de talento humano Dotacion de termometros para le servicio de cocina Señalizacion de las areas con ausencia de SST De acuerdo al reporte que garantiza la potabilizacion del agua este resultado presenta desviacion , se requiere informar a secretaria municipal						Los riesgos priorizados de acuerdo con la seguridad del paciente el principal ha sido el de caidas, este es un factor latente dada las condiciones fisiologicas por el deterio progresivo del envejecimiento						Se entrega informe de estado de cumplimiento por estandar de habilitacion																																	
			PLAN DE MEJORA								se dan lineamientos a tener en cuenta ibuente los comites de seguridad del paciente (se debe hacer busqueda activa para identificar acciones inseguras en el estandar de medicamentos "formulas con error en la prescripcion y dosis y concentracion", identificacion el paciente " que todos las personas mayores cuenten con la identificacion en cabeceras, toker y ropa", igualmente que al comite se lleven resultados con						continuan pendientes los planes 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 Especifico	Meta Cuantificable	Indicadores	Periocidad	META	feb-16						MARZO						ABRIL						MAYO 16 AL 31						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	
					No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%