| J.H.S. INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA | CENTRO BIENESTAR DEL ANCIANO BELMIRA | CODIGO:FT-GC-011 |
|---|---|---|
| PROCESO | INFORME DE GESTION VIGENCIA 01 DE ENERO AL 15 JUNIO DEL 2023 | VERSION:001 |
| | GESTION DE CALIDAD | FECHA: 27/01/2018 |

**COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION DEL AREA DE DIRECCION - COORDINACION**

| N° | TIPO | OBJETIVO | NOMBRE DEL INDICADOR | META | FREC | ESTRATEGIA | FORMULA DEL INDICADOR | ENE. | FEB. | MAR. | ABR. | MAY. | JUN. | GRAFICO DEL INDICADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | EFICACIA. | Recibir las visitas que realizan a la Institución los diferentes entes de control | % VISITAS ENTES DE CONTROL | 100% | Anualidad | Atender las visitas de Supervisión y entes de control que llegasen al Centro vocacional con el equipo los hallazgos encontrados | Numero de visitas de entes de control recibidas | 0 | 2 | 5 | 2 | 2 | 4 | % VISITAS ENTES DE CONTROL |
| | | | | | | | Numero de visitas de entes de control atendidas | 0 | 2 | 5 | 2 | 2 | 4 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | #¡DIV/0! | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | | | ANALISIS/ SIGUIMIENTO | No se presentaron durante el mes | Se contro con la visita del dr Nestor Castañeda subgerente de la Beneficencia y la Dra Elda Rodriguez supervisora del convenio | Se recibe visita del Control Interno Ingeniero Jaime Omar, Luis Eduardo y Sonia , Supervisora Dra Elda Rodriguez, Oswaldo Pantano y Geraldinne, Financiera Señor Mario Lozano | Se apoyo visita de la Dra Elda y ARL Sura | Se recibe visita de ICONTEC, Dra Elda, Dra Geraldinne y Dra Tatiana | Asesoras visita de la Dra Elda supervisora del Convenio, Ingeniero David Caly Beneficencia , integrantes nuevo operador en musicas con Talento humano y en la entrega de la Institucion | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | #¡DIV/0! | NO REQUIERE | NO REQUIERE | #¡DIV/0! | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 2 | EFICACIA. | Programar, convocar y participar en las reuniones de equipo, area de trabajo y demas actividades grupales | % de reuniones | 100% | Mensual | Cumplir segùn cronograma con las reuniones mensuales programadas de las diferentes áreas | No. Reuniones realizadas | 9 | 9 | 8 | 9 | 8 | 3 | % DE REUNIONES |
| | | | | | | | No. Reuniones programadas | 9 | 9 | 8 | 9 | 8 | 3 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | | | ANALISIS/ SIGUIMIENTO | Se realizan reuniones de area para organizar cronograma, actividades y reforzar funciones 2023 | Se dio cumplimiento a cronograma de reuniones programadas y otras requerida para reforzar funciones y actividades | se realizan las reuniones de area donde se socializacion y reforzan funciones para mejorar actividades diarias | Según cronograma se cumplen reuniones de areas para socializar funciones y reforzar actividades | cumplimiento de cronograma | Se realizan reuniones con todo el Talento humano informando cambio de operador, con el equipo para la organización y entrega del centro de protección CIRA Belmira, y con la familia de las personas mayores | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 3 | EFICACIA. | Coordinador y apoyar en la implementación y creación de los diferentes comités Institucionales | % cumplimiento a la realización de comites de obligatorio cumplimiento | 100% | Mensual | Programar reuniones mensuales de los comites y confirmar su ejecucion | No. De Comites asistidas en el mes | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | % CUMPLIMIENTO A LA REALIZACIÓN DE COMITES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO |
| | | | | | | | total comites programados en el mes | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | | | ANALISIS/ SIGUIMIENTO | Se da inicio a la reunion de los comites de obligatorio cumplimiento ( Calidad, Historias Clinicas, Infecciones, Gagas, Tecno y farmacovigilancia, SGSST, SIAC) | Se da inicio a la reunion de los comites de obligatorio cumplimiento ( Calidad, Historias Clinicas, Infecciones, Gagas, Tecno y farmacovigilancia, SGSST, SIAC) | Con el liderazgo de la profesional de calidad Jode Paola Maldonado se da cumplimiento a la reunion de comites de obligatorio cumplimiento, acatando lineamientos. | De acuerdo a cronograma se realiza reunion de comites de obligatorio cumplimiento liderados por la profesional de calidad ( Calidad, Historias Clinicas, Infecciones, Gagas, Tecno y farmacovigilancia, SGSST, SIAC), Seguridad de la persona mayor, Reactivovigilancia) | Reunion de comité de obligatorio cumplimiento | Se realiza reunion de cierre de comites | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 4 | EFICACIA. | Planear y ejecutar los procedimientos de tipo operativo y administrativo relacionados con la atención de la población y diseñados en el anexo técnico | % de informes realizados | 100% | Mensual | Entrega oportuna de Informes solicitados por supervisión y demas dependencias de Beneficencia de Cundinamarca | N° informes realizados | 25 | 27 | 25 | 20 | 12 | 6 | % DE INFORMES REALIZADOS |
| | | | | | | | N° informes solicitados | 25 | 27 | 25 | 20 | 12 | 6 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | | | ANALISIS/SEGUIMIENTO | Se da cumplimiento a informes solicitados y los de rutina | Se da cumplimiento a informes solicitados y los de rutina | Cumplimiento a informes solicitados segùn este de control y de apoyo a otras areas | Entrega de informes de acuerdo a solicitud | Cumplimiento de informes solicitados de acuerdo a requerimientos | Cumplimiento de informes a Beneficencia y otros entes solicitados | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 5 | EFICACIA. | Brindar apoyo en apertura del buzon PQRS, segùn directriz de Beneficencia | % apoyo apertura buzon | 100% | Quincenal | Cumplir con apertura del buzon PQRS, segùn cronograma | Numero total de apertura | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | % APOYO APERTURA DE BUZON PQRS |
| | | | | | | | Numero total programadas | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | | | ANALISIS/ SIGUIMIENTO | Se da cumplimiento a cronograma de apertura de buzon el cual junto con los informes fue enviado a la profesional de la beneficencia Tatiana Kalivo | Se da cumplimiento a cronograma de apertura de buzon el cual junto con los informes fue enviado a la profesional de la beneficencia Tatiana Kalivo | En el mes de marzo se da apertura al buzon de sugerencia enviando informe con los respectivos soportes a la persona encargada en la Beneficencia | Por cronograma en el mes se cumple con dos apertura de buzon, informe y evidencias enviadas a la persona encargada en la Beneficencia de Cundinamarca | cumplimiento de cronograma establecido con Beneficencia | Se dio cumplimiento a la primera apertura de buzon mes de junio, envio de soportes respectivos a la profesional encargada Dra Tatiana Kalvo | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 6 | EFICACIA. | Verificar el diligenciamiento por parte del Equipo Profesional del cierre de Historias Clinicas de los egresos | % verificacion de historias clinicas por egreso | 100% | Mensual | Realizar revisión en conjunto con el area de trabjo social del cierre adecuado de las historias en las diferentes areas | Número de historias verificadas en el mes | 1 | 2 | 0 | 3 | 0 | 0 | % VERIFICACION DE HISTORIAS CLINICAS POR EGRESO |
| | | | | | | | Total de egresos en el mes | 1 | 2 | 0 | 3 | 0 | 0 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | #¡DIV/0! | 100% | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | |
| | | | | | | | ANALISIS/ SIGUIMIENTO | Se verifica el cierre de historia clinica de la persona Luz Anaseu quien fallece en el hospital San Rafael de Fusagasuga | Se verifica el cierredde las dos historias por fallecimiento, Bertilda Beltran y Arsenio Castañeda | No se presentaron durante el mes egresos por ningun concepto | Se verifica en sistema cierre de historias clinicas por egreso a causa de fallecimientos | No se presentaron egresos durante el mes por ningun concepto | No se presentaron egresos durante el mes por ningun concepto | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | #¡DIV/0! | NO REQUIERE | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | |
| 7 | EFICACIA. | Garantizar y verificar la asistencia de los profesionales a diferentes actividades previstas en el anexo | Porcentaje de charlas mensuales. | 100% | Mensual | Asegurar y apoyar la participacion e inclusion del equipo en las diversas actividades terapeuticas que segùn anexo se requieran | No. de actividades realizadas | 4 | 5 | 5 | 5 | 3 | N.A. | % SEGUIMIENTO ACTIVIDADES PERSONAS MAYORES |
| | | | | | | | No. actividades programadas | 4 | 5 | 5 | 5 | 3 | N.A | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | #¡VALOR! | |
| | | | | | | | ANALISIS/SEGUIMIENTO | Se apoya a las areas de Terapia Fisica y Ocupacional en la realizacion de las caminatas extramurales donde participan personas mayores funcionales, semifuncionales, | Se brinda apoyo con transporte y demas para la realizacion de las caminatas y salida extramural al hogar Francisco y Clara den las personas mayores del centro | se brinda apoyo a las areas de Terapia Fisica y ocupacional con las caminatas extramurales y con la celebracion del dia del genero | Se apoya a las areas de Terapia Fisica y ocupacional en actividades extramurales, informes y evidencia fotografica que posteriormente es enviada a la persona de prensa de la Beneficencia de Cundinamarca | Apoyo a las actividades realizadas por area de terapia fisica, ocupacional y actividad intergeneracional con jovenes | NA | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | #¡VALOR! | |
| 8 | EFICACIA. | Vigilar la ejecución de órdenes médicas provenientes del análisis interdisciplinario con la participación de los demás profesionales. | % de realización procesos terapeuticos (estudios de casos) | 100% | Mensual | Apoyar y acompañar al equipo profesional en el cumplimiento del desarrollo de actividades terapeuticas con el fin de evaluar las condiciones, físicas emocionales y mentales de los usuarios | N° de procesos terapeuticos realizados en el mes | 5 | 6 | 0 | 0 | 1 | 0 | % DE REALIZACIÓN PROCESOS TERAPEUTICOS (ESTUDIOS DE CASOS) |
| | | | | | | | N° Total de procesos terapeuticos programados | 5 | 6 | 0 | 0 | 1 | 0 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | 100% | #¡DIV/0! | |
| | | | | | | | ANALISIS/ SIGUIMIENTO | Se verifica valoracion de ingreso de las cinco personas mayores trasladadas del Cha San Pedro Clavey el registro en el sistema. | No se presentaron ingresos durante el mes | No se dieron ingresos en el mes | No se dieron ingresos en el mes | Ingreso procedencia Pandi | No se presentaron ingresos | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | NO REQUIERE | #¡DIV/0! | |
| 9 | EFICACIA. | Promover jornadas de Capacitación y educación continua para el personal y personas mayores de la Institución | % Seguimiento a la realización de capacitaciones continuas | 100% | Mensual | Verificar a traves de cronograma de capacitaciones el cumplimiento del equipo profesional en el desarrollo de las sesiones | N° capacitaciones realizadas por el equipo en el mes | 0 | 5 | 7 | 8 | 12 | N.A. | % SEGUIMIENTO A LA REALIZACIÓN DE CAPACITACIONES CONTINUAS |
| | | | | | | | N° Capacitaciones programadas en el mes | 0 | 5 | 7 | 8 | 12 | N.A. | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | #¡DIV/0! | 100% | 100% | 100% | 100% | #¡VALOR! | |
| | | | | | | | ANALISIS/ SIGUIMIENTO | Nio se programaron para el mes de enero 2023 | En cumplimiento se verifican capacitaciones realizadas por las areas de Psicologia, Manual de procesos y procedimientos Enfermeria, Seguridad de la persona mayores mayor. Regente Nutricia Programa de farmacovigilancia. Seguridad Salud Trabajo: Link de programación virtual SURA, inducción y reinducción SG SST. Gestión ambiental: PGIRHS | Se verifica cumplimiento a cronogramas de capacitacion continua en las areas de Trabajo Social, Psicología, Enfermeria, Regente SGSST: Gestor Ambiental, ecomras por parte de la ARL SURA dos temas tratados. | Verificacion de cumplimiento segun cronogrgama de la realizacion de capacitacion continua al talento humano por parte de los profesionales de Psicologia, Gestion ambiental (3 temas), Trabajo social - Regente, SGSST – Fisioterapia, Soportes que se encuentran en la AZ en Direccion | **Medico**: Lavado de manos. **Psicología**: adherencia al protocolo de intervención en crisis y fuga, normatividad y manejo del software, historias clínicas sobre adopción de GPC para el tratamiento de la demencia, manejo de la ansiedad. **Farmacovigilancia**: Seguridad en la seguridad en la administración segura de medicamentos **Seguridad Salud Trabajo**: Poner en mis aspetos y cambio de roles **Ingeniería Ambiental**: gestión del riesgo químico, en el manejo de residuos peligrosos Generalidades del manual y procedimientos de limpieza y desinfección | N.A | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | #¡DIV/0! | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | #¡VALOR! | |
| 10 | EFICACIA. | Liderar la implementación de los procedimientos para el talento humano | % DE CUMPLIMIENTO DE EJECUCION DEL PROCESO DE SELECCIÓN Y CONTRATACION | 100% | Anualidad | Cumplir con la vinculación del personal segùn perfil y necesidad Institucional | N° de proceso de talento humano realizados | 6 | 10 | 0 | 0 | 0 | N.A. | % DE CUMPLIMIENTO DE EJECUCION DEL PROCESO DE SELECCIÓN Y CONTRATACION |
| | | | | | | | N° procesos requeridos | 6 | 10 | 0 | 0 | 0 | N.A. | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡VALOR! | |
| | | | | | | | ANALISIS/ SIGUIMIENTO | Con apoyo de psicologia y dando cumplimiento a protocolo de selección y contratacion se aplicaron pruebas a 6 perfiles de aux de enfermeria, siendo seleccionado 4 y uno a profesional de nutricion siendo seleccionada. | Por la ampliacion del talento humano, dando cumplimiento a protocolo y con el apoyo de psicologia se aplicaron pruebas a 6 perfiles de aux de enfermeria, siendo seleccionado 4 y uno a profesional de nutricion siendo seleccionada. 10 aspirantes quedando seleccionado : 1 fisioterapeuta 1 enfermera jefe 2 auxiliares de enfermeria, 1 auxilir de terapia ocupacional 2 auxiliares de servicios generales 1 auxiliar de mantenimiento 1 auxiliar de alimentos descansado una hoja de vida | No se genero por contar con el Talento Humano completo | No se genero por contar con el Talento Humano completo | No se genero por contar con el Talento Humano completo | N.A | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡VALOR! | |
| 11 | EFICACIA. | Dar cumplimiento a la entrega de donación al Talento Humano de acuerdo a las normas vigentes | % DE CUMPLIMIENTO EN LA ENTREGA DE DOTACION | 100% | Anualidad | Coordinar la entrega de donación al Talento Humano de acuerdo a las normas vigentes | N° destalajadores beneficiados | 53 | 53 | 53 | 53 | 53 | 53 | % DE CUMPLIMIENTO ENTREGA DE DOTACIÓN TALENTO HUMANO |
| | | | | | | | total contratados | 53 | 53 | 53 | 53 | 53 | 53 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | | | ANALISIS/ SIGUIMIENTO | Cumplimiento segùn normatividad y convenio | Cumplimiento segùn normatividad y convenio por parte del Instituto | Cumplimiento segùn normatividad y convenio por parte del Instituto con Beneficencia | Cumplimiento segùn normatividad y convenio por parte del Instituto con Beneficencia | Cumplimiento segùn normatividad y convenio por parte del Instituto con Beneficencia | Cumplimiento segùn normatividad y convenio por parte del Instituto con Beneficencia | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 12 | EFICACIA. | Realizar seguimiento al cumplimiento de consignado en estudios de caso, PAIN y monitoreados | % de cumplimiento en elaboracion de estudios de caso, PAIN y monitoreados | 100% | SEGÚN CRONOGRAMA | Seguimiento al cumplimiento del diligenciamiento del formato PAIN donde se realizaran el estudio de caso consistendo planeando, y seguimiento al monitoreando. | N° total de PAIN(s) monitoreando realizados | 26 | 24 | 29 | 36 | 37 | N.A | % DE CUMPLIMIENTO DE EJECUCION DEL PROCESO DE SELECCIÓN Y CONTRATACION |
| | | | | | | | N° total de PAIN(s) monitoreando programado | 26 | 24 | 29 | 36 | 37 | N.A | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | #¡VALOR! | |
| | | | | | | | ANALISIS/ SIGUIMIENTO | Se verifico que el equipo registraa y diera cumplimiento a los 26 seguimientos a monitoreando que se tenian programados | Se revisa sistema para verificar registro de 19 seguimiento a monitoreando y 5 pais conociendo de los ingresos del mes de enero | Verificacion registro en sistema | Registro en historias de 11 estudios de caso y 25 seguimiento a monitoreando por parte del equipo profesional asistencial | Verificacion registro en software de historias de 13 estudios de caso y 23 seguimiento a monitoreando, registro de 1 ingreso. | N.A. por cronograma y fecha de cumplimiento de anexo | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | #¡VALOR! | |
| 13 | EFICACIA. | Seguimiento a programas PGIRH, SG-SST. | % seguimiento a programas | 100% | Mensual | Verificación al cumplimiento de los diferentes programas por medio aplicación de lista de chequeo. | Numero de seguimientos realizados en el periodo | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | % SEGUIMIENTO A PROGRAMAS |
| | | | | | | | numero de seguimientos programados | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | | | ANALISIS/ SIGUIMIENTO | En seguimiento a los programas de PGIRH, GAGAS Y SG-SST , a la fecha cumplimiento en lo relacionado a reuniones, y organización cronograma 2023 | En seguimiento a los programas de PGIRH, GAGAS Y SG-SST , a la fecha cumplimiento en lo relacionado a reuniones, y capacitaciones | Programas que dan cumplimiento a la normatividad vigete | Programas que dan cumplimiento a la normatividad vigete, capacitaciones y actualizaciones | Programas que dan cumplimiento a la normatividad vigete, capacitaciones y actualizaciones | Cierre de actividades | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| AREA: INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA | CENTRO HOSPITALARIO DEL ANCIANO SAN NORA | | CODIGO FT-GC-011 |
| | INFORME DE GESTION TRIMESTRAL VI DE ENERO AL 31 DICIEMBRE 2023 | | VERSION 001 |
| PROCESO: | GESTION DE CALIDAD | | FECHA: 27/01/2024 |

COMPORTAMIENTO DE LOS INDICADORES DE GESTION DEL AREA DE CALIDAD

| N° | TIPO | OBJETIVO | NOMBRE DEL INDICADOR | META | FRECUENCIA | ESTRATEGIA | FORMULA DEL INDICADOR | ENE. | FEB. | MAR. | ABR. | MAY. | JUN. | GRAFICO DEL INDICADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | EFECTIVIDAD | Verificar el cumplimiento de las siguientes normativas del proceso de habilitación | %DE CUMPLIMIENTO PROCESO DE HABILITACION | >95% | ANUAL | Realizar autoevaluacion por medio de la aplicación de lista de chequeo que permita evidenciar el cumplimiento de los estandares del proceso de habilitación para el objeto social ofrecido | NUMERO DE ITEMS DE LA LISTA DE CHEQUEO CON CUMPLIMIENTO | N.A | NA | NA | | NA | | % CUMPLIMIENTO PROCESO HABILITACION |
| | | | | | | | TOTAL DE ITEMS VERIFICADOS | N.A | NA | NA | no | NA | N.A | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | 95% | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | |
| | | | | | | | ANALISIS | N.A | NA | NA | PARA EL MES DE ABRIL SE REALIZO AUTOEVALUACION DE LA RESOLUCION 3100 DE 2019 EVIDENCIANDO UN CUMPLIMIENTO DEL 95% EN LOS ESTANDARES DE SUFICIENCIA TECNICA, INFRAESTRUCTURA, RELACIONADOS CON PASAMANOS, BAÑOS, COCINA, Y LA ADQUISICION DE ESTACION COMO LA PLANTA ELECTRICA, LLAMADO DE ENFERMERIA, AIRE ACONDICIONADO,AS COMO EL CUMPLIMIENTO DEL 100% EN LOS ESTANDARES DE TALENTO HUMANO EN CUENTA EL ACUERDO MUNICIPAL EN DONDE SE ESPECIFICA EL NUMERO DE PERSONAL DE ENFERMERIA REQUERIDO PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO ENTRE DIURNO Y NOCTURNO, CONTAMOS CON LA RESOLUCION DE ACTO EVALUACION DEL PROCESO DE HABILITACION LA CUAL CUENTA CON UNA VIGENCIA HASTA EL 30/DE ABRIL DE 2024. | N.A | N.A | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | NO REQUIERE | #¡DIV/0! | NO REQUIERE | |
| 2 | EFICACIA | Velar el cumplimiento de la ejecución anual de auditoria programada | AUDITORIAS INTERNAS | 100% | MENSUAL | Definir los temas a auditar dentro de la vigencia del encuesta, de los procesos de habilitación de SIAS y de calidad para asi implementar acciones con su ejecución, creacion de barometros para verificacion del cumplimiento. | NUMERO ITEMS DE LA LISTA DE CHEQUEO CON CUMPLIMIENTO | N.A | 36 | NA | 33 | NA | N.A | AUDITORIAS INTERNAS |
| | | | | | | | NUMERO ITEMS EVALUADOS | N.A | 20 | NA | 22 | NA | N.A | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | #¡VALOR! | 80% | #¡VALOR! | 68% | #¡VALOR! | #¡VALOR! | |
| | | | | | | | ANALISIS/SEGUIMIENTO | N.A | PARA EL MES DE FEBRERO SE REALIZO AUDITORIA AL AREA DE ENFERMERIA EVIDENCIANDO INCUMPLIMIENTO EN LOS ESTANDARES DE META ESPERADA, SIENDO LA OPORTUNIDAD CON EL AGRAVO Y LOS CONTROLES DE TRANFUNTURA, ENTRE OTROS SE SOLICITO PLAN DE MEJORA | NA | PARA EL MES DE ABRIL SE REALIZO AUDITORIA AL ESTANDAR DE INFRAESTRUCTURA EVIDENCIANDO UN CUMPLIMIENTO POR DEBAJO DE LA META ESPERADA, SIENDO LA OPORTUNIDAD EN LOS ESTANDARES DE SEGURIDAD QUE REQUIEREN DIRECTRIZ Y PRESUPUESTO POR PARTE DE RENDICONCIA DE CUNDINAMARCA | N.A | N.A | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | |
| 3 | EFICACIA | Evitar tratamientos a los cubiertos no conformes presentados en la institución | GESTION DE SALIDAS NO CONFORMES | 100% | MENSUAL | Crear herramienta para consolidado de las salidas no conformes presentadas en la institución y tratamiento a las mismas. | NUMERO DE SALIDAS O SERVICIOS NO CONFORMES IDENTIFICADOS, ANALIZADOS Y GESTIONADOS EN EL PERIODO | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | GESTION DE SERVICIOS NO CONFORMES |
| | | | | | | | NUMERO DE SALIDAS O SERVICIOS NO CONFORMES REPORTADOS EN EL PERIODO | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | #¡DIV/0! | 100% | 100% | #¡DIV/0! | 100% | 100% | |
| | | | | | | | ANALISIS/SEGUIMIENTO | Para el mes de enero no se reportaron salidas no conformes | PARA EL MES DE FEBRERO SE PRESENTO UNA SALIDA NO CONFORME RELACIONADA CON EL CAMBIO DE ASEGURADOR VS LA TRANSICION DE CONVIDA | PARAAL MES DI MARZO SE REPORTO UNA SALIDA NO CONFORME RELACIONADA CON INCONFORMIDAD DE LA PRESTACION DEL SERVICIO EN EL CSM UBICADA POR PARTE DE LA COLIMA TRASLADAE DE CSM SAN PEDRO CLAVER | NA | PARA EL MES DE MAYO SE PRESENTO UNA SALIDA NO CONFORME RELACIONADA CON EL FUNCIONAMIENTO DEL INTERNET QUE IMPIDIO LA UTILIZACION DE LA HISTORIA CLINICA ELECTRONICA DADO POR MANTENIMIENTO PROGRAMADO POR PARTE DEL PROVEEDOR DEL MUNICIPIO,QUE AFECTO LA ATENCION DE LOS USUARIOS, QUE AFECTO LA RED , SE REALIZARON ACCIONES DE CORRECCION QUE PERMITIERON CONTINUAR CON EL REGISTRO DE LAS ATENCIONES EN LA HISTORIA. | PARA EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE 1 Y EL 15 DE JUNIO SE PRESENTA UNA SALIDA NO CONFORME RELACIONA CON EL CAMBIO DEL OPERADOR | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | #¡DIV/0! | NO REQUIERE | NO REQUIERE | #¡DIV/0! | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 4 | EFICIENCIA | Intensificar competencias del personal en el Proceso de habilitación y Calidad en la institución. | % DE CUMPLIMIENTO AL PLAN DE CAPACITACION DEL AREA DE CALIDAD | 100% | CALIDAD | Busqueda de necesidades de capacitacion entre las diferentes areas para asi poder realizar un cronograma de capacitaciones segun lo requerido por parte del area de calidad. | NUMERO DE PERSONAS CAPACITADAS TEMAS DE CALIDAD | 0 | 2 | 0 | 13 | N.A | 13 | %DE CAPACITACION |
| | | | | | | | NUMERO TOTAL DECAPACITACIONES PLANIFICADAS | 0 | 2 | 0 | 13 | N.A | 13 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | #¡DIV/0! | 100% | #¡DIV/0! | 100% | NO REQUIERE | 100% | |
| | | | | | | | ANALISIS/SEGUIMIENTO | Para el mes de enero se realizo planificacion de las temas a capacitar por parte del profesional de calidad durante la vigencia del contrato. | PARA EL MES DE DIEMBRO SE REALIZO CAPACITACION EN TEMAS DE HABITACIONES ASI COMO A LAS PROFESIONALES DE REGENCIA Y NUTRICION | NA | PARA EL MES DE ABRIL SE REALIZO CAPACITACION DE LA RESOLUCION 5261 DEL 2023 | N.A | PARA EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE 1 Y EL 15 DE JUNIO SE REALIZO SOCIALIZACION DE LA RESOLUCION 3100 DE 2019 Y SE MODIFICA LA RESOLUCION 3100 DE 2019 | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | #¡DIV/0! | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 5 | EFICACIA | Realizar seguimiento a las diferentes inconformidades y quejas que se presenten | SEGUIMIENTO A INCONFORMIDADES PRESENTADAS | >4% | MENSUAL | Creacion de herramienta para consolidar las diferentes presentadas, Realizar difusion de la misma con las diferentes potenciales a el periodo. | NUMERO DE DIFUNCIONES PRESENTADAS EN EL MES | 1 | 2 | 0 | 3 | 0 | 0 | SEGUIMIENTO A DIFUNCIONES PRESENTADAS |
| | | | | | | | TOTAL DE PERSONAS MAYORES INTERNALIZADAS | 78 | 77 | 77 | 74 | 75 | 75 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 3% | 3% | 0% | 4% | 4% | 0% | |
| | | | | | | | ANALISIS/SEGUIMIENTO | Para el mes de enero se presento una defuncion mujer de 87 años de edad con diagnostico de EPOC, enfermedad renal cronica, hipertension de la mas de manera a nivel hospitalario. | PARA EL MES D OFEBRERO SE PRESENTARON 2 DEFUNCIONES A NIVEL HOSPITALARIO | PARAAL MES DI MARZO NO SE PRESENTARON DEFUNCIONES | PARA EL MES DE ABRIL SE PRESENTARON 3DEFUNCIONES HOMBRES DE 55, 61 Y 87 AÑOS DE EDAD. A NIVEL HOSPITALARIO POR MUERTE NATURAL, SE SOLICITA AL MEDICO INSTITUCIONAL REALIZAR ANALISIS DE DICHAS MEDICALIDADES Y A QUE SUPERA EL PROMEDIO ESPERADO POR MES EN EL COMITE DE MORTALIDAD. | PARA EL MES DE MAYO NO SE PRESENTARON DEFUNCIONES | PARA PERIODO COMPRENDIDO ENTER 1 Y EL 15 DE JUNIO NO SE PRESENTARON DEFUNCIONES | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 6 | EFECTIVIDAD | Dar cumplimiento al objeto contractual por parte de los diferentes area | % DE CUMPLIMIENTO DE LOS DIFERENTES PROCESOS | 90% | MENSUAL | Numero de procesos, que cumplen por encima del 90% de sus indicadores de gestion. | NUMERO DE AREA QUE REPORTAN INDICADORES DE GESTION POR ENCIMA DEL 90% | 10 | 10 | 10 | 12 | 12 | 12 | INDICE DE EFICACIA DE LOS PROCESOS |
| | | | | | | | TOTAL DE AREAS/SERVICIOS QUE REPORTAN INDICADORES DE GESTION | 10 | 10 | 10 | 12 | 12 | 12 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | | | ANALISIS/SEGUIMIENTO | para el mes de enero se evidencia cumplimiento por encima de la meta establecida | PARA EL MES DE FEBRERO SE EVIDENCIA UN CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA | PARA EL MES DI MARZO SE EVIDENCIA EL CUMPLIMIENTO DE LA META ESTABLECIDA | PARA EL MES DE ABRIL SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA | PARA EL MES DI MAYO SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA | PARAAL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE 1 Y EL 15 DE JUNIO SE REPORTAN INCONSISTENCIAS POR ENCIMA DE LA META ESTABLECIDA. | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 7 | EFICACIA | Asegurar(mitigar) a los colaboradores del proceso de habilitación | % DE CUMPLIMIENTO A LA REALIZACION DE COMITES | 100% | MENSUAL | Realizar los comité de obligatorio cumplimiento para el objeto social ofrecido recordatorio reenviamos il mediadores | NUMERO DE COMITES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO REALIZADOS | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | CUMPLIMIENTO A REALIZACION DE COMITES |
| | | | | | | | NUMERO DE COMITES PROGRAMADOS EN EL MES | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | | | ANALISIS/SEGUIMIENTO | Para el mes de enero se evidencia un cumplimiento por encima de la meta establecida dadas las constantes retroalimentacion por la revision de la propuesta del operador y los organismos con los profesionales de calidad de los mes cosos y beneficiarios. | PARA EL MES DE FEBRERO SE DIO CUMPLIMIENTO A LA REALIZACION DE COMITE | EN EL MES DE MARZO SE DIO CUMPLIMIENTO A LAS REUNIONES DE COMITES CON UNIFORME CUMPLIMIENTO PROGRAMADOS | PARA EL MES DE ABRIL SE DIO CUMPLIMIENTO A LAS REUNIONES DE COMITÉ ESTABLECIDAS PARA UN CUMPLIMIENTO DEL 100 % | PARA EL MES DE MAYO SE DIO CUMPLIMIENTO A LAS REUNIONES DE COMITÉ ESTABLECIDAS PARA UN CUMPLIMIENTO DEL 100 % | PARA EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE 1 Y EL 15 DE JUNIO SE REALIZO REUNION DE COMITE DE COMITE POR COMITE DE OPERACION | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 8 | EFICACIA | Motivar asistencia y acompañamiento a los diferentes procesos | % DE PARTICIPACION EN REUNIONES | 100% | CALIDAD | Fortalecer los cronogramas para su realizacion | NUMERO DE PARTICIPACIONES A REUNIONES | 14 | 11 | 11 | 13 | 15 | 13 | % DE REUNIONES PROGRAMADAS |
| | | | | | | | TOTAL DE REUNIONES PROGRAMADAS | 11 | 11 | 11 | 13 | 15 | 12 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 127% | 100% | 100% | 100% | 100% | 108% | |
| | | | | | | | ANALISIS/SEGUIMIENTO | para el mes de enero se evidencia un cumplimiento por encima de la meta establecida dadas las constantes retroalimentacion por la revision de la propuesta del operador y los organismos con los profesionales de calidad de los mes cosos y beneficiarios. | PARA EL MES DE FEBRERO SE PARTICIPO EN LAS REUNIONES DE LOS 11 COMITES ESTABLECIDOS | PARA EL MES DI MARZO SE PARTICIPO EN LAS REUNIONES DE COMITES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO | PARA EL MES DE ABRIL SE EVIDENCIA PARTICIPACION DE TODO EL EQUIPO PROFESIONAL EN EL LAS REUNIONES DE COMITÉ | PARA EL MES DE MAYO SE EVIDENCIA PARTICIPACION DE TODO EL EQUIPO PROFESIONAL EN LAS REUNIONES DE COMITÉ | PARA EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 1 Y EL 15 DE JUNIO SE PARTICIPO EN LAS REUNIONES DE COMITE DEL CSM COMITES Y LAS REUNIONES DE OPERACION EVIDENCIANDO EL CUMPLIMIENTO POR ENCIMA DE LA META ESTABLECIDA. | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 9 | EFICIENCIA | Dar cumplimiento a los requerimientos juridicos del area | OPORTUNIDAD DE ENTREGA DE INFORME | 100% | CALIDAD | ESTUDIO DE LA SIMILARIDAD DE LA INFORMACION Y LA INFORMACION SOLICITADA CREACION Y ENTREGA DEL INFORME EN LA FECHA ESTABLECIDA | NUMERO DE VECES DE ENVIO DE CONTROL RECIBIDO | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | % DE REUNIONES PROGRAMADAS |
| | | | | | | | NUMERO DE VECES DE ENVIO DE CONTROL ANUNCIADAS Y NO ANUNCIADAS | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | | | ANALISIS/SEGUIMIENTO | Para el mes de enero se realiza entrega del informe de gestion del area de calidad. | PARA EL MES DE FEBRERO SE REALIZO EL INFORME DE GESTION DEL AREA DE CALIDAD DANDO CUMPLIMIENTO A LA META | PARA EL MES DI MARZO SE REALIZO EL INFORME DE GESTION DEL AREA DE CALIDAD DANDO CUMPLIMIENTO A LA META | PARA EL MES DE ABRIL SE REALIZO ENTREGA DEL INFORME DE GESTION DEL AREA DE CALIDAD | PARA EL MES DE MAYO SE REALIZO ENTREGA DEL INFORME DE GESTION DEL AREA DE CALIDAD | PARA EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE 1 Y EL 15 DE JUNIO SE PRESENTO INFORME S GESTION DEL AREA DE CALIDAD | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |

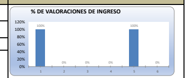
**J.H.S.**
**INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA**
**PROCESO**

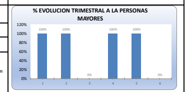
**CENTRO BIENESTAR DEL ANCIANO BELMIRA**
**INFORME DE GESTION VIGENCIA 01 DE ENERO AL 15 JUNIO DEL 2023**
**GESTION DE CALIDAD**

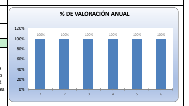
**CODIGO:FT-GC-011**
**VERSION:001**
**FECHA: 27/01/2018**

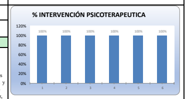
**COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION DEL AREA DE PSICOLOGIA**

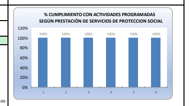
| NO. | TIPO | OBJETIVO | NOMBRE DEL INDICADOR | META | FREC | ESTRATEGIA | FORMULA DEL INDICADOR | ENE. | FEB. | MAR. | ABR. | MAY. | JUN. | GRAFICO DEL INDICADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Eficacia | Realizar valoracion de ingreso a las personas mayores para determinar plan de manejo | % de valoraciones de ingreso | 100% | Mensual | Realizar valoracion psicologia inicial a las Personas que ingresan al CBA Belmira a | numero de personas mayores valoradas | 5 | 0 | 0 | 0 | 1 | o | |
| | | | | | | | total de las personas mayores que ingresan | 5 | 0 | 0 | 0 | 1 | o | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | 100% | #¡VALOR! | |
| | | | | | | | ANALISIS/ SIGUIMIENTO | Durante el mes de enero se realizan ingresos al Centro de protección social (5) personas mayores procedentes de la Fundacion San Pedro Claver Bogota por traslado. | durante el mes no se presentan ingresos de personas mayores | durante el mes de marzo no se presentarion ingresos de personas mayores | Durante el mes no se presento ningun ingreso | En el mes de mayo ingreso el señor Samuel García López el día 16/5/2023. | durante el mes de junio no se presento ningun ingreso | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | NO REQUIERE | #¡VALOR! | |
| 2 | EFICACIA | Realizar Evolución trimestral al 100% de las Personas Mayores | % Evoluciones trimestral a la Personas Mayores | 100% | Mensual | Realizar evolucion trimestral a las Personas Mayores institucionalizadas, según cronograma mental para dar cumplimiento dentro los 3 meses. | Numero total de evoluciones trimestrales realizadas | 47 | 26 | 0 | 46 | 28 | N.A | |
| | | | | | | | Numero toal de evoluciones trimestrales programadas | 47 | 26 | 0 | 46 | 28 | N.A | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | #¡DIV/0! | 100% | 100% | #¡VALOR! | |
| | | | | | | | ANALISIS/ SIGUIMIENTO | se evidencia cumplimiento a la meta mediante la realizacion de evolución trimestral de 47 personas mayores al 100% de los hombres. | Evolución trimestral: se realizaron 26 mujeres quedando al 100%. | durante el mes de marzo no se realizan evoluciones trimestrales al estar al 100%. | 46 evoluciones trimestrales al 100% de los hombres personas mayores. | durante el mes se realiza 28 evoluciones trimestrales al 100% de las mujeres | Durante el ne de junio estan evolucionados al 100% todas las personas mayores | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | #¡DIV/0! | NO REQUIERE | NO REQUIERE | #¡VALOR! | |
| 3 | EFICACIA | Realizar valoracion anual a las Personas Mayores, según Cronograma por fecha de ingreso al Centro de Protección Social | % de valoración anual | 100% | Mensual | Realizar valoracion psicologia anualmente según fecha de ingreso de la Persona Mayor Al CBA Belmira. | Numero total de valoraciones anuales realizadas | 4 | 7 | 2 | 1 | 5 | 4 | |
| | | | | | | | Numero total de valoraciones anuales programadas | 4 | 7 | 2 | 1 | 5 | 4 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | | | ANALISIS/ SIGUIMIENTO | Se evidencia cumplimiento a la meta establecida durante el mes de enero se realizo 4 valoraciones anuales, los cuales quedan caracterizados en discapacidad mental moderada (1) grave (3). Plan a seguir continuar con estimulación cognitiva y multisensorial de forma individualizada favoreciendo habilidades mentales existentes. | Valoraciones anuales a 7 personas mayores: quedando clasificadas en discapacidad mental leve (1), moderada (2), grave (4) según aplicación de test y pruebas del área. | Valoraciones anuales a 2 personas mayores Jacinto Páez Castillo, Blanca Rosa Varón de Enciso: quedando clasificadas en discapacidad mental grave según aplicación de test y pruebas del área. | Valoracion anual al señor Manuel Arcadio Porras Celeita, quedando clasificadas en discapacidad mental grave según valoración psicologica. | durante el mes se realizo valoraciòn a 5 personas mayores Ubaldina Chacón Camelo, Luis Miguel Galindo Álvarez, José Macedonio Guevara, Cenon Ortiz Hernández, Gil Mesías Romero Díaz, quedando clasificadas en discapacidad mental moderado y grave según aplicación de test y pruebas área psicológica. | Durante el mes se realiza Valoraciones anuales; a 4 personas mayores Emiliano Bohórquez Díaz, Mercedes Herrera de Sanabria, Víctor Julio Jiménez, Arturo Malo Escobar, quedando clasificadas en discapacidad mental moderado (3) y grave (1) según aplicación de test y pruebas área psicológica. | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 4 | EFICACIA | Realizar intervención psicoterapeutica individual, grupal a las personas mayores sobre problemática presentada y cumplimiento al manual de convivencia. | % intervención psicoterapeutica | 100% | Mensual | Realizacion de intervenciones individuales y grupalesa las Personas Mayores para contribuir a una sana convivencia y estabilidad afectiva, emocional, cognitiva y conductual. | Numero total de intervenciones psicoterapeutica realizadas | 39 | 35 | 48 | 63 | 61 | 40 | |
| | | | | | | | Numero total de intervenciones psicoterapeuticas programadas | 39 | 35 | 48 | 63 | 61 | 40 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | | | ANALISIS/SEGUIMIENTO | Durante el mes de enero se realizo intervecnión psicoterapeutico a 39 personas mayores sobre personas mayores brindando apoyo afectivo, emocional, cognitivo – conductual. orientación en manejo en silla de rueda, socializar normas de convivencias. | Total (35) Intervenciones psicoterapéuticas individuales A: 23 personas mayores brindando apoyo afectivo, emocional, cognitivo – conductual. orientación en manejo en silla de rueda y acompañamiento a traslados, paso al sanitario. 6. Nota de salida a urgencias (5): Vicente Pulido, Arsenio Castañeda, Bertilda Beltrán, Modesto Muestra dientes, Julia Ramírez 7. Ingreso a aislamiento (7): Vicente Pulido, Modesto Muestra dientes, Mercedes Herrera, Julia Ramírez, Jorge Eliecer Lombana, José Clodomiro Castro, Segundo Cubides. Queda registrado en geriátrico de historia clínica. 5. Intervenciones psicoterapéuticas individuales A: 23 personas mayores brindando apoyo afectivo, emocional, cognitivo – conductual. orientación en manejo en silla de rueda y acompañamiento a traslados, paso al sanitario. 6. Nota de salida a urgencias (5): Vicente Pulido, Arsenio Castañeda, Bertilda Beltrán, Modesto Muestra dientes, Julia Ramírez 7. Ingreso a aislamiento (7): Vicente Pulido, Modesto Muestra dientes, Mercedes Herrera, Julia Ramírez, Jorge Eliecer Lombana, José Clodomiro Castro, Segundo Cubides. Queda registrado en geriátrico de historia clínica. | Intervenciones psicoterapéuticas individuales A: 48 personas mayores brindando apoyo afectivo, emocional, cognitivo – conductual. y comportamental. | Total (63) intervenciones psicoterapeuticas individuales a (27) personas mayores brindando apoyo afectivo, emocional, cognitivo – conductual. y comportamental. salida a urgencias (4): María Nieves Ortiz5/4/23, Concepción Barahona 1/423, Arturo Herrera 2/4/23, Segundo Cubides 17/4/23. salidas de aislamiento (7): Vicente Pulido López, Nieves Ortiz, Arturo Herrera, Arturo Malo, Iván Díaz, Arturo Herrera, Segundo Cubides. Registrado en geriátrico evolución de historia clínica. 25 valoraciones por psiquiatria a quien se les realiza registro en el geriatrico - sistema historias clinicas. | total 61 = (52) personas mayores brindando apoyo afectivo, emocional, cognitivo – conductual. y comportamental. salida a urgencias (3): María Inés Cruz Reyes 8/5/23, Luis Miguel Galindo Álvarez 13/5/23, María Fideligna Velásquez Baquero 14/5/23. salidas de aislamiento (6): María Inés Cruz Reyes 26/5/23, Luis Miguel Galindo Álvarez 13/5/23, María Fideligna Velásquez Baquero 14/5/23. Samuel García López por ingreso institucional, José Tomas cubillos león por salida al medio familiar 19/5/23. Registrado en geriátrico evolución de historia clínica. | Intervenciones psicoterapéuticas individuales: total 40 = (10) personas mayores brindando apoyo afectivo, emocional, cognitivo – conductual. y comportamental. salida a urgencias (1): marco Antonio Mora Enciso 13/6/23. salidas de aislamiento (13): Víctor Jiménez, María Inés cruz, mercedes herrera, blanca silva, Sixto Ríos, Vicente Pulido, Marco Mora, Alfonso Morales, Nicolás Pinzón, Gabriel Marroquín, María Helena Villa, Lucrecia Bejarano, Blanca Varón. Durante el mes valorados por psiquiatría: (16) Luis Galindo, Rogelio Ramírez, Clodomiro Castro, domingo Guzmán, Arturo Herrera, Ismael Quintana, Herminia Parra, Eugenia Céspedes, Alfonso Benavides, Segundo Cubides, Nicolás Pinzón, Calixto Ríos, Olga Ardila, Ángel Hernández, Gabriel Marroquín, Blanca Silva. | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 5 | EFICACIA | Realizar intervenciones grupales a las Personas Mayores sobre programa de apoyo espiritual | % cumplimiento de desarrollo de actividades establecidas en el programa | 100% | Mensual | Fortalecimiento de capacidades y mantenimiento de habilidades para realizacion de funciones cognitiva, afectivas, conductuales, comportamentales, apartir de las deficencias de casa una de las Personas Mayores. | Numero total de talleres o actividades realizadas | 8 | 10 | 12 | 11 | 9 | 2 | |
| | | | | | | | Numero total de talleres o actividades programadas | 8 | 10 | 12 | 11 | 9 | 2 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | | | ANALISIS/ SIGUIMIENTO | Durante el mes se evidencia cumplimiento de la meta con el desarrollo 8. Realización de intervenciones grupales (8): 4 de Estimulación multisensorial y meditación guiada. 4 de interacción individual sobre reminiscencias biografía y sentido de vida. | Realización de intervenciones grupales (10): Estimulación relajación sobre manejo de ansiedad septiembre miércoles cada 8 días. interacción biografía sentido de vida y programa área (técnica de contacto), atención. Los jueves cada ocho día, Socialización manual de convivencia 1/02/2023, Estimulación habilidades multisensorial y habilidades mentales 9/2/23, Terapia de perdón 10/2/23, Estimulación de memoria 13/2/23, técnica de estimulación cognitiva- conductual 15/2/2023, psicoterapia de reminiscencia- experiencias de vida: instrumental expresando experiencias pasadas sin resolver el problema. 23/02/2023, plan de mejora intervención psicoterapéutica 24/2/23, Socialización sobre deberes y derechos en las personas mayores 27/2/2023 | Realización de intervenciones grupales (12): terapia de estimulación multisensorial y relajación muscular, meditación asistida los miércoles cada ocho días, interacción biografía sentido de vida y programa área (técnica de contacto), atención. Los jueves cada ocho días. estimulación del lenguaje 6/3/23. terapia sobre aislamiento y sedentarismo 7/3/23. tipos de maltrato y factores protectores 2/3/23. promoción del buen trato - actividad lúdica 9/3/23. Programa de resolución de conflicto Jacobson 10/3/23. Factores que influyen en la sexualidad de la persona mayor 13/3/23. formación en valores, respeto. Identidad e igualdad 16/3/23. Cambios biológicos en la persona mayor 22/3/23. hábitos higiénicos 27/3/23. lectura de estimulación. Tertulias 28/3/23 | Total (10): terapia de estimulación multisensorial y relajación muscular, meditación guiada los miércoles cada ocho días, interacción biografía sentido de vida y programa área (técnica de contacto), atención. Los jueves cada ocho días. estimulación de la percepción 3 abril 2023. estimulación de la memoria 4/4/2023. promoción del buen trato y prevenir el mal trato 5/4/2023. orientación sobre el oficio de semana santa Lavatorio de los pies 5/4/23. psicoterapia de reminiscencia- experiencia de vida, transmisiva- intercambio de espacios, cosas, conocimientos. 20/4/2023. Actualización de manual de convivencias 20/4/2023. Parámetros enmarcados en respeto por su cuerpo, relaciones interpersonales y con pares. 20/4/2023, horarios, actividades e incentivos 24/4/23. socialización deberes y derechos, indagar inconformidad en la atención 24/4/23. | durante el mes se realizan (9) intervenciones psicoterapeutica grupales: terapia de estimulación multisensorial y relajación muscular, meditación guiada los miércoles cada ocho días, interacción biografía sentido de vida y programa área (técnica de contacto), atención. Los jueves cada ocho días. Prevención del sedentarismo y aislamiento 4/5/2023. Estimulación del lenguaje 8/5/2023. terapia de perdón 10/5/2023. tips de convivencia armónica en amor, y amistad 11/5/2023. Espiritualidad, manejo de duelo y manejo de emociones 18/5/2023. lectura de estimulación, reflexiva y tertulias 23/5/2023. cuidado de higiene y presentación personal 29/5/2023 | 7. Realización de intervenciones grupales (2): información sobre el proceso de terminación del convenio 2/6/23, respeto y evitar comentarios desagradables 7/6/23 | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 6 | EFICACIA | Participar de los espacios de capacitación continuada programadas y dirigida a los compañeros del CBA Belmira. Sobre divulgacion, de guias, procedimientos, protocolos. | % cumplimiento con capacitación contuada a compañeros | 100% | Mensual | Intervención y participación de las capacitaciones brindadas al personal favoreciendo la actualizacion de conocimientos y practica de acciones seguras, en pro de la calidad de la atencion hacia las personas mayores | Numero total de capacitaciones participadas | 0 | 5 | 7 | 5 | 12 | N.A | |
| | | | | | | | Numero total capacitaciones programadas. | 0 | 5 | 7 | 5 | 12 | N.A | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | #¡DIV/0! | 100% | 100% | 100% | 100% | #¡VALOR! | |
| | | | | | | | ANALISIS/ SIGUIMIENTO | Durante el mes no se realizo ni se participo en capacitación. | Psicología: Manual de proceso y procedimiento del área de psicología. Enfermería: Programa de la Seguridad de la persona mayor. Regente farmacia: Programa de farmacovigilancia, Seguridad Salud Trabajo: Link de programación virtual SURA, inducción y reeinduccion SG SST. Gestión ambiental: PGIRHS | TS: socialización deberes y derechos. Psic.: deberes y derechos e intervención familiar de las personas mayores institucionalizadas. Enf. Programa de la Seguridad de la persona mayor sobre lavado de manos. RF: Programa de tecnovigilancia, SST: sistema globalmente armonizado 21/3/23, SGA. Riesgo psicosocial ARL SURA afrontamiento del estrés 24/3/23. IA: riesgo químico y sistema globalmente armonizado | Participación de capacitación continúa por cada una de las áreas total (4). Trabajo social: capacitación sobre el paquete instrucional de identificación. Psicología: adherencia al protocolo de deberes y derechos e intervención familiar de las personas mayores institucionalizadas. Capacitación sobre protocolo de intervención en crisis y protocolo de fuga. Regente farmacia: Política de no re-uso de dispositivos médicos. Ingeniería Ambiental: Componente externo del PGIRHS 22/4/23. SST cartelera virtual sobre SG- SST. | total (12) capacitaciones: Medico: Lavado de manos. Psicología: adherencia al protocolo de intervención en crisis y fuga, normatividad y manejo del software historias clínicas 18/5/23, sobre adopción de GPC para el tratamiento de la depresión en tres cohorte de edad 25/5/2023. Regente farmacia: Mejoramiento en la seguridad en la administración segura de medicamentos 11/5/23.. Seguridad Salud Trabajo: Ponte en mis zapatos y cambio de roles 9/5/23 Cartelera virtual sobre SG-SST. Identificación de control de peligros y riesgos - programa orden y aseo 12/5/23. Cartelera virtual 15/5/23. Ingeniería Ambiental: gestión del riesgo químico, en el manejo de residuos peligrosos 15/5/23. Generalidades del manual y procedimientos de limpieza y desinfección 15/5/23. | N.A | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | #¡DIV/0! | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | #¡VALOR! | |
| 7 | EFICACIA | Participar en la realizacion de informes, reuniones administrativas, actividades de integración, Religiosas, Culturales, comites programadas por la Dirección y según requerimiento. | % cumplimiento con actividades programadas según prestación de servicios de proteccion social. | 100% | **Mensual** | cooperación con intervencionesdel equipo y área administrativo en busca de cumplimiento de logros colectivos | Número total de reuniones y/o actividades realizadas | 26 | 35 | 26 | 25 | 28 | 13 | |
| | | | | | | | Número total de reuniones y/o actividades programadas | 26 | 35 | 26 | 25 | 28 | 13 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | | | ANALISIS/ SIGUIMIENTO | Durante el mes de enero apoya Total (26) Informes mensuales de: (6) Informe de gestión. caracterización en oficina de trabajo social, informe en drive, Matriz de la beneficencia en drive. Bitácora, 1 comités (Calidad, Seguridad de la persona mayor, fármaco-tecno y reactivo vigilancia- Infecciones, Historias clínicas, gagas, SG- SST Convivencia, Copasst, brigadas, accidentes de trabajo). Informe cuali-cuantitativo del área de psicología, y del comité de historias clínicas. Participación en la realización de 6 análisis de eventos (Macedonio Guevara por quemada con aromática, Ángel Hernández por dos caídas, Estela Júneme, José Murillo Caída al momento del Baño, Bertilda Beltrán laceración al paso de cama a silla pato. Jornada de mantenimiento (2) durante el mes de enero no se realiza revisión sino se inicia base de datos de manejo de pertenencias de los hombres y mujeres. Actividades de Comité de historias clínicas. Se organiza cronograma anual 2023, organización de historias clínicas de fallecido y de los 5 ingresos de procedencia San Pedro Claver Bogotá. Actividades de comité cultural- acta de celebración de cumpleaños y acta mensual relacionando gastos año 2023. Actividades de comité de brigadistas. Ninguna actividad. Aplicación de (6) pruebas de selección de personal: 2/1/2023 Leydi Johanna Bedoya Prieto auxiliar de enfermería, Monica Yaqueline Salgado Sabogal Nutricionista y dietética, 3/01/23 Juan Camilo Hernández Silva auxiliar de enfermería, 4/01/23 Jeimy Lorena Jiménez Gómez auxiliar de enfermería, 12/01/23 María Andrea Alonso Pachón auxiliar de enfermería, 17/01/23 Michael Steven González Cubillos auxiliar de enfermería. Apoyo en vigilancia en comedor de lunes a viernes al desayuno y al almuerzo, y el sábado turno administrativo el día 7/01/2023, realizando vigilancia consumo total de los alimentos, evitar conductas acumulativas y conservar patrón mano boca. Apoyo en traslados de personas mayores al taller ocupacional después del desayuno. | Total (33) Informes mensuales (6): Informe de gestión. caracterización en oficina de trabajo social, informe en drive intervención profesional, Matriz de la beneficencia caracterización en drive. Bitácora del área, 1 comités (Calidad, Seguridad de la persona mayor, fármaco-tecno y reactivo vigilancia- Infecciones, Historias clínicas, gagas, SG- SST Convivencia, Copasst, brigadas, accidentes de trabajo). Participación en la realización de 7 análisis de eventos (María Concepción Barahona de Torres, Nicolás Pinzón Barrera, Luis Miguel Galindo Álvarez, María Estela Júneme, Jacinto Páez Castillo, María Ercilda Cardona Gutiérrez, Javier Sandoval Vivas. Jornada de mantenimiento durante el mes de febrero se realiza apoyo diligenciar formato de inventario mujeres, para el manejo de pertenencias de mujeres. Actividades de Comité de historias clínicas (4). Organizar historias clínicas de (2) personas mayores fallecidos y (2) formatos de retención documental. Y transferencia documental a beneficencia. Actividades de comité cultural (2)- acta de celebración de cumpleaños y acta mensual Actividades de comité de brigadistas. Ninguna actividad. Aplicación de (10) pruebas de selección de personal: Para el área de fisioterapia, 2 para área auxiliar de alimentos, 3 auxiliar de enfermería, 4 auxiliares de servicios generales, 2 aux. T.O. (1)Apoyo en vigilancia en comedor de lunes a viernes al desayuno y al almuerzo, realizando vigilancia consumo total de los alimentos, motivando a conservación de patrón mano boca, evitar conductas acumulativas. (1)Apoyo en traslados de personas mayores al taller ocupacional después del desayuno. | Total (26) Informes mensuales de: Informe de gestión. Caracterización en oficina de trabajo social, informe en drive intervención profesional, Matriz de la beneficencia caracterización en drive. Bitácora del área, 1 comités (Calidad, Seguridad de la persona mayor, fármaco-tecno y reactivo vigilancia- Infecciones, Historias clínicas, gagas, SG- SST Convivencia, Copasst, brigadas, accidentes de trabajo). Informe de mantenimiento, informe y archivo de comité historias. Turno administrativo y reunión de familiar: Socialización sobre 1. Socialización del paquete instruccional de reducir el riesgo de atención con enfermedades mentales - 2, deterioro cognitivo - demencia en las personas mayores. 3, Identificación de riesgos. 4, Socialización sobre deberes y derechos de las personas mayores institucionalizadas - e intervención familiar. Participación en la realización de 8 análisis de eventos (Iván Días 2, Lucrecia Bejarano, María Helena Villa, José Gabriel Marroquín rincón, Ambrosio Ramírez (2), Emiliano Bohórquez Diaz. Jornada de mantenimiento (2). durante el mes de marzo se realiza apoyo diligenciar formato de inventario mujeres, para el manejo de pertenencias de mujeres. Apoyo en auditoria de control interno 9/3/202. Actividades de Comité de historias clínicas. Organizar carpeta de personas mayores fallecidas y formatos de retención documental. Y transferencia documental a beneficencia. Realizar trabajo de archivo y escanear documentación y subir a la drive. 21/3/23 Reunión con auxiliar administrativa para el archivo y scaner de soportes de historias clínicas en físico. Actividades de comité cultural- acta de celebración del día de género y acta mensual. Actividades de comité de brigadistas. Ninguna actividad. Aplicación de (1) pruebas de selección de personal: Sherill Dayan muñoz Acero 1/3/2023, auxiliar de enfermería. Apoyo en vigilancia en comedor de lunes a viernes al desayuno y al almuerzo, realizando vigilancia consumo total de los alimentos, motivando a conservación de patrón mano boca, evitar conductas acumulativas. Apoyo en traslados de personas mayores al taller ocupacional después del desayuno. | Total Informes (25) Informes mensuales de: Informe de gestión. Caracterización en oficina de trabajo social, informe en drive intervención profesional, Matriz de la beneficencia caracterización en drive. Bitácora del área, 1 comités (Calidad, Seguridad de la persona mayor, fármaco-tecno y reactivo vigilancia- Infecciones, Historias clínicas, gagas, SG- SST Convivencia, Copasst, brigadas, accidentes de trabajo). Informe de mantenimiento, Participación en la realización de 8 análisis de eventos (Javier Sandoval (2), Gabriel Marroquín, Jose Murillo, Emiliano Bohórquez, Juvenal Ramírez, Clara Lemoine, Gil Romero). Repite en mes otro evento José Gabriel Marroquín rincón y Emiliano Bohórquez Díaz. De ellos se realiza plan de mejora mediante intervención psicoterapéutica a 6 (Javier Sandoval por inquieto con la silla, Gabriel refiere que sufre mucho al pasar al sanitario en las noches, murillo por ingresar al comedor se va para tras y se golpea muy duro en la cabeza, Juvenal y Gil se enreda con un pasto tumba vieja por limitación visual). Se recomienda manejo y vigilancia con persona con deterioro cognitivo – demencia. Acuerdo Municipal. (2) Jornada de mantenimiento durante el mes de abril, se realiza revisión y organización de ropa, novedad, se retira 3 cachuchas al señor Eduardo Correa al tener 9 unidades, se llevan a lavandería, Ismael Quintana hace entrega de 8 camisa y 1 pantalón a la familia por tener (17) unidades. *apoyo reunión virtual riesgo psicosocial 4/4/2023, celebración del dia del arbol 24/4/2023. .*Actividades de Comité de historias clínicas. *Organizar carpeta de personas mayores fallecidas (3) mencionadas anteriormente. Según transferencia documental a beneficencia. *Realizar archivo y escanear documentación anexos externos de atención a personas mayores por IPS. *actividad realizada desde el momento de ingreso a laboral hasta las 9:30am. Actividades de comité cultural- acta mensual con propuesta para la celebración del día del trabajo. Actividades de comité de brigadistas. Ninguna actividad. Aplicación de (1) pruebas de selección de personal: pendiente aplicar a la médico institucional?. *Apoyo en vigilancia en comedor de lunes a viernes al almuerzo, realizando vigilancia consumo total de los alimentos, motivando a conservación de patrón mano boca, o asistencia garantizando el consumo de los mismos o evitar conductas acumulativas. | 1. Total Informes (28) Informes mensuales de: Informe de gestión. caracterización en oficina de trabajo social, informe en drive intervención profesional, Matriz de la beneficencia caracterización en drive. Bitácora del área, 1 comités (Calidad, Seguridad de la persona mayor, fírmaco-tecno y reactivo vigilancia- Infecciones, Historias clínicas, gagas, SG- SST Convivencia, Copasst, brigadas, accidentes de trabajo). Participación en la realización de 13 análisis de eventos. De ellos se realiza plan de mejora mediante intervención psicoterapéutica. Reorientando el prevenir riesgos de caída y dar cumplimiento al programa de seguridad de la persona mayor institucionalizada. 2 Jornada de mantenimiento durante el mes de mayo, se realiza revisión y organización de ropa, novedad, se retira prenda del señor Salomón Tolentino, ingreso de pijama de Ángel Jiménez y Gil Romero. (2)Auditoria de psicología Beneficencia de Cundinamarca 5 mayo 2023, 24 mayo de 2023. reunión de calidad hallazgos historias clínicas 18 mayor 2023. Actividades de Comité de historias clínicas. *Realizar escanear y archivo al 100% de la documentación anexos externos de atención a personas mayores por IPS. *capacitación sobre normatividad y manejo del software historias clínicas. Actividades de comité cultural- celebración día del trabajo 9/5/2023.acta mensual celebración del día del trabajo. Apoyo en vigilancia en comedor de lunes a viernes al almuerzo, realizando vigilancia consumo total de los alimentos, motivando a conservación de patrón mano boca y vigilancia a evitar conductas acumulativas. | Informes mensuales de: (13) Informe de gestión. caracterización en oficina de trabajo social, informe en drive intervención profesional, Matriz de la beneficencia caracterización en drive. Bitácora del área. Reunión de parte de Comunidad Religiosa, Dirección, Auditoria de calidad para informar sobre el proceso de terminación de convenio con la Beneficencia. Acta de entrega de inventario general de la Beneficencia de Cundinamarca, Acta de entrega del área de psicología. Actividades de Comité de historias clínicas. *Realizar escanear y archivo al 100% de la documentación anexos externos de atención a personas mayores por IPS. Informe general y Acta de entrega de historias clínicas. actividades de comité cultural- acta final y entrega de libros a dirección. Actividad de cierre por terminación de convenio, ofrecido por parte del comité de usuarios CBA Belmira. | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 8 | EFICACIA | Participar de los estudios de caso y seguimiento a los compromisos establecidos ya sea por seguimiento por su estado de salud o alteración a nivel comportamental. | % decumplimiento en la realizacion de estudios de caso | 100% | **Mensual** | Conocimiento de la situacion de salud física, mental, conducta y comportamental a partir de sus deficiencias. | Número total de estudios de casos realizados, pain y monitoreando | 34 | 31 | 44 | 42 | 45 | 78 | |
| | | | | | | | Número total programados. | 34 | 31 | 44 | 42 | 45 | 78 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | | | ANALISIS/SEGUIMIENTO | durante el mes se apoya en actividades lideradas por trabajo social: Total (34) Ingreso (5) Ana Sofía Martínez, María Concepción Barahona de Torres, Bertha Cortes Mejía, María Ercilda Cardona Gutiérrez, Rosa Elvira Pardo Vda. de Pardo. Egreso (1) Luz Atuesta Poveda el día 22/1/2023. Seguimiento a monitoreando el día 20/1/2023 total a 26 personas mayores. Informe general del comité de manual de convivencia (1) según reporte de casos reportados. Durante el mes un reporte de forma verbal el Señor Arturo Herrera con Intención de agredir con bastón al señor Segundo Cubides. Se apoya área de trabajo social con realización de las llamadas telefónica a la red familia y seguimiento afectivo y emocional a las personas mayores por visita de la red familiar. | Total (31) Ingreso (0) Egreso (2) cierres de historia clínica de Arsenio Castañeda Niño, y Bertilda Beltrán 5/2/2023. Seguimiento a monitoreando el día 15/2/2023 total a (19) monitoreando y (5) conociendo y planeando. Informe falta del comité de manual de convivencia (3) según reporte de casos reportados. Durante el mes María Inés Cruz por grosera, Eduardo Correa Bueno inconforme. pendiente el informe de María Eugenia Y Marco Mora groseros. (2) Se apoya área de trabajo social con realización de las llamadas telefónica a la red familia y seguimiento afectivo y emocional a las personas mayores por visita de la red familiar. | Total (44) Ingreso (0), Egreso (0) Seguimiento a monitoreando el día 8/3/2023 total a 29 monitoreando. Participación en Estudio de caso 7/3/23 Jorge Eliecer Lombana, José Gabriel Marroquín Rincón, José Tomas Cubillos León, Iván Díaz, Luis Miguel Galindo Álvarez. 21/3/23 María Gregoria Garzón Vásquez, José Macedonio Guevara, José Domingo Guzmán Mendoza, Mercedes Herrera de Sanabria, José Arturo Herrera Solórzano. 27/3/23 Rosa Elvira Pardo Vda de Pardo. Informe general del comité de manual de convivencia según reporte de casos reportados. 2/3/23 juvenal Ramírez (cambio de habitación), Alfonso Morales (no acepta horarios de medicación y se va a huerta), Sixto Ríos (grosero en capilla). Se apoya área de trabajo social con realización de las llamadas telefónica a la red familia y seguimiento afectivo y emocional a las personas mayores por visita de la red familiar. | Total (42) Egreso (3), Seguimiento a monitoreando el día 19/4/2023, había 24 programados, se realiza 23 monitoreando por un fallecimiento (Nieves Ortiz). *Estudio de caso (10), Estudio de caso con familia (1), reunión virtual Alcaldía Choachí (1). = 4/4/23, (4) Clara Elvira Lemoine de Sáenz, María Nieves Ortiz Godoy, María Inés Cruz Reyes, Ángel Melquiades Jiménez. Estudio de caso con Familia la señora Bertha Cortes Mejía. 18/4/23 María Estela Júneme, Nicasio Laguna, María Ubaldina Chacón Mamanche, Arturo malo Escobar, Cenon Ortiz Hernández, Segundo Regino Cubides Córdoba, Reunión virtual con profesionales de la Comisaria de familia y secretaria de desarrollo y equipo interdisciplinario del Municipio de Choachí el día 19/4/23, y valoración particular por ortopedia para estudiar el caso y manejo de la señora Rosa Elvira Pardo Vda de Pardo. (2) interconsultas Arturo Malo y Cenon Ortiz Hernández 25/4/23. *Informe general del comité de manual de convivencia: durante el mes (1) reporte Jose ARturo Herrera Solorzano. * Se apoya área de trabajo social con realización de las llamadas telefónica a la red familia y seguimiento afectivo y emocional a las personas mayores por visita de la red familiar. | Total (45) Ingreso (1) Samuel García López, Seguimiento a monitoreando (23) el día 11/5/2023. Participación en Estudio de caso (13), 9/5/23 Abelardo Martínez, Leonilde Melo, Leopoldo Monroy, Ana Tulia Moreno, Marco Antonio Mora – paseo en diciembre, Rosa Elvira Pardo vda de pardo Traslado. 23/5/23 = Alfonso Morales, Sixto Ríos, Roberto Teuta, Nicolás Pinzón, Vicente Pulido, Samuel García López por ingreso. Clodomiro castro. (5) reporte del señor Javier Sandoval, Rosa Pardo, Sixto Ríos, Alfonso Morales, Cenon Ortiz - Marco Mora. (3) jornadas de apoyo área de trabajo social con realización de las llamadas telefónica a la red familia y seguimiento afectivo y emocional a las personas mayores por visita de la red familiar. | (78) Se apoya área de trabajo social con realización de las llamadas telefónica a la red familia y seguimiento afectivo y emocional a las personas mayores por visita de la red familiar. reunion de familia el 3/6/23. Revisión de registros en geriátrico de historias clínicas que todo esté al día del área de psicología. Cierre de historia (75) cierres de historia clínica por terminación de convenio No. 015 entre la Beneficencia de Cundinamarca y el Instituto de Hermanas Franciscanas de Santa Clara, y por cambio de operador se realiza cierre de historia clínica a partir de la fecha.. | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |

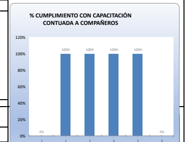


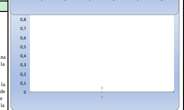



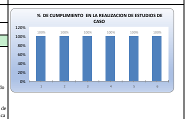



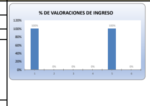
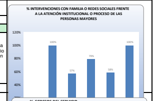
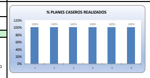
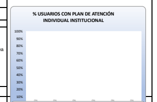
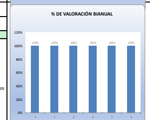
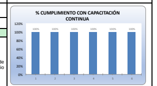
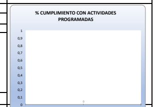
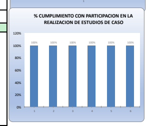
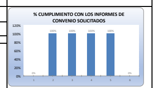
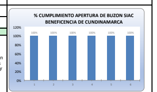
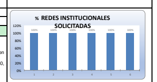


J.H.S.
INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA
PROCESO

CENTRO BIENESTAR DEL ANCIANO BELMIRA
INFORME DE GESTION VIGENCIA 01 DE ENERO AL 15 JUNIO DEL 2023
GESTION DE CALIDAD

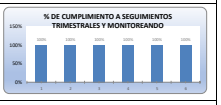
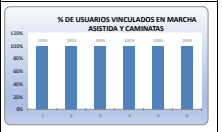
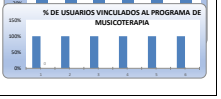
CODIGO:FT-GC-011
VERSION:001
FECHA: 27/01/2018

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL

| NO. | TIPO | OBJETIVO | NOMBRE DEL INDICADOR | META | FREC | ESTRATEGIA | FORMULA DEL INDICADOR | ENE. | FEB. | MAR. | ABR. | MAY. | JUN. | GRAFICO DEL INDICADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | **Eficiencia, Eficacia, Efectividad** | Liderar el proceso de ingreso de usuarios de acuerdo a la resolución 032 de 2011 de la Beneficencia de Cundinamarca. (valoración Historia Social) | % de valoraciones de ingreso | 100% | A Necesidad | Realizar valoración de Historia Social inicial a las Personas mayoresque ingresan al CBA Belmira a | Numero total de personas Mayores valoradas | 5 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |  |
| | | | | | | | Numero Total de Personas Mayores que ingresaron | 5 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | 100% | #¡DIV/0! | |
| | | | | | | | **ANALISIS/ SIGUIMIENTO** | Para el mes de enero se generan 5 ingresos por traslado del CBA SAn Pedro Claver 1) la señora Maria Concepcion Barahona de Torres – Convenio Sasaima 2) Maria Ercilda Cardona Gutierrez – Convenio Sibate 3) Bertha Cortes Mejía – Tarifa 4) Ana Sofia Martinez – Tarifa 5) Rosa Elvira Pardo vda de pardo – Convenio Choachi a quienes se les realizaron las respectivas valoraciones en Software | Para este mes no se presentan | Para este mes no se presentan | Para este mes no se presentan | Para el mes de mayo se genera 1 ingreso SAMUEL GARCIA LOPEZ – Convenio Pandi a quien se le realiza la respectiva valoración en Software | Para este mes no se presentan | |
| | | | | | | | **PLAN DE MEJORA** | NO REQUIERE | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | NO REQUIERE | #¡DIV/0! | |
| 2 | eficiencia, eficacia. Efectividad | Brindar orientación y asesoría socio familiar a los adultos mayores y sus familias según situaciones problemas encontrados y diagnostico social. | % intervenciones con familia o redes sociales frente a la atención institucional o proceso de laspersonas mayores | 100% | A Necesidad | Realizar intervención individualizada al 100% de los usuarios y familias que requieran el servicio | Numero de participantes de las reuniones y actividades institucionales | 0 | 44 | 25 | 30 | 21 | 52 |  |
| | | | | | | | Número de redes activas | 0 | 44 | 44 | 38 | 36 | 52 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | #¡DIV/0! | 100% | 57% | 79% | 58% | 100% | |
| | | | | | | | **ANALISIS/ SIGUIMIENTO** | Para este mes por programación no se realiza reunión de familia | Como reunion de familia la celebración virtual a cargo del area de Trabajo Social en la cual las familias respondieron a la información presentada | Como reunion de familia la celebración virtual a cargo del area de Psicología en la cual las familias respondieron a la información presentada | Como reunion de familia la celebración virtual a cargo del area de Enfermeria en la cual las familias respondieron a la información presentada | Como reunion de familia la celebración virtual a cargo del area de gestion ambiental en la cual las familias respondieron a la información presentada | Como reunion de familia presencial a cargo del area de Administración, Dirección, Equipo interdisciplinario en la cual las familias respondieron a la información presentada de cambio de operador y entrega del procso de las Hermanas Franciascanas de Santa Clara en su administración del CBA Belmira | |
| | | | | | | | **PLAN DE MEJORA** | #¡DIV/0! | NO REQUIERE | SI REQUIERE | SI REQUIERE | SI REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 3 | eficiencia, eficacia. Efectividad | Realizar el cierre de historias de las historias clinicas de las personas mayores que egresan del CBA Belmira | % de participación en los estudios de caso según requerimiento | 100% | Mensual | Organizar y entregar oportunamente historias clinicas con cierre de programa desde el área ya sea fallecimiento, reintegro al medio familiar, o traslado a otro centro de Protección Social. | Numero total de cierre de registros en las historias clinicas. | 1 | 2 | 0 | 3 | 0 | 0 |  |
| | | | | | | | Numero total de egresos de Personas Mayores | 1 | 2 | 0 | 3 | 0 | 0 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | #¡DIV/0! | 100% | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | |
| | | | | | | | **ANALISIS/SEGUIMIENTO** | Durante este mes se presentan un egreso por motivo de fallecimiento en día 22 de enero 2023 la señora Luz Atuesta quien habia ingresado por medio de Convenio Interadministrativo con el Municipio de La Mesa | Durante este mes se presentan dos egresos por motivo de fallecimiento en día 05 de febrero 2023 la señora Bertilda beltran quien habia ingresado por medio de corresponsabilidad familiar y el señor Arsenio Castañeda a su vez egresó el 05 de febrero de 2023, se encontraba incluido en el Convenio Interadministrativo con el Municipio de La Calera | Durante este mes no se presentaron egresos | Durante este mes se presentaron 3 egresos El día 01 Abril la persona mayor Isabel Lozano quien había ingresado por convenio con San Juan de Rioseco El día 04 Abril la persona mayor Concepcion Barahona quien había ingresado por convenio con Sasaima El día 16 Abril la persona mayor Nieves Ortíz quien había ingresado por corresponsabilidad familiar tarifa 0,00 | Durante este mes no se presentaron egresos | Durante este mes no se presentaron egresos | |
| | | | | | | | **PLAN DE MEJORA** | NO REQUIERE | NO REQUIERE | #¡DIV/0! | NO REQUIERE | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | |
| 4 | eficiencia, eficacia. Efectividad | Generar espacios vivenciales de encuentro entre la red familiar y social con el adulto mayor mediante salidas a medio familiar, salidas a periodo vacacional y salidas cortas. | % Planes caseros realizados | 100% | A Necesidad | Movilizar cumplimiento de Compromiso de salidas con redes de apoyo | Número de personas mayores que salen con red de apoyo | 60 | 60 | 66 | 46 | 43 | 52 |  |
| | | | | | | | numero de personas mayores con salidas solicitadas por red de apoyo | 60 | 60 | 66 | 46 | 43 | 52 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | | | **ANALISIS/ SIGUIMIENTO** | Para este mes se realiza la convocatoria con las redes familiares y sociales para la realizacion de visitas familiares, Se recibieron 54 visitas de acuerdo a protocolo de visitas y tambien se realizan 6 salidas establecido y aceptado por la persona mayor y su red de apoyo. | Para este mes se realiza la convocatoria con las redes familiares y sociales para la realizacion de visitas familiares, Se recibieron 60 visitas de acuerdo a protocolo de visitas, no se presentaron salidas. | Para este mes se realiza la convocatoria con las redes familiares y sociales para la realizacion de visitas familiares, Se recibieron 66 visitas de acuerdo a protocolo de visitas, no se presentaron salidas. | Para este mes se realiza la convocatoria con las redes familiares y sociales para la realizacion de visitas familiares, Se recibieron 46 visitas de acuerdo a protocolo de visitas, no se presentaron salidas. | Para este mes se realiza la convocatoria con las redes familiares y sociales para la realizacion de visitas familiares, Se recibieron 42 visitas de acuerdo a protocolo de visitas y tambien se realiza 1 salidas establecido y aceptado por la persona mayor y su red de apoyo. | Para este mes se realiza la convocatoria con las redes familiares y sociales para la realizacion de visitas familiares 52 visitas de acuerdo a protocolo de visitas en la reunion de familias , | |
| | | | | | | | **PLAN DE MEJORA** | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 5 | eficiencia, eficacia. Efectividad | Liderar el proceso de elaboración de los PAIIN del total de los usuarios atendidos | % usuarios con Plan de atención Individual institucional | 100% | A Necesidad | Elaborar y diligenciar los PAIIN en sus tres etapas según tiempos establecidos | Número de casos atendidos | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |
| | | | | | | | Número de casos presentados | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | |
| | | | | | | | **ANALISIS/ SIGUIMIENTO** | En este mes no se realiza intervención desde el area psicosocial a las personas mayores en incumplimiento a manual de convivencia y seguimiento a conductas. | En este mes no se realiza intervención desde el area psicosocial a las personas mayores en incumplimiento a manual de convivencia y seguimiento a conductas. | En este mes no se realiza intervención desde el area psicosocial a las personas mayores en incumplimiento a manual de convivencia y seguimiento a conductas. | En este mes no se realiza intervención desde el area psicosocial a las personas mayores en incumplimiento a manual de convivencia y seguimiento a conductas. | En este mes no se realiza intervención desde el area psicosocial a las personas mayores en incumplimiento a manual de convivencia y seguimiento a conductas. | En este mes no se realiza intervención desde el area psicosocial a las personas mayores en incumplimiento a manual de convivencia y seguimiento a conductas. | |
| | | | | | | | **PLAN DE MEJORA** | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | |
| 6 | eficiencia, eficacia. Efectividad | Realizar Evolución trimestral al 100% de las Personas Mayores | % Evoluciones trimestral a la Personas Mayores | 100% | Mensual | Realizar evolucion trimestral a las Personas Mayores institucionalizadas, según cronograma mental para dar cumplimiento dentro los 3 meses. | Número de PAIIN y Monitoreandos realizados | 26 | 24 | 29 | 23 | 23 | 23 |  |
| | | | | | | | Número de PAIIN y MonitoreandosProgramados | 26 | 24 | 29 | 23 | 23 | 23 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | | | **ANALISIS/ SIGUIMIENTO** | En el mes se realizaron 26 seguimientos al PAIN (monitoriando) según tiempos establecido en el anexo tecnico ( Bertilda Beltrán, Blanca Beltrán, Alfonso Benavides, Gonzalo Borda, María Eugenia Céspedes, Luis Miguel Galindo, Domingo Guzman, Miguel Moreno, Tulia Moreno, José Murillo, Nieves Ortiz, Jacinto Páez, Loelila Quevedo, Teresita Ramírez, Calixto Ríos, Sixto Ríos, Santos Robayo, Numa Sierra, Blanca Silva Anais Carreño, Aurora Camacho, Jorge Lombana, Segundo Cubides y Rafael correa, Arsenio Castañeda, y Emiliano Bohorquez | En el mes se realizaron 19 seguimientos al PAIN (monitoriando) según tiempos establecido en el anexo tecnico (Lucrecia Bejarano, Tomas Cubillos, Clodomiro Castro, Iván Diaz, Gregoria Garzón, Macedonio Guzmán, Leonilde Melo, Herminia Parra, Nicolas Pinzón, Manuel Porras, Vicente Pulido, Julia Ramírez, Ambrosio Ramírez, Juvenal Ramírez, Gil Mesías, Alejandro Sierra, Salomón Tolentino. Oscar Pulido, Gabriel Marroquin, se realiza 5 conociendo y planeando de Concepcion Barahona, Bertha Cortés, Ercilda cardona , Rosa pardo y Sofia Martínez | En el mes se realizaron 29 seguimientos al PAIN (monitoriando) según tiempos establecido en el anexo tecnico (MiriamNelly Alfonso, María Olga Ardila, Ángel Hernández, Mercedes Herrera, Arturo Herrera, Víctor Julio Jiménez, Ángel Jiménez, Estella Jineme, Nicasio Laguna, Clara Lemoine, Isabel Lozano, Arturo Malo, Abelardo Martínez, Leopoldo Monrroy, Marco Mora, Alfonso Morales, Modesto Muestradientes, Rogelio Ramírez, Javier Sandoval, Roberto Teuta, Blanca Rosa varón, Fidedigna Velásquez, maria ines cruz, María Helena Villa, Ubaldina Chacon, Cenon Ortiz, Ismael Quintana | En el mes se realizaron 23 seguimientos al PAIN (monitoriando) según tiempos establecido en el anexo tecnico ( Blanca Beltrán, Alfonso Benavides, Gonzalo Borda, María Eugenia Céspedes, Luis Miguel Galindo, Domingo Guzman, Miguel Moreno, Tulia Moreno, José Murillo, Jacinto Páez, Loelila Quevedo, Teresita Ramírez, Calixto Ríos, Sixto Ríos, Santos Robayo, Numa Sierra, Blanca Silva Anais Carreño, Aurora Camacho, Jorge Lombana, Segundo Cubides y Rafael correa y Emiliano Bohorquez | En el mes se realizaron 23 seguimientos al PAIN (monitoriando) según tiempos establecido en el anexo tecnico ( Blanca Beltrán, Alfonso Benavides, Gonzalo Borda, María Eugenia Céspedes, Luis Miguel Galindo, Domingo Guzman, Miguel Moreno, Tulia Moreno, José Murillo, , Jacinto Páez, Loelila Quevedo, Teresita Ramírez, Calixto Ríos, Sixto Ríos, Santos Robayo, Numa Sierra, Blanca Silva Anais Carreño, Aurora Camacho, Jorge Lombana, Segundo Cubides y Rafael correa y Emiliano Bohorquez | En esta quincena no se realizan PAIIN en ninguna de sus fases | |
| | | | | | | | **PLAN DE MEJORA** | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 7 | eficiencia, eficacia. Efectividad | Realizar valoracion cada dos años a las Personas Mayores, según Cronograma por fecha de ingreso al Centro de Protección Social | % de valoración bianual | 100% | A Necesidad | Realizar valoraciónTrabajo Social cada dos años según fecha de ingreso de la Persona Mayor Al CBA Belmira. | Numero total de evoluciones trimestrales realizadas | 77 | 56 | 85 | 65 | 42 | 42 |  |
| | | | | | | | Numero total de evoluciones trimestrales programadas | 77 | 56 | 85 | 65 | 42 | 42 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | | | **ANALISIS/ SIGUIMIENTO** | Se realizan 28 evoluciones trimestrales de trabajo social y se realizan notas de novedades presentadas durante el mes: Bertilda Beltrán, Alfonso Benavides, Emiliano Bohorquez, Gonzalo Borda, Arsenio Castañeda, Clodomiro Castro, Ubaldina Chacon, Tomás Cubillos, Iván Diaz, Luis Miguel Galindo, Gregoria Garzon, Marco Mora, Leonilde Melo, Maria Ines Cruz, Cenon Ortiz, Jacinto Paez, Nicolas Pinzón,Teresita Ramirez, Ambrosio Ramirez, Rogelio Ramirez, Santos Robayo, Javier Sandoval, Blanca Silva, Fideligna Velasquez. Notas de procesos de hospitalización, proceso de salud, | Se realizan 21 evoluciones trimestrales de trabajo social y se realizan notas de novedades presentadas durante el mes Alfonso Benavides, Emiliano Bohorquez, Gonzalo Borda, Arsenio Castañeda, Clodomiro Castro, Ubaldina Chacon, Tomás Cubillos, Iván Diaz, Luis Miguel Galindo, Gregoria Garzon, Marco Mora, Leonilde Melo, Maria Ines Cruz, Cenon Ortiz, Jacinto Paez, Nicolas Pinzón,Teresita Ramirez, Ambrosio Ramirez, Rogelio Ramirez, Santos Robayo, Javier Sandoval, Blanca Silva, Fideligna Velasquez. Notas de procesos de hospitalización, proceso de salud, | Se realizan 26 evoluciones trimestrales de trabajo social y se realizan notas de novedades presentadas durante el mes: Alfonso Benavides, Emiliano Bohorquez, Gonzalo Borda, Clodomiro Castro, Ubaldina Chacon, Tomás Cubillos, Iván Diaz, Luis Miguel Galindo, Gregoria Garzon, Marco Mora, Leonilde Melo, Maria Ines Cruz, Cenon Ortiz, Jacinto Paez, Nicolas Pinzón,Teresita Ramirez, Ambrosio Ramirez, Rogelio Ramirez, Santos Robayo, Javier Sandoval, Blanca Silva, Fideligna Velasquez. Notas de procesos de hospitalización, proceso de salud, visitas a personas mayores en la institución de acuerdo a cumplimiento de protocolos. | Se realizan 25 evoluciones trimestrales de trabajo social y se realizan notas de novedades presentadas durante el mes: Blanca Beltran, Aurora Camacho, Anais Carreño, Eduardo Correa, Segundo Correa, Macedonio Guevara, Domingo Guzman, Angel Hernandez, Mercedes Herrera, Victor jimenez, Estella Juneme, Nicasio Laguna, Arturo Malo, Leopoldo Monroy, Tulia Moreno, Modesto Muestradientes, Manuel Porras, Vicente Pulido, Calixto Rios, Sixto Rios, Gil Romero, Alejandro Sierra, Roberto Teuta, Blanca Varon, Helena Villa, . Notas de procesos de hospitalización, proceso de salud. de estudio de caso, etc. | Se realizan 25 evoluciones trimestrales de trabajo social y se realizan notas de novedades presentadas durante el mes: Miryam Alfonos, Olga Ardila, lucrecia bejarano, ercilda Cardona, Eugenia Cespedes, Bertha Cortes, Ines cruz, Samuel GArcia, Milciades Gutierrez, Luis Gutierrez, Arturo Herrera, Angel Jimenez, Clara Lemoine, Jorge Lombana, Sofia Martinez, Abelardo Martinez, Alfonso Morales, Jose Murillo, Elvira Pardo, Hrminia Parra, Ismael quintana loelia Quevedo, juliaRamirez, juvenal Ramirez, Numa Sierra Notas de procesos de hospitalización, proceso de salud, | en esta quincena no se realizan Evoluciones por fecha en cronograma se realizan notas de novedades y cierre de historia por cambio de operador, | |
| | | | | | | | **PLAN DE MEJORA** | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 8 | eficiencia, eficacia. Efectividad | Participar de los espacios de capacitación continuada programadas y dirigida a los compañeros del CBA Belmira. Sobre divulgacion, de guias, procedimientos, protocolos. | % cumplimiento con capacitación continua | 100% | Mensual | ntervención y participación de las capacitaciones brindadas al personal favoreciendo la actualizacion de conocimientos y practica de acciones seguras, en pro de la calidad de la atencion hacia las personas mayores | Numero total de valoraciones bianuales realizadas | 9 | 6 | 2 | 1 | 6 | 4 |  |
| | | | | | | | Numero total de valoraciones bianuales programadas | 9 | 6 | 2 | 1 | 6 | 4 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | | | **ANALISIS/ SIGUIMIENTO** | Para este mes se realiza 9 estudios sociofamiliares de las personas mayores Ivan Diaz - Oscar Pulido - Juvenal Ramirez -Gabriel Marroquin - POR INGRESO Maria Concepcion Barahona de Torres - Maria Ercilda Cardona Gutierrez – Bertha Cortes Mejía – Ana Sofia Martínez – Rosa Elvira Pardo Vda de Pardo | Para este mes se realiza estudios sociofamiliares de las personas mayores Marco Mora Aflonso Benavides, Jose Murillo, Numa Sierra, fideligna velasquez, Maria Ines Cruz | Para este mes se realiza estudios sociofamiliares de las personas mayores Jacinto Paez y Blanca Varon | Se realiza a la persona mayor Manuel Porras de acuerdo con fecha de ingreso | Para este mes se realiza estudios sociofamiliares de las personas mayores Luis Miguel Galindo, Macedonio Guevara, Cenon ortiz, Ubaldina Chacon, Gil Romero POR INGRESO Samuel Garcia | Para este mes se realiza estudios sociofamiliares de las personas mayores Mercedes Herrera, Victor Julio Jimenez, Arturo Malo, Emiliano Bohorquez | |
| | | | | | | | **PLAN DE MEJORA** | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 9 | eficiencia, eficacia. Efectividad | Participar en la realizacion de informes, solicitados por la Dirección y según requerimiento. | % cumplimiento con informes solicitados según prestación de servicios de proteccion social. | 100% | Mensual | Entrega oportuna de informes solicitados del Equipo y área de atención. | Numero total de capacitaciones participadas | 0 | 5 | 7 | 8 | 6 | N.A |  |
| | | | | | | | Numero total capacitaciones programadas | 0 | 5 | 7 | 8 | 6 | N.A | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | #¡DIV/0! | 100% | 100% | 100% | 100% | #¡VALOR! | |
| | | | | | | | **ANALISIS/ SIGUIMIENTO** | En este periodo no se realizan | En este periodo se realizan capacitación de enfermería del programa de seguridad de la persona mayor, Psicología Manual e procesos y procedimientos del área, Stock de medicamentos: programa de farmacovigilancia, SGSST inducción y reinducción, Area Ambiental Gestión de residuos Hospitalarios y similares. | Trabajo Social Socializacion derechos y deberes personas mayores, Plan Integral deresiduos peligrosos Hospitalarios, , Derechos y deberes e intervención familiar por parte de Psicología, Lavado de manos del area de Enfermeria, Programa de Tecnovigilancia FarmaciaGestion ambiental sistema globalmente armonizado | Psicologia - protocolo de intervención en risis, Gestion ambiental - Gestion del riesgo biologico en manejo de residuos peligrosos, Trabajo social - Paquete instruccional de Iedntificación, Gestion ambiental - Componente externo del PGIRH, Stock de medicamentos - Politica de no reuso de dispositivos médicos, SGSST - Divulgación de documentos soporte del SISTEMA, Fisioterapia - Capacitación de rehabilitación Muñeca y miembros inferiores, Gestion ambiental - Plan de gestión Integral de Residuos Peligrosos | Medicina: momentos de lavado de manos y sus pasos oms. Stock medicamentos: mejoramiento en la seguridad de la administraciòn de medicamentos. Gestion ambientalç: Gestion del riesgo quimico en el manejo de residuos peligrosos, Generalidades de manual de procedimientos de lmpieza y desinfecciòn. Psicologia. Manejo de historia clinica. Psicologia Guia practica par tatamiento de la depresiòn | No se realizan, por organización en cronograma y cambiode operador. | |
| | | | | | | | **PLAN DE MEJORA** | #¡DIV/0! | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | #¡VALOR! | |
| 10 | eficiencia, eficacia. Efectividad | Participar de los estudios de caso y seguimiento a los compromisos establecidos ya sea por seguimiento por su estado de salud o alteración a nivel comportamental. | % cumplimiento con participacion en la realizacion de estudios de caso de Personas Mayores institucionalizadas | 100% | Mensual | Conocimiento de la situacion de salud fisica, mental, conductua y comportamental a partir de sus deficiencias. | Número total de informes realizados | 61 | 61 | 61 | 61 | 60 | 61 |  |
| | | | | | | | Número total de informes programados | 61 | 61 | 61 | 61 | 60 | 61 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | | | **ANALISIS/ SIGUIMIENTO** | Para el mes se realizaron los siguientes informes: Caracterización de la población base institucional, Caracterización de la población Beneficencia de Cundinamarca, novedades estadísticas, listado de personas mayores, informe de procedencias, informe estadístico, Informe de matriz de defunción para el área de calidad. Matriz de Egresos Beneficencia informe de gestion, Informe de productividad 48 informes actas de convenio. 4 informes Secretaria de salud EPS listado censal | Para el mes se realizaron los siguientes informes: Caracterización de la población base institucional, Caracterización de la población Beneficencia de Cundinamarca, novedades estadísticas, listado de personas mayores, informe de procedencias, informe estadístico, Informe de matriz de defunción para el área de calidad. Matriz de Egresos Beneficencia informe de gestion, Informe de productividad 48 informes actas de convenio. 4 informes Secretaria de salud EPS listado censal | Para el mes se realizaron los siguientes informes: Caracterización de la población base institucional, Caracterización de la población Beneficencia de Cundinamarca, novedades estadísticas, listado de personas mayores, informe de procedencias, informe estadístico, Informe de matriz de defunción para el área de calidad. Matriz de Egresos Beneficencia informe de gestion, Informe de productividad 48 informes actas de convenio. 4 informes Secretaria de salud EPS listado censal | Para el mes se realizaron los siguientes informes: Caracterización de la población base institucional, Caracterización de la población Beneficencia de Cundinamarca, novedades estadísticas, listado de personas mayores, informe de procedencias, informe estadístico, Informe de matriz de defunción para el área de calidad. Matriz de Egresos Beneficencia informe de gestion, Informe de productividad 48 informes actas de convenio. 4 informes Secretaria de salud EPS listado censal | Para el mes se realizaron los siguientes informes: Caracterización de la población base institucional, Caracterización de la población Beneficencia de Cundinamarca, novedades estadísticas, listado de personas mayores, informe de procedencias, informe estadístico, Informe de matriz de defunción para el área de calidad. Matriz de Egresos Beneficencia informe de gestion, Informe de productividad 48 informes actas de convenio. 1 informes Secretaria de salud EPS listado censal | Para el mes se realizaron los siguientes informes: Caracterización de la población base institucional, Caracterización de la población Beneficencia de Cundinamarca, novedades estadísticas, listado de personas mayores, informe de procedencias, informe estadístico, Informe de matriz de defunción para el área de calidad. Matriz de Egresos Beneficencia informe de gestion, Informe de productividad, Informe trimestral de estrategias de comunicación 48 informes actas de convenio. 1 informes Secretaria de salud EPS listado censal | |
| | | | | | | | **PLAN DE MEJORA** | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 11 | **eficiencia, eficacia. Efectividad** | Sistematizar, realizar y enviar el informe Trimestral de usuarios de Convenios interadministrativos a la Beneficencia | % cumplimiento con los informes de Convenio solicitados en los tiempos requeridos | 100% | **Trimestral** | Organizar y entregar oportunamente informe - acta de permanencia de personas mayores de acuerdo a | numero total de estudios de casos realizados | 0 | 11 | 10 | 11 | 11 | N.A |  |
| | | | | | | | Numero total de estudios de casos programados. | 0 | 11 | 10 | 11 | 11 | N.A | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | #¡DIV/0! | 100% | 100% | 100% | 100% | #¡VALOR! | |
| | | | | | | | **ANALISIS/ SIGUIMIENTO** | Para este mes no se eneran estudios de caso programados | Anais Carreño, Rafael Correa, Angel Hernandez, Victor Jimenez, Aurora Camacho, Segundo Cubides, Concepcion Barahona, Bertha Cortés, Ercilda cardona , Rosa pardo y Sofia Martínez | Jorge Lombana, Gabriel Marroquin, Tomas Cubillos, Ivan Diaz, Luis Miguel Galindo, Gregoria Garzon. Macedonio Guevara, Arturo Herrera, Domingo Guzman, Mercedes Herrera | Para este mes se realiza estudios sociofamiliares de las personas mayores Clara Lemoine, Nieves Ortiz, Ines Cruz, Angel jimenez, Estella Juneme, Nicasio Laguna, Ubaldina Chacon, Arturo Malo, Cenon Ortiz, Segundo Cubides, | Para este mes se generan 11 estudios de caso programados Abelardo Martinez, Leonilde Melo, Leopoldo Monron, Marco Mora, Tulia Moreno, Alfonso Morales, Sixto Rios, Roberto Teuta, Nicolas Pinzon, Vicente Pulido, Samuel Garcìa | No se realizan por cronograma y entrega de procesos a nuevo operador | |
| | | | | | | | **PLAN DE MEJORA** | #¡DIV/0! | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | #¡VALOR! | |
| 12 | **eficiencia, eficacia. Efectividad** | Dar cumplimiento al procedimeinto del Sistema de Información y Atención l Usuario de la Beneficencia de Cundinamarca re4alizando la apertura de Buzón de PQRS y dando respuesta al mismo. | % cumplimiento de apertura de buzon y respuestas en los tiempos requeridos | 100% | **Quincenal** | Realizar apertura de Buzon de PQRS, entregar oportunamente informe - acta de apertura de buzon y respuestas de las mismas | Número de apertura de buzon programada | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 |  |
| | | | | | | | Número de apertura de buzon ejecutada | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | | | **ANALISIS/ SIGUIMIENTO** | Para este mes se realizan 2 aperturas de buzón según cronograma, el día 11 y 25 de diciembre 2022, se encontraron 2 formatos diligenciados con felicitaciones. | Para este mes se realizan 2 aperturas de buzón según cronograma, el día 01 y 15 de febrero 2023, se encontraron 3 formatos diligenciados con felicitaciones. | Para este mes se realizan 2 aperturas de buzón según cronograma, el día 08,22 demarzo 2023, se encuentra 1 formato diligenciado con felicitaciones. | Para este mes se realizan 2 aperturas de buzón según cronograma, el día 09, 23 demarzo 2023, se encuentra 2 formato diligenciado con felicitaciones. | Para este mes se realizan 2 aperturas de buzón según cronograma, el día 10 y 24 de Mayo de 2023, se encontraron 2 formatos diligenciados con felicitaciones. | Para este mes se realiza 1 apertura de buzón según cronograma, el día 07 se encontraron 10 formatos diligenciados con felicitaciones y con 2 peticiones y una solicitud. | |
| | | | | | | | **PLAN DE MEJORA** | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 13 | **eficiencia, eficacia. Efectividad** | Gestionar a nivel interinstitucional e intersectorial servicios de apoyo al C.B.A. Belmira que contribuyan a mejorar la calidad de vida de las persona mayores | % Redes institucionales solicitados. | 100% | **ANUAL** | Gestionar con instituciones locales, departamentales servicios para la garantia de derechos de las personas mayores | Número de redes contactadas | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 |  |
| | | | | | | | Número de redes con gestión | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | 10 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | | | **ANALISIS/SEGUIMIENTO** | Durante el mes se realizo gestion de redes con el Hospital San Rafael de Fusagasuga, EPS-S Ecoopsos, secretaria de salud fusagasugá, Oxy espress, Oxi50, Nueva Eps, Salud Total, Famisanar, SENA, IPS Innovar | Durante el mes se realizo gestion de redes con el Hospital San Rafael de Fusagasuga, EPS-S Ecoopsos, secretaria de salud fusagasugá, Oxy espress, Oxi50, Nueva Eps, Salud Total, Famisanar, SENA, IPS Innovar | Durante el mes se realizo gestion de redes con el Hospital San Rafael de Fusagasuga, EPS-S Ecoopsos, secretaria de salud fusagasugá, Oxy espress, Oxi50, Nueva Eps, Salud Total, Famisanar, SENA, IPS Innovar | Durante el mes se realizo gestion de redes con el Hospital San Rafael de Fusagasuga, EPS-S Ecoopsos, secretaria de salud fusagasugá, Oxy espress, Oxi50, Nueva Eps, Salud Total, Famisanar, SENA, IPS Innovar | Durante el mes se realizo gestion de redes con el Hospital San Rafael de Fusagasuga, EPS-S secretaria de salud fusagasugá, Oxy espress, Oxi50, Nueva Eps, Salud Total, Famisanar, SENA, IPS Innovar | Durante ella quincena se realizo gestion de redes con el Hospital San Rafael de Fusagasuga, EPS-S secretaria de salud fusagasugá, Oxy espress, Oxi50, Nueva Eps, Salud Total, Famisanar, SENA, IPS Innovar | |
| | | | | | | | **PLAN DE MEJORA** | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |

| I.H.S.<br>INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA<br>PROCESO | CENTRO BIENESTAR DEL ANCIANO BELMIRA<br>INFORME DE GESTION VIGENCIA 01 DE ENERO AL 15 JUNIO DEL 2023<br>GESTION DE CALIDAD | CODIGO:FT-GC-011<br>VERSION:001<br>FECHA: 27/01/2018 |
|---|---|---|

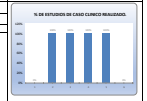
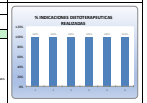
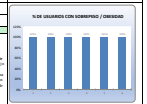
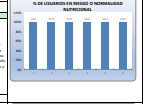
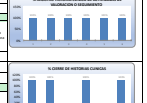
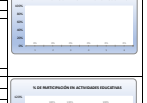
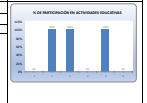
COMPORTAMIENTO INDICADORES DE CALIDAD AREA DE TERAPIA FISICA

| NO. | TIPO | OBJETIVO | NOMBRE DEL INDICADOR | FREC | ESTRATEGIA | FORMULA DEL INDICADOR | ENE. | FEB. | MAR. | ABR. | MAY. | JUN. | GRAFICO DEL INDICADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | EFICACIA | Realizar valoracion integral a las personas mayores que ingresana la Institucion con el fin de evaluar su estado físico y replantear tratamiento de rehabilitación . | % de valoraciones realizadas | A NECESIDAD | Realizar valoracion Fisioterapeutica a las personas mayores que ingresan con el fin de conocer condiciones de su estado musculoesqueletico | Número de valoraciones ingreso y/o registro de egresos realizadas en el periodo | 6 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |  |
| | | | | | | Total de ingreso o egresos presentados | 6 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | |
| | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | 100% | #¡DIV/0! | |
| | | | | | | ANALISIS/SEGUIMIENTO | Se realizan valoraciones de ingreso a las personas mayores Ana Sofi Martinez,Maria Concepción Barahona,Maria Ercilda Cadena,Berta Cortes Mejia,Rosa Elvira Pardo, se realiza cierre de historia clinica por fallecimiento usuaria Luz Anuesta | Durante el mes de febrero no se evidencian ingresos y egresos a la institucion | Durante el mes marzo no se evidencian ingresos y egresos a la institucion | Durante el mes de abril, no se evidencian ingresos y egresos a la institucion | Durante el mes de mayo, se evidencian ingresos y egresos a la institucion | Durante el mes de mayo, se evidencian ingresos y egresos a la institucion | |
| | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REUIRE | #¡DIV/0! | NO REUIRE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 2 | EFICACIA | se realizan valoraciones anual a las personas mayores segùn fecha de ingreso al CBA Belmira | % de valoracion anual | MENSUAL | Se realizan valoraciones anual a las personas mayores segùn fecha de ingreso al CBA Belmira | número de valoraciones realizadas en el periodo | 4 | 37 | 46 | 2 | 4 | 4 |  |
| | | | | | | Numero de valoraciones que corresponden segùn fecha de ingreso | 4 | 37 | 46 | 2 | 4 | 4 | |
| | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | | ANALISIS/SEGUIMIENTO | Se fealiza valoracion anual a las personas mayores Ivan Diaz,Gabriel Marroquin, Oscar Pulido, Juvenal Ramirez | Se realiza valoraciones iniciales a 37 usuarios, con el fin de dar inicio a su plan de intervencion | Se realiza valoraciones iniciales a 46 usuarios, con el fin de dar inicio a su plan de intervencion | Se realizan valoraciones 2 usuarios, según la fecha de ingresos | Se realizan valoraciones 4 usuarios, según la fecha de ingresos | Se realizan valoraciones 4 usuarios, según la fecha de ingresos | |
| | | | | | | PLAN DE MEJORA | | Continual valoraciones de Ingresos | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 3 | EFICACIA | Realizar Seguimiento trimestral a las personas mayores con el fin de replantear estrategias de tratamiento y/o rehabilitación. | % de cumplimiento a seguimientos trimestrales | TRIMESTRAL | Se realizan evoluciones trimestral segùn correspondia | Número de seguimientos trimestrales y monitoreos realizados | 21 | 37 | 46 | 42 | 46 | 74 |  |
| | | | | | | Total de seguimientos y monitoreos programados | 21 | 37 | 46 | 42 | 46 | 74 | |
| | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | | ANALISIS/SEGUIMIENTO | Se realiza registro de evolución trimestral a 21 personas mayores en el periodo | Se realizan evoluciones implementando el plan de tratamiento a seguir a 37 usuarios, | Se realizan evoluciones implementando el plan de tratamiento a seguir a 42 usuarios, | Se realizan evoluciones implementando el plan de tratamiento a seguir a 42 usuarios, | Se realizan evoluciones implementando el plan de tratamiento a seguir a 46 usuarios, | Se realiza el monitoreando segundo trimestre del año a 46 usuarios, | |
| | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 4 | EFICACIA | Identificar alteraciones de origen osteomuscular de las personas mayores que afecten su funcionalidad | % de personas mayores atendidas | A NECESIDAD | Realizar intervencion segùn ordes medica con el fin de disminir dolor mejorar arcos de movilidad rehabilitacion en marcha entre otras. | Numero de personas atendidas de manera individual | 23 | 37 | 165 | 42 | 60 | 10 |  |
| | | | | | | total de personas requieren manejo individual durante el periodo | 23 | 37 | 165 | 42 | 60 | 10 | |
| | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | | ANALISIS/SEGUIMIENTO | Se realizan intervenciones realiazdas durante el periodo incluidas valoraciones | Se realizan intervenciones individuales durante el periodo, incluyendo las valoriciones | Se realizan intervenciones individuales durante el periodo, incluyendo las valoriciones | Se realizan intervenciones individuales , en consultorio | Se realizan intervenciones individuales , en consultorio | Se realizan intervenciones individuales , en consultorio | |
| | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 5 | EFICACIA | Aplicar modalidades físicas y acciones terapeuticas a nivel osteomuscular y neuromuscular estableser estrategias que permitan mejorar o mantener su funcionalidad musculo esqueletica p or medio de terapia grupal | % de gimnasia grupal a personas mayores | Mensual | Ejecucion de programa de actividad física encaminando a conservar movilidad articular,manejo de flexibilidad,fuerza muscular,estimulacion de equilibrio y propiocepcion | Numero de personas que participan | 40 | 60 | 66 | 70 | 69 | 59 |  |
| | | | | | | Numero de personas en condicion de realizar actividad dirigida | 40 | 60 | 66 | 70 | 69 | 59 | |
| | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | | ANALISIS/SEGUIMIENTO | Continuidad con participación de usuarios en programa | Organización del salon de terapia segùn perfiles, permitiendo accesibilidad y empacto en los usuarios a la hora del direccionamiento de la gimnasia | Usuarios que participan en gimnasia y rumboterapia. | Organización del salon de terapia ocupacional o comedor segùn perfiles, permitiendo accesibilidad y empacto en los usuarios a la hora del direccionamiento de la gimnasia | Organización del salon de terapia ocupacional o comedor segùn perfiles, permitiendo accesibilidad y empacto en los usuarios a la hora del direccionamiento de la gimnasia | Organización del comedor segùn perfiles, permitiendo accesibilidad y empacto en los usuarios a la hora del direccionamiento de la gimnasia | |
| | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 6 | EFICACIA | proveenir la aparicion de ulceras por presion en la spersonas mayores con con dependencia severa. | % cumplimiento a la realizacion de cambios de posicion | A mensual | Aplicar modalidades terapeuticas los dias martes se realiza terapia palativa individual y lubricacion. | Numero de personas vinculadas en programas | 11 | 17 | 22 | 25 | 30 | 30 |  |
| | | | | | | Total de personas que ameritan manejo | 11 | 17 | 22 | 25 | 30 | 30 | |
| | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | | ANALISIS/SEGUIMIENTO | Se vinculan a 9 personas en el programa Arsenio Castañeda, Jacinto Páez, Leonilde Molo, Bertilda Beltrán, Nieves Ortiz, Ambrosio Ramírez, Rogelio Ramírez, Olga Avilla, Numa Sierra en manejo paliativo y stella jaramne y Segudo Cubiles | Se implementa el cronograma de terapia palitativa y lubricacion de piel de lunes a viernes, logrando el impacto de los usuarios que se acuetan en las tardes, teniendo as efectividad e su acondicionamiento fisico | Programa de cambios de posicion y terapia sedativa la cual se realiza en horarios de la mañana y tarde.Usuarios que varian de acuerdo a su evolucion en UPP y estadio de desacondicionamiento fisico. | Programa de cambios de posicion y terapia sedativa la cual se realiza en horarios de la mañana y tarde.Usuarios que varian de acuerdo a su evolucion en UPP y estadio de desacondicionamiento fisico. | Programa de cambios de posicion y terapia sedativa la cual se realiza en horarios de la mañana y tarde.Usuarios que varian de acuerdo a su evolucion en UPP y estadio de desacondicionamiento fisico. | Programa de cambios de posicion y terapia sedativa la cual se realiza en horarios de la mañana y tarde.Usuarios que varian de acuerdo a su evolucion en UPP y estadio de desacondicionamiento fisico. | |
| | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 7 | EFICACIA | Realizar actividades que mejoren las condiciones muscolo esqueléticas de las persona mayores funcinales | % DE CAMINATAS | mensual | Realizar caminatas semanal segùn cronograma involucrando a personas mayores de acuerdo a su condicion en caminata larga y /o corta | Numero de personas que participan | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 16 |  |
| | | | | | | Total de personas programas | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 | 16 | |
| | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | | ANALISIS/SEGUIMIENTO | Se vincula a 11 personas mayores Macedonio Guevara, Ángel Hernandez, Cándamio Castro, Miguel Gallardo, José Murillo, Nicolas Pinzón, Julia Ramírez, Stella Jimenez, Maria Inés Cruz, Aurora Camacho, Vicente Pulido | Se realiza un cronograma de usuarios, deacuerdo a sus condiciones y que todos tengan participacion en la caminata, integrando usuarios de caminador, baston y marcha asistida. | Se realiza un cronograma de usuarios, deacuerdo a sus condiciones y que todos tengan participacion en la caminata, integrando usuarios de caminador, baston, silla de ruedas, marcha asistida.En cada caminata se escoge un trabajo de acondicionamiento fisico para trabajar con los usuarios. | Se realiza un cronograma de usuarios, deacuerdo a sus condiciones y que todos tengan participacion en la caminata, integrando usuarios de caminador, baston, silla de ruedas, marcha asistida.En cada caminata se escoge un trabajo de acondicionamiento fisico para trabajar con los usuarios. | Se realiza un cronograma de usuarios, deacuerdo a sus condiciones y que todos tengan participacion en la caminata, integrando usuarios de caminador, baston, silla de ruedas, marcha asistida.En cada caminata se escoge un trabajo de acondicionamiento fisico para trabajar con los usuarios. | Se realiza actividad fuera de la institucion acompañamiento de personas mayores a realiar compras con bonos optenidos pos su trabajo en el taller de terapia ocupacional | |
| | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 8 | EFICACIA | Participar en estudios de caso para el manejo contingente de situaciones presentadas con personas mayores | % de Realizacion de estudios de caso | A NECESIDAD | Socializar con el equipo interdisciplinario y concluir el plan de manej o fortaleciendo atencion integral | Número de estudios de casos realizados | 1 | 10 | 10 | 10 | 11 | 72 |  |
| | | | | | | Número de estudios de casos programados | 1 | 10 | 10 | 10 | 11 | 72 | |
| | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | | ANALISIS/SEGUIMIENTO | Se realiza reunión equipo para emplame información ingresos nuevos a la institución | Se realizan estudios de caso de 10 usuarios,dadndo a conocer su analisis, patologias y sugerencias en cuanto al manejo de tratamiento y rehabilitacion. | Se realizan estudios de caso de 10 usuarios,dadndo a conocer su analisis, patologias y sugerencias en cuanto al manejo de tratamiento y rehabilitacion.Usuaria en revaloracion rosa pardo. | Se realizan estudios de caso de 10 usuarios,dadndo a conocer su analisis, patologias y sugerencias en cuanto al manejo de tratamiento y rehabilitacion.Usuaria en revaloracion rosa pardo. | Se realizan estudios de caso de 10 usuarios,dadndo a conocer su analisis, patologias y sugerencias en cuanto al manejo de tratamiento y rehabilitacion. | Se realiza analisis y entrega de cada `persona mayor segùn formato establecido | |
| | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 9 | EFICACIA | Apoyo al equipo interdisciplinario en las diferentes actividades que se programen en la institucion; recreativas, ludicas y culturales | %actividades programadas | MENSUAL | Participacion en actividades organizadas en la institucion | Numero de actividades programadas realizadas en el mes | 1 | 1 | 4 | 3 | 0 | N.A |  |
| | | | | | | Total de actividades ejecutadas | 1 | 1 | 4 | 3 | 0 | N.A | |
| | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | #¡DIV/0! | #¡VALOR! | |
| | | | | | | ANALISIS/SEGUIMIENTO | Se realiza proceso de inducción auxiliar nueva de área Yeimy Jimenez | Se realiza induccion en el area a las desauxiliares, teniendo encuenta el nuevo cronograma | Dia del genero, capacitaciones de SURA,Reunion del area. | Capacitaciones virtuales | Se reprograma capacitacion virtual | N.A | |
| | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 10 | EFICACIA | capacitar y participar en capacitaciones a empleados de la institucion en temas relacionados sobre manual de atencia. | % capacitaciones programadas | MENSUAL | Actualizacion de conocimientos en diferentes areas y tematicas, dando cumplimiento al cronograma | Numero de capacitaciones realizadas en el mes | 8 | 4 | 9 | 11 | 4 | 4 |  |
| | | | | | | Totalde capacitaciones programadas | 8 | 4 | 9 | 11 | 4 | 4 | |
| | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | | ANALISIS/SEGUIMIENTO | Reunión area,dia a dia,analisis evento adverso,,informe gestion, reunión equipo empalme ingresos ,2 caracterizaciones,, registro mensual deaistencia | Se participa en estudios de caso, comité de eventos adversos, capacitacion de primeros auxilios. | Reunión area,dia a dia,analisis evento adverso,estudios de caso,informe gestion, reunión equipo caracterizaciones, registro mensual deaistencia | Reunión area,dia a dia,analisis evento adverso,estudios de caso,informe gestion, reunión equipo caracterizaciones, registro mensual deaistencia.Capacitacion del area | Reunión area,dia a dia,analisis evento adverso,estudios de caso,informe gestion, link caracterizacion | Se participa en reunion de Hemanas franciscanas, beneficiencia,informe de gestion | |
| | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 11 | EFICACIA | Realizar programa de Musicoterapia como plan complementario en proceso de rehabilitacion | % de usuarios vinculados al programa de Musicoterapia | A NECESIDAD | Vinculacion en programa de musicoterapia | Numero de Actividades realizadas | 1 | 2 | 5 | 5 | 3 | 2 |  |
| | | | | | | Total actividades programadas | 1 | 2 | 5 | 5 | 3 | 2 | |
| | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | | ANALISIS/SEGUIMIENTO | Se realiza de acuerdo a plan de acción año 2023 | Se lleva acabo programa de musicoterapia,planmando que se realizara todos los viernes. | Se lleva acabo programa de musicoterapia,planmando que se realizara todos los viernes. | Se lleva acabo programa de musicoterapia,planmando que se realizara todos los viernes. | Se lleva acabo programa de rumboterapiaa,planmando que se realizara todos los viernes. | Se lleva acabo programa de rumboterapiaa,planmando que se realizara todos los viernes. | |
| | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |

**I.M.S.**
**INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA**
**PROCESS**

**CENTRO: RESIDENCIA DEL ENCANTO RIO SUMA**
**INFORME DE GESTIÓN CENTRO DE DIA FEBRERO AL 31 ENERO DEL 2024**
**GESTIÓN DE CALIDAD**

CODIGO:GC-01
VERSION: 1
FECHA: 07/01/2024

| NO. | USER | MACROPROCESO | INDICADOR DE GESTIÓN | META | FREC. | ESTRATEGIA | CRONOGRAMA | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | GRAFICO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | **Eliseo** | Conocer el Estado Nutricional inicial de la Persona Mayor que ingresa al CDIA. Belenus | % de Valoraciones de ingreso | 100% | Mensual | Realizar valoración Nutricional Inicial a la Persona Mayor que ingresa y/o ya forma con el CDIA | Numero de valoraciones por ingreso realizadas en el mes | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | N/A |  |
| | | | | | | | Numero total de ingresos en el mes | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | N/A | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.00% | #¡VALOR! | |
| | | | | | | | ANALISIS/ SEGUIMIENTO | El dia 2/01/2023 ingresaron los siguientes personas mayores: Ana Sofia Martinez, Rosa Elvira Pareja, Bertha Castro Mejia, Evelida Cardona, Concepción Bardossa. | No se realizaron valoraciones iniciales en el mes de febrero | No se realizaron valoraciones iniciales en el mes de marzo | No se realizaron valoraciones iniciales en el mes de abril | No se realizaron valoraciones iniciales en el mes de abril | N/A | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | Ana Silvia Ortiz | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.00% | #¡VALOR! | |
| 2 | **Eliseo** | Identificar y detectar tempranamente los cambios en el estado de salud y Nutricional de la Persona Mayor | % de seguimiento al Estado Nutricional | 100% | Semanal | Desarrollar proceso de Seguimiento al Estado Nutricional de personas mayores residentes en el CDIA | Numero de seguimientos al estado nutricional realizados en el mes | 13 | 10 | 20 | 23 | 22 | N/A |  |
| | | | | | | | Total de personas mayores que les corresponde seguimiento en el mes | 13 | 10 | 20 | 23 | 22 | N/A | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | #¡VALOR! | |
| | | | | | | | ANALISIS/ SEGUIMIENTO | En el mes de Enero de 2023 se realizaron 13 seguimientos nutricionales al estado nutricional correspondiente al 17.3% de la totalidad de 78 personas mayores residentes en el CDIA Belenus | En el mes de Febrero de 2023 se realizaron 10 seguimientos nutricionales al estado nutricional, correspondiente al 13.3% de la totalidad de 77 personas mayores residentes en el CDIA Belenus | En el mes de Marzo de 2023 se realizaron 20 seguimientos nutricionales al estado nutricional, correspondiente al 26.6% de la totalidad de 77 personas mayores residentes en el CDIA Belenus | En el mes de Abril de 2023 se realizaron 23 seguimientos nutricionales al estado nutricional, correspondiente al 30.6% de la totalidad de 75 personas mayores residentes en el CDIA Belenus | En el mes de Mayo de 2023 se realizaron 20 seguimientos nutricionales al estado nutricional, correspondiente al 26.7% de la totalidad de 75 personas mayores residentes en el CDIA Belenus | N/A | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | Ana Silvia Ortiz | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | #¡VALOR! | |
| 3 | Eliseo | Gestionar la atención integral de la Persona Mayor a través del Estudio de caso integral | % de estudios de caso clínico realizado | 100% | Mensual | Participar en el planteamiento y ejecucion de los Estudios De Caso Clinicos para manejo integral. | Numero de estudios de caso integrales realizados | 0 | 11 | 0 | 11 | 12 | N/A |  |
| | | | | | | | Total de personas mayores programadas | 0 | 11 | 0 | 11 | 12 | N/A | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 0.00% | 100% | 100% | 100% | 100% | #¡VALOR! | |
| | | | | | | | ANALISIS/ SEGUIMIENTO | No se plantearon Estudios de caso Interdisciplinario de las personas mayores para este mes. | Se realizaron 11 estudios de caso de las siguientes personas mayores: Benilda Castro, Clara Lowenstar, Mirna Nieves Ortiz, Maria Gregoria Corrales, Jose Maximiliano Cisneros, Jose Domingo Cisneros, Mercedes Herrera, Ivanes Herrera, Jorge Ribeiro Lombana, Jose Gabriel Marroquin | Se realizaron 11 estudios de caso de las siguientes personas mayores: Benilda Castro, Clara Lowenstar, Mirna Nieves Ortiz, Maria Gregoria Corrales, Jose Maximiliano Cisneros, Jose Domingo Cisneros, Mercedes Herrera, Ivanes Herrera, Jorge Ribeiro Lombana, Jose Gabriel Marroquin | Se realizaron 11 estudios de caso de las siguientes personas mayores: Benilda Castro, Clara Lowenstar, Mirna Nieves Ortiz, Maria Gregoria Corrales, Jose Maximiliano Cisneros, Jose Domingo Cisneros, Mercedes Herrera, Ivanes Herrera, Jorge Ribeiro Lombana, Jose Gabriel Marroquin | Se realizaron 12 estudios de caso de las siguientes personas mayores: Nathaly Calderon, Ana Silvia Ortiz, Ana Isabel Cisneros, Barahona, Maria Evelida Cardona, Rosa Elvira Pareja, Maria Anaiz Carrerlla, Rafael Cuevas, Segundo Calderon, Angel Hernandez, Ramos cancah ez, Victor Herrera | N/A por consiguiente | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | Ana Silvia Ortiz | 0.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | #¡VALOR! | |
| 4 | Eliseo | Realizar atención Gerontogeriatrica a las Personas Mayores que presenten enfermedades relacionadas con la alimentación | % realizaciones Gerontogeriatricas realizadas | 100% | Mensual | Desarrollar estrategias individuales de atencion Gerontogeriatrica a las Personas Mayores que presenten enfermedades relacionadas con la alimentacion | Numero de personas mayores con alguna enfermedad diagnosticada | 76 | 77 | 77 | 77 | 76 | 75 |  |
| | | | | | | | Total de personas mayores que asienten alguna tarjeta sobre nutricion nutricional | 76 | 77 | 77 | 77 | 75 | 75 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | | | ANALISIS/ SEGUIMIENTO | Durante el mes de enero, se garantizó la prescripción dietetica del 100% de las personas mayores. | Durante el mes de febrero, se garantizó la prescripción dietetica del 100% de las personas mayores. | Durante el mes de febrero, se garantizó la prescripción dietetica del 100% de las personas mayores. | Durante el mes de marzo, se garantizó la prescripción dietetica del 100% de las personas mayores. | Durante el mes de marzo, se garantizó la prescripción dietetica del 100% de las personas mayores. | Durante el mes de junio, se garantizó la prescripción dietetica del 100% de las personas mayores. | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | Ana Silvia Ortiz | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | |
| 5 | Eliseo | | % de usuarios con obesidad | 100% | Mensual | Intervencion individual educativa con plan dietario Hipocalorico, Hipoglucido que favorezca su Situación Nutricional | Numero de usuarios antidiabeticos con diagnostico de diabetes | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 |  |
| | | | | | | | Total de usuarios con diagnostico de diabetes | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | | | ANALISIS/ SEGUIMIENTO | **Indicador de Delgados correspondiente al 5%** del total de 78 personas mayores residentes. | **Indicador de Delgados correspondiente al 4%** del total de 77 personas mayores residentes. | **Indicador de Delgados correspondiente al 3.2%** del total de 77 personas mayores residentes. | **Indicador de Delgados correspondiente al 1.3%** del total de 77 personas mayores residentes. | **Indicador de Delgados correspondiente al 1.3%** del total de 75 personas mayores residentes. | **Indicador de Delgados correspondiente al 1.3%** del total de 75 personas mayores residentes. | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | Ana Silvia Ortiz | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | |
| 6 | Eliseo | Orientar y socializar en plan dietario individual a las Personas Mayores que presenten enfermedades relacionadas la inapetencia y sustentantes alterado del Estado Nutricional | % de usuarios con Sobrepeso / Obesidad | 100% | Mensual | Intervencion individual educativa con plan dietario Hipocalorico, Hipoglucido que favorezca su Situación Nutricional | Numero de usuarios con diagnostico de Sobrepeso/Obesidad | 10 | 9 | 10 | 10 | 9 | 9 |  |
| | | | | | | | Total de usuarios con diagnostico de Sobrepeso/Obesidad | 10 | 9 | 10 | 10 | 9 | 9 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | | | ANALISIS/ SEGUIMIENTO | **Indicador de Obesidad 2.5%. Indicador de Sobrepeso del 25%.** Se continua con monitoreo segun guia de dietas, con alimentacion hipocalorica, hipoglucida, dulce verduras, sin sabe harina, reeducando con ejercicios, educación nutricional. Se busca apoyo de profesional del Fisioterapia y Psicologia evidenciando adecuada participacion y mejoras en los resultados del control antropometrico e itinerancial. | **Indicador de Obesidad 2.5%. Indicador de Sobrepeso del 22.5%.** Se continua con monitoreo segun guia de dietas, con alimentacion hipocalorica, hipoglucida, dulce verduras, sin sabe harina, reeducando con ejercicios, educación nutricional. Se busca apoyo de profesional del Fisioterapia y Psicologia evidenciando adecuada participacion y mejoras en los resultados del control antropometrico e itinerancial. | **Indicador de Obesidad 2.5%. Indicador de Sobrepeso del 22.5%.** Se continua con monitoreo segun guia de dietas, con alimentacion hipocalorica, hipoglucida, dulce verduras, sin sabe harina, reeducando con ejercicios, educación nutricional. Se busca apoyo de profesional del Fisioterapia y Psicologia evidenciando adecuada participacion y mejoras en los resultados del control antropometrico e itinerancial. | **Indicador de Obesidad 2.5%. Indicador de Sobrepeso del 22.5%.** Se continua con monitoreo segun guia de dietas, con alimentacion hipocalorica, hipoglucida, dulce verduras, sin sabe harina, reeducando con ejercicios, educación nutricional. Se busca apoyo de profesional del Fisioterapia y Psicologia evidenciando adecuada participacion y mejoras en los resultados del control antropometrico e itinerancial. | **Indicador de Obesidad 2.5%. Indicador de Sobrepeso del 22.5%.** Se continua con monitoreo segun guia de dietas, con alimentacion hipocalorica, hipoglucida, dulce verduras, sin sabe harina, reeducando con ejercicios, educación nutricional. Se busca apoyo de profesional del Fisioterapia y Psicologia evidenciando adecuada participacion y mejoras en los resultados del control antropometrico e itinerancial. | **Indicador de Obesidad 2.5%. Indicador de Sobrepeso del 22.5%.** Se continua con monitoreo segun guia de dietas, con alimentacion hipocalorica, hipoglucida, dulce verduras, sin sabe harina, reeducando con ejercicios, educación nutricional. Se busca apoyo de profesional del Fisioterapia y Psicologia evidenciando adecuada participacion y mejoras en los resultados del control antropometrico e itinerancial. | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | Ana Silvia Ortiz | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | |
| 7 | Eliseo | | % de usuarios en Riesgo o Normalidad Nutricional | 100% | Mensual | Intervención que favorezca el estado Nutricional de cada Estado Nutricional, con plan dietario individual lo disminuya el riesgo de Malnutrición del comensal. | Numero de usuarios en Riesgo o Normalidad nutricional | 66 | 61 | 65 | 66 | 65 | 65 |  |
| | | | | | | | Total de usuarios en Riesgo o Normalidad nutricional | 66 | 61 | 65 | 66 | 65 | 65 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | | | ANALISIS/ SEGUIMIENTO | Durante el mes se evidencia **indicador de 77.2% de personas mayores con riesgo a nutricional**, con modalidad en su progreso y mala nutricional, evidenciado afectando a su participación y mala de salud | Durante el mes se evidencia **indicador de 78% de personas mayores con riesgo a nutricional**, con modalidad en su progreso y mala nutricional, evidenciado afectando a su participación y mala de salud | Durante el mes se evidencia **indicador de 81.7% de personas mayores con riesgo a nutricional**, con modalidad en su progreso y mala nutricional, evidenciado afectando a su participación y mala de salud | Durante el mes se evidencia **indicador de 81.7% de personas mayores con riesgo a nutricional**, con modalidad en su progreso y mala nutricional, evidenciado afectando a su participación y mala de salud | Durante el mes se evidencia **indicador de 80.8% de personas mayores con riesgo a nutricional**, con modalidad en su progreso y mala nutricional, evidenciado afectando a su participación y mala de salud | Durante el mes se evidencia **indicador de 80.8% de personas mayores con riesgo a nutricional**, con modalidad en su progreso y mala nutricional, evidenciado afectando a su participación y mala de salud | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | Ana Silvia Ortiz | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | |
| 8 | Eliseo | Fortalecer relaciones de alimentación Saludables a través de talleres de Nutrición y Cocina | % Planes usuarios realizados | 100% | Mensual | Sensibilizar a las familias en el hogares de habitos alimentarios adecuados | Numero de Planes usuarios realizados y socializados | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 |  |
| | | | | | | | Total de Usuarios que salen con familia | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 0.00% | 0.00% | 100% | 0.00% | 0.00% | 0.00% | |
| | | | | | | | ANALISIS/ SEGUIMIENTO | No se realizaron salidas de personas mayores con a modo familiar durante el mes de Enero | No se realizaron salidas de personas mayores con a modo familiar durante el mes de Febrero | Se realizaron 2 planes cursos de preparación para salida familiar en tiempo santo | No se realizaron salidas de personas mayores con a modo familiar durante el mes de Abril | No se realizaron salidas de personas mayores con a modo familiar durante el mes de Abril | No se realizaron salidas de personas mayores con a modo familiar durante el mes de junio | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | Ana Silvia Ortiz | 0.00% | 0.00% | 100.00% | 0.00% | 0.00% | 0.00% | |
| 9 | Eliseo | Registrar en Historia Clinica de actividades de valoración y seguimiento nutricional | % Registros Historia Clinica de actividades de valoración y seguimiento Nutricional realizados | 100% | Semanal | Registrar clara y concisa en la Historia Clinica de cada uno de los Usuarios diferentes consejerías. | Numero de registros realizados ( actividad ) | 68 | 49 | 58 | 45 | 45 | 85 |  |
| | | | | | | | Total de registros programados | 68 | 49 | 58 | 45 | 45 | 85 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | | | ANALISIS/ SEGUIMIENTO | Se cumple con el 100% de los registros en sistema de los usuarios que programados para este mes. | Se cumple con el 100% de los registros en sistema de los usuarios que programados para este mes. | Se cumple con el 100% de los registros en sistema de los usuarios que programados para este mes. | Se cumple con el 100% de los registros en sistema de los usuarios que programados para este mes. | Se cumple con el 100% de los registros en sistema de los usuarios que programados para este mes. | Se cumple con el 100% de los registros en sistema de los usuarios que programados para este mes. | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | Ana Silvia Ortiz | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | |
| 10 | Eliseo | Realizar el cierre de historias clinicas a egresos de ingresos nuevos, traslados, remisión a medio hospitalario. | % cierre de historias clinicas | 100% | Mensual | Registrar del cierre de Historia Clinica de cada uno de los Usuarios que de Fallecimiento, Traslado o Reingreso Familiar | Numero total de cierres de ingresos en la historia clinica | 0 | 2 | 0 | 3 | 0 | 75 |  |
| | | | | | | | Numero total de egresos de Personas Mayores | 1 | 2 | 0 | 3 | 0 | 75 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 0.00% | 100% | 0.00% | 100% | |
| | | | | | | | ANALISIS/ SEGUIMIENTO | Se presento un fallecimiento de la persona mayor Luis Ramon el dia 22/01/2023. | Se presentaron dos fallecimientos en el mes de febrero de la Señora Rebeca y Amanda Caballero. | No se realizaron en el periodo. | Se realiza cierre de historia clinica por fallecimiento de las personas mayores Concepción Bardossa y Nieves Ortiz. | No se realizaron en el periodo. | Se realizaron 75 cierres de historia clinica por finalización de convenio | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | Ana Silvia Ortiz | 100.00% | 100.00% | 0.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | |
| 11 | Eliseo | Realizar el seguimiento al Plan de Atención Individual de las Personas Mayores (PAIH) | % seguimientos al PAIH. | 100% | Mensual | Diligenciar formato de seguimiento y evaluación mensualmente del PAIH de cada persona mayor | Numero de PAIH realizados | 26 | 19 | 30 | 23 | 23 | N/A |  |
| | | | | | | | Número de PAIH programados | 26 | 19 | 30 | 23 | 23 | N/A | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | #¡VALOR! | |
| | | | | | | | ANALISIS/ SEGUIMIENTO | Se realizaron 26 seguimientos de PAIN segun programa del area de Trabajo Social, cognoscitivo enfoque cognitivo – conductual. | Se realizaron 19 seguimientos de PAIN segun programa del area de Trabajo Social, cognoscitivo enfoque cognitivo – conductual. | Se realizaron 30 seguimientos de PAIN segun programa del area de Trabajo Social, cognoscitivo enfoque cognitivo – conductual. | Se realizaron 23 seguimientos de PAIN segun programa del area de Trabajo Social, cognoscitivo enfoque cognitivo – conductual. | Se realizaron 23 seguimientos de PAIN segun programa del area de Trabajo Social, cognoscitivo enfoque cognitivo – conductual. | N/A por consiguiente | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | Ana Silvia Ortiz | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | #¡VALOR! | |
| 12 | Eliseo | Participar activamente en las actividades culturales, religiosas, integrativas y otras que se realicen dentro y fuera del establecimiento de las Personas Mayores | % de participación en actividades institucionales | 100% | Mensual | Intervenir en las diferentes actividades programadas y en las otras participadas y Administrativas en pro de alcanzar logros colectivos | Numero de actividades realizadas en el mes | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | N/A |  |
| | | | | | | | numero de actividades programadas en el mes | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | N/A | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.00% | #¡VALOR! | |
| | | | | | | | ANALISIS/ SEGUIMIENTO | No se programaron actividades. | No se programaron actividades. | No se programaron actividades. | No se programaron actividades. | No se programaron actividades. | No se programaron actividades. | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | Ana Silvia Ortiz | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.00% | 0.00% | #¡VALOR! | |
| 13 | Eliseo | Participar en jornadas de capacitacion dirigidas a funcionarios del C.D.A. en temas atentos del programa en seguimiento continuo | % de participación en actividades educativas | 100% | Mensual | Participacion y actualizacion en conocimientos a través de las diferentes actividades educativas programadas por los entes involucrados y/o internamente | Numero capacitaciones para participar en el mes | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | N/A |  |
| | | | | | | | numero de capacitaciones realizadas en el mes | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | N/A | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 0.00% | 100% | 100% | 0.00% | 100% | #¡VALOR! | |
| | | | | | | | ANALISIS/ SEGUIMIENTO | No se programaron en el mes de enero. | Se participo en 5 capacitaciones que se programaron en el mes una Psicologia nutricional, enfermeria, jefe, ergonoca y salud laboral | Se participó en capacitación del arl sura. | Se participó en la capacitación del area de psicologia. | Se participó en la capacitación del area de psicologia. | No se programaron | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | Ana Silvia Ortiz | 0.00% | 100.00% | 100.00% | 0.00% | 100.00% | #¡VALOR! | |
| 14 | **Eliseo** | Brindar soporte de capacitación al personal del C.D.A. para el cuidado de hombres y todos de habitos saludables | % de ejecución capacitaciones realizadas | 100% | Mensual | Capacitación a funcionarios y Cuidadores del C.D.A. Belenus dentro el plan de nuestro | Numero de actividades educativas realizadas en el mes | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | N/A |  |
| | | | | | | | numero desarrollado educativas programadas en el mes | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | N/A | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 0.00% | 100% | 100% | 100% | 100% | #¡VALOR! | |
| | | | | | | | ANALISIS/ SEGUIMIENTO | No se programaron capacitaciones en el mes de enero del año 2023. | Se realizó capacitación sobre distribución de dietas, y organización del comedor. | Se realizó graduación de capacitación en la cocinera del Centro. | Se realizó capacitación sobre BPM para auxiliares del servicio de alimentos. | Se realizó capacitación en estandarización de porciones. | N/A | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | Ana Silvia Ortiz | 0.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | 100.00% | |

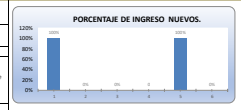
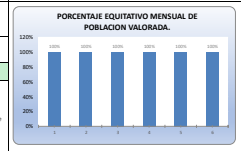
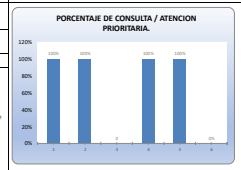
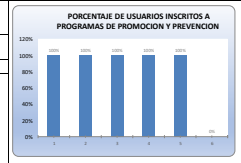
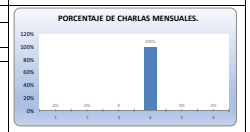
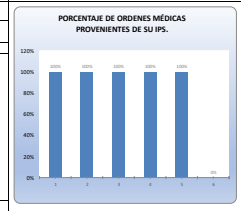
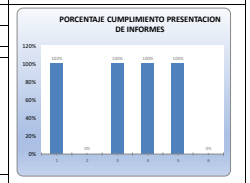
| | | | |
|---|---|---|---|
| JAHS.<br>INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA<br>PROCESO | CENTRO BIENESTAR DEL ANCIANO BELMIRA<br>INFORME DE GESTION VIGENCIA: 01 DE ENERO AL 15 JUNIO DEL 2023<br>GESTION DE CALIDAD | CODIGO:FT-GC-011<br>VERSION:001<br>FECHA: 27/01/2018 |

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION DEL AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL

| NO. | TIPO | OBJETIVO | NOMBRE DEL INDICADOR | META | FREC | ESTRATEGIA | FORMULA DEL INDICADOR | ENE. | FEB. | MAR. | ABRIL | MAY. | JUN. | GRAFICO DEL INDICADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | EFICACIA | Realizar valoración ocupacional inicial centrada en la exploración de habilidades físicas y cognitivas, roles ocupacionales e intereses del usuar | % de valoraciones ocupacionales de ingreso realizadas | 100% | ANECDOTARIO | Conocer su nivel de funcionalidad e independencia. | Numero total de personas valoradas en el mes/mes | 5 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | % DE VALORACIONES OCUPACIONALES DE INGRESO REALIZADAS |
| | | | | | | | numero total de personas ingresada | 5 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | 100% | #¡DIV/0! | |
| | | | | | | | ANALISIS SEGUIMIENTO | Ingresaron 5 personas mayores por cuidado del CBA San Pedro Bugna: María Ercilda Cardona, Bertha Cortes, Rosa Elvira Pardo, María Concepcion Barahona y Ana Sofía Martínez. | Durante este mes no se presentaron ingresos en el Hogar Belmira | Durante el presente mes no se presentaron ingresos al CBA Belmira | En el presente mes no se presentaron ingresos al CBA Belmira | Durante este mes se realizo el ingreso y valoracion inicial de la persona mayor Samuel Garcia proveniente del municipio de Pandi | En el presente mes no se realizaron ingresos de personas mayores al hogar | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | #¡VALOR! | #¡VALOR! | #¡VALOR! | NO REQUIERE | #¡DIV/0! | |
| 2 | | Realizar valoracion anual a las Personas Mayores, según Cronograma por fecha de ingreso al Centro | % de valoracion anual | 100% | Mensual | Se realizan valoraciones anual a las personas mayores segun fecha de ingreso al CBA Belmira | numero de valoraciones integrales realizadas en el periodo | 4 | 6 | 2 | 1 | 5 | 4 | % DE VALORACION ANUAL |
| | | | | | | | numero de valoraciones integrales programadas en el periodo | 4 | 6 | 2 | 1 | 5 | 4 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | | | ANALISIS SEGUIMIENTO | Se realizaron las valoraciones anuales de las personas mayores Ivan Diaz, Jose Marroquin, Oscar Pulido y Juvenal Ramirez. | Se aplicaro valoraciones a las siguientes personas mayores: Alfonsi benavides, Marco Mora, Jose Murillo Alberroci, Fidelgira Velasquez, Numa Sierra Salamanca y Maria Ines Cruz. | En el presente mes se aplicaron dos valoraciones anuales a las personas mayores Jacinto Paez y Blanca Rosa Varon | Durante este mes se realizo valoracion anual a la persona mayor Manuel Arcadio Porras | En el presente mes se realizaron valoraciones anuales a las personas mayores Luis Miguel Galindo, Macedonio Garzon, Gil Mesias Romero, Uhaldina Chacon, Ceson Ortiz | Este mes se realizaron las valoraciones anuales de las personas mayores Mercedes Herrera, Victor Julio Jimenez, Arturo Malo, Emiliano Beltorques | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 3 | | Determinar el plan de intervenciones adecuado para cada usuario de acuerdo a valoración y perfil ocupacional, necesidades e intereses individuales, incluyendo actividades de la vida diaria | % de elaboracion del plan de atencion integral | 100% | ANECDOTARIO | Establecer el Plan de Atención Individual de los usuarios que ingresen a la institución | No. PAIPs y lo monitoreandos elaborados | 26 | 25 | 29 | 23 | 23 | 0 | % DE ELABORACION DEL PLAN DE ATENCION INTEGRAL |
| | | | | | | | Total de programados | 26 | 25 | 29 | 23 | 23 | 0 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | #¡DIV/0! | |
| | | | | | | | ANALISIS SEGUIMIENTO | Se realizaron monitoreos a los paises de las personas mayores Bertilda Beltran, Blanca Beltran, Alfonso Benavidez, Emiliano Bohorquez, Gonzalo Borda, Aurora Camacho, Aramis Castañeda, Maria Anais Carreño, Maria Eugenia Cespedes, Rafael Correa, Segundo Cubides, Luis Miguel Galindo, Domingo Gaitman, Jorge Lombana, Talia Moreno, Miguel Moreno, Jose Murillo, Nieves Ortiz, Jacinto Paez, Maria Loella Quevedo, Teresa Ramirez, Calixto Rios, Sixto Rios, Santos Robayo, Numa Sierra y Blanca Silva. | Durante este mes se aplicaron monitoreos a las personas mayores Miriam Alfonso, Olga Ardila, Uhaldina Chacon, Maria Ines Cruz, Luis Alberto Gutierrez, Mileides Gutierrez, Angel Hernandez, Arturo Herrera, Mercedes Herrera, Victor Julio Jimenez, Angel Jimenez, Maria Estela Jaenene, Nicasio Laguna, Clara Elvira Lemoine, Ana Isabel Lozano, Arturo Malo, Abelardo Martinez, Leopoldo Monroy, Marco Mora, Alfonso Morales, Modesto Muestradientes, Ceson Ortiz, Rogelio Ramirez, Javier Sandoval, Roberto Testa, Blanca Rosa Varon, Fidelgira Velasquez, Maria Helena Villa e Ismael Quintana. | En el presente mes se realizo monitoreo a las personas mayores Blanca Cecilia Beltran, Alfonso Benavides, Emiliano Bohorquez, Gonzalo Borda, Aurora Camacho, Maria Anais Carreño, Maria Eugenia Cespedes, Segundo Cubides, Luis Miguel Galindo, Domingo Gaitman, Jorge Lombana, Talia Moreno, Miguel Moreno, Jose Murillo, Jacinto Paez, Maria Loella Quevedo, Teresa Ramirez, Calixto Rios, Sixto Rios, Santos Robayo, Numa Sierra y Blanca Silva. | En el mes se realizaron monitoreos a Lucrecia Bejarano, Maria Ercilda Cardona, Clodomiro Castro, Bertha Cortes, Uhaldina Chacon, Ivan Diaz, Gregoria Garzon, Macedonio Garzaya, Jose Gabriel Marroquin, Ana Sofia Martinez, Leosilde Melo, Rosa Pardo, Hermioia Parra, Nicolas Pinzon, Oscar Pulido, Vicente Pulido, Julia Ramirez, Ambrosio Ramirez, Javenal Ramirez, Gil Mesias Romero, Alejandro Sierra, Salomon Tolentino y Manuel Porras | En el presente mes no se realizaron los monitoreosa | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | #¡DIV/0! | |
| 4 | | Propender por la participación de las personas mayores en talleres terapeuticos conservando macimo nivel de independencia y funcionalidad | % de cumplimiento de personas mayores que asistena talleres | 75% | Mensual | Conservar habilidades ocupacionales necesarias para desempeñar Actividades terapeuticas y Basicas Cotidianas y de la vida diaria | No. Usuarios vinculados a talleres terapeuticos y AVD de manera independiente y semidependientes | 60 | 45 | 37 | 60 | 56 | 60 | % DE CUMPLIMIENTO DE PERSONAS MAYORES QUE ASISTENA TALLERES |
| | | | | | | | Total usuarios independientes y semidependientes vinculados | 60 | 45 | 37 | 60 | 56 | 60 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | | | ANALISIS SEGUIMIENTO | El 76% de las personas mayores se encuentran vinculadas en los diferentes talleres terapeuticos y de actividades de la vida diaria con perfil semidependiente e independientes. | El 58% de las personas mayores entre funcionales y semifuncionales estuvieron vinculados durante este mes al programa de autocuidado. | El 48% de las personas mayores entre funcionales y semifuncionales, estuvieron vinculados al programa de autocuidado durante el presente mes. | El 81% de las personas mayores entre funcionales y semifuncionales participaron en el programa de autocuidado durante el presente mes. | Durante el presente mes el 75% de las personas mayores participaron en el programa de autocuidado | En el presente mes el 80% de las personas mayores participaron del programa de la persona mayor en Autocuidado | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 5 | | Promover la participacion de las personas mayores independientes y con dependencia leve en talleres productivos. | % de personas mayores que permanecen talleres productivos | 35% | Mensual | Conservando la participacion de las personas mayores con incentivos por la tarea realizada | No. Usuarios participantes Talleres productivos | 23 | 20 | 36 | 30 | 30 | 30 | % DE PERSONAS MAYORES QUE PERMANECEN TALLERES PRODUCTIVOS |
| | | | | | | | Total de la población apta | 23 | 20 | 36 | 30 | 30 | 30 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | | | ANALISIS SEGUIMIENTO | El 30% de las personas mayores se encuentran vinculadas en talleres productivos del area. | El 26% de las personas mayores, estuvieron vinculados a actividades productivas planeadas este mes con talleres de Huerta y manualidades. | El 47% de las personas mayores estuvieron vinculados en los talleres productivos llevados a cabo en el area ocupacional. | El 41% de las personas mayores entre funcionales y semifuncionales participaron en el programa de taller productivos durante el presente mes. | El 40% de las personas mayores atendidas participaron en el presente mes en el programa de actividades productivas en el Hogar | Durante este mes participo el 40% de las personas mayores en los programas productivos del area | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 6 | | Realizar actividades socioculturales, ludica, recreativas y deportivas con la participacion de las personas mayores institucionalizadas a nivel intra y externamul | Porcentaje de charlas mensuales. | 100% | Mensual | Mantener activa la red de participacion intra y extramurales, promoviendo calidad de vida | No. de eventos culturales realizados | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | PORCENTAJE DE CHARLAS MENSUALES. |
| | | | | | | | Total eventos culturales programados. | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | 100% | 100% | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | |
| | | | | | | | ANALISIS SEGUIMIENTO | Durante este mes no se llevaron a cabo eventos culturales. | Durante este mes no seplaneaaron eventos culturales en el Hogar | En el presente mes se realizo la celebracion del dia del genero para las personas mayores con la participacion y apoyo de las areas de cocina, servicios generales, enfermeria, fisioterapia y terapia ocupacional, quienes aportaron en la presentacion de eventos musicales que amenizaron dicha celebracion. | Este mes se realizo el evento a cargo de gestion ambiental, del dia del Arbol, con apoyo del area de Terapia Ocupacional | Durante este mes no se planearon actividades culturales por parte del area | En el presente mes no se programaon eventos culturales a cargo del area | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | NO REQUIERE | NO REQUIERE | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | |
| 7 | | Realizar evolución del seguimiento comportamental ocupacional de forma trimestral y ante novedades presentadas | % de evolucion trimestral programadas | 100% | Trimestral | Mantener las evoluciones actualizadas cada tres meses segun cronograma mensual para lograr la cobertura de la misma. | N° evoluciones realizadas | 23 | 23 | 28 | 24 | 23 | 27 | % DE EVOLUCION TRIMESTRAL PROGRAMADAS |
| | | | | | | | total evoluciones programadas | 23 | 23 | 28 | 24 | 23 | 27 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | | | ANALISIS SEGUIMIENTO | En el presente mes se realizaron las evoluciones trimestrales a las siguientes personas mayores: Oscar Pulido, Ivan Diaz, Jose Gabriel Marroquin, Juvenal Ramirez, Ana Isabel Lozano, Manuel Porras, Gonzalo Borda, Blanca Nubia Silva, Alejandro Sierra, Vicente Pulido, Teresita Ramirez, Santos Robayo, Salomon Tolentino, Estela Jaenene, Leosilde Melo, Talia Moreno, Miguel Moreno, Ambrosio Ramirez, Calixto Rios, Sixto Rios y Chodomiro Castro. | Durante este mes se realizaron evoluciones trimestrales a : Alfonso Benavider, Marco Antonio Mora, Jose Murillo Alberroci, Fidelgira Velasquez, Numa Sierra, Maria Ines Cruz, Macedonio Gaevara, Uhaldina Chacon, Ceson Ortiz, Luis Miguel Galindo, Gil Mesias Romero, Javier Sandoval, Gregoria Garzon, Abelardo Martinez, Roberto Testa, Luis Alberto Gutierrez, Mileides Gutierrez, Lucrecia Bejarano, Tomas Cubillos, Ismael Quintana, Leopoldo Monroy, Rogelio Ramirez y Blanca Beltran. | En el mes de Marzo se realizaron evoluciones trimestrales a Jacinto Paez, Blanca Rosa Varon, Maria Olga Ardila, Emiliano Bohorquez, Angel Hernandez, Mercedes Herrera, Victor Julio Jimenez, Arturo Malo, Alfonso Emilio Morales, Maria Helena Villa, Miriam Nelly Alfonso, Angel Jimenez, Hermioia Parra, Julia Ramirez, Aurora Camacho, Maria Anais Carreño, Nieves Ortiz, Arturo Herrera, Nicolas Pinzon, Nicasio Laguna, Rafael Correa, Clara Lemoine, Ana Loella Quevedo, Segundo Cubides, Domingo Gaitman, Modesto Muestradientes, Maria Eugenia Cespedes y Jorge Lombana. | Durante el meme de abril se realizaron las evoluciones a las personas mayores Oscar Pulido, Ivan Diaz, Juan Gabriel Marroquin, Juvenal Ramirez, Manuel Porras, Gonzalo Borda, Blanca Silva, Alejandro Sierra, Vicente Pulido, Teresa Ramirez, Santos Robayo, Salomon Tolentino, Estela Jaenene, Leosilde Melo, Talia MOreno, Miguel Moreno, Ambrosio Ramirez, Calixto Rios, Sixto Rios, Chodomiro Castro, Ecilda Cardona, Bertha Cortes, Ana Sofia Martinez y Rosa Pardo. | En el mes de mayo se evolucionaroon las personas mayores Lucrecia Bejarano, Blanca Beltran, Alfonso Benavides, Uhaldina Chacon, Tomás Cubillos, María Inés Cruz, Miguel Galindo, Gregoria Garzon, Macedonio Garevara, Abelardo Martinez, Leopoldo Monroy, Marco Antonio Mora, José Murillo, Cesón Ortiz, Rogelio Ramirez, Gil Mesias Romero, Javier Sandoval, Numa Sierra, Roberto Testa, Fidelgira Velasquez, Ismael Quintana, Luis Alberto Gutierrez y Mileides Gutierrez. | Durante el mes de Junio se evolucionaroon las personas mayores Jacinto Paez, Blanca Varon, Maria Olga Ardila, Emiliano Bohorquez, Angel Hernandez, Mercedes Herrera, Victor Julio Jimenez, Arturo Malo, Alfonso Emilio Morales, Maria Helena Villa, Miriam Alfonso, Angel Jimenez, Hermioia Parra, Julia Ramirez, Aurora Camacho, Maria Anais Carreño, Arturo Herrera, Nicolas Pinzon, Nicasio Laguna, Rafael Correa, Clara Lemoine, Ana Loella Quevedo, Segundo Cubides, Domingo Gaitman, Modesto muestradientes, Maria Eugenia Cespedes y Jorge Lombana | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 8 | | Generar espacios vivenciales de encuentro entre la red familiar y social con el adulto mayor mediante salidas a medio familiar, salidas a periodo vacacional y salidas cortas | % de Planes caseros | 100% | Anecdotal | Garantizar el diligenciamiento oportuno de planes caseros para salidas a medio familiar | N° Planes Caseros realizados | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | % DE PLANES CASEROS |
| | | | | | | | Total solicitud | 0 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | 100% | #¡DIV/0! | 100% | #¡DIV/0! | |
| | | | | | | | ANALISIS SEGUIMIENTO | Durante este mes no se presentaron salidas a medio familiar. | Durante el presente mes no se solicitaron salidas a medio familiar | En el presente mes se realizaron los planes caseros de Ivan Diaz y de Ismael Quintana, personas mayores que van a medio familiar en Semana Santa. | Durante el presente mes no se presentaron salidas a medio familiar | En el presente mes se realiza plan casero a Tomas Cubillos por salida a medio familiar | En el presente mes no se realizaron salidas a medio familiar | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | NO REQUIERE | #¡DIV/0! | NO REQUIERE | #¡DIV/0! | |
| 9 | | Realizar cierre de historia clínica por egreso ya sea por fallecimiento, traslado a otro Centro o por reintegro al medio familiar | % de cierre de historia clínica por egreso | 100% | Anecdotal | Garantizar el diligenciamiento oportuno del cierre de historias clínicas. | N° cierre de historias clínicas realizados | 1 | 2 | 0 | 3 | 0 | 74 | % DE CIERRE DE HISTORIA CLINICA POR EGRESO |
| | | | | | | | Total solicitud | 1 | 2 | 0 | 3 | 0 | 74 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | #¡DIV/0! | 100% | |
| | | | | | | | ANALISIS SEGUIMIENTO | Se realizo el cierre de la historia clínica y social de la persona mayor Luz Aranza por fallecimiento. | Durante este mes se realizaron los cierres de Historia clínica y social a Bertilda Beltran y Arsenio Carabeda por fallecimiento. | En el presente mes no se realizaron cierres de historias clínicas y sociales. | En el presente mes se realizaron cierres por fallecimiento de las personas mayores: Concepcion Barahona, Nieves Ortiz y Ana Isabel Lozano. | Durante el mes no se realizaron cierres de historias clínicas y sociales | Se realizan cierres de historias por cambio de operador a 16 de Junio de presente año. | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | #¡VALOR! | NO REQUIERE | |
| 10 | | Participar en las reuniones administrativas, actividades de integración, Religiosas, Culturales, cumbre programadas por la Dirección y según requerimiento | % cumplimiento con reuniones programadas según prestación de servicios de proteccion social | 100% | Mensual | Garantizar la asistencia a las reuniones de equipo para la realización de estudios de caso de las personas mayores ya sea por salud, comportamental o según necesidad | N° de reuniones de equipo realizados | 6 | 5 | 9 | 8 | 3 | 2 | % CUMPLIMIENTO CON REUNIONES PROGRAMADAS |
| | | | | | | | N° de reuniones programados | 6 | 5 | 9 | 8 | 3 | 2 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | | | ANALISIS SEGUIMIENTO | En el presente mes se realizaron 2 reuniones de equipo de terapia ocupacional, una reunion de dia a dia, una reunion de comites, una reunion de analisis de eventos adversos, una reunion de area y direccion. | Se participó en las reuniones de equipo y dirección, reunión de análisis de eventos adversos, en las dos reuniones de estudios de caso, una reunión de equipo de terapia ocupacional. | En este mes se participo en una reunion de equipo y direccion, dos reuniones de area, dos reuniones de estudios de caso, una reunion de analisis de eventos adversos, en la visita de los entes de control de Beneficencia de Cundinamarca, reuniones de dia a dia y comites. | En este mes se participo en una reunion de equipo y direccion, dos reuniones de area, dos reuniones de estudios de caso, una reunion de analisis de eventos adversos, 1 reunion de dia a dia y comites. | Durante este mes se participo en reunion de equipo y direccion, dos reuniones de estudio de caso. | Se asiste a 2 reuniones con equipo interdisciplinario y las directrices y una reunion general con los funcionarios del hogar. | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 11 | | Participar en la realizacion de estudios de caso con el equipo profesional | % de cumplimiento en la realizacion de estudios de caso | 100% | Mensual | Garantizar la asistencia a las reuniones de equipo para la realización de estudios de caso de las personas mayores ya sea por salud, comportamental o según necesidad | N° de estudios de caso realizados | 0 | 11 | 10 | 11 | 13 | 0 | % DE CUMPLIMIENTO EN LA REALIZACION DE ESTUDIOS DE CASO |
| | | | | | | | N° de estudios de caso programados | 0 | 11 | 10 | 11 | 13 | 0 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | #¡DIV/0! | 100% | 100% | 100% | 100% | #¡REQUIRE | |
| | | | | | | | ANALISIS SEGUIMIENTO | En el presente mes no se realizaron reuniones para analizar estudios de caso. | Se realizaron estudios de caso a Bertha Cortes Mejia, Ana Sofia Martinez, Ana Concepcion Barahona, Maria Ercilda Cardona, Rosa Elvira Pardo de Pardo, Maria Anais Carreño, Rafael Correa, Segundo Cubides, Angel Hernandez, Aurora Camacho, Victor Julio Jimenez. | Durante este mes se realizaron estudios de caso a las personas mayores Jorge Lombana, Jose Gabriel Marroquin, Tomas Cubillos, Ivan Diaz, Luis Miguel Galindo, Gregoria Garzon, Macedonio Gaevara, Domingo Gaitman, Mercedes Herrera y Arturo Herrera. | En el presente mes se realizaron estudios de caso a las personas mayores Clara Lemoine, Nieves Ortiz, Maria Ines Cruz, Angel Jimenes, Bertha Cortes con familia, Estela Jaenene, Nicasio Laguna, Uhaldina Chacon, Arturo Malo, Segundo Cubides y Ceson Ortiz. | En el mes de mayo se realizaron estudios de caso a las personas mayores Abelardo Martinez, Leosilde Melo, Leopoldo Monroy, Marco Mora, Talia Moreno, Alfonso Morales, Sixto Rios, Roberto Testa, Nicolas Pinzon, Vicente Pulido y Rosa Pardo. | Durante el presente mes no se realizaracs estudios de caso | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | #¡DIV/0! | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 12 | | Participar de los espacios de capacitación continuada programados y dirigida a los compañeros del CBA Belmira. Sobre divulgación, de guias, procedimientos, protocolos | % cumplimiento con capacitación continua | 100% | Mensual | Intervención y participación de las capacitaciones brindadas al personal favoreciendo la actualizacion de conocimientos y practica de acciones seguras, en pro de la calidad de la atencion hacia las personas mayores | N° capacitaciones asistidas | 0 | 5 | 7 | 8 | 7 | 0 | % CUMPLIMIENTO CON CAPACITACIÓN CONTINUA |
| | | | | | | | Total capacitaciones programadas | 0 | 5 | 7 | 8 | 7 | 0 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | #¡DIV/0! | 100% | 100% | 100% | 100% | #¡REQUIRE | |
| | | | | | | | ANALISIS SEGUIMIENTO | Durante este mes no se realizaron actividades de capacitacion continua. | Durante este mes se participo de la capacitación de Psicologia: Capacitacion manual de procesos y procedimientos de atencion; Enfermeria: Programa de seguridad de la persona mayor; Regencia: programa de farmacovigilancia; SST Induccion y reinduccion de SST ; Ingenieria ambiental: Plan de gestion hosgral de residuos peligrosos Hospitalarios y similares | En este mes se participo de la socializacion de los deberes y derechos por parte de Trabajo Social, socializacion de Deberes y derechos e intervencion familiar por Psicologia, Programa de lavado de manos del paquete de seguridad al paciente por enfermeria, Programa de Tecnovigilancia por Regencia, Divulgacion del SGA y el sistema globalmente armonizado por Nina Polo, Riesgo Químico y el sistema globalmente armonizado por Ingenieria ambiental, tecnicas de afrontamiento del estres de la ARL Sura | Psicología: Protocolo de intervencion en crisis; Gestion ambiental: Gestion del riesgo biologico en manejo de residuos peligrosos; Componente externo del PGIRH y Plan de Gestion Integral de Residuos peligrosos, Trabajo Social: Paquete instruccional de identificacion; Regencia: Politica de no reuso de dispositivos medicos; Seguridad en el trabajo: Divulgacion de documentos soporte del sistema; Fisioterapia: Capacitacion en rehabilitacion de | Medicina: Los 5 momentos del lavado de manos; Seguridad y salud en el trabajo: Poster en mis zapatos y cambio de roles; Identificacion, control de riesgos y ergelgos, programa de orden y aseo; Regencia: Mejoramiento en la seguridad de la administracio de medicamentos; Ingenieo ambiental: Generalidades del Manual de procedimientos de limpieza y desinfeccion; Psicologia: Manejo de Historias clinicas y Sobare geriatrico segun resolucion 1995 de 1999, la 0839 de 2017, la 3100 de 2017 y la 544 de 2023. | Durante este mes no se realizaron capacitaciones al personal del CBA Belmira. | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | #¡DIV/0! | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |

| J.H.S.<br>INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA<br>PROCESO | CENTRO BIENESTAR DEL ANCIANO BELMIRA<br>INFORME DE GESTION VIGENCIA 01 DE ENERO AL 15 JUNIO DEL 2023<br>GESTION DE CALIDAD | CODIGO:FT-GC-011<br>VERSION:001<br>FECHA: 27/01/2018 |
|---|---|---|

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION DEL AREA DE MEDICINA

| NO. | TIPO | OBJETIVO | NOMBRE DEL INDICADOR | FORMULA DEL INDICADOR | ENE. | FEB. | MAR. | ABR. | MAY. | JUN. | GRAFICO DEL INDICADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | eficacia | Valorar los usuarios nuevos al ingreso a la institucion Hogar del Adulto Mayor / C.B.A. Belmira Fusagasuga. | Porcentaje de ingreso nuevos. | Numero Total de Personas Mayores que ingresaron | 5 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |  |
| | | | | Numero Total de Personas Mayores que ingresaron | 5 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | |
| | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | 100% | #¡DIV/0! | |
| | | | | ANALISIS/ SIGUIMENTO | En el mes de enero ingresos nuevos fueron 5 valoraciones prioritarias 20 | No se presentaron durante el mes | En el mes de febrero no se presentaron ingresos nuevos | En el mes de abril no se presentaron ingresos nuevos | En el mes de Mayo ingreso 1 usuario, se realizo valoracion de ingreso y seguimiento al aislamiento | Entre el periodo del 1 al 15 de junio no se presentaron | |
| | | | | PLAN DE MEJORA | SI REQUIERE | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #DIV/0! | #¡DIV/0! | |
| 2 | | Realizar el control total de la poblacion insticionalaada en el Hogar del Adulto Mayor / C.B.A. Belmira Fusagasuga. trimestralmente. | Porcentaje equitativo mensual de poblacion valorada. | Numero total de personas Mayores en seguimiento en el periodo | 5 | 44 | 29 | 24 | 24 | 75 |  |
| | | | | Numero Total de Personas Mayores ven seguimientos en el periodo | 5 | 44 | 29 | 24 | 24 | 75 | |
| | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | ANALISIS/ SIGUIMENTO | Se habia progrosmamado la valoracion control de 20 usuarios para el mes de enero se logra cubrir valorar usuarios, pero en atencion a libre demanda | Se realizaron durante el mes 44 evoluciones a las personas mayores | Se tiene programamada la valoracion control de 29 usuarios para el mes de Marzo, se realiza la valoracion a los usuarios programados | Se habia programamado la valoracion control de 24 usuarios para el mes de abril, adicional 12 valoraciones trimestrales pendientes, se realiza valoracion de 6 usuarios en atencion a libre demanda | Se habia programamado la valoracion control de 24 usuarios monitoreandos del mes de mayo, adicional 19 valoraciones trimesrales, se realiza valoracion de 20 usuarios en atencion a libre demanda | Cierre de historias clinicas por cambio de operador | |
| | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 3 | | Realizar consulta medica no programeda a los usuarios insticionalizados en el Hogar del Adulto Mayor / C.B.A. Belmira Fusagasuga. y asi definir conductas médicas a los casos clinicos que se presenten y que ameritan atención de urgencia o programada. | Porcentaje de Consulta / atencion prioritaria. | Numero total de personas Mayores valoradas que requieren tratamiento | 25 | 10 | | 11 | 24 | N.A |  |
| | | | | Numero Total de Personas Mayores programadas | 25 | 10 | | 11 | 24 | N.A | |
| | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | #¡DIV/0! | 100% | 100% | #¡VALOR! | |
| | | | | ANALISIS/ SIGUIMENTO | En el mes de enero se realiza consulta prioritaria a 20 usuarios a solicitud del mismo usuario por ingreso insticucional rinofaringitis, malestar general. Y ptes que requirieron controles y reconsultas a necesidad durante el periodo de mes de enero | Se realizaron 10 valoraciones durante el periodo | En el mes de marzo se realiza consulta prioritaria a 18 usuarios por sintomas respiratorios, descompensacion de patologias de base, se requirio seguimiento y manejo intrainstitucional. | En el mes de marzo se realiza consulta prioritaria a 11 usuarios por sintomas respiratorios, descompensacion de patologias de base, se requirio seguimiento y manejo intrainstitucional, traslado a IPS servicios de urgencias, 3 cierres de Historia por defuncion en hospital. | En el mes de marzo se realiza consulta prioritaria a 20 usuarios por descompensacion de patologias de base, se requirio seguimiento y manejo intrainstitucional, ingreso de nuevo usuario | Entre el periodo del 1 al 15 de junio no se tenia programado | |
| | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | #¡DIV/0! | NO REQUIERE | NO REQUIERE | #¡VALOR! | |
| 4 | | Fomentar en el ingreso de los usuarios a la participación en los programas de prevención a los que tienen derecho el persona mayor en el SGSS en Salud, por medio de la actuación directa de medico SSO que está inscrito a través de la IPS primaria Hospital San Rafael de FSGA para hacer cumplir programas de prevención y promoción en salud. mensualmente | Porcentaje de usuarios inscritos a programas de promocion y prevencion | Numero de personas Mayores que se encuentran en programas de PyD | 77 | 77 | 77 | 74 | 75 | N.A |  |
| | | | | Numero Total de Personas Mayores insticionalizados | 77 | 77 | 77 | 74 | 75 | N.A | |
| | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | #¡VALOR! | |
| | | | | ANALISIS/SEGUIMENTO | Se encuentra habilitado para el año 2023 programa de acompañamiento medico por parte del hospita local ,de medico del servicio social obligatorio inscrita a Hospital San Rafael de Fusagasuga para realiza control por medico de programade Promocion y Prevencion a los usuarion insticionalizados inscritos a las EPS sanitas nueva eps salud total famisanar | Se encuentra habilitado para el año 2023 programa de acompañamiento medico por parte del hospita local ,de medico del servicio social obligatorio inscrita a Hospital San Rafael de Fusagasuga para realiza control por medico de programade Promocion y Prevencion a los usuarion insticionalizados inscritos a las EPS sanitas nueva eps salud total famisanar | Se encuentra habilitado para el año 2023 programa de acompañamiento medico por parte del hospita local ,de medico del servicio social obligatorio inscrita a Hospital San Rafael de Fusagasuga para realiza control por medico de programade Promocion y Prevencion a los usuarion insticionalizados inscritos a las EPS sanitas nueva eps, salud total y famisanar | Se encuentra habilitado para el año 2023 programa de acompañamiento medico por parte del hospita local ,de medico del servicio social obligatorio inscrita a Hospital San Rafael de Fusagasuga para realiza control por medico de programade Promocion y Prevencion a los usuarion insticionalizados inscritos a las EPS sanitas nueva eps, salud total y famisanar | Se encuentra habilitado para el año 2023 programa de acompañamiento medico por parte del hospita local ,de medico del servicio social obligatorio inscrita a Hospital San Rafael de Fusagasuga para realiza control por medico de programade Promocion y Prevencion a los usuarion insticionalizados inscritos a las EPS sanitas nueva eps, salud total y famisanar | N.A | |
| | | | | PLAN DE MEJORA | #DIV/0! | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | #¡VALOR! | |
| 5 | | Programar charlas y talleres educativos. | Porcentaje de charlas mensuales. | Charlas y talleres realizados | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | N.A |  |
| | | | | Numero total de actividades programadas | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | N.A | |
| | | | | CUMPLIMIENTO | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | 100% | #DIV/0! | #¡VALOR! | |
| | | | | ANALISIS/ SIGUIMENTO | En el mes de enero no se graba programa de capacitacion, | No se realizo capacitacion | Segun programacion de capacitaciones, actalizacion de Guias de practica Clinica y demas, no se tiene programado para Marzo actividad tipo capacitacion o taller | Se realiza capacitacion en lavado de manos a todos los funcionarios asistenciales, operativos de cocina y servicios generales | En el mes de Mayo no se graba programa de capacitacion, | N.A | |
| | | | | PLAN DE MEJORA | #DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | NO REQUIERE | NO REQUIERE | #¡VALOR! | |
| 6 | | Vigilar la ejecución de ordenes médicas provenientes del médico tratante con la participación de los demás profesionales | Procentaje de ordenes médicas provenientes de su IPS. | Numero Total de ordenes médicas con seguimiento | 25 | 16 | 28 | 24 | 24 | |  |
| | | | | Numero total de ordenes médicas emitdas en el mes. | 25 | 16 | 28 | 24 | 24 | | |
| | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | #¡DIV/0! | |
| | | | | ANALISIS/SEGUIMENTO | En el mes de enero se cumplen citas control de Adulto Mayor institucionalizado con especialistas y apoyo de medico de servicio social obligatorio procedemos de hospital San Rafael en us actividades programa control de cronicos en evolucion medica diaria se registra analisis y recomendaciones dadas en valoraciones medicas externas. se cumple seguimiento de las recomendaciones externas de los medicos hacia nuestros usuarios | Por parte de la IPS Hospital San Rafael se realizo brigada de atencion a las personas mayores de cronicos, | En el mes de marzo se cumplen citas control de Adulto Mayor institucionalizado con especialistas y apoyo de medico de servicio social obligatorio procedemos de hospital San Rafael en sus actividades programa control de cronicos en evolucion medica diaria se registra analisis y recomendaciones dadas en valoraciones medicas externas. se cumple seguimiento de las recomendaciones externas de los medicos hacia nuestros usuarios | En el mes de marzo se cumplen citas control de Adulto Mayor institucionalizado con especialistas y apoyo de medico de servicio social obligatorio procedemos de hospital San Rafael en sus actividades programa control de cronicos en evolucion medica diaria se registra analisis y recomendaciones dadas en valoraciones medicas externas. se cumple seguimiento de las recomendaciones externas de los medicos hacia nuestros usuarios | En el mes de mayo se cumplen citas control de Adulto Mayor institucionalizado con especialistas y apoyo de medico de servicio social obligatorio procedemos de hospital San Rafael en sus actividades programa control de cronicos en evolucion medica diaria se registra analisis y recomendaciones dadas en valoraciones medicas externas. se cumple seguimiento de las recomendaciones externas de los medicos hacia nuestros usuarios | | |
| | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | #¡DIV/0! | |
| 7 | | Participar en la realiazcion de informes, reuniones administrativas, actividades de integración, Religiosas, Culturales, comites programadas por la Dirección y según requerimiento. | Porcentaje cumplimiento parsentacion de informes | numero total de reuniones y/o actividades realizadas | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | N.A |  |
| | | | | nuemero total de reuniones y/o actividades programadas | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | N.A | |
| | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | #¡DIV/0! | 100% | 100% | 100% | #¡VALOR! | |
| | | | | ANALISIS/ SIGUIMENTO | ENERO , Reuniones del mes: Dia a dia 1 y los comités | No se participo en ninguna reunion | MARZO, Reunion ESTUDIO DE CASOS | ABRIL, Reunion COMITES | Mayo, Reunion ESTUDIO DE CASOS | N.A POR CRONOGRAMA Y ANEXO TECNICO | |
| | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | #¡DIV/0! | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | #¡VALOR! | |
| 8 | | ealizacion de estudios de cas | porcentaje en la realizacion de estudios de caso. | numero total de estudios de casos realizados | 0 | 6 | 10 | 11 | 10 | |  |
| | | | | nuemro total de estudios de casos programados | 0 | 6 | 10 | 11 | 10 | | |
| | | | | CUMPLIMIENTO | #¡DIV/0! | 100% | 100% | 100% | 100% | #¡DIV/0! | |
| | | | | ANALISIS/ SIGUIMENTO | Durante el mes de enero . No e presento seguimientos de Estudios de caso | Se participo de los estudios de caso programados e ingreso de la informacion al sistema | Se realiza revisión multidisciplinario de 10 pacientes de la institucion | Se realiza revision multidisciplinario de 11 pacientes de la institucion | Se realiza revision multidisciplinario de 10 pacientes de la institucion | | |
| | | | | PLAN DE MEJORA | #DIV/0! | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | #¡DIV/0! | |

JJRS.
INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA

PROCESO

CENTRO BIONESTAR DEL ANCIANO BELMIRA

INFORME DE GESTION VIGENCIA 01 DE ENERO AL 15 JUNIO DEL 2023

GESTION DE CALIDAD

CODIGO:FT-GC-011

VERSION: 001

FECHA: 27/01/2018

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION DEL AREA DE ENFERMERIA

| NO. | TIPO | OBJETIVO | NOMBRE DEL INDICADOR | META | FREC | ESTRATEGIA | FORMULA DEL INDICADOR | ENE. | FEB. | MAR. | ABR. | MAY. | JUN. | GRAFICO DEL INDICADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | EFICIENCIA | Realizar valoración de enfermería a todos los usuarios que ingresan a la institución con el fin de determinar su estado actual y definir el cuidado de enfermería requerido según necesidad. | %valoracion de ingreso | 100% | Mensual | Realizar valoración de enfermería inicial a las Personas que ingresan por primera vez al CBA Belmira | Numero total de valoraciones de primera vez | 5 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | % DE VALORACIONES DE INGRESO |
| | | | | | | | Total de usuarios que ingresaron por primera vez a la institución | 5 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | 100% | #¡DIV/0! | |
| | | | | | | | ANALISIS/ SEGUIMIENTO | Durante el mes de enero se realizan 5 ingresos de personas mayores al Centro de bienestar del anciano belmira | Durante el mes de febrero no ingresaron personas mayores a la institución | Durante el mes de marzo no ingresaron personas mayores a la institución | Durante el mes no ingresaron personas mayores a la institución | Durante el mes ingresa persona mayor a la institucion | Durante el mes no ingresaron personas mayores a la institución | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 2 | eficiencia, eficacia. Efectividad | Realizar evoluciones oportunamente en la historia clínica de cada usuario según consideración de la misma | %de evoluciones trimestrales | 100% | Mensual | Según la sensibilización de las auxiliares en atender y realizarnos para dar cobertura a la totalidad de la población asistencialmente | Numero total de evoluciones trimestrales realizadas | 18 | 28 | 27 | 22 | 27 | 12 | % DE EVOLUCIONES TRIMESTRALES |
| | | | | | | | Numero total de evoluciones trimestrales programadas | 18 | 28 | 27 | 22 | 27 | 12 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | | | ANALISIS/ SEGUIMIENTO | Durante el mes de enero se realizan 18 evoluciones trimestrales de acuerdo a las programadas | Durante el mes de febrero se realizan 28 evoluciones trimestrales de acuerdo a las programadas | Durante el mes de marzo se realizan 27 evoluciones trimestrales de acuerdo a las programadas | Durante el mes de abril se realizan 22 evoluciones trimestrales de acuerdo a las programadas | Durante el mes de mayo se realizan 27 evoluciones trimestrales de acuerdo a las programadas | Durante el mes de junio se realizan 12 evoluciones trimestrales de acuerdo a las programadas hasta la fecha 15 junio 2023 | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 3 | eficiencia, eficacia. Efectividad | Realizar el cierre de historias clínicas de egresos institucionales | %de cierre de historias por egreso | 100% | Mensual | Se realizara cierre de historia clínica de usuarios institucionalizados segun presencia de eventos por los cuales egresa como fallecimiento, traslado a otrosgos familiar | Numero total de cierres de historias clínicas | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | % DE CIERRE DE HISTORIAS POR EGRESO |
| | | | | | | | Numero total de egresos | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | |
| | | | | | | | ANALISIS/ SEGUIMIENTO | Se presentan 1 egreso por fallecimiento | Se presentan 2 egresos por fallecimiento | Durante el mes de marzo no se presentan egresos de personas mayores | Durante el mes no se presentan egresos de personas mayores | Durante el mes no se presentan egresos de personas mayores | Durante el mes no se presentan egresos de personas mayores | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 4 | eficiencia, eficacia. Efectividad | Participar en la elaboración de estudios de caso y seguimientos por cabal, atención comprehensiva, por ingreso y de acuerdo a su orden Ética mental. Se seguimiento. | % de participación en los estudios de caso según requerimiento | 100% | Mensual | Acistir en la fecha y hora indicada para estudios de caso según cronograma administrativo | Numero total de estudios de caso realizados | 0 | 11 | 11 | 11 | 12 | N.A | % DE PARTICIPACIÓN EN LOS ESTUDIOS DE CASO SEGÚN REQUERIMIENTO |
| | | | | | | | Numero total de casos programados | 0 | 11 | 11 | 11 | 12 | N.A | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | #¡DIV/0! | 100% | 100% | 100% | 100% | #¡VALOR! | |
| | | | | | | | ANALISIS/ SEGUIMIENTO | Durante el mes no se participa en estudio de caso ya que no corresponde para este mes | En este mes se programaron 11 estudios de casos los cuales se participaron y se deja la respectiva recomendación | En este mes se programaron 11 estudios de casos los cuales se participaron y se deja la respectiva recomendación | En este mes se programaron 11 estudios de casos los cuales se participaron y se deja la respectiva recomendación | En este mes se programaron 12 estudios de casos los cuales se participaron y se deja la respectiva recomendación | N.A por cronograma e indicacion del anexo tecnico | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 5 | eficiencia, eficacia. Efectividad | Participar en la elaboración del PAIN a las personas mayores que ingresan y el respectivo seguimiento | % PAIN que se realizan a los usuarios según cronograma | 100% | Mensual | Apoyo en el diligenciamiento del formato P AIN donde se relacionael estudio de caso consiguiendo, gilatando, mantenimiento, y seguimiento al mantenimiento. | Numero total del PAIN realizados | 26 | 29 | 29 | 23 | 23 | N.A | % PAIN QUE SE REALIZAN A LOS USUARIOS SEGÚN CRONOGRAMA. |
| | | | | | | | Numero total de PAIN programados | 26 | 29 | 29 | 23 | 23 | N.A | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | #¡VALOR! | |
| | | | | | | | ANALISIS/ SEGUIMIENTO | Durante el mes se realizan 26 mantenimiento, dando un total de 26 PAIN | Durante este mes se realizan 19 mantenimiento, 5 renovando y 5 planeando dando un total de 29 PAIN | Durante este mes se realizan 20 mantenimiento correspondiente al PAIN | Durante este mes se realizan 23 mantenimiento correspondiente al PAIN | Durante este mes se realizan 23 mantenimiento correspondiente al PAIN | Durante el mes no corresponden PAIN, por cronograma se realizaran dentro de 6 meses segun nuevo anexo tecnico | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 6 | Eficacia, eficacia. Efectividad | Realizar supervisión al personal auxiliar de enfermería para garantizar la administración de medicamentos según orden medica. | %de supervisiones realizadas al personal auxiliar en el administracion de medicamentos | 100% | Mensual | Se debe verificar los pasos de control y reducir riesgos en los 10 correctos de la administración de los medicamentos incluido el registro | Numero total de supervisiones realizadas | 8 | 5 | 5 | 5 | 4 | 2 | % DE SUPERVISIONES REALIZADAS AL PERSONAL AUXILIAR EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS |
| | | | | | | | Numero de supervisiones programadas | 8 | 5 | 5 | 5 | 4 | 2 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | | | ANALISIS/ SEGUIMIENTO | se realizaron 8 supervisiones a los auxiliares de enfermeria de medicamentos, las cuales transcurrio con normalidad | se realizaron 5 supervisiones a los auxiliares de enfermeria de medicamentos, se reforza el lavado de manos y 10 correctos. | se realizaron 5 supervisiones a los auxiliares de enfermeria de medicamentos, se reforza el lavado de manos y 10 correctos. | se realizaron 5 supervisiones a los auxiliares de enfermeria de medicamentos, se reforza el lavado de manos y 10 correctos. | se realizaron 5 supervisiones a los auxiliares de enfermeria de medicamentos, se reforza el lavado de manos y 10 correctos. | se realizaron 2 supervisiones a los auxiliares de enfermeria de medicamentos, se reforza el lavado de manos y 10 correctos. | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 7 | eficiencia, eficacia. Efectividad | Realizar supervisión al personal auxiliar de enfermería asien, durante y posterior a la administración de medicamentos según orden medica. | %de actividades desarrolladas según programa de salud sexual y reproductivo | 100% | Mensual | Cumplir con las capacitaciones y citas medicas a mujeres según necesidad del programa de salud sexual y reproductivo | Numero de actividades desarrolladas del programa de salud sexual | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | % DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS SEGÚN PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVO |
| | | | | | | | Numero de actividades programadas del programa de salud sexual | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | | | ANALISIS/ SEGUIMIENTO | Se realiza cambio de soada vesical a 4 personas mayores, se brinda educación sobre el mantenimiento del sondaje vesical y de la importancia de una buena higiene genital | Se realiza cambio de soada vesical a 3 personas mayores, se brinda educación sobre el mantenimiento del sondaje vesical y de la importancia de una buena higiene genital | Se realiza cambio de soada vesical a 3 personas mayores, se brinda educación sobre el mantenimiento del sondaje vesical y de la importancia de una buena higiene genital | Se realiza cambio de soada vesical a 3 personas mayores, se brinda educación sobre el mantenimiento del sondaje vesical y de la importancia de una buena higiene genital | Se realiza cambio de soada vesical a 3 personas mayores, se brinda educación sobre el mantenimiento del sondaje vesical y de la importancia de una buena higiene genital | Se realiza cambio de soada vesical a 3 personas mayores, se brinda educación sobre el mantenimiento del sondaje vesical y de la importancia de una buena higiene genital | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 8 | eficiencia, eficacia. Efectividad | Desarrollar el programa de seguridad de paciente | %de actividades desarrolladas en el programa de seguridad de la persona mayor | 100% | Mensual | Dar cumplimiento estricto a las actividades de seguridad del paciente | Numero de actividades desarrolladas del programa de seguridad de la persona mayor | 4 | 6 | 6 | 6 | 2 | 1 | % DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PROGRAMA DE SEGURIDAD DE LA PERSONA MAYOR |
| | | | | | | | Numero de actividades programadas del programade seguridad de la persona mayor | 4 | 6 | 6 | 6 | 2 | 1 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | | | ANALISIS/ SEGUIMIENTO | Durante el mes de enero se realizaron 2 ronda de seguridad, 1 capacitación dirigida a funcionarios, 1 socializacion a las personas mayores y 1 socializacio a la red familiar referente al programa de seguridad de la persona mayor y paquete instruccional de identificación; ademas se realiza el andlisis de eventos adversos presentados durante el mes. | Durante el mes de febrero se realizaron 2 ronda de seguridad, 1 capacitación dirigida a funcionarios, 1 socializacion a las personas mayores y 1 socializacio a la red familiar referente al lavado e higienizacion de manos, paquete instruccional de identificación y reduccion de enfermedades mentales; ademas se realiza el andlisis de eventos adversos presentados durante el mes. | Durante el mes de marzo se realizaron 2 ronda de seguridad, 1 capacitación dirigida a funcionarios, 1 socializacion a las personas mayores y 1 socializacio a la red familiar referente al lavado e higienizacion de manos, paquete instruccional de identificación y reduccion de enfermedades mentales; ademas se realiza el andlisis de eventos adversos presentados durante el mes. | Durante el mes se realizaron 2 ronda de seguridad, 1 capacitación dirigida a funcionarios, 1 socializacion a las personas mayores y 1 socializacio a la red familiar; ademas se realiza el andlisis de eventos adversos presentados durante el mes. | Durante el mes se realizaron: 1 ronda de seguridad, 1 foto de cheque del paquete instruccional "Asegurar la identificacion de las personas mayores" además se realiza el análisis de eventos adversos presentados durante el mes. | Caete comité | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 9 | eficiencia, eficacia. Efectividad | Participar en las intervención familiares por el fortalecimiento de vinculeneos terapeutico | %de participación en reuniones con usuario y/o familia | 100% | Mensual | Interactuar con el equipo profesional para el abordaje de la reuniones de intervención con usuario y/o familia | Numero de reuniones de familia y/o usuarios en las que se participa | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | % DE PARTICIPACIÓN EN REUNIONES CON USUARIO Y/O FAMILIA |
| | | | | | | | Numero de reuniones de familia y/o usuarios programadas | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | 100% | #¡DIV/0! | 100% | |
| | | | | | | | ANALISIS/ SEGUIMIENTO | Durante el mes no se programan actividades con familias ya que no corresponden en este mes segun cronograma | Durante el mes no se programan actividades con familias ya que no corresponden en este mes segun cronograma | Durante el mes no se programan actividades con familias ya que no corresponden en este mes segun cronograma | Es el mes de abril se realiza reunión con red familiar y social de las personas mayores institucionalizada dando a conocer el paquete instruccional de detección, prevención y reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención y de comunicación asertiva | Durante el mes no se programan actividades con familias ya que no corresponden en este mes segun cronograma | En este mes se participo en una reunion de familia con el fin de dar a conocer nuevas directrices de la Beneficencia relacionadas con las personas mayores institucionalizada. | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 10 | eficiencia, eficacia. Efectividad | Apoyo al proceso de habilitación de servicios de salud según la norma vigente. | %de actividades desarrolladas en el marco del proceso de habilitación | 100% | Mensual | Cumplir con el cronograma de actividades establecidas en cronograma por la líder de calidad en el proceso de habilitación | Numero de actividades propias del proceso de habilitación desarrolladas | 0 | 2 | 3 | 2 | 2 | 1 | % DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL MARCO DEL PROCESO DE HABILITACIÓN |
| | | | | | | | Numero de actividades propias de habilitación programadas | 0 | 2 | 3 | 2 | 2 | 1 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | #¡DIV/0! | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | | | ANALISIS/ SEGUIMIENTO | Durante el mes de enero no se realizan actividades de habilitación, se tienen programadas a partir del mes de febrero 2023 | Durante este mes se realiza revision de actividades de habilitacion | Durante este mes se realiza revisión de actividades de habilitación, además se realiza revisión de documentación presentada en la visita de control interno efectuada el 9 de marzo | Durante este mes se realiza revisión y actualizacion de actividades de habilitación | Durante este mes se realiza revisión de actividades de habilitación, presentada en la visita de habilitacion y se realiza ajustar a firmatas de tarjtes de medicamentos | Para este mes se organizo listado maestro y documentacion referente al area de enfermeria para empalme con nuevo operador | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 11 | eficiencia, eficacia. Efectividad | Realizar las capacitaciones del programa de capacitación continuada según cronograma | %de capacitaciones realizadas | 100% | Mensual | Programar mensualmente las capacitaciones segùn cronograma | Numero de capacitaciones realizadas en el mes | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | N.A | % DE CAPACITACIONES REALIZADAS |
| | | | | | | | Numero de capacitaciones programadas en el mes | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | N.A | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | #¡DIV/0! | 100% | 200% | 100% | 100% | #¡VALOR! | |
| | | | | | | | ANALISIS/ SEGUIMIENTO | Durante el mes de Enero no se realiza actividades a partir del siguiente mes se tiene inicio, en este mes se realiza la planificacion de las mismas | En el mes de febrero se realizaron 2 capacitaciones dirigidas al personal de enfermeria sobre: lavado de manos y reactivovigilancia | En el mes de marzo se realizaron 2 capacitaciones dirigidas al personal de enfermeria sobre: protocolo de alimentacion y cuidados de sonda de gastrostomia | En el mes de abril se realizaron 2 capacitaciones dirigidas al personal de enfermeria sobre: procedimiento para solicitud de valoraciones medicas intra y extramiralmental, protocolo administración de medicamentos | En el mes de mayo se realizaron 2 capacitaciones dirigidas al personal de enfermeria sobre: protocolo en la asistencia en la eliminacion y protocolo de manejo de sonda vesical | N.A | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | #¡DIV/0! | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 12 | eficiencia, eficacia. Efectividad | Participar en las reuniones del equipo interdisciplinario. | %de reuniones de equipo en que se participo | 100% | Mensual | Verificar mensualmente las reuniones programadas por el equipo profesional de la institución y asistir. | Numero de reuniones de equipo en las cuales se asiste | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | % DE REUNIONES DE EQUIPO EN QUE SE PARTICIPO |
| | | | | | | | Numero de reuniones de equipo programadas | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | | | ANALISIS/ SEGUIMIENTO | Se realiza una reunión de equipo con el fin de dar a conocer compromisos pasados y establecer los actuales todo en pro de brindar una atención con calidad y mantener un buen ambiente laboral | Se realiza una reunión de equipo con el fin de dar a conocer compromisos pasados y establecer los actuales todo en pro de brindar una atención con calidad y mantener un buen ambiente laboral | Se realiza una reunión de equipo con el fin de dar a conocer compromisos pasados y establecer los actuales todo en pro de brindar una atención con calidad y mantener un buen ambiente laboral | Se realiza una reunión de equipo con el fin de dar a conocer compromisos pasados y establecer los actuales todo en pro de brindar una atención con calidad y mantener un buen ambiente laboral | Se realiza una reunión de equipo con el fin de dar a conocer compromisos pasados y establecer los actuales todo en pro de brindar una atención con calidad y mantener un buen ambiente laboral | se dan recomendaciones durante las entregas de turno | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 13 | eficiencia, eficacia. Efectividad | Participar los comité institucionales que sea bequiere | %de asistencia a los comités institucionales | 100% | Mensual | Verificar mensualmente el cronograma y convocatoria de los comités y programar asistencia | Numero de reuniones de comité institucionales a las cuales se asiste | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | % DE ASISTENCIA A LOS COMITÉS INSTITUCIONALES |
| | | | | | | | Numero de reuniones de comité institucionales programadas | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | | | ANALISIS/ SEGUIMIENTO | se realizo 1 comité programado y realizado | se realizo 1 comité programado y realizado | Se realiza una reunión de equipo con el fin de dar a conocer compromisos pasados y establecer los actuales todo en pro de brindar una atención con calidad y mantener un buen ambiente laboral | se realizo 1 comité programado y realizado | se realizo 1 comité programado y realizado | Caete de comité | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 14 | eficiencia, eficacia. Efectividad | Participar activamente en las actividades culturales, religiosas, integrativas e extra institucionales en las que se participa | %de actividades culturales, religiosas, integrativas e extra institucionales en las que se participa | 100% | Mensual | Asistir y o participar de cada actividad programada en la institución | Numero de actividades culturales y religiosas en las cuales se participa | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | N.A | % DE ASISTENCIA A LOS COMITÉS INSTITUCIONALES |
| | | | | | | | Numero de actividades culturales y religiosas programadas | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | N.A | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | 100% | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡VALOR! | |
| | | | | | | | ANALISIS/ SEGUIMIENTO | Durante el mes de enero no se participa en actividad cultural | Durante el mes no se participa en actividad cultural | Durante este mes se participa en la actividad del dia del genero | Durante este no se participa en actividad cultural | Durante este no se participa en actividad cultural | N.A | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 15 | eficiencia, eficacia. Efectividad | Garantizar que el área de enfermería cuente con elementos y materiales necesarios para el cumplimiento de sus funciones | %de cumplimiento con los pedidos de elementos y materiales requeridos en el área de enfermería | 100% | Mensual | Solicitar mensualmente por medio de pedido los elementos que se requieren para el area de enfermeria | Numero de pedidos realizados | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | N.A | % DE CUMPLIMIENTO CON LOS PEDIDOS DE ELEMENTOS Y MATERIALES REQUERIDOS EN EL ÁREA DE ENFERMERÍA |
| | | | | | | | Numero de pedidos programados | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | N.A | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | #¡VALOR! | |
| | | | | | | | ANALISIS/ SEGUIMIENTO | Se realiza solicitud de elementos y materiales necesarios para que el personal de enfermeria realice las actividades asignadas | Se realiza solicitud de elementos y materiales necesarios para que el personal de enfermeria realice las actividades asignadas | Se realiza solicitud de elementos y materiales necesarios para que el personal de enfermeria realice las actividades asignadas | Se realiza solicitud de elementos y materiales necesarios para que el personal de enfermeria realice las actividades asignadas | Se realiza solicitud de elementos y materiales necesarios para que el personal de enfermeria realice las actividades asignadas | N.A | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |

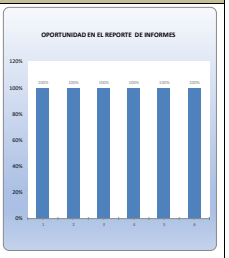
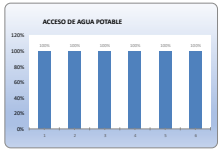
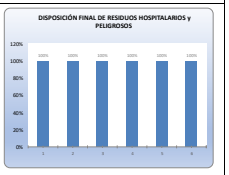
| | | |
|---|---|---|
| **CASA INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA** | **CENTRO BIENESTAR DEL ANCIANO BELMIRA** | **CODIGO:FT-GC-011** |
| | **INFORME DE GESTION VIGENCIA II DE ENERO AL 15 JUNIO DEL 2023** | **VERSION:001** |
| **0** | **GESTION DE CALIDAD** | **FECHA: 27/06/2023** |

**COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION DEL AREA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

| NO. | TIPO | OBJETIVO | NOMBRE DEL INDICADOR | META | FREC | ESTRATEGIA | FORMULA DEL INDICADOR | ENE. | FEB. | MAR. | ABR. | MAY. | JUN. | GRAFICO DEL INDICADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Eficiencia, Eficacia, Efectividad | BRINDAR INFORMACION AL CUIDADO REFERENTE A LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS QUE SE LLEVAN A CABO DURANTE SU ESTANCIA EN EL C.B.A. | % DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS | 100% | A Voluntad | BRINDAR EL INFORMACION AL CUIDADO REFERENTE A LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS QUE SE LLEVAN A CABO DURANTE SU ESTANCIA EN EL C.B.A. | NUMERO DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DEBIDAMENTE DILIGENCIADOS | 5 | 9 | 0 | 0 | 1 | 0 | % DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DEBIDAMENTE DILIGENCIADOS |
| | | | | | | | TOTAL DE PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS | 5 | 9 | 0 | 0 | 1 | 0 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | 100% | #¡DIV/0! | |
| | | | | | | | ANALISIS/SEGUIMIENTO | Durante el mes de enero ingresaron 5 personas mayores a la institución | Durante el mes de febrero no ingresaron personas mayores a la institución | Durante este mes no ingresaron personas mayores a la institución | Durante este mes no ingresaron personas mayores a la institución | Durante el mes ingreso 1 persona mayor a la institución procedencia Pandi | Durante este mes no ingresaron personas mayores a la institución | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 2 | eficiencia, eficacia Efectividad | PROMOVER EL AUTOCUIDADO EN LAS PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS EN UN NIVEL DE RADICIONO OPTIMO | % DE PERSONAS MAYORESQUE RECIBIERON Y APLICAN LAS RECOMENDACIONES SOBRE SU AUTO CUIDADO | 100% | A Voluntad | ESTABLECER LA METODOLOGIA PARA MINUTERIA AS RECOMENDACIONES PARA EL AUTO CUIDADO EN LA POBLACION | NUMERO DE PERSONAS MAYORES QUE REALIZAN LAS ACTIVIDADES DE AUTO CUIDADO | 41 | 41 | 41 | 41 | 41 | 41 | % DE PERSONAS MAYORES QUE RECIBIERON Y APLICAN LAS RECOMENDACIONES SOBRE SU AUTO CUIDADO |
| | | | | | | | NUMERO DE PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS EN UN NIVEL | 38 | 36 | 36 | 33 | 34 | 41 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | | | ANALISIS/SEGUIMIENTO | Se realizan supervision de actividades del autocuidado, higiene personal a 41 personas mayores y se realiza asistencia en las actividades del autocuidado a 38 personas mayores por su deterioro cognitivo y fisico | Se realizan supervision de actividades del autocuidado, higiene personal a 41 personas mayores y se realiza asistencia en las actividades del autocuidado a 36 personas mayores por su deterioro cognitivo y fisico | Se realizan supervision de actividades del autocuidado, higiene personal a 41 personas mayores y se realiza asistencia en las actividades del autocuidado a 36 personas mayores por su deterioro cognitivo y fisico | Se realizan supervision de actividades del autocuidado, higiene personal a 41 personas mayores y se realiza asistencia en las actividades del autocuidado a 33 personas mayores por su deterioro cognitivo y fisico | Se realizan supervision de actividades del autocuidado, higiene personal a 41 personas mayores y se realiza asistencia en las actividades del autocuidado a 34 personas mayores por su deterioro cognitivo y fisico | Se realizan supervision de actividades del autocuidado, higiene personal a 41 personas mayores y se realiza asistencia en las actividades del autocuidado a 34 personas mayores por su deterioro cognitivo y fisico | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 3 | eficiencia, eficacia Efectividad | GARANTIZAR PROGRAMAS DE ATENCION EN SALUD PREVENTIVA CON LA PARTICIPACION ACTIVA DE LOS PROFESIONALES, FAMILIAS SIN VOBRE Y SUS FAMILIAS A TRAVES DE LA IMPLEMENTACION Y SEGUIMIENTO DE LAS PRACTICAS SEGURAS, DESDE LA PREVENCION Y CONTROL DEL RIESGO | % DE VALORACIONES NUTRICIONALES REALIZADAS AL INGRESO DE LAS PERSONAS MAYORES | 100% | A VOLUNTARIO | APLICAR FORMATO DE VALORACION NUTRICIONAL A TODA PERSONA MAYOR QUE INGRESE AL CENTRO | NUMERO DE PERSONAS MAYORES CON VALORACION NUTRICIONAL AL INGRESO | 5 | 9 | 0 | 0 | 1 | 0 | % DE VALORACIONES NUTRICIONALES REALIZADAS AL INGRESO DE LAS PERSONAS MAYORES |
| | | | | | | | TOTAL DE PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS | 5 | 9 | 0 | 0 | 1 | 0 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | 100% | #¡DIV/0! | |
| | | | | | | | ANALISIS/SEGUIMIENTO | Durante el mes de enero ingresaron 5 personas mayores a la institución | Durante el mes de febrero no ingresaron personas mayores a la institución | Durante este mes no ingresaron personas mayores a la institución | Durante este mes no ingresaron personas mayores a la institución | Durante el mes ingreso personas mayores a la institución | Durante este mes no ingresaron personas mayores a la institución | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 4 | eficiencia, eficacia Efectividad | | ADHERENCIA A LA PRACTICA DE PIEL SANA | 100% | ANUAL | Aplicación de lista de chequeo de piel sana | NUMERO DE CRITERIOS EVALUADOS CON CUMPLIMIENTO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | N.A. | % ADHERENCIA A LA PRACTICA DE PIEL SANA |
| | | | | | | | TOTAL DE CRITERIOS EVALUADOS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | N.A. | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡VALOR! | |
| | | | | | | | ANALISIS/SEGUIMIENTO | Durante este mes no se realiza lista de chequeo ya que por cronograma corresponde en el mes de enero | Durante este mes no se realiza lista de chequeo ya que por cronograma corresponde en el mes de febrero | Durante este mes no se realiza lista de chequeo ya que por cronograma corresponde en el mes de marzo | Durante este mes no se realiza lista de chequeo ya que por cronograma corresponde en el mes de agosto | Durante este mes no se realiza lista de chequeo ya que por cronograma corresponde en el mes de agosto | N.A | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 5 | eficiencia, eficacia Efectividad | | %DE APARICION DE UPP | 100% | Mensual | SUPERVISION DIARIA A LAS PERSONAS MAYORES EN LA MAÑA, CAMBIO DE POSICION REALIZAR REPORTE ESCANO DE ENFERMERIA Y REALIZAR CAMBIO DE POSICION SEGUN ESCALA BRADEM CLASIFICAL AL 100% DE LA POBLACION | NUMERO DE UPP PRESENTADAS EN EL MES | 2 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | % DE APARICION DE UPP |
| | | | | | | | TOTAL DE PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS | 2 | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | #¡DIV/0! | 100% | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | |
| | | | | | | | ANALISIS/SEGUIMIENTO | Durante este mes se evidenciaron 2 personas mayores con upp, se cuales se encuentran en tratamiento medico | Durante este mes no se evidenciaron personas mayores con upp, se continuan los actividades de prevencion de upp | Durante este mes se evidenciaron 3 personas mayores con upp, se continuan los actividades de prevencion de upp | Durante este mes no se evidenciaron personas mayores con upp, se continuan los actividades de prevencion de upp | Durante este mes no se evidenciaron personas mayores con upp, se continuan los actividades de prevencion de upp | Durante este mes no se evidenciaron personas mayores con upp, se continuan los actividades de prevencion de upp | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 6 | Eficiencia, eficacia Efectividad | | % DE ADHERENCIA AL LAVADO DE MANOS | 100% | SEMESTRAL | APLICACION DE LISTA DE CHEQUEOS DURANTE LA REALIZACION DEL LAVADO DE MANOS ANTES, DURANTE Y DESPUES DE CADA PROCEDIMIENTO | NUMERO DE ITEMS SI EN LA LISTA DE ADHERENCIA CON CUMPLIMIENTO | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | N.A. | % DE ADHERENCIA AL LAVADO DE MANOS |
| | | | | | | | TOTAL DE ITEMS EVALUADOS | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | N.A. | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | 100% | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡VALOR! | |
| | | | | | | | ANALISIS/SEGUIMIENTO | Durante no corresponde realizar lista de chequeo segun cronograma para el mes de enero y septiembre, sin embargo se realizan rondas de seguridad evidenciando que se cumple con el protocolo de lavado de manos tanto de los funcionarios como las personas mayores, tambien se les refuerza lo cumplimiento para evitar infecciones | Durante no corresponde realizar lista de chequeo segun cronograma para el mes de enero y septiembre, sin embargo se realizan rondas de seguridad evidenciando que se cumple con el protocolo de lavado de manos tanto de los funcionarios como las personas mayores, tambien se les refuerza lo cumplimiento para evitar infecciones | Durante este mes se realizó lista de chequeo de lavado de manos al personal de enfermeria evidenciando una adherencia del proceso del 90% de cumplimiento, se continuaran vigilancia de la realizacion de este procedimiento en los funcionarios y las personas mayores, ademas se tiene esta lista de chequeo programada para el mes de septiembre | Durante no corresponde realizar lista de chequeo segun cronograma para el mes de enero y septiembre, sin embargo se realizan rondas de seguridad evidenciando que se cumple con el protocolo de lavado de manos tanto de los funcionarios como las personas mayores, tambien se les refuerza lo cumplimiento para evitar infecciones | Durante este mes se evidencio que no corresponde realizar lista de chequeo segun cronograma para el mes de septiembre, sin embargo se realizan rondas de seguridad evidenciando que se cumple con el protocolo de lavado de manos tanto de los funcionarios como las personas mayores, tambien se les refuerza lo cumplimiento para evitar infecciones | Durante no corresponde realizar lista de chequeo segun cronograma para el mes de septiembre, sin embargo se realizan rondas de seguridad evidenciando que se cumple con el protocolo de lavado de manos tanto de los funcionarios como las personas mayores, tambien se les refuerza lo cumplimiento para evitar infecciones | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 7 | eficiencia, eficacia Efectividad | | % IACS IDENTIFICADAS | <5% | Mensual | Dilegencia ACTIVA MEDIANTE LAS VISITAS DE SEGURIDAD, VERIFICACION DE LOS PROCEDIMIENTOS A LABORATORIOS Y TRATAMIENTOS ESTABLECIDOS PARA CADA UNO DE LOS DISPOSITIVOS MEDICOS. | NUMERO IACS IDENTIFICADAS O REPORTADAS EN EL MES | 3 | 6 | 13 | 4 | 5 | 3 | % IACS IDENTIFICADAS |
| | | | | | | | TOTAL DE USUARIOS INSTITUCIONALIZADOS EN EL PERIODO | 3 | 6 | 13 | 4 | 5 | 3 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | | | ANALISIS/SEGUIMIENTO | Durante el mes de enero se inicio tratamiento antibiotico a 3 personas mayores con diagnostico de infeccion de vias urinarias | Durante el mes de febrero se inicio tratamiento antibiotico a 6 personas mayores con diagnostico de infeccion de vias urinarias y no el mes | Durante el mes de marzo se inicio tratamiento antibiotico a 4 personas mayores con diagnostico de infeccion de vias urinarias y no el mes hospitalaria se le envia esquema antibiotico a 2 personas mayores por sesmonal adquirido en la comunidad y infeccion de vias urinarias, dando un total de 6 personas mayores con manejo antibiotico. | Durante este mes se inicio tratamiento antibiotico a 4 personas mayores dentro de la institucion con diagnostico de infeccion de vias urinarias, proflaxis por erradicacion. | Durante este mes se inicio tratamiento antibiotico a 5 personas mayores dentro de la institucion con diagnostico de infeccion de vias urinarias, proflaxis por erradicacion. | Durante este mes se inicio tratamiento antibiotico a 3 personas mayores dentro de la institucion con diagnostico de infeccion de vias urinarias | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 8 | eficiencia, eficacia Efectividad | | ADHERENCIA PREVENCION DE FUGA EN PACIENTE PSIQUIATRICO | 100% | ANUAL | APLICACIÓN DE LISTA DE CHEQUEO RIESGO DE FUGA | NUMERO DE CRITERIOS DE LA LISTA DE CHEQUEOS CON CUMPLIMIENTO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | ADHERENCIA PREVENCION DE FUGA EN PACIENTE PSIQUIATRICO |
| | | | | | | | TOTAL DE ITEMS EVALUADOS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | |
| | | | | | | | ANALISIS/SEGUIMIENTO | Durante este periodo de tiempo no se presentaron episodios de fuga | Durante este periodo de tiempo no se presentaron episodios de fuga | Durante este periodo de tiempo no se presentaron episodios de fuga | Durante este periodo de tiempo no se presentaron episodios de fuga | Durante este periodo de tiempo no se presentaron episodios de fuga | Durante este periodo de tiempo no se presentaron episodios de fuga | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 9 | EFICACIA | IDENTIFICAR LA CLASE DE EVENTOS ADVERSOS PRESENTADOS CON EL FIN DE ESTABLECER ACCIONES DE MEJORA QUE LOGRANSEN AR DISMINUIR SU OCURRENCIA. | REINCIDENCIA DE EVENTOS ADVERSOS | 100% | TRIMESTRAL | EJECUTAR CRONOGRAMA DE RONDAS DE ENFERMERIA Y SEGURIDAD | NUMERO DE EVENTOS REPORTADOS EN EL PERIODO | 5 | 4 | 10 | 6 | 14 | N.A | REINCIDENCIA EN EVENTOS ADVERSOS |
| | | | | | | | TOTAL DE EVENTOS REPORTADOS EN EL PERIODO | 5 | 4 | 10 | 6 | 14 | N.A | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | #¡VALOR! | |
| | | | | | | | ANALISIS/SEGUIMIENTO | Durante este mes se presentaron 5 reportes adversos de estos cinedo 3 incidentes y 2 evento adverso al agente causal caida y lacreacion | Durante este mes se presentaron 4 reportes adversos de estos cinedo 2 incidentes y 2 evento adverso al agente causal caida y lacreacion | Durante este mes se presentaron 10 reportes adversos de estos cinedo 5 incidentes y 5 evento adverso al agente causal caida y lacreacion | Durante este mes se presentaron 6 reportes adversos de estos cinedo 4 incidentes y 2 evento adverso al agente causal caida y lacreacion | Durante este mes se presentaron 14 reportes adversos de estos cinedo 8 incidentes y 6 evento adverso al agente causal caida, golpe y lacreacion | Durante este 15 dias no se han evidenciado reportes de eventos adversos, se continua realizando rondas de seguridad y sensibilizaciones con as personas mayores para hacerles participe activo en reduccr caidas | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 10 | eficiencia, eficacia Efectividad | | GESTION DE EVENTOS ADVERSOS | 100% | Mensual | MATRIZ DE CONSOLIDADO DE EVENTOS ADVERSOS, ANALISIS Y PLANES DE MEJORA | NUMERO DE EVENTOS CLASIFICADOS | 5 | 4 | 10 | 6 | 14 | N.A | GESTION DE EVENTOS ADVERSOS |
| | | | | | | | TOTAL DE EVENTOS REPORTADOS EN EL PERIODO | 5 | 4 | 10 | 6 | 14 | N.A | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | #¡VALOR! | |
| | | | | | | | ANALISIS/SEGUIMIENTO | Se lleva la matriz de consolidado al dia, con su debido analisis | Se lleva la matriz de consolidado al dia, con su debido analisis | Se lleva la matriz de consolidado al dia, con su debido analisis | Se lleva la matriz de consolidado al dia, con su debido analisis | Se lleva la matriz de consolidado al dia, con su debido analisis | Se lleva la matriz de consolidado al dia, con su debido analisis, cierre de la misma | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 11 | eficiencia, eficacia Efectividad | | % DE PERSONAS MAYORES CON LA ESTRATEGIA DE IDENTIFICACION COMPLETA | 100% | Mensual | MEDIANTE LA APLICACION DE LISTA DE CHEQUEO IDENTIFICACION DE ADHERENCIA VERIFICAR MANILLA, TABLEROS, HISTORIA CLINICA ETC. | NUMERO DE PERSONAS MAYORES CON LA ESTRATEGIA DE IDENTIFICACION COMPLETAS EN EL PERIODO | 79 | 77 | 77 | 74 | 75 | 75 | % DE PERSONAS MAYORES CON LA ESTRATEGIA DE IDENTIFICACION COMPLETA |
| | | | | | | | TOTAL DE PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS EN EL PERIODO | 79 | 77 | 77 | 74 | 75 | 75 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | | | ANALISIS/SEGUIMIENTO | Se tienen al 100%de los usuarios identificados por medio de tableros, carteleo, con foto en las historias clinicas y cuent obligatorios para salidas. | Se tienen al 100%de los usuarios identificados por medio de tableros, carteleo, con foto en las historias clinicas y cuent obligatorios para salidas. | Se tienen al 100%de los usuarios identificados por medio de tableros, carteleo, con foto en las historias clinicas y cuent obligatorios para salidas. | Se tienen al 100%de los usuarios identificados por medio de tableros, carteleo, con foto en las historias clinicas y cuent obligatorios para salidas. | Se tienen al 100%de los usuarios identificados por medio de tableros, carteleo, con foto en las historias clinicas y cuent obligatorios para salidas. | Se tienen al 100%de los usuarios identificados por medio de tableros, carteleo, con foto en las historias clinicas y cuent obligatorios para salidas. | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 12 | eficiencia, eficacia Efectividad | Asegurar la implementación de practicas seguras en salud seguras con la participación activa de los implicados, personas mayores y sus familias, para la mejora y implementación y evaluación de las intervenciones, desde la prevención y gestión del riesgo. | % DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS | 2% | TRIMESTRAL | POR MEDIO DE LA APLICACIÓN DE LISTAS DE CHEQUEO DURANTE LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS CON EL FIN DE IDENTIFICAR POSIBLES ERRORES QUE SE GENEREN DURANTE LA ADMINISTRACION, REPORTE DEL EVENTO REGISTROS EN LA HISTORIA CLINICA | NUMERO DE EVENTOS ADVERSO RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | % DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS |
| | | | | | | | TOTAL DE PERSONAS MAYORESCON TRATAMIENTO FARMACOLOGICO | 79 | 77 | 77 | 74 | 75 | 75 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | | | ANALISIS/SEGUIMIENTO | No se presentaron eventos adversos. | No se presentaron eventos adversos. | No se presentaron eventos adversos. | No se presentaron eventos adversos. | No se presentaron eventos adversos. | No se presentaron eventos adversos. | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 13 | eficiencia, eficacia Efectividad | | % DE CAIDAS REPORTADAS | 25% | Mensual | Supervision Diaria de las personas mayores, para identificar factores de riesgos de eventos adversos | NUMERO DE CAIDAS REPORTADAS EN EL MES | 3 | 2 | 6 | 4 | 12 | 0 | % DE CAIDAS REPORTADAS |
| | | | | | | | TOTAL DE USUARIOS INSTITUCIONALIZADAS EN EL MES | 79 | 77 | 77 | 74 | 75 | 75 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | | | ANALISIS/SEGUIMIENTO | Se presenta 3 caidas durante el mes, 2 en dieas sesiones y sasa en habitacion | Se presenta 2 caidas durante el mes, en habitacion | Se presenta 6 caidas durante el mes, lugar de ocurrencia habitacion y dreas comunes | Se presenta 5 caidas durante el mes, lugar de ocurrencia habitacion y dreas comunes | Se presenta 12 caidas durante el mes, lugar de ocurrencia habitacion y dreas comunes | Durante este mes no se han reportado eventos adversos | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 14 | eficiencia, eficacia, Efectividad | | Adherencia a la practica prevencion de Caida de la persona mayor | 100% | Semestral | Aplicacion lista de chequeo al paquete de prevencion Sala | NUMERO ITEMS DE LA LISTA DE CHEQUEO CON CUMPLIMIENTO | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | N.A | ADHERENCIA A LA PRACTICA PREVENCIÓN DE CAÍDA DE LA PERSONA MAYOR |
| | | | | | | | TOTAL DE ITEMS DE LA LISTA DE CHEQUEOS EVALUADOS | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | N.A | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | 100% | #¡DIV/0! | #¡VALOR! | |
| | | | | | | | ANALISIS/SEGUIMIENTO | no se aplicaron listas de chequeo para este mes, estas programadas para el mes de abril, julio y octubre | no se aplicaron listas de chequeo para este mes, estas programadas para el mes de abril, julio y octubre | no se aplicaron listas de chequeo para este mes, estas programadas para el mes de abril, julio y octubre | Durante el mes del abril se aplico lista de chequeo del paquete de prevencion de caidas ,posibleme realizar la proxima en julio y octubre | no se aplicaron listas de chequeo para este mes, estas programadas para el mes de abril, julio y octubre | no se aplicaron listas de chequeo para este mes, estas programadas para el mes de abril, julio y octubre | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 15 | eficiencia, eficacia, Efectividad | Identificar el nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios y toma recibida en la atencion recibida en el momento de la visita Asesora Roberta | % de satisfacción global en usuario | 100% | ANUAL | Realizar encuestas de satisfaccion al usuario evaluando satisfaccion a servicios prestados en el CBA | NUMERO DE COMITES REALIZADOS | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | % DE SATISFACCIÓN GLOBAL EN USUARIO |
| | | | | | | | NUMERO DE COMITES PROGRAMADOS | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | | | ANALISIS/SEGUIMIENTO | se realizaron 6 comites (salidad ,historias clinicas , seguridad de la poersona mayor , infecciones , entornos (LAVADO) . | se realizaron 6 comites (salidad ,historias clinicas , seguridad de la poersona mayor , infecciones , entornos (LAVADO) . | se realizaron 6 comites (salidad ,historias clinicas , seguridad de la poersona mayor , infecciones , entornos (LAVADO) . | se realizaron 6 comites (salidad ,historias clinicas , seguridad de la poersona mayor , infecciones , entornos (LAVADO) . | se realizaron 6 comites (salidad ,historias clinicas , seguridad de la poersona mayor , infecciones , entornos (LAVADO) . | Reunion de cierre de comites | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |

| J.H.S. INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA | CENTRO BIENESTAR DEL ANCIANO BELMIRA | CODIGO:FT-GC-011 |
|---|---|---|
| | INFORME DE GESTION VIGENCIA 01 DE ENERO AL 15 JUNIO DEL 2023 | VERSION:001 |
| PROCESO | GESTION DE CALIDAD | FECHA: 27/01/2018 |

**COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION DEL AREA DE GESTIÓN AMBIENTAL**

| NO. | TIPO | OBJETIVO | NOMBRE DEL INDICADOR | META | FREC | ESTRATEGIA | FORMULA DEL INDICADOR | ENE. | FEB. | MAR. | ABR. | MAY. | JUN. | GRAFICO DEL INDICADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | OPORTUNIDAD | Diseñar y Presentar los informes de Gestión, según requerimientos de los entes de control y supervisión dentro del tiempo establecido dando cumplimiento a la Normatividad Ambiental Vigente | OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMES | 100% | SEGÚN NECESIDAD DEL SOLICITUD AVAL (VERIFICAR) (Secretaria de Salud de Bucaramanga) | | N° de informes entregados de forma Oportuna y/o solicitudes adelantadas ante entidades externas. | 3 | 2 | 1 | 5 | 2 | 3 |   |
| | | | | | | | N° de Total de Informes Requeridos por los entes de Control y supervisión y/o solicitudes adelantadas ante entidades externas. | 3 | 2 | 1 | 5 | 2 | 3 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | | | ANALISIS/ SIGUIMIENTO | En el mes de enero 2023 se presentaron informes de obligatorio cumplimiento ante la Corporación Autonoma Regional de Cundinamarca CAR respecto a la genuación de ACU de la vigencia 2022, conforme resolucion 0316 del 2018.<br><br>Por otra parte se radicó via email el informe de generación de residuos hospitalarios y similares ante la Secretaria de Salud de Cundinamarca conforme circular departamental 017 correspondiente al segundo semestre del año 2022<br><br>En el mes de enero 2023 se realizó envio al lider del SGA de la matriz de compatibilidad de sustancias Quimicas y hojas de seguridad actualizadas | En el mes de febrero 2023 se adelantaron 3 gestiones con entidades externas:<br><br>1. Se realizó caracterización microbiologica y fisicoquimica del agua tratada que se suministra en el CBA Belmira, la caracterización se realizó por medio de la empresa Unid Salud SAS<br><br>2. En el mes de febrero 2023 se participaron de 2 mesas de trabajo con la ARL para la articulación diseño y operación del Sistema Globalmente Armonizado Res 773/2021<br><br>3. En el mes de febrero 2023 se realizó gestión y consecución del certificado de Huella de Carbono año 2022 por medio de la empresa GreenFuel Colombia. | En el mes de marzo 2023 se adelantaron tres gestiones con empresas externas:<br><br>1. Se cargaron los balances de generación de RESPEL en la plataforma KUNA que administra la CAR, el cual se presenta dentro del tiempo establecido Dec 4745/2005<br><br>2. Se Realizó gestión con la empresa DESCONT SAS para la generación de actas de disposición final de los residuos peligrosos correspondientes al ultimo trimestre<br><br>3. Asistencia Técnica de la ARL SURA con relación al SGA Riesgo Quimico | En el mes de Abril 2023 se adelantaron tres gestiones con empresas externas:<br><br>1. Se realizó Gestión y adquisición en calidad de donación de 250 arboles para jornada de reforestación en el marco de la celebración del dia del árbol, actividad gestionada por medio de la Alcaldía de Fusagasugá y EMSERFUSA SAS ESP.<br><br>2. Se Realizó gestión con la empresa DESCONT SAS para la generación de actas de disposición final de los residuos peligrosos correspondientes al mes de abril, asi mismo solicitud de visita de auditoria externa a las plantas de disposición final y tratamiento de residuos peligrosos.<br><br>3. Para el mes de abril 2023 se realizó gestión con la Alcaldia de Fusagasugá Secretaria de Salud para la actualización del Concepto Higiénico Sanitario del CBA Belmira<br><br>4. En el mes de Abril 2023 se realizó informe RH1 con relación a la generación mensual de residuos sólidos, asi mismo se adelanto gestión por medio de la empresa Green Fuel Colombia para la utilización externa de los procesos de aprovechamiento del ACU generado.<br><br>5. En el mes de Abril 2023 se realizó inspección con enfoque de riesgo quimico al vehiculo transportador de sustancias químicas, de conformidad a lo referido en la Res. 773 del 2021. | En el mes de mayo 2023 se realizó gestión con la empresa TRACOL SAS ESP y la EMPRESA VEOLIA SAS por medio del prestador del servicio de recolección de residuos peligrosos DESCONT SAS ESP con la finalidad de adelantar las auditorias externas a los procesos de disposición final y tratamiento de residuos sólidos.<br><br>En el mes de Mayo 2023, se adelantó gestión con la empresa Fumigaciones 247 para adelantar refuerzo de control de plagas. | En el mes de junio 2023 se realizó Gestión con la empresa SerAmbiental respecto al proceso de ajuste tarifario del servicio de aseo.<br>En el mes de Junio 2023 se adelantó diligenciamiento de los formatos RH1, RHPS, indicadores y consolidado de residuos hospitalarios y similares generados en el primer semestre del año 2023<br>En el mes de Junio 2023 se adelantó gestión con la empresa DESCONT SAS ESP para la revisión del portal de clientes respecto a los manifiestos de generación de RESPEL y liquidación del servicio.<br>En el mes de Junio 2023 se adelantó cierre del registro como pequeño generador de RESPEL ante la Corporación Autonoma Regional de Cundinamarca CAR | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 2 | EFICACIA | Garantizar el Acceso de agua potable para todas las Actividades de Atención Integral a las Personas Mayor | ACCESO DE AGUA POTABLE | 100% | DIARIO | Diseño y Aplicación de Lista de Chequeo del suministro y/o acceso al Agua potable en los puntos hidraulicos del centro. | Numero de puntos hidraulicos verificados que cuentan con acceso agua potable de forma constante | 32 | 32 | 32 | 33 | 33 | 33 |   |
| | | | | | | | Total de puntos hidraulicos definidos en el centro. | 32 | 32 | 32 | 33 | 33 | 33 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | | | ANALISIS/ SIGUIMIENTO | Durante el mes de enero del 2023 se gestionaron de forma oportuna los reportes de mantenimiento correctivo asi mismo se ejecutaron los planes de mantenimiento preventivo locativo<br><br>Dentro de los reportes adelantados se garantizó la prestación oportuna y suministro de agua potable | Para el mes de febrero 2023 se realizó intervención del área de casa de hombres y casa mujeres con relación a la reparación de fugas ocultas en las unidades sanitarias, acciones adelantadas en las inspecciones hidraulicas | Se adelantaron mantenimientos correctivos con ocasión de la identificación de fugas ocultas en casa da hombres y casa central, se valida el acceso y aperatividad del sistema hidrosanitario. | En el mes de Abril se realizó inspección hidraulica de 33 puntos de suministro, en donde se adelantaron reparaciones preventivas y correctivas de conformidad al plan de mantenimiento. | En el mes de mayo se adelantaron reparaciones en el área de casa Madre Teresa, San Jose y Santa Isabel, para tal efecto se inspeccionaron 33 puntos hidraulicos en donde se garantizó el abastecimiento de agua potable para el seervicio. | Para el mes de Junio 2023 se realizó inspección y mantenimiento de 33 puntos hidraulicos en donde se garantizó suministró de agua potable para la prestación del servicio. | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 3 | EFICACIA | Dar cumplimiento al decreto 351 del 2014, referente a la conformación y ejecución de las reuniones del comité G.A.G.A.S | %EJECUCIÓN DE LAS REUNIONES DEL COMITÉ G.A.G.A.S | Realizar el 100% de las Reuniones programadas del Comité G.A.G.A.S. | MENSUAL | Conformación del comité G.A.G.A.S.<br>Programacion de reuniones mensuales<br>Ejecución de las reuniones | N° de Reuniones Realizadas. | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |   |
| | | | | | | | N. de Reuniones programadas | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | | | ANALISIS/SEGUIMIENTO | Se realizó reunion de comité GAGAS el dia 31 de enero del 2023, reunion de área con los auxiliares de mantenimiento el dia 26 de enero del 2023 e igualmente con el área de servicios generales, en donde se realizó socialización del manual de funciones y generalidades del comite GAGAS | Se realizó reunion de comité GAGAS el dia 28 de febrero del 2023, reunion de área con los auxiliares de mantenimiento el dia 23 de febrero del 2023 e igualmente con el área de servicios generales, en donde se realizó seguimiento a los compromisos dejados en la ultima reunion. | Se realizó reunion de comité GAGAS el dia 28 de marzo, asi mismo reunión de área con auxiliares de servicios generales y mantenimiento el dia 23 de marzo, se efectua seguimiento a los compromisos acordados | En el mes de Abel 2023 se realizó comité GAGAS el dia 25, asi mismo se ejecutó reunión de área con servicios generales y mantenimiento el dia 20 de abril. | En el mes de Mayo 2023 se realizó comité GAGAS el dia 30, asi mismo se ejecutó reunión de área con servicios generales y mantenimiento el dia 18 de Mayo 2023. | En el mes de reporte se realizó cierre del comité GAGAS el dia 6 de junio 2023, asi mismo se realizó reunión de área con servicios generales y mantenimiento el dia 6 de junio 2023. | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | #¡DIV/0! | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 4 | EFICIENCIA | Mitigar los Impactos a la salud de las personas y del medio Ambiente a partir de la Adecuada disposición de los residuos Hospitalarios, conforme a la Normatividad vigente | DISPOSICIÓN FINAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS y PELIGROSOS | Disponer Adecuadamente el 100% de los Residuos hospitalarios Generados en el Centro. | MENSUAL | Contratación y entrega de los Residuos a la Empresa DESCONT SA ESP, Empresa autorizada para la Gestión final de residuos Hospitalarios | N. de Kg de Residuos Hospitalarios - Peligrosos Dispuestos Adecuadamente en el mes | 17 | 16 | 16 | 42,3 | 10 | 13,5 |   |
| | | | | | | | N. Total en kg de Residuos hospitalarios - Peligrosos Generados en el mes | 17 | 16 | 16 | 42,3 | 10 | 13,5 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | | | ANALISIS/ SIGUIMIENTO | Se realizó entrega de residuos peligrosos a la empresa DESCONT SAS ESP según manifiesto No. 3306657<br>RESIDUO CANT/ KG<br>BIOSANITARIOS 1 / 6<br>CORTOPUNZANTES 2 / 2.1<br>ENVASES DE<br>FARMACOS 1 / 7<br>ENVASES DE QUIMICOS 1 / 0.1<br>PILAS 1 / 0.2<br>RAEES 1 / 0.1<br>TONNER DE<br>IMPRESORA 1 / 1.5<br>TOTAL Cantidad: 8<br>TOTAL Kilos: 17.00 | Se realizó entrega de residuos peligrosos a la empresa DESCONT SAS ESP según manifiesto No. 3951492<br>RESIDUO CANT/ KG<br>BIOSANITARIOS 1 / 3<br>CORTOPUNZANTES 2 / 2<br>ENVASES DE FARMACOS 3 / 11<br>TOTAL Cantidad: 6<br>TOTAL Kilos: 16.00 | Se realizó entrega de residuos peligrosos a la empresa DESCONT SAS ESP según manifiesto No. 3951492<br>RESIDUO CANT/ KG<br>BIOSANITARIOS 1 / 3<br>CORTOPUNZANTES 2 / 2<br>ENVASES DE<br>FARMACOS 3 / 11<br>TOTAL Cantidad: 6<br>TOTAL Kilos: 16.00 | Se realizó entrega de residuos peligrosos a la empresa DESCONT SAS ESP según manifiesto No. 3952174<br><br>BIOSANITARIOS 4 / 20<br>CONTENEDORES<br>PRESURIZADOS 1 / 3<br>CORTOPUNZANTES 2 / 2<br>ENVASES DE FARMACOS 3 / 15<br>ENVASES DE QUIMICOS 1 / 0.3<br>TONNER DE IMPRESORA 1 / 2<br>TOTAL Cantidad: 12<br>TOTAL Kilos: 42.30 | Se realizó entrega de residuos peligrosos a la empresa DESCONT SAS ESP según manifiesto No. 3952574<br><br>RESIDUO CANT/<br>KGBIOSANITARIOS 1 / 3<br>CONTENEDORES<br>PRESURIZADOS 1 / 1<br>ENVASES DE FARMACOS 1 / 6<br>TOTAL Cantidad: 3<br>TOTAL Kilos: 10.00 | Se realizó entrega de residuos peligrosos a la empresa DESCONT SAS ESP según manifiesto No. 4033677 y 4033676<br><br>RESIDUO CANT/KG<br>BIOSANITARIOS 1 / 4<br>CORTOPUNZANTES 2 / 2<br>ENVASES DE<br>FARMACOS 3 / 6<br>TONNER DE<br>IMPRESORA 1 / 1<br>PILAS 1 / 0.5<br>TOTAL Cantidad: 8<br>TOTAL Kilos: 13.50 | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 5 | IMPACTO | Sensibilizar a los funcionarios y contratistas acerca de las Políticas Ambientales y lineamientos del Plan Institucional de Gestión Ambiental PIGA | PROMOCION DE PRACTICAS AMBIENTALES | 100% de las actividades programadas | MENSUAL | Vincular a los funcionarios y personas mayores en actividades ludico recreativas de promocion de las buenas practicas ambientales | Numero de Actividades desarrolladas | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |   |
| | | | | | | | Total de Actividades Ejecutadas | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | #¡DIV/0! | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | | | ANALISIS/ SIGUIMIENTO | Para el mes de enero 2023 se realizó la programación de actividades de sensibilización ambiental dirigidas a personas mayores, se proyecta iniciar en el mes de febrero 2023 de conformidad al cronograma propuesto. | En el mes de febrero 2023 se ejecutó una actividad de sensibilización ambiental con las personas mayores denominada "Importancia del Autocuidado y lavado de manos" | Se realiza campaña de sensibilización sobre dia del agua por medio del programa radial Ambientado tu dia en coordinación con la Corporación Autonoma Regional de Cundinamarca, CAR | En el mes de abril 2023 se realizó celebración del dia del árbol en donde se adelantó una actividad de compensación ambiental con la siembra de 430 duiantas de cerca, actividad ejecutada con personas mayores y funcionarios | En el mes de Mayo 2023 se realizó actividad de sensibilización por medio de la emisora institucional con el tema de Plan Institucional de Gestión Ambiental Uso eficiente y ahorro de la energía y agua | En el mes de Junio 2023 se realizó actividad de sensibilización por medio de la emisora institucional con el tema Celebración Dia Mundial del Medio Ambiente. | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 6 | EFECTIVIDAD | Mejorar la prestación de los servicios de atencion integral en funcion de la minimizacion de riesgos ambientales y sanitarios a partir de la capacitacion continua a los colaboradores del centro. | EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE CAPACITACION CONTINUA | Realizar al 100% de las capacitaciones programadas desde el área de gestión ambiental | Mensual | Diseñar el cronograma de capacitaciones del Area<br><br>Diseñar y brindar al personal del centro las capacitaciones en temas inherentes a la gestión ambiental. | Numero de capacitaciones ejecutadas | 1 | 2 | 2 | 3 | 3 | 0 |   |
| | | | | | | | Numero de capacitaciones programadas | 1 | 2 | 2 | 3 | 3 | 0 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | #¡DIV/0! | |
| | | | | | | | ANALISIS/ SIGUIMIENTO | En el mes de enero 2023 se realizó capacitación al talento humano sobre: Induccion al PGRH, Organizagrama y funciones del comite GAGAS el dia 26 de enero del 2023 | En el mes de febrero 2023 se ejecutaron dos capacitaciones dirigidas al talento humano:<br><br>1. Protocolo de Bioseguridad febrero 16<br><br>2. Plan de Gestión Integral de Residuos Hospitalarios y Similares el dia 23 de febrero | En el mes de Marzo 2023 se ejecutaron dos capacitaciones dirigidas al talento humano:<br><br>Socialización Sistema GlobalmenteArmonizado (Matriz de incompatibilidad de sustancias quimicas/ almacenamiento seguro de sustancias quimicas y rotulación de productos quimicos<br><br>Legislación ambiental y sanitaria vigente (adopción de resolución PGIRP). | En el mes de Abril 2023 se realizaron las siguientes capacitaciones al talento humano:<br><br>Socialización del componente interno del PGIRP.<br><br>Socialización del componente externo del PGIRP.<br><br>Gestión del Riesgo Quimico y Biologico en el manejo de residuos peligrosos (Capacitación externa gestionada con la empresa DESCONT SAS ESP) Capacitación Certificada. | En el mes de Mayo 2023 se realizaron las siguientes capacitaciones al talento humano:<br><br>Procedimientos de Limpieza y Desinfección<br><br>Manual de Bioseguridad<br><br>Socialiazción Protocolo de Higienización de la Ropa de las Personas Mayores | A corte del 15 de Junio 2023 no se adelantaron capacitaciones dirigidas al talento humano. | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | #¡DIV/0! | |

J.H.S.
INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA

PROCESO

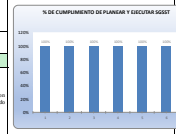
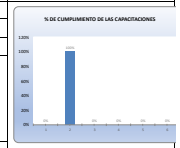
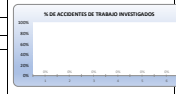
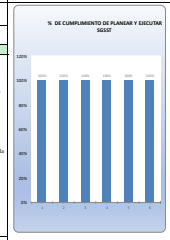
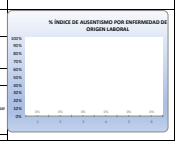
CENTRO BIENESTAR DEL ANCIANO BELMIRA

INFORME DE GESTION VIGENCIA 01 DE ENERO AL 15 JUNIO DEL 2023

GESTION DE CALIDAD

CODIGO: FT-GC-011
VERSION: 001
FECHA: 27/01/2018

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION DEL AREA DE SG-SST

| NO. | TIPO | OBJETIVO | NOMBRE DEL INDICADOR | META | FREC | ESTRATEGIA | FORMULA DEL INDICADOR | ENE. | FEB. | MAR. | ABR. | MAY. | JUN. | GRAFICO DEL INDICADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | PLANEAR EJECUTAR EL SISTEMA E GESTION SST DE LA SEDE FRENTE A LOS REQUERIMIENTOS DEL DECRETO 1072 DEL 2015 | % DE CUMPLIMIENTO DE PLANEAR Y EJECUTAR SGSST | 100% | Mensual | ELABORAR PLAN DE TRABAJO CON LAS ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENSION | NÚMERO DE DOCUMENTOS PROPIOS DEL SISTEMA ACTUALIZADOS. | 5 | 4 | 5 | 2 | 4 | 3 |  |
| | | | | | | | NUMERO DE DOCUMENTOS REQUERIDOS EN EL SISTEMA | 5 | 4 | 5 | 2 | 4 | 3 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | | | ANALISIS/ SIGUIMIENTO | Para el mes de enero se evidencia cumplimiento en la meta establecida, ya que se cuenta con los registros de la revisión y actualización de los documentos: 1.Plan de trabajo con ARL SURA 2.Diseñar Plan de Trabajo Anual del SG-SST 3.Verificar la autenticidad del pago de seguridad social de los contratistas 4.Asignar los recursos para el funcionamiento del SG-SST 5.Rendición de cuentas | Para el mes de febrero se evidencia cumplimiento en la meta establecida, ya que se cuenta con la revisión y actualización de los documentos propios del SG-SST: 1.Programa de vigilancia epidemiológico (PVE) riesgo Psicosocial, del SGA y PESV 2.Cronograma y listado asistencia como soporte de la continuidad de las Pausas activas. 3.Informe mensual de indicadores 4.Evaluación del entendimiento de la documentación soporte del SG-SST dentro de la Inducción | Para el mes de marzo se evidencia cumplimiento en la meta establecida, ya que se cuenta con la revisión y actualización de los documentos propios del SG-SST: 1. Matriz de elementos de protección 2. Seguimiento Programa de vigilancia epidemiológico (PVE) riesgo Psicosocial, del SGA y PESV 3.Cronograma y listado asistencia como soporte de la continuidad de las Pausas activas 4.Informe mensual de indicadores 5.Evaluación del entendimiento de la documentación soporte del SG-SST dentro de la Inducción | Para el mes de abril se evidencia cumplimiento en la meta establecida, ya que se cuenta con la revisión y actualización de los documentos propios del SG-SST: 1.Cronograma y listado asistencia como soporte de la continuidad de las Pausas activas. 2.Informe mensual de indicadores. | "Para el mes de mayo se evidencia cumplimiento en la meta establecida, ya que se cuenta con la revisión y actualización de los documentos propios del SG-SST: 1.Revisión y actualización del documento Procedimiento para la Identificación de Requisitos Legales y la matriz legal. 2.Revisión del documento y la matriz de identificación de peligros y riesgos. 3.Cronograma y listado asistencia como soporte de la continuidad de las Pausas activas. 4.Informe mensual de indicadores." | Del 1 al 15 de junio se evidencia cumplimiento en la meta establecida, ya que se cuenta con la revisión y actualización de los documentos propios del SG-SST: 1.Cronograma y listado asistencia como soporte de la continuidad de las Pausas activas. 2.Informe mensual de indicadores. 3.Definir, identificar, documentar y realizar seguimiento acciones correctivas y preventivas para el mejoramiento del sistema | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 2 | | LIDERAR LAS REUNIONES DE LOS COMITES CREADOS DANDO CUMPLIMIENTO AL SG SST | % Reuniones asistidas | 100% | Mensual | ELABORAR CRONOGRAMA DE REUNIONES CON TEMAS ACTIVIDADES Y FECHAS | NUMERO DE REUNIONES ASISTIDAS EN EL MES | 3 | 4 | 2 | 3 | 1 | 1 |  |
| | | | | | | | NUMERO DE REUNIONES PROGRAMADAS EN EL MES | 3 | 4 | 2 | 3 | 1 | 1 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | | | ANALISIS/ SIGUIMIENTO | Para el mes de enero se evidencia cumplimiento en la meta establecida, ya que se realiza reuniones con los comités según cronograma establecido: 1.COPASST, se realizó la reunión mensual con el tema fechas y actividades mensuales. 2.Comité de Convivencia Laboral, se realizó la reunión trimestral con el tema principio de confidencialidad, según cronograma anual. 3.Comité de Investigación de Incidentes y Accidentes de Trabajo, no se realiza reunión por AT ya que no se presentaron, ni se presentaron incidentes de trabajo. 4.Comité Brigadas de Emergencias, se realizó la reunión conformación Brigada, según cronograma establecido. | Para el mes de febrero se evidencia cumplimiento en la meta establecida, ya que se realiza reuniones con los comités según cronograma establecido: 1. COPASST, se realizó la reunión mensual con el tema de la accidentalidad presentada alta vencida, capacitación factores que ocasionan incidentes y accidentes de trabajo (condiciones y actos inseguros) , entrega y socialización de la lista de chequeo de las Inspecciones de seguridad Locativa y de EPP 2.Comité de Convivencia Laboral, no se realizó reunión ya que no se presentaron casos y según cronograma anual. 3.Comité de Investigación de Incidentes y Accidentes de Trabajo, no se realiza reunión ya que no se presentaron incidentes, ni accidentes de trabajo. 4.Comité Brigadas de Emergencias, se realiza acta de actualización de la brigada junto con la inspección de seguridad a Bariquiros, según cronograma establecido. | Para el mes de marzo se evidencia cumplimiento en la meta establecida, ya que se realiza reuniones con los comités según cronograma establecido: 1. COPASST, se realizó la reunión mensual con el tema de la accidentalidad presentada alta vencida, Capacitacion factores que ocasionan Enfermedades Laborales e Inspecciones de Seguridad , entrega y socialización de la lista de chequeo de las Inspecciones de seguridad de Orden y Aseo y de Sanitarias Químicas 2.Comité de Convivencia Laboral, no se realizó reunión ya que no se presentaron casos y según cronograma anual. 3.Comité de Investigación de Incidentes y Accidentes de Trabajo, no se realiza reunión ya que no se presentaron incidentes, ni accidentes de trabajo. 4.Comité Brigadas de Emergencias, se realiza la inspección de seguridad a extinsores, según cronograma establecido. | Para el mes de abril se evidencia cumplimiento en la meta establecida, ya que se realiza reuniones con los comités según cronograma establecido: 1.COPASST, se realizó la reunión mensual con el tema actualización de las disposiciones legales en SST, entrega y socialización de la lista de chequeo de la Inspección de seguridad de Herramientas y Equipos. 2.Comité de Convivencia Laboral, se realizó la reunión trimestral con el tema de prevención actuación frente al acoso laboral y desarrollo de capacidades en los integrantes del comité, según cronograma anual. 3.Comité de Investigación de Incidentes y Accidentes de Trabajo, no se realiza reunión ya que no se presentaron incidentes, ni accidentes de trabajo. 4.Comité Brigadas de Emergencias, se realiza la inspección de seguridad a señalización y rutas evacuación, según cronograma establecido. | Para el mes de mayo se realiza la capacitación para todos los trabajadores con los temas de Identificación de Peligros, evaluación y valoración de los riesgos y el tema Programa de Orden y Aseo, según cronograma de capacitación del SG-SST a, según cronograma de capacitación del SG-SST. | Del 1 al 15 de junio se evidencia cumplimiento en la meta establecida, ya que se realiza reuniones con los comités según cronograma establecido: 1.COPASST, se aplaza proceso de selección para el nuevo comité periodo junio 2023 a junio 2025, debido al cambio de operador para el CBA a partir del 16 de junio del año en curso. 2.Comité de Convivencia Laboral, se aplaza proceso de selección para el nuevo comité periodo junio 2023 a junio 2025, debido al cambio de operador para el CBA a partir del 16 de junio del año en curso. 3.Comité de Investigación de Incidentes y Accidentes de Trabajo no se realiza reunión ya que no se presentaron accidentes ni incidentes de trabajo. 4.Comité Brigadas de Emergencias, se realiza la inspección de seguridad a extinsores, según cronograma establecido. | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 3 | Eficacia | EJECUTAR EL PROGRAMA DE CAPACITACION EN SGSST A TODO EL PERSONAL DE LA SEDE | % DE CUMPLIMIENTO DE LAS CAPACITACIONES | 100% | A NECESIDAD | PLANEAR DIVULGAR Y ORGANIZAR CADA CAPACITACION CON TIEMPO | NUMERO DE CAPACITACIONES REALIZADAS EN EL MES | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | N.A |  |
| | | | | | | | NUMERO DE CAPACITACIONES PROGRAMADAS | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | N.A | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | #¡DIV/0! | 100% | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡VALOR! | |
| | | | | | | | ANALISIS/SIGUIMIENTO | No se proyectaron durante el mes | Para el mes de febrero se realiza la Inducción de los trabajadores y contratistas del SG-SST , segùn cronograma de capacitación del SG-SST . | No se realizaron durante el mes de marzo | No se realizaron durante el mes de Abril | No se realizaron durante el mes de Mayo | N.A | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡VALOR! | |
| 4 | | PORCENTAJE DE INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO | % DE ACCIDENTES DE TRABAJO INVESTIGADOS | 100% | A NECESIDAD | INVESTIGAR CADA FURAT REGISTRADO. | NUMERO DE INCIDENTES DE TRABAJO INVESTIGADOS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |
| | | | | | | | NUMERO TOTAL INCIDENTES DE TRABAJO REPORTADOS | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | |
| | | | | | | | ANALISIS/SIGUIMIENTO | No se presentaron en el mes | No se presentaron en el mes | No se presentaron en el mes | No se presentaron en el mes | No se presentaron en el mes | No se presentaron en el mes | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | |
| 5 | | EJECUTAR EL PLAN DE TRABAJO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISTOS ESTABLECIDOS EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | ÍNDICE DE ACCIDENTALIDAD | 5% | Mensual | INGRESAR LA INFORMACION DE LAS ESTADISTICAS MES A MES,INCENTIVAR EL REPORTE DE LOS ACCIDENTES DE TRBAJO | NUMERO DE ACCIDENTES DE TRABAJO EN EL PERIODO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |
| | | | | | | | NUMERO TOTAL TRABAJADORES EN EL PERIODO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | |
| | | | | | | | ANALISIS/ SIGUIMIENTO | No se presentaron durante el mes | No se presentaron durante el mes | No se presentaron durante el mes | No se presentaron durante el mes | No se presentaron durante el mes | No se presentaron durante el mes | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | REQUIERE | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | |
| 6 | | EJECUTAR EL PLAN DE TRABAJO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISTOS ESTABLECIDOS EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | % DE CASOS DE ENFERMEDAD LABORAL | 25 | Semestral | LLEVAR A CABO LAS INVESTIGACIONES DE CADA ACCIDENTE DE TRABAJO PRESENTADO. | NUMERO DE CASOS DE ENFERMEDAD LABORAL PRESENTADOS EN EL PERIODO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |
| | | | | | | | NNUMERO TOTAL DE TRABAJADORES EN EL PERIODO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | |
| | | | | | | | ANALISIS/SIGUIMIENTO | Para el mes de enero se evidencia que el porcentaje de casos por Enfermedad Laboral es del 0% ya que no se presentaron casos. | Para el mes de febrero se evidencia que el porcentaje de casos por Enfermedad Laboral es del 0% ya que no se presentaron casos. | Para el mes de marzo se evidencia que el porcentaje de casos por Enfermedad Laboral es del 0% ya que no se presentaron casos. | Para el mes de abril se evidencia que el porcentaje de casos por Enfermedad Laboral es del 0% ya que no se presentaron casos. | Para el mes de mayo se evidencia que el porcentaje de casos por Enfermedad Laboral es del 0% ya que no se presentaron casos. | Para el mes de junio se evidencia que el porcentaje de casos por Enfermedad Laboral es del 0% ya que no se presentaron casos. | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | |
| 7 | PROCESO | PLANEAR EJECUTAR EL SISTEMA E GESTION SST DE LA SEDE FRENTE A LOS REQUERIMIENTOS DEL DECRETO 1072 DEL 2015 | % DE CUMPLIMIENTO DE PLANEAR Y EJECUTAR SGSST | 95% | MENSUAL | ELABORAR PLAN DE TRABAJO CON LAS ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENSION | NUMERO DE ACTIVIDADES EJECUTADAS | 1 | 3 | 5 | 5 | 6 | 11 |  |
| | | | | | | | NUMERO DE ACTIVIDADES PLANTEADAS | 1 | 3 | 5 | 5 | 6 | 11 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | | | ANALISIS/SIGUIMIENTO | Para el mes de enero se continúa con el ingreso del ausentismo laboral de cada mes. | Para el mes de febreros se evidencia cumplimiento en la meta establecida: 1.Revisión de los soportes de los exámenes médicos ocupacionales presentados 2.Ingreso del ausentismo laboral de cada mes. 3.Inspecciones de Seguridad Locativa y de EPP | Para el mes de marzo se evidencia cumplimiento en la meta establecida: 1.Revisión de los soportes de los exámenes médicos ocupacionales presentados 2.Ingreso del ausentismo laboral de cada mes. 3.Inspecciones de Seguridad de Orden y Aseo y de Sanitarias Químicas 5. Se continua con la Inducción en SST de los nuevos trabajadores. | Para el mes de abril se evidencia cumplimiento en la meta establecida: 1.Divulgación por medio de la cartelera virtual de las Políticas, Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial y los objetivos del SG-SST 2.Revisión de los soportes de los exámenes médicos ocupacionales presentados 3.Ingreso del ausentismo laboral de cada mes. 4.Inspecciones de Seguridad de Herramientas y Equipos. 5.Se continua con la Inducción en SST de los nuevos trabajadores. | Para el mes de mayo se evidencia cumplimiento en la meta establecida: 1.Realizar seguimiento semestral a la afiliación a la seguridad social del personal, especialmente la cotización a ARL de acuerdo al nivel de riesgo. 2.Revisar la ejecución del Programa de vigilancia epidemiológico (PVE) riesgo Psicosocial, del SGA y PESV. 3.Revisión de los soportes de los exámenes médicos ocupacionales presentados. 4.Ingreso del ausentismo laboral de cada mes. 5.Inspecciones de Seguridad de vehículos. 6.Se continua con la Inducción en SST de los nuevos trabajadores. | Del 1 al 15 de junio se evidencia cumplimiento en la meta establecida: 1.Realizar seguimiento a la afiliación a la seguridad social del personal, especialmente la cotización a ARL de acuerdo al nivel de riesgo. 2.Realizar seguimiento al formato acciones de mejora de los accidentes de trabajo presentados. 3.Revisar la socialización de lecciones aprendidas producto de las investigaciones de accidentes de trabajo. 4.Informe de las acciones correctivas y preventivas producto de la revisión o recomendaciones realizadas por ARL, EPS o entes de control. 5.Verificar en el sitio web de la ARL el histórico de accidentes laborales reportados desde la afiliación de la empresa 6.Reportar, registrar, caracterizar, investigar y analizar la accidentalidad y enfermedades laborales que se presenta. 7.Registrar, caracterizar y analizar el ausentismo laboral por incapacidades y licencias. 8.Revisión de los soportes de los exámenes médicos ocupacionales presentados. 9.Ingreso del ausentismo laboral de cada mes. 10.Inspecciones de Seguridad de extinsores. 11.Se continua con la Inducción en SST de los nuevos trabajadores. | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 8 | IMPACTO | EJECUTAR EL PLAN DE TRABAJO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISTOS ESTABLECIDOS EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | % ÍNDICE DE AUSENTISMO POR ENFERMEDAD DE ORIGEN LABORAL | 95% | MENSUAL | INGRESAR LA INFORMACION DE LAS ESTADISTICAS MES A MES | NÚMERO DE DÍAS DE AUSENCIA POR ENFERMEDAD DE ORIGEN LABORAL | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |
| | | | | | | | NNUMERO TOTAL DE TRABAJADORES EN EL PERIODO | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | | | | | | | CUMPLIMIENTO | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | |
| | | | | | | | ANALISIS/SIGUIMIENTO | Para el mes de enero se evidencia que el indice de ausentismo por accidentes de trabajo es del 0%, ya que no se presentaron dias de incapacidad por ausencia de accidentes de trabajo en el mes. | Para el mes de febrero se evidencia que el indice de dias perdidos por lesión es de 0%, ya que no se reportaron dias de incapacidad, ni reportes de FURAT a la ARL. | Para el mes de marzose evidencia que el indice de dias perdidos por lesión es de 0%, ya que no se reportaron dias de incapacidad, ni reportes de FURAT a la ARL. | Para el mes de abril se evidencia que el indice de dias perdidos por lesión es de 0%, ya que no se reportaron dias de incapacidad, ni reportes de FURAT a la ARL. | Para el mes de mayo se evidencia que el indice de dias perdidos por lesión es de 0%, ya que no se reportaron dias de incapacidad, ni reportes de FURAT a la ARL. | Para el mes de junio se evidencia que el indice de dias perdidos por lesión es de 0%, ya que no se reportaron dias de incapacidad, ni reportes de FURAT a la ARL. | |
| | | | | | | | PLAN DE MEJORA | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | |

J.H.S.
INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA

PROCESO

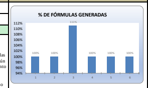
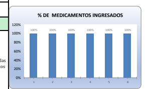
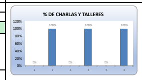
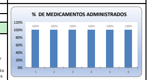
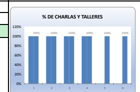
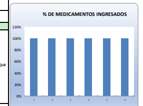
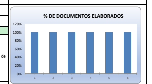
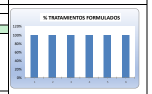
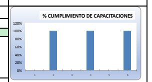
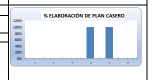
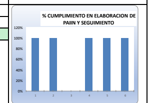
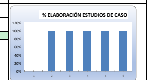
CENTRO BIENESTAR DEL ANCIANO BELMIRA

INFORME DE GESTION VIGENCIA 01 DE ENERO AL 15 JUNIO DEL 2023

GESTION DE CALIDAD

CODIGO:FT-GC-011
VERSION:001
FECHA: 27/01/2018

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION DEL AREA DE REGENCIA FARMACIA

| CANTIDAD | TIPO | OBJETIVO | NOMBRE DEL INDICADOR | ESTRATEGIA | FORMULA DEL INDICADOR | ENE. | FEB. | MAR. | ABR. | MAY. | JUN. | GRAFICO DEL INDICADOR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | EFICACIA | Adquisición, custodia y conservación óptima de los medicamentos, Y la Gestion ante la EPS la entrega de medicamentos; para que se dé cumplimiento con el tiempo estipulado por la Normatividad vigente | % de fórmulas generadas | verificacion de los medicamentos ordenados por el medico tratante frente a lo entregado por la eps, esto con el fin de asegurar la entrada del medicamento a la institución, paraa suplir las necesidades de 100 % de la población. | Numero de formulas generadas | 125 | 145 | 152 | 138 | 153 | 110 |  |
| | | | | | Numero de formulas entregadas | 125 | 145 | 152 | 138 | 153 | 110 | |
| | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 111% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | ANALISIS/ SIGUIMIENTO | se realizó revisión de las fórmulas generadas por medicina general, crónicos, psiquiatría, de los tratamientos ordenados organiza según 1°,2°y 3° entregas según corresponda de cada orden medica: cápita, evento o mipres, junto con acta de entrega para los Dispensarios contratados por cada EPS, logrando reclamar las ordenes correspondientes al mes de enero con algunos pendientes en moléculas cápita que se realiza seguimiento oportuno. | se realizó revisión de las fórmulas generadas por medicina general, crónicos, psiquiatría, de los tratamientos ordenados organiza según 1°,2°y 3° entregas. según corresponda de cada orden medica: cápita, evento o mipres, junto con acta de entrega para los Dispensarios contratados por cada EPS, permitiendo que se reclamen en su totalidad lo correspondiente a primeras entregas, quedando algunas moleculas pendientes por parte de la EPS, lo cul esta en seguimiento | se realizó revisión de las fórmulas generadas por medicina general, crónicos, psiquiatría, de los tratamientos ordenados organiza según 1°,2°y 3° entregas. según corresponda de cada orden medica: cápita, evento o mipres, junto con acta de entrega para los Dispensarios contratados por cada EPS, Nueva EPS, Famisanar; Sanitas, ecoopsos, Compensar,Salud Total. permitiendo que se reclamen en su totalidad lo correspondiente las entregas, entregas, quedando un pendiente por parte de la EPS, la cual envian con domiciliario al CBA Belmira. | Para el mes de Abril se organizaron ordenes medicas de medicina general, brigadas crónicos, psiquiatría, programa latir, y las diferentes especialidades oftalmología, ortopedia y demás según el requerimiento para cada persona mayor, se sacan copias según entregas correspondientes, se realiza acta y con apoyo de enfermería se radican en los dispensarios según EPS asignada a cada usuario: FAMISANAR, NUEVA EPS, SANITAS, SALUD TOTAL, COMPENSAR Para su respectiva adquisición de tratamientos farmacológicos. Sin novedad a la fecha, | Para el mes de Mayo se realizó revisión de las fórmulas generadas por medicina general, crónicos, psiquiatría, de los tratamientos ordenados organiza según 1°,2°y 3° entregas. según corresponda de cada orden medica: cápita, evento o mipres, junto con acta de entrega para los Dispensarios contratados por cada EPS, Nueva EPS, Famisanar; Sanitas, ecoopsos, Compensar,Salud Total. permitiendo que se reclamen en su totalidad lo correspondiente las entregas, entregas, quedando pendiente las autorizaciones para la sitagliptina + metformina 50/1000mg y eritropoyetina 2000 ui por parte de la EPS. | Para este periodo de 15 dias del mes de junio se realizó revisión de las fórmulas generadas por medicina general, crónicos, psiquiatría, de los tratamientos ordenados organiza según 1°,2°y 3° entregas. según corresponda de cada orden medica: cápita, evento o mipres, junto con acta de entrega para los Dispensarios contratados por cada EPS, Nueva EPS, Famisanar; Sanitas, ecoopsos, Compensar,Salud Total. dejando radicado con acta de entrega en FAMISANAR y NUEVA EPS, listos para reclamar tan pronto el dispensario informe al centro. y ordenes medicas del la ultima brigada organizadas en sus 3 entregas. | |
| | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 2 | EFICACIA | Revisar que se encuentre semaforizados el 100% de los medicamentos que se encuentran en el punto farmacéutico, teniendo en cuenta procedimiento de semaforización con que se cuenta en Procedimientos numeral 3 Conservación y almacenamiento de medicamentos esto con el fin de realizar una correcta distribución de medicamentos teniendo en cuenta el metodo PEPS ( primeras en entrar primeras en salir)y el el punto se debe de realiar acta de destruccion esto para tener control en las existencias que se manejan en la institucion. | % de medicamentos ingresados | actualizacion de la planilla de semaforizacion del mes con los medicamentos almacenados y los que la eps entrega cada mes de la cuales arrojarón como resultado el listado de los medicamentos proximos a vencer generando la alerta para su respectiva rotacion.Este listado se da a conocer al medico institucional para lograr su respectiva rotacion. | Total de medicamentos ingresados | 182 | 185 | 188 | 148 | 170 | 98 |  |
| | | | | | Total de medicamentos semaforizados | 182 | 185 | 188 | 148 | 170 | 98 | |
| | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | ANALISIS/ SIGUIMIENTO | Para este mes el 100% de los medicamentos reclamados en las eps asignada, fueron semaforizados y marcados con fechas de vencimiento para mejor manejo al momento de dispensarlos teniendo en cuenta el método (peps) y sus fechas de vencimiento, las moléculas que por su cantidad y pronta fecha de vencimiento se hace donación o canje con otros hogares para lograr el aprovechamiento de la molécula sin afectar el tratamiento farmacológico de los adultos mayores del CBA Belmira | en este momento todas las moleculas que se an reclamado con la eps se encuentran recepcionadas semaforizadas y almacenadas en el stock de medicamentos y se tienen organizadas las correspondientes a segundas y terceras entregas con fechas establecidas para su radicacion para el siguiente mes | para este mes el 100% de los medicamentos que se an adquirido por EPS, an sido resepcionados semaforizados, marcados con fechas de vencimiento para mejor rotacion metodo PEPS, de igual manera se identificaron los medicamentos LASA con cinta naranja y estrecho margen terapeutico con azul. con la finalidad de garantizar la adecuada administracion. | En este momento se tiene la recepción, semaforizado, y almacenado la totalidad de los medicamentos adquiridos por las EPS. También se encuentran señalizados con cinta naranja los medicamentos LASA y con naranja los medicamentos de estrecho margen terapéutico. Garantizando una mejor administración por parte de los auxiliares de enfermería y evitar un posible evento adverso. | para el mes de mayo se tienen resepcionadas, semaforizadas y almacenadas la totalidad de las moleculas reclamadas en la EPS, se dejan señalizados los medicamentos LASA y estrecho margen terapeutico según indicacion para garantizar la adecuada dispensacion y administracion de los medicamentos. | para este periodo de 15 dias de junio se tienen resepcionadas, semaforizadas y almacenadas la totalidad de las moleculas reclamadas en la EPS, se dejan señalizados los medicamentos LASA y estrecho margen terapeutico según indicacion para garantizar la adecuada dispensacion y administracion de los medicamentos. | |
| | | | | | PLAN DE MEJORA | #¡DIV/0! | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 3 | EFICACIA | Brindar consejo acerca de: uso del medicamento, forma de aplicación u horario de ingesta, conservación adecuada del medicamento, hábitos higiénico-sanitarios que deben acompañar al tratamiento, comprensión y cumplimiento de la pauta terapéutica. | % de charlas y talleres | capacitar al personal y usuarios frecuentemente para crear habitos para una correcta administracion y aceptacion de los tratamientos farmacologicos | N de charlas y talleres realizados | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 |  |
| | | | | | Total de actividades programadas | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | |
| | | | | | CUMPLIMIENTO | #¡DIV/0! | 100% | #¡DIV/0! | 100% | NO REQUIERE | 100% | |
| | | | | | ANALISIS/ SEGUIMIENTO | para este mes no se programaron capacitaciones por temas administrativo, de ingresos y apertura de año | para este mes se realizo la capscitacion del programa de farmacovogilancia. Por el drive establecido, se realizo acta y listado de asistencia | para el mes de marzo se realizo la capacitacion al personal de talento humano, tema: programa de tecnovigilancia, de manera virtual, constancia de ello queda acta en AZ | para el med de Abril se realizo la capacitacion continua al personal de talento humano sobre el programa de NO reuso de dispositivos medicos. Con acta en AZ | para el mes de Mayo se realizo la capacitacion al personal de talento humano del centro bienestar del anciano Belmira sobre el programa de seguridad de la persona mayor, el paquete instruccional #7, administracion segura de medicamentos. Se deja acta en AZ correspondiente | segun cronograma aun no se tenia programado capacitacion al talento humano | |
| | | | | | PLAN DE MEJORA | #¡DIV/0! | NO REQUIERE | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 4 | EFICACIA | Participar en actividades de fármaco vigilancia y seguimiento fármaco terapéutico en el área de la salud, para asegurar y garantizar el uso adecuado de los medicamentos. | % de medicamentos administrados | realizar seguimiento al 100% de los tratamientos formulados y administrados a cada persona mayor, verificando los errores cometidos y registrando los eventos adversos que puedan surgir | Total de medicamentos administrados | 102 | 108 | 112 | 115 | 125 | 112 |  |
| | | | | | Total de medicamentos requeridos | 102 | 108 | 112 | 115 | 125 | 112 | |
| | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | ANALISIS/SEGUIMIENTO | Se realiza consecución a las valoraciones que tienen las personas mayores en brigadas de salud medico general, psiquiatría y urgencias para dar cumplimiento a los tratamientos, iniciar cambios de dosis y frecuencia y/o suspender moléculas si así lo requiere la orden, esto con el apoyo de jefe enfermeria y psicología, realización de cambio en notas de enfermeria, Kardex en carros de medicamentos y evoluciones de psicología, con la finalidad de una buena comunicación por valoración médica. | para este mes se realiza consecución a las valoraciones que tienen las personas mayores en brigadas de salud medico general, psiquiatría y urgencias para dar cumplimiento a los tratamientos, iniciar cambios de dosis y frecuencia y/o suspender moléculas si así lo requiere la orden, esto con el apoyo de jefe enfermeria y psicología, realización de cambio en notas de enfermeria, Kardex en carros de medicamentos y evoluciones de psicología, con la finalidad de una buena comunicación por valoración médica | en el mes de marzo se realiza la concecucion de ordenes medicas de las diferentes especialidades, medicina general, medicina familiar, programa latir, psiquiatria y demas, posterior a este proceso se realiza los cambios pertinentes en los archivos en excel de cargue de carros de medicamentos, perfil farmacologico, y kardex de los usuarios | para el mes de abril se realiza continuo seguimiento a los reportes que entrega enfermería luego de las citas médicas para garantizar cambios en dosis y/o frecuencia, suspensión de medicamentos en las diferentes especialidades y para los de psiquiatría con apoyo de psicología se verifica los cambios en los tratamientos. que permita supervisión y seguimiento en tratamientos farmacológicos. | para el mes de mayo se realiza seguimiento a los programas de farmacovigilancia y tecnovigilancia garantizando la adecuada administracion de los medicamentos de control especial y los medicamentos capitalizados en el plan obligatorio en salud, mediante rondas de seguridad y la lista de chequeo. verificando cambios en los tratamientos farmacologicos. | para este periodo de 15 dias del mes de junio se realiza seguimiento a los programas de farmacovigilancia y tecnovigilancia garantizando la adecuada administracion de los medicamentos de control especial y los medicamentos capitalizados en el plan obligatorio en salud, mediante rondas de seguridad y la lista de chequeo. verificando cambios en los tratamientos farmacologicos. | |
| | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 5 | EFICACIA | Promoción del uso racional del medicamento. | Porcentaje de charlas mensuales. | se trabaja con el 100% de usuarios funcionales, con el personal de enfermeria, capacitandolos frente al manejo de los medicamentos que se les administra, adarandole dudas y haciendolos parte del programa de seguridad de la persona mayor,creandoles conciencia del porque no se deben autoformular y de esta manera mitigar las interracciones farmacologicas. | N de usuarios con tratamientos farmacologicos | 78 | 77 | 77 | 74 | 74 | 75 |  |
| | | | | | Total de la población | 78 | 77 | 77 | 74 | 74 | 75 | |
| | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | ANALISIS/ SEGUIMIENTO | para este mes no se realizaron capacitaciones por apertura de año, pero se evidencia control de conteos en carros de medicamentos y seguimiento a los tratamientos farmacológicos. | para este mes se ralizo la capacitacion dando a conocer el programa de farmacovigilancia a los funcionarios del CBA belmira on su pos tes y aderencia se deja acta y asistencia | para el mes de marzo se realizo la capacitacion al personal de talento humano, tema: programa de tecnovigilancia, de manera virtual, constancia de ello queda acta en AZ | para el mes de abril se realizó la capacitación al personal de talento humano, tema: programa de NO reúso de dispositivos médicos , de manera virtual, constancia de ello queda acta en AZ | para el mes de mayo se realiza la capacitacion a todo el personal, dando a conocer el programa de seguridad de la persona mayor, paquete instruccional # 7 administracion segura de medicamentos, con su pre tes y pos tes. Se deja acta en AZ. | no se realiza capacitacion al talento humano, segun cronograma aun no dispuesto hasta la fecha | |
| | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 6 | EFICACIA | Vigilar la ejecución de órdenes médicas provenientes del médico tratante con la participación de los demás profesionales. | % de medicamentos ingresados | realizar conteos al 100% de los medicamentos almacenados en el servicio, con el proposito de no tener sobrantes ni faltantes en stock de medicamentos | N de medicamentos ingresados | 182 | 185 | 174 | 125 | 110 | 98 |  |
| | | | | | N de medicamentso egresados | 182 | 185 | 174 | 125 | 110 | 98 | |
| | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | ANALISIS/SEGUIMIENTO | Se realizo verificación de los medicamentos ordenados por medicina general crónicos y especialidades frente a lo entregado por la eps, esto con el fin de asegurar la entrada del medicamento a la institución, para suplir las necesidades de 100 % de la población, de los cuales hace la recepción técnica, semaforización y almacenamiento. | se realizan conteos ciclicos que permitan verificacion y trasavilidad en sistema y fisico, los cuales arrojan algunos inconsistencias en su validacion se refiere para realizar invenytario general que nos permita hacer validacion del inventario actual dentro del stock de medicamentos | para lograr mantener el kardex de los medicamentos: fisico Vs sistema se realizan conteos ciclicos por orden alfabetico de manera interdiaria que garantice el mantenimiento de inventario al dia. | con el fin de mantener el kardex al dia se realizan conteos ciclicos en las moleculas almacenadas: sistema VS fisico. | para el mes de mayo se realiza inventario a las molecualas que se tienen almacenadas en stock de medicamentos. Dejando impreso y en AZ registro de inventario. | se realiza inventario para hacer entrega des area de stock de medicamentos a los nuevos operadores que tiene beneficencia de cundinamarca | |
| | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 7 | EFICACIA | el Regente siempre velará porque se cumplan a cabalidad los requerimientos relacionados con los procesos de suministro; adquisición, selección, recepción y almacenamiento, distribución y dispensación. | % de documentos elaborados | Realizar actualizacion de los documentos de acuerdo a los cambios normativos | N de documentos elaborados | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 |  |
| | | | | | N de documentos revisados | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0 | |
| | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | ANALISIS/ SIGUIMIENTO | Para este mes se realiza un formato de orden medica que se levara en la reunión de áreas programada para este mes, para su aprobación, este formato es de manejo institucional; que permita tener mayor control en los tratamientos que realiza el medico institucional y por ende se puedan llevar a archivo de historia clínica como soporte de manejo en tratamientos farmacológicos a los usuarios del CBA Belmira. | para este mes no se realizo actualizacion a documentos, ya establecidos el unico documento fue el plan de trabajo para el año 2023, cronograma de actividades y capacitaciones del area | para este mes no se realizo ningun cambio en la documentacion que se tiene establecida dentro de la institucion, sin embargo esta pendiente ajustes en algunos conceptos y procesos que se evidencian en el proceso del dia a dia. | Para el mes de abril se realiza lectura y análisis al documento (programa de No reúso de dispositivos médicos) al cual no se realiza ningún ajuste pertinente. | para el mes de mayo se realiza revision y ajuste al programa de seguridad de la persona mayor en algunos conceptos y tambien a la lista de chequeo de este paquete, dichos cambios se envial a la lider del programa, jefe de enfermeria. | no se realizo ajuste ni revision de ningun proceso de area por terminacion de convenio # 015 y cambio de operador | |
| | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 8 | EFICACIA | Realizar la inspección, control y vigilancia de los medicamentos sometidos a fiscalización por parte del Fondo Nacional De Estupefacientes | % de tratamientos formulados | trabajar en la consecucion del total de los tratameintos de los medicamentos de control especial, inspeccion, vigilancia y control de los mismos. | N° de tratamientos formulados | 6 | 6 | 7 | 4 | 0 | 2 |  |
| | | | | | Total de tratamientos despachados y auditados | 6 | 6 | 7 | 4 | 0 | 2 | |
| | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | ANALISIS/ SIGUIMIENTO | Se tienen 6 usuarios valorados por psiquiatría y que manejan medicamentos de control especial. Adquiridas las ordenes medicas y reclamados ante la eps. | en este momento se tiene 6 usuarios que requieren de manejo de medicamentos de control especial, a los cuales se les realiza seguimiento y cambios en dosis y frecuencia, según ordenes medicas. Actualizando kardex, carros y perfil farmacologico | para ete mes se tienen 7 usuarios que requieren medicamentos de control especial, se les realiza concecucion de las ordenes medicas, adquisision de las mismas y rondas de seguridad a los carros de medicamentos evidenciando correcta administracion. | para el mes de abril se adquieren ordenes medicasde control especial para 4 personas mayores.y 3 personas mayores que no corresponden todavia a orden medica devido a su dosis y frecuencia. para un total de 7 personas mayores que en este momento se les garantiza su tratamiento con medicamentos de control especial. | para el mes de mayo el adulto mayor Calixto Ríos tiene control por psiquiatría para final de mes, la usuaria Julia Ramírez tubo cambio en medicamentos le sustituyeron el medicamento de control especial. y los demás usuarios que tienen manejo de clonazepam gotas aún no les corresponde entrega por EPS. en total son 6 usuarios que tenemos en este momento con tratamiento farmacológico de medicamentos de control especial. y cuentan con su medicacion correspondiente. | se realiza seguimiento y control a los tratamientos farmacologicos de psiquiatria para manejo de medicamentos de control especial , soportado en el libro entradas y salidas de las moleculas. | |
| | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 9 | EFICACIA | participar de los espacios de capacitación continuada programadas y dirigida a los compañeros del CBA Belmira. Sobre divulgacion, de guias, procedimientos, protocolos. | % cumplimiento con capacitación | Intervención y participación de las capacitaciones brindadas al personal favoreciendo la actualizacion de conocimientos y practica de acciones seguras, en pro de la calidad de la atencion hacia las personas mayores | Numero total de capacitaciones participadas | 0 | 4 | 7 | 5 | 5 | NA |  |
| | | | | | Numero total capacitaciones programadas. | 0 | 4 | 7 | 5 | 5 | NA | |
| | | | | | CUMPLIMIENTO | #¡DIV/0! | 100% | #¡DIV/0! | 100% | #¡DIV/0! | 100% | |
| | | | | | ANALISIS/ SIGUIMIENTO | no s tienen capacitaciones programadas para este mes | se participo en las capacitaciones programadas por el area de, enfermeria, psicologia , y hambiental | Para el mes de marzo se participo de las capacitaciones, charlas y talleres programadas por el area de psicologia, enfermeria, ambiental, seguridad y salud en el trabajo, farmacia, | Para el mes de abril se participo de las capacitaciones, charlas y talleres programadas por el area de psicologia, ambiental, seguridad y salud en el trabajo, trabajo social y stock de medicamentos. | para este mes de mayo se participó en los talleres y/o capacitaciones que realizaron las áreas de psicología, ambienta,, stock de medicamentos seguridad y salud en el trabajo. | NA | |
| | | | | | PLAN DE MEJORA | #¡DIV/0! | NO REQUIERE | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | NO REQUIERE | |
| 10 | EFICACIA | Apoyar en la elaboracion de plan casero mediante proceso informativo y fortalecimiento del proceso adaptación institucional al CBA Belmira. | % cumplimiento en elaboracion plan caseros . | Fortalecimiento lazos afectivos familiares y proceso de adaptación en las Personas Mayore. | numero de planes caseros elaborados | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 | 0 |  |
| | | | | | numero de personar que salen al medio familiar familiares programadas | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 | 0 | |
| | | | | | CUMPLIMIENTO | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | 100% | 100% | #¡DIV/0! | |
| | | | | | ANALISIS/ SIGUIMIENTO | para este mes no salio ningun adulto mayor a medio familiar | para este mes no se realizo plan casero, ningun usuarios salio a medio familiar | para el mes de marzo se realizaron 2 plan casero que salen a medio familiar en la primer semana de Abril. Los usuarios: Ivan Diaz y Ismael Quintana, | para este mes salio a medio familiar el adulto mayor Ivan Diaz y la realizacion de plan casero estaba realizada del mes anterior solo se actualizo según cambio requeridos en tratamientos farmacologicos. | para este mes de mayo salio a medio Familiar el señor tomas cubillos se realizo el plan casero para el acta de entrega a familia | no se realizaron plan casero para este periodo | |
| | | | | | PLAN DE MEJORA | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | |
| 11 | EFICACIA | Apoyar en la elaboracion de PAIIN em sus fases Conociendo, planeando y monitoreando en el proceso institucional de la persona mayor en el CBA Belmira | % cumplimiento en elaboracion PAIIN y Seguimiento al Mismo . | Fortalecimiento y seguimiento del proceso de las Personas Mayores. | numero de Planes de Atención elaborados | 26 | 19 | 29 | 23 | | N.A |  |
| | | | | | numero de planes de atención individual programadas | 26 | 19 | 29 | 23 | | N.A | |
| | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | #¡DIV/0! | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | ANALISIS/ SIGUIMIENTO | Para este mes se realizaron los PAIN monitoreando correspondientes al primer trimestre del año de los siguientes usuarios: Bertilda Beltrán, Blanca Beltrán, Alfonso Benavidez, Emiliano Bohórquez, Gonzalo Borda, Aurora Camacho, Arsenio Castañeda, Anais Carreño, Eugenia Cespedes, Eduardo Correa, Segundo Cubides, Miguel Galindo, José Domingo Guzmán, Jorge Eliecer Lombana, Ana Tulia Moreno, Miguel Moreno, José Murillo, Nieves Ortiz, Jacinto Páez, Loelia Quevedo, Teresita Ramírez, Calixto Ríos, Santos Robayo, Numa Sierra, y Blanca silva | se realizaron 19 monitoreando según cronograma a los siguientes usuarios lucrecia bejarano, Jose Clodomiro Castro, Jose Tomas Cubillos, IvanDiaz, Jose Masedonio Guevara, Jose Gabriel Marroquin, Leonilde Melo, Herminia Parra, Nicolas Pinzon, Manuel Porras, Oscar Pulido, Vicente Pulido, Julia Ramirez, Ambrosio Ramirez, Juvenl Ramirez, Gil mesias, Alejandro Sierra, Salomon Tolentino. | para el mes de marzo se realizan 29 monitoreando según cronograma de las siguientes personas mayores: Miriam Nelly Alfonso, Maria Olga Ardila, Ubaldina Chacon, Maria Ines Cruz, Luis Alberto Gutierrez, Milciades Gutierrez, Angel Hernandez, Mercedes Herrera, Arturo Herrera, Victor Jimenez, Melciades Jimenez, Stella Juneme, Nicasio Laguna, Clara Lemoine, Ana Isabel Losano, Arturo Malo, Abelardo Martinez, Leopoldo Monrroy, Marco Mora, Emilio Morales, Modesto Muestradientes, Cenon Ortiz, Rogelio Ramirez, Javier Sandoval, Roberto Teuta, Blanca Varon, Maria Fideligna Velasquez, Maria Helena Villa, Ismael Quintana. | Para éste mes se realizaron 23 monitoreando según cronograma de las siguientes personas mayores: Blanca Beltrán, Alfonso Benavides, Emiliano Bohórquez, Gonzalo Borda, Aurora Camacho, Anais Carreño, Eugenia Céspedes, Eduardo Correa, Segundo Cubides, Miguel Galindo, Domingo Guzmán, Jorge Lombana, Tulia Moreno, Miguel Moreno, José Murillo, Jacinto Páez, Loelia Quevedo, Teresita Ramírez, Calixto Ríos, Sixto Ríos, Santos Robayo, Numa Sierra, Blanca Silva | Para el mes de mayo se realizaron 23 monitoreando según cronograma de las siguientes personas mayores: Lucrecia Bejarano, Clodomiro Castro, Tomas Cubillos, Iván Diaz, Gregoria Garzón, Macedonio Guevara; Gabriel Marroquín, Leonilde Melo, Herminia Parra, Nicolas Pinzón, arcadio Porras, Arcadio Porras, Oscar león pulido, Vicente Pulido, Julia Ramírez, Ambrosio Ramírez, Juvenal Ramírez, Gil Mesías, Alejandro Sierra, Salomón Tolentino, Berta Cortes, Ana Sofia Martínez, María Ercilda Cardona. | N.A | |
| | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 12 | EFICACIA | participar de los estudios de casos y seguimiento a los compromisos establecidos ya sea por parte seguimiento por su estado de salud o alteracion a nivel comportamental | % de cumplimiento en la realizacion de los estudios de casos | conocimiento de la situacion de salud fisica, mental, conductas y comportamientos a partir de sus deficiencias | numero total de estudios de casos realizados | 0 | 11 | 11 | 11 | 11 | N.A |  |
| | | | | | nuemro total de estudios de casos programados. | 0 | 11 | 11 | 11 | 11 | N.A | |
| | | | | | CUMPLIMIENTO | #¡DIV/0! | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | ANALISIS/ SIGUIMIENTO | para este mes no se tenian programados estudios de caso. | para este mes se realizo 11 estudios de caso 5 a las usuarias que ingresaron de fundacion san pedro claver y 5 programados según cronograma y 1 a solicitud de la medico institucional. | para el mes de marzo se realizaro 11 estudios de caso:<br>7 marzo: Jorge Lombana, Gabriel Marroquin, Tomas Cubillos, Ivan Diaz, Miguel Galindo.<br>21 marzo: Gregoria Garzon, Macedonio Guevara, Domingo Guzman, Mercedes Herrera, Arturo Herrera.<br>27 marzo: Rosa Pardo. | Para el mes de abril se realizaron 10 estudios de caso:<br>4 abril: Clara Elvira Lemoine, María Nieves Ortiz, María Inés Cruz, Berta Cortes, Ángel Jiménez<br>18 abril Stella Jineme, Nicasio Laguna, Ubaldina Chacón, Arturo Malo, Cenon Ortiz, Segundo Cubides. | Para el mes de mayo se realizaron 11 estudios de caso: El día 9 de mayo: Abelardo Martínez, Leonilde Melo, Leopoldo Monroy, Marco Mora, Ana Tulia moreno. El 23 mayo: Alfonso morales, Sixto ríos, Roberto Teuta, Nicolás Pinzón, Vicente pulido y Rosa Pardo | NA | |
| | | | | | PLAN DE MEJORA | #¡DIV/0! | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 13 | EFICACIA | Participar en la realizacion de informes, reuniones administrativas, actividades de integración, Religiosas, Culturales, comites programadas por la Dirección y según requerimiento. | % REUNIONES ADMINISTRATIVAS | cooperación con intervencionesdel equipo y área administrativo en busca de cumplimiento de logros colectivos | numero total de reuniones y/o actividades realizadas | 1 | 3 | 4 | 4 | 4 | 1 |  |
| | | | | | nuemro total de reuniones y/o actividades programadas | 1 | 3 | 4 | 4 | 4 | 1 | |
| | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | |
| | | | | | ANALISIS/ SIGUIMIENTO | Para este mes se realizó una reunión referente al ingreso de las 5 usuarias provenientes de san pedro Claver fundación Bogotá, para garantizar informacion obtenida con cada una de las usuarias para su proceso de institucionalización y adaptación a nuestro centro. | se realizaron la reunion de areas, reunion de la seguridad de la persona mayor, reunion de estudios de caso | las reuniones que se llevan a cabo dentro del mes de marzo estan: reunion de areas, reunion de comites, seguridad de la persona mayor, reunion analisis de auditoria interna. | las reuniones que se llevan a cabo dentro del mes de marzo estan: reunion de areas, reunion de comites, seguridad de la persona mayor, estudios de caso, | las reuniones que se llevaron a cabo durante el mes de mayo: reunion de areas, reunion de comites, seguridad de la persona mayor, estudios de caso. | se realiza reunion de equipo profesional junto con el nuevo operador de manera virtual para un reconocimiento de las partes | |
| | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |
| 14 | EFICACIA | participar de los ingresos de Personas mayores a la Insntitución | % de cumplimiento recepción de personas mayores | Conocer y dar continuidad a las ordenes medicas de personas que ingresen a la institución. | numero total de personas ingresadas | 5 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |  |
| | | | | | Número de ingresos programados | 5 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | |
| | | | | | CUMPLIMIENTO | 100% | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | #¡DIV/0! | 100% | 100% | |
| | | | | | ANALISIS/ SIGUIMIENTO | Se realiza el ingreso a 5 usuarias provenientes de fundación San Pedro Claver de Bogotá, se realiza empalme con regente de esta institución y se reciben mediante Kardex los medicamentos de cada una de ellas por separado y con tratamiento para un mes, | para este mes no se realizaron ingresos de personas mayores al CBA Belmira | para este mes de marzo no se realizaron ingresos de personas mayores a la institucion CBA Belmira. | para este mes de abril no se realizaron ingresos de personas mayores a la institucion CBA Belmira. | Se tuvo el ingreso de la persona mayor Samuel García López el día 16 de mayo | no se tuvo ningun ingreso en este periodo del mes de junio | |
| | | | | | PLAN DE MEJORA | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | NO REQUIERE | |