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

## INSTRUMENTO DE SUPERVISION TECNICA INSTITUCIONES DE PROTECCION ADULTO MAYOR

| | | |
|---|---|---|
| **CENTRO DE PROTECCION** | **CENTRO BIENESTAR DEL ANCIANO BELMIRA /FUSA** | **Nro. CONVENIO: 33 DE 2024**<br>Periodo del 24 mayo al 19 de julio de 2024 |
| **NOMBRE DEL ASOCIADO** | **UT BELMIRA** | |
| **FECHA DE VISITA PRESENCIAL O VIRTUAL** | 05, 22 Junio y 19 de Julio de 2024 | |
| **NOMBRE DE PERSONA(S) QUE PARTICIPA(N) EN LA VISITA DE SUPERVISIÓN POR PARTE DEL ASOCIADO** | **DANIELA BARRIOSTRIANA- DIRECTORA CBA BELMIRA/FUSA** | |
| **NOMBRE(S) SUPERVISOR(ES)** | **JORGE JONHSON PEÑA NARCISO** | |

**OBJETIVO DE LA VISITA: Verificar la ejecución del convenio de asociación 33 de 2024**

## ASPECTOS TECNICOS

## PROCESO DE ATENCION

### ETAPA DE INGRESO

| ASPECTO EVALUADO | CUMPLE | NO CUMPLE | CUMPLE PARCIALMENTE | EVIDENCIAS Y/O OBSERVACIONES | REQUERIMIENTO | FECHA DE CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ingresos de usuarios | | | | Se presentaron 2 ingresos con fichasde traslado emanadas por la Subgerencia de Protección Social, | | |
| ADAPTACIÓN Y AJUSTE | X | | | El equipo profesional ha realizado las actividades establecidas en los diferentes servicios y de acuerdo a cada programa con los adultos mayores que ingresaron durante el mes | | |
| evolución diagnóstica | x | | | El equipo profesional realiza las actividades correspondientes a la evaluación diagnóstica de las personas mayores que ingresaron al centro de protección del adulto mayor | | |

### ETAPA DE PERMANENCIA

| ASPECTO EVALUADO | CUMPLE | NO CUMPLE | CUMPLE PARCIALMENTE | EVIDENCIAS Y/O OBSERVACIONES | REQUERIMIENTO | FECHA DE CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS POR EL EQUIPO PROFESIONAL | | | | El equipo profesional ha ejecutado las actividades planeadas. En terapia ocupacional la profesional se vincula en el mes de febrero, se encuentra en la fase de conociendo, realizando valoraciones a las personas mayores y se realizan las actividades de los diferentes talleres para las personas mayores donde se desarrollan destrezas y ocupación el área de Fisioterapia realiza su intervención según las condiciones de cada persona mayor, basada en la valoración y seguimientos, así mismo lidera el programa de UPP, el espacio físico del área de fisio terapia se encuentra en adecuación , Trabajo social: Ejecuta su plan de intervención ,implementan estrategias que permita la participan más activa de las familias<br>El área de psicología ejecuta el plan definido para cada persona mayor, desarrollando actividades en los diferentes proyectos 1. Proyecto de Salud Sexual. 2. Programa de Estimulación Cognoscitiva: Terapias de Rehabilitación, orientación a la realidad, conductual y estimulación cognitiva. 3. Reminiscencias - Biografía y sentido de vida. | | |
| SERVICIOS DE ALIMENTACION | **x** | | | se verifica la existencia de alimentos, abarrotes debidamente rotulados y seleccionados, el Fruver se encuentra en adecuadas condiciones de calidad y cantidad conforme al ciclo de menú, los cárnicos se encuentra con cadena frío debidamente seleccionado y rotulados en los neveras y refrigeradores, al igual que se evidencia la cantidad suficiente requerida por la minuta,<br>El asociado mantiene la organización de la alacena, con el fin de ser más optimo el espacio, El almacenamiento de los insumos son adecuados se disponen en forma ordenada, rotulada, preservando la cadena de frio para aquello productos que lo requieren, se lleva el registro oportuno de temperaturas el refrigeradores y congeladores<br>El comedor de los hombres tiene presencia de vectores por la cercanía al rio, no cuenta con ventilación adecuada. | | |
| identificación de las personas mayores, | x | | | Se evidencia que se encuentran todos los carnets de las personas mayores | | |
| EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS POR EL EQUIPO PROFESIONAL | **X** | | | Durante esta etapa se verifica que el equipo profesional (trabajo social, psicología, terapia física, enfermería, terapia ocupacional, nutrición) ha ejecutado las actividades planteadas, involucrando al 100% de los adultos mayores en los diferentes programasy talleres. según el informe de gestión del mes. | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| VISITA DE VIGILANCIA Y CONTROL SECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA | X | | | Se encuentra al día la certificación de VIGILANCIA Y CONTROLSECRETARIA DE SALUD DE CUNDINAMARCA | | |
| **TALENTO HUMANO** | | | | | | |
| **ASPECTO EVALUADO** | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** | **CUMPLE PARCIALMENTE** | **EVIDENCIAS Y/O OBSERVACIONES** | **REQUERIMIENTO** | **FECHA DE CUMPLIMIENTO** |
| verificación del talento humano | x | | | la jefe de Talento humano se le solicita cronograma de turnos de enfermería, servicios generales, cocina, y se revisa cantidad de personal por área. | | |
| **GESTION AMBIENTAL** | | | | | | |
| **ASPECTO EVALUADO** | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** | **CUMPLE PARCIALMENTE** | **EVIDENCIAS Y/O OBSERVACIONES** | **REQUERIMIENTO** | **FECHA DE CUMPLIMIENTO** |
| saneamiento | x | | | Cumple con las condiciones de los alojamientos para los adultos mayores | | |
| limpieza y desinfección | x | | | se evidencia que asociado realiza y diligencia correctamente los formatos de limpieza y desinfección, se evidenciaimpresas las fichas técnicas de los productos químicos que se utilizan en elcentro | | |
| plan de gestión ambiental | x | | | El asociado presenta el plan de gestión ambiental, cuenta con ruta sanitaria, presenta el plan de gestión integral de residuos hospitalarios y similares.<br>Se evidencia que los dispensadores de jabón, gel, alcohol, la rotulación de los dispensadores se encuentra diligenciadas | | |
| **ATENCION EN SALUD Y ENFERMERÍA** | | | | | | |
| **ASPECTO EVALUADO** | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** | **CUMPLE PARCIALMENTE** | **EVIDENCIAS Y/O OBSERVACIONES** | **REQUERIMIENTO** | **FECHA DE CUMPLIMIENTO** |
| Manual De Cuidados Básicos | x | | | se evidencia que el equipo de enfermería tiene adherencia al manual de cuidado básico, asistenciaen la alimentación, cambio de pañales. | | |
| ATENCIÓN EN SALUD Y ENFERMERÍA | x | | | durante el mes se generaron atenciones por el médico general del centro y se gestionaron 4 remisiones hospitalarias,según el criterio del médicos institucionales | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| sistema de timbres | | | x | el centro no cuenta con sistema de timbre que permita la atención oportuna de la persona mayor cuando se encuentre en riesgo o requiere de apoyo por parte de enfermería | cotizar e implementar elsistema de timbre de conformidad a la norma | Junio de 2024 |
| atención en salud | x | | | El Asociado garantizar a las personas mayores el acceso al Sistema General de la Seguridad Social en Salud, así mismo se evidencia que garantiza la utilización integral, oportuna y eficiente de los servicios de de salud a los usuarios según las necesidades y estado de salud de la persona mayor | | |

| MEDICAMENTOS Y FARMACIA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **ASPECTO EVALUADO** | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** | **CUMPLE PARCIALMENTE** | **EVIDENCIAS Y/O OBSERVACIONES** | **REQUERIMIENTO** | **FECHA DE CUMPLIMIENTO** |
| gestión de medicamentos | x | | | Se evidencia que se garantiza el suministro oportuno y gestión de medicamentos ante las EPS para los adultos mayores. | | |

| SERVICIOS DE CUIDADOS BÁSICOS | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **ALOJAMIENTO** | | | | | | |
| **ASPECTO EVALUADO** | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** | **CUMPLE PARCIALMENTE** | **EVIDENCIAS Y/O OBSERVACIONES** | **REQUERIMIENTO** | **FECHA DE CUMPLIMIENTO** |
| ALOJAMIENTO | x | | | Se realiza el recorrido por los alojamientos, incluidos baterías de baños, donde se puede evidenciar que y dormitorios cumplen con los requerimientos para la atención de los adultos mayores. | | |

| LAVANDERIA Y ROPERIA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **ASPECTO EVALUADO** | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** | **CUMPLE PARCIALMENTE** | **EVIDENCIAS Y/O OBSERVACIONES** | **REQUERIMIENTO** | **FECHA DE CUMPLIMIENTO** |
| lavado y desinfección de ropa sucia y contaminada | x | | | el asociado garantiza el correcto lavado y desinfección de la ropa sucia y ropa contaminada, se evidencia adherencia al protocolo de lavado y desinfección de ropa | | |
| procedimiento de lavado y desinfección de ropa y lencería | x | | | el asociado cumple con el procedimiento establecido para el lavado de ropa y lencería. El servicio de ropería y lavandería se encuentra en correcto funcionamiento, verificando lavadoras y secadores en funcionamiento, también se verifica que las prenda se encuentren debidamente marcadas | | |

| ASEO INSTITUCIONAL | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **ASPECTO EVALUADO** | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** | **CUMPLE PARCIALMENTE** | **EVIDENCIAS Y/O OBSERVACIONES** | **REQUERIMIENTO** | **FECHA DE CUMPLIMIENTO** |
| aseo institucional | x | | | se evidencia Insumos y elementos necesarios para la correcta ejecución de la limpieza y desinfección. Se evidencia adecuado aseo, organización de los diferentes espacios del centro. | | |

| SUMINISTROS DE ELEMENTOS E INSUMOS PARA LOS SERVICIOS | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **ASPECTO EVALUADO** | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** | **CUMPLE PARCIALMENTE** | **EVIDENCIAS Y/O OBSERVACIONES** | **REQUERIMIENTO** | **FECHA DE CUMPLIMIENTO** |
| administración | x | | | se evidencia que el asociado suministra los insumos necesarios para la operación | | |
| absorbentes para la persona mayor | x | | | el asociado cumple con el suministro de absorbentes según la continencia del usuario | | |
| Alimentación | x | | | se evidencia que el operador cumple con el suministro de Insumos (Fruver, cárnicos, lácteos, tubérculos, abarrotes, | | |
| ASEO Y LAVANDERIA | X | | | EL ASOCIADO suministra Insumos y elementos necesarios para el correcto procedimiento de aseo, limpieza, | | |
| **MANTENIMIENTO PLANTA FISICA, MAQUINARIA Y EQUIPOS** | | | | | | |
| **ASPECTO EVALUADO** | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** | **CUMPLE PARCIALMENTE** | **EVIDENCIAS Y/O OBSERVACIONES** | **REQUERIMIENTO** | **FECHA DE CUMPLIMIENTO** |
| vehículo | x | | | Se solicitan documentos de vehículo asignado al C.B.A.A, se verifica en el sistema el SOAT, se entrega la Tarjeta de Propiedad. | | |
| redes de datos y eléctricas | | | x | cumplimiento parcialmente con la norma RETIER, | se recomienda realizar cotizar y revisar presupuesto para viabilidad y cambio de mantenimiento de redes. | Julio de 2024 |
| **MEDIDAS DE PREVENCION DE COVID-19** | | | | | | |
| medidas para mitigar, prevenir el COVID-19 | x | | | los empleados usan adecuadamente los elementos de protección personal. | | |

| VERIFICACION DE REQUERIMIENTOS | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **REQUERIMIENTO** | **FECHA DE CUMPLIMIENTO** | **FECHA DE VERIFICACION** | **CUMPLE/NO CUMPLE/CUMPLE PARCIALMENTE** | **EVIDENCIAS** | **OBSERVACIONES** |
| cotizar e implementar el sistema de tratede conformidad a la norma | Junio de 2024 | | | | |
| se recomienda realizar cotizar y revisar presupuesto para viabilidad y cambio de mantenimiento de redes. | Junio de 2024 | | | | |



**SUPERVISIÓN TÉCNICA CONVENIO DE ASOCIACIÓN No.33 de 2024 CENTRO BIENESTAR DEL ANCIANO BELMIRA /FUSA**