J.H.S. INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA	CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO SAN JOSE DE FACATATIVA	CODIGO:FT-GC-011
	MATRIZ DE INDICADORES 2018	VERSION:02
PROCESO	GESTION DE CALIDAD	FECHA: 27/01/2017

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE CALIDAD

TIPO DE INDICADOR	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	Agosto	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	GRAFICO DEL INDICADOR	ESTUDIO ACUMULADO
EFICACIA		% DE CUMPLIMIENTO PROCESO DE HABILITACION	100%	SEMESTRAL	REALIZAR AUTOEVALUACION DEL PROCESO DE HABILITACION UTILIZANDO EL MANUAL DE AUTO EVALUACION DE LA RESOLUCION 2003 DE 2014	NUMERO DE AUTO EVALUACION REALIZADAS EN EL PERIODO	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO PROCESO DE HABILITACION	1
						NUMERO DE AUTO EVALUACIONES PROGRAMADAS	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		1
						CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	EN EL MES DE ENERO SE REALIZO AUTO EVALUACION DE LA RESOLUCION 2003 DE 2014 Y SE REALIZO RENOVACION DE LA CERTIFICACION DEL PROCESO DE HABILITACION QUEDANDO CON VIGENCIA HASTA EL 30 DE ENERO DE 2019	N.A	N.A									
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
IMPACTO		% DE CUMPLIMIENTO PROCESO DE HABILITACION	100%	SEMESTRAL	APLICAR LISTA DE CHEQUEO DISEÑADA POR EL AREA DE CALIDAD Y REALIZAR INFORME DIAGNOSTICO DEL PROCESO DE HABILITACIÓN.	NUMERO DE ITEMS DE LA LISTA DE CHEQUEO CON CUMPLIMIENTO	65	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO PROCESO DE HABILITACION	65
						TOTAL DE ITEMS EVALUADOS	70	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		70
						CUMPLIMIENTO	93%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	EN EL MES DE ENERO SE APLICO LA LISTA DE CHEQUEO DISEÑADA POR EL AREA DE CALIDAD DONDE SE CONTEMPLAN LOS ESTANDARES DE LA RESOLUCION 2003 DE 2014 Y QUE LE APLICAN A LAS ENTIDADES CON OBJETO SOCIAL DIFERENTE, SE EVIDENCIA UN CUMPLIMIENTO DEL 93%, EL 7 % RESTANTE HACE REFERENCIA A LA INSCRIPCION Y REPORTE DE LOS PROGRAS DE REACTIVO , FARMACO Y TECNO VIGILANCIA, DADO QUE A LA FECA NO SE TIENE DIRECTRIZ POR PARTE DE EBEFICENCIA PARA DICHO TRAMITE.	N.A	N.A	N.A									
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA		%CUMPLIMIENTO AUDITORIAS INTERNAS	100%	MENSUAL	ESTABLECER CRONOGRAMA PARA SU REALIZACIÓN	NUMERO DE ITEM QUE CUMPLEN DE LA LISTA DE CHEQUEO	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	%CUMPLIMIENTO AUDITORIAS INTERNAS	2
						TOTAL DE ITEM EVALUADOS	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0		2
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO		SE EVIDENCIACUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA PARA EL MES DE FEBRERO SE REALIZO LA AUDITORIA AL AREA DE REGENCIA ,DANDO CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA	PARA EL MES D EMARZO NO SE TENIAN CONTEMPLADAS AUDITORIAS INTERNAS	PARA EL MES DE ABRIL SE REALIZA AUDITORIA AL SERVICIO DE PSIQUIATRIA								
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
	Diseñar y proponer estrategias para el cumplimiento de los requisitos establecidos en el sistema obligatorio de la garantía de la calidad aplicable a las instituciones con objeto social diferente	GESTION DE SERVICIOS NO CONFORMES	100%	MENSUAL	DILIGENCIAR LA MATRIZ DISEÑADA PARA ALIMENTAR LAS POSIBLES SALIDAS NO CONFORMES	NUMERO DE SALIDAS O SERVICIOS NO CONFORMES GESTIONADAS EN EL PERIODO	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	GESTION DE SERVICIOS NO CONFORMES	3
						NUMERO DE SALIDAS O SERVICIOS NO CONFORMES REPORTADAS EN EL PERIODO	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0		3
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA, SE REPORTO UN SERVICIO NO CONFORME RELACIONADO CON LA NO REALIZACION DEL COMITÉ DEL GAGAS	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	EN EL MES DE MARZO NO SE PRESENTARON SERVICIO O SALIDAS NO CONFORMES	PARA EL MES DE ABRIL SE REPORTO UNA SALIDA NO CONFORME RELACIONADA CON UNA CAAPCITACIO DEL AREA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, LA CUAL SE REPROGRAMAO								
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
		%DOCUMENTOS APROBADOS	100%	A NECESIDAD	DURANTE LA EMISION DEL COMITÉ DE CALIDAD SE REVISARAN Y APROBARAN LOS DOCUMENTOS CREADOS POR LAS DIFERENTES AREAS	NÚERO DE DOCUMENTOS APROBADOS EN EL PERIODO	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	%DOCUMENTOS APROBADOS	3
						TOTAL DE DOCUMENTOS PENDIENTES DE APROBACION EN EL PERIODO	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0		3
						CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	NA	NA	PARA EL MES DE ABRIL SE APROBARON DOS DOCUMENTOS DEL AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL, RELACIONADOS CON LAS SALIDAS EXTRAMURALES. (LISTA DECHEQUEO VERIFICACION DE CONDICIONES DE SALUD ETC)									
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
		% DE DOCUMENTOS CREADOS	100	A NECESIDAD	REALIZAR REVISION DE LITERATURA QUE PERMITA LA CREACION DE LOS DIFERENTES DOCUMENTOS	NÚMERO DE DOCUMENTOS CREADOS POR EL PROFESIONAL DE CALIDAD EN EL PERIODO	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	% DE DOCUMENTOS CREADOS	1
						NÚMERO DE DOCUMENTOS REQUERIDOS POR LAS DIFERENTES AREAS EN EL PERIODO	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		1
						CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	EN EL MES DE ENERO SE CREA LA MATRIZ DE INDICADORES LA CUAL PERITIRA CONSOLIDAR LA INFORMACION DE LAS DIFERENTES AREAS, GARANTIZANO UN SEGUIMIENTO CONTINUO	NA	NA	N.A								

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE CALIDAD																				
TIPO DE INDICADOR	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	agosto	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	GRAFICO DEL INDICADOR	ESTUDIO ACUMULADO
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EIMPACTO		INDICE DE EFICACIA DE LOS PROCESOS	95%	MENSUAL	PROPORCION DE PROCESOS QUE CUMPLEN CON 90% DE CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA EN SUS INDICADORES DE GESTION	NUMERO DE PROCESOS CON CUMPLIMIENTO EN SUS INDICADORES DE GESTION POR ENCIMA DEL 90%	10	10	10	10	0	0	0	0	0	0	0	0	INDICE DE EFICACIA DE LOS PROCESOS	40
						TOTAL DE PROCESOS QUE REPORTAN INDICADORES DE GESTION	10	10	10	10	0	0	0	0	0	0	0	0		40
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDAD.	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA , TODOS LOS PROCESOS MANTIENENE UN CUMPLIMIENTO POR ENCIMA DE LA META ESTABLECIDA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA , TODOS LOS PROCESOS MANTIENENE UN CUMPLIMIENTO POR ENCIMA DE LA META ESTABLECIDA								
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA		%CAPACITACION	100%	A NECESIDAD	ESTABLECER CRONOGRAMA PARA SU REALIZACIÓN	NÚMERO DE CAPACITACIONES REALIZADAS	1	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	%CAPACITACION	6
						NÚMERO DE CAPACITACIONES PROGRAMADAS	1	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0		6
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DEL 100% A LA REALIZACION DE LAS CAPACITACIONES PROGRAMADAS EN EL MES SE SOCIALIZO LA RESOLUCION 2003 DEL 2014 PARA EL EQUIPO DE PROFESIONALES.	EN EL MES DE FEBRERO SE EVIDENCIA DE CUMPLIMIENTO DEL 100% SE SOCIALIZO LA RESOLUCION 1995 VS 0839 DE 2017	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LO PROGRAMADO PARA EL MES DE MARZO. SE REALIZARON CAPACITACIONES DE SERVICIOS NO CONFORMES, Y LOS AVANCES DEL PROGRA DE SEGURIDAD DEL APACIENTE, EVIDENCIANDO UN CUMPLIMIENTO DEL 91.2%	PARA EL MES DE ABRIL SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LO ESTABLECIDO EN EL CRONOGRAAM DE CAPACITACIÓN (SE REALIZO CAPCITACION DE LOS TEMAS DE ISO 9001:2015, SALIDAS NO CONFORMES)								
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
		MORTALIDAD	<2%	MENSUAL	DILIGENCIAR LA MATRIZ DISEÑADA PARA EL CONTROL DE LAS DEFUNCIONES QUE SE PRESENTAN DE ANERA MENSUAL	NÚMERO DE DEFUNCIONES PRESENTADAS	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	MORTALIDAD	3
						TOTAL DE PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS	79	79	79	79	0	0	0	0	0	0	0	0		316
						CUMPLIMIENTO	1%	0%	1%	1%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	PARA EL MES DE ENERO SE PRESENTO UNA DEFUNCION EVIDENCIANDOSE CUMPLIMIENO EN LA META ESTABLECIDA	PARA EL MES DE FEBRERO SE PRESENTO UNA DEFUNCION.	27 DE MARZO SE PRESENTO UNA DEFUNCIÓN (PACIENTE DE CON DX NEUMNIA BACTERIAN, SEPSIS, IVU) SE SOLICITA ANALISIS POR COMITÉ DE SEGURIDAD EL PACIENTE	PARA EL MES DE ABRIL SE PRESENTO UNA DEFUNCION (PARA CARDIO RESPIRATORIO.)								
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
		% CUMPLIMIENTO COMITES	100%	TRIMESTRAL	CREAR CRONOGRAMA PARA ESTABLECER LAS FECHAS DE REALIZACIÓN	NÚMERO DE COMITES REALIZADOS	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	% CUMPLIMIENTO COMITES	2
						NÚMERO DE COMITES PROGRAMADOS	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0		2
						CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	PARA EL MES DE ENERO SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA, SE REALIZO REACTIVACION DEL COMITÉ DE CALIDAD CON UNA PERIODICIDAD TRIMESTRAL	N.A	N.A	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL CRONOGRAAM,(PARA EL MES DE ABRIL SE REALIZO COMITÉ DE CALIDAD Y ADOPCION DE GUIAS DE PRACTICA CLINICA.)								
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!

J.H.S. INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA	CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO SAN JOSE DE FACATATIVA	CODIGO:FT-GC-011
	MATRIZ DE INDICADORES 2018	VERSION:02
PROCESO	GESTION DE CALIDAD	FECHA: 27/01/2017

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE COORDINACION Y GESTION HUMANA

TIPO DE INDICADOR	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	agosto	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	GRAFICO DEL INDICADOR	ESTUDIO ACUMULADO
EFICACIA	PLANEAR EJECUTAR EVALUAR AJUSTAR Y ARTICULAR CADA UNA DE LAS ACCIONES DEL PROYECTO JUNTO CON EL EQUIPO INTERDICIPLINARIO Y LA SUPERVISION DEL CONVENIO;CON EL FIN DE QUE SE GARANTICE LA EJECUCION DE LOS DIFERENTES PROGRAMAS ADELANTADOS EN EL C.B.A. FACATATIVA, EN EL MARCO DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LA ATENCION PARA LA PROTECCION INTEGRAL DE LAS PERSONAS MAYORES CON DISCAPACIDAD MENTAL, FISICA Y /O EN CONDICIONES DE VULNERABILIDAD	% DE CUMPLIMIENTO EN LAS REVISIONES REALIZADAS DE HISTORIAS CLINICAS	10%	MENSUAL	Revisión de Historias Clínicas de manera aleatoria	NUMERO DE HISTORIAS CLINICAS REVISADAS EN EL PERIODO	8	8	8	8	0	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO EN LAS REVISIONES REALIZADAS DE HISTORIAS CLINICAS	32
						EL NUMERO DE ISTORIAS CLINICAS EVALUADAS ALEATORIAMENTE	8	8	8	8	0	0	0	0	0	0	0	0		32
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	PARA ELMES DE ENERO SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	PARA EL MES DE FEBRERO SE EVIENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	PARA EL MES DE MARZO SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	PARA EL MES DE ABR SE EVIDENCIA CUMPLIMIETO EN LA META ESTABLECIDA								
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA		% DE CUMPLIMIENTO EN LAS REVISIONES DE ACTAS DE INGRESOS	100%	A NECESIDAD	Verificacion de la documentación y registro de los nuevos documentos	NUMERO DE VERIFICACIONES REVIGADAS	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO EN LAS REVISIONES DE ACTAS DE INGRESOS	4
						NUMERO DE INGRESOS EN EL PERIODO	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0		4
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	PARA EL MES DE ENERO NO SE PRESENTARON INGRESOS	PARA EL MES DE FEBRERO NO SE PRESENTARON INGRESOS	PARA EL MES DE MARZO SE PRESENTARON 2 INGRESOS	PARA EL MES DE ABRIL SE PRESENTARON DOS INGRESOS DE USUSARIOS										
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
		% DE CUMPLIMIENTO EN LA ELABORACION DE PAIN O ESTUDIOS DE CASOS	100%	A NECESIDAD	Elaborar cronorama para realización de PAINN vigencia 2018. Apoyo en la formulación de estrategias. Coordinar la elaboración de estudios de casos a necesidad planteados por el equipo interdisciplinario.	NUMERO DE PAIN O ESTUDIOS DE CASOS ELABORADOS EN EL PERIODO	12	11	12	11	0	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO EN LA ELABORACION DE PAIN O ESTUDIOS DE CASOS	46
						TOTAL DE USUARIOS PROGRAMADOSO EN EL PERIODO	12	11	12	11	0	0	0	0	0	0	0	0		46
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	PARA EL MES DE FEBRERO SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	PARA EL MES DE MARZO SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META	PARA EL MES DE ABRIL SEVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META								
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA		% DE CUMPLIMIENTO DE LOS INFORMES REVISADOS	100%	A NECESIDAD	Establecer metodología para todas las áreas. Definir fecha para entrega, revisión y envío de informe final	NUMERO DE INFORMES REVISADOS EN EL PERIODO	4	22	12	11	0	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO DE LOS INFORMES REVISADOS	49
						TOTAL DE INFORMES SOLICITADOS	4	22	12	11	0	0	0	0	0	0	0	0		49
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	PARA EL MES DE ENERO SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDO	PARA EL MES DE FEBRERO SE EVIENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	PARA EL MES DE MARZO SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META	PARA EL MES DE ABRIL SE REVISAN 11 DOCUMENTOS MAS DE								
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA		% DE CUMPLIMIENTO A VISITAS DE ENTES DE CONTROL	100%	A NECESIDAD	Atencion oportuna a los diferentes entes de control	NUMERO DE VISITAS ATENDIDAS EN EL PERIODO	2	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO A VISITAS DE ENTES DE CONTROL	7
						NUMERO DE VISITAS RECIBIDAS	2	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0		7
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO		SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN	VISITA DE SUPERVISION										
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA		% DE CUMPLIMIENTO A REUNIONES	100%	MENSUAL	ESTABLECER CRONOGRAMA VIGENCIA 2018 PARA LAS REUNIONES DE EQUIPO Y COMITES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO	NUMERO DE REUNIONES RELAIZADAS	6	9	9	9	0	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO A REUNIONES	33
						NUMERO DE REUNIONES PROGRAMADAS	7	9	9	9	0	0	0	0	0	0	0	0		34
						CUMPLIMIENTO	86%	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	PARA EL MES DE ENERO SE EVIDENCIA UN CUMPLIMIENTO DEL 86% DADO POR LA NO REALIZACION DEL COMITÉ DE GAGAS	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA: REUNION EQUIPO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE ACUERDO A CRONOGRAMA ESTABLECIDO								
						PLAN DE MEJORA	SI REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA		% DE CUMPLIMIENTO INTRA Y EXTRA INSTITUCIONALES	100%	MENSUAL	ESTABLECER CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES VIGENCIA 2018 COORDINAR CON LAS DIFERENTES AREAS LAS ACTIVIDADES A REALIZA LAS CUALES SE DEFINENE EN LA REUNION DE EQUIPO COORDINAR LA PROGRAMACION DE LAS ACTIVIDADES A REALIZAR EN LA RADIOEMISORA VIGENCIA 2018	NUMERO DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL MES	3	1	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO INTRA Y EXTRA INSTITUCIONALES	9
						NUMERO DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN EL MES	3	1	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0		9
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA: SALIDA EXTRAMURAL: CAMINATA, CINE FORO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO 2 SALIDAS: 1 EXTRAMURAL; 1 CAMINATA USUARIOS								
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA		% DE CUMPLIMIENTO A JORNADAS MANTENIMIENTO	100%	ANUAL	ESTABLECER CRONOGRAMA VIGENCIA 2018 COORDINAR CON EL EQUIPO LA	NUMERO DE JORNADAS DE MANTENIMIENTO DE LOCKERS REALIZADAS EN EL PERIODO	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO A JORNADAS MANTENIMIENTO DE LOCKERS	2
						NUMERO E JORNADAS PROGRAMADAS	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0		2

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE OORDINACION Y GESTION HUMANA																			
TIPO DE INDICADOR	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	agosto	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	GRAFICO DEL INDICADOR	ESTUDIO ACUMULADO
		DE LOCKERS		BAJA	ASIGNACION DE LOS PABELLONES A VERIFICAR	CUMPLIMIENTO	#DIV/0!	100%	#DIV/0!	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMIENTO	PARA EL MES DE ENERO NO SE PROGRAMO JORNADA DE ACUERDO A CRONOGRAMA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	PARA EL MES DE MARZO NO SE PROGRAMO JORNADA DE ACUERDO A	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE ACUERDO AL CRONOGRAMA ESTABLECIDO									
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA	PLANIFICAR EJECUTAR COORDINAR DISEÑAR Y REALIZAR SEGUIMIENTOS A LAS ACTIVIDADES DEL AREA DE GESTION UMANA	% DE CUMPLIMIENTO DE EJECUCION DEL PROCESO DE SELECCIÓN Y CONTRATACION	100%	A NECESIDAD	CONVOCACION A PRUEBAS APLICACIÓN DE TES REALIZACION DE ENTREVISTAS SELECCIÓN DE CANDIDATO CONTRATACION APLICACIÓN DE ENTREVISTA DISPERSIDA VALORACION DE LA INFORMACION ACCIONES DE MEJORA SI SE REQUIEREN	NUMERO DE ENTREVISTAS APLICADAS EN LE PERIODO	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO DE EJECUCION DEL PROCESO DE SELECCIÓN Y CONTRATACION	5
						SOBRE EL NUMERO DE ENTREVISTAS REQUERIDAS	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0		5
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	PARA EL MES DE FEBRERO SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA A NECESIDAD: 1 VINCULACION LABORAL	PARA EL MES DE MARZO SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA A NECESIDAD: 1 VINCULACION LABORAL	PARA EL MES DE ABRIL S EVIDENCIA: 1 DESVINCULACION LABORAL								
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA		% CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES PROGRAMAS DEL PLAN DE BIENESTAR LABORAL	100%	MINSUAL	DETECTAR NECESIDADES DEL PERSOANAL TABULACION DE DATOS Y ANALISIS DISEÑO DE PLAN LABORAL ESTABLECER CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES RE INDUCCION PARA EL PERSONAL	NUMERO DE ACTIVIDADES EJECUTADAS EN EL MES	4	1	6	2	0	0	0	0	0	0	0	0	% CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES PROGRAMAS DEL PLAN DE BIENESTAR LABORAL	13
						NUMERO DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN EL MES	4	1	6	2	0	0	0	0	0	0	0	0		13
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA:	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE ACUERDO A CRONOGRAMA								
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA		% DE DOCUMENTOS CREADOS Y/O AJUSTADOS	100%	A NECESIDAD	REALIZAR AJUSTE A LOS DOCUMENTOS QUE LO REQUIERS SEGÚN NORMATIVIDAD VIGENTE	NUMERO DE DOCUMENTOS CREADOS Y/O AJUSTADOS	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	% DE DOCUMENTOS CREADOS Y/O AJUSTADOS	2
						NUMERO DE DOCUMENTO QUE REQUIEREN AJUSTE	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0		2
						CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DEL 100% EN LA META ESTABLECIDA , SE DISEÑO EL PLAN DE BIENESTAR LABORAL Y EL DISEÑO DE LA ENCUESTA DE NECESIDADES PARA FORMULACION PLAN DE BIENESTAR AÑO 2018	PARA EL MES DE FEBRERO NO SE PRESENTARON AJUSTES NI DISEÑOS DE DOCUMENTOS	SE DISEÑA ENCUESTA DE SATISFACCION ACTIVIDADES DE BIENESTAR SOCIAL	EN EL MES DE ABRIL NO SE REQUIRIO AJUSTE DE DOCUMENTOS								
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA		% DE CUMPLIMIENTO DE CAPACITACIONES CONTINUAS Y PERMANENTES	100%	A NECESIDAD	APLICACIÓN DE FORMATO PARA LA DETECCION DE NECESIDADES ESTABLECER CRONGRAMA DE CAPACITACIONES VIGENCIA 2018 DIFUCION Y EXPOSICION DEL TEMA APLICACIÓN DEL PRE Y POS TES	NUMERO DE CAPACITACIONES REALIZADAS EN EL MES	7	19	10	15	0	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO DE CAPACITACIONES CONTINUAS Y PERMANENTES	51
						NUMERO DE CAPACITACIONES PROGRAMADAS E EL MES	7	20	11	15	0	0	0	0	0	0	0	0		53
						CUMPLIMIENTO	100%	95%	91%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	PARA ELMES DE ENERO SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DEL 100% DE LA META ESTABLECIDA	PARA EL MES DE FEBRERO SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA, QUEDANDO PENDIENTE UN TALLER COMAMOS BIEN SE REPROGRAMO PARA EL 12 DE MARZO	PARA EL MES DE MARZO SE REPROGRAMA LA CAPACITACION DEL	34 S EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE ACUERDO A CRONOGRAMA								
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!

J.H.S. INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA	CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO SAN JOSE DE FACATATIVA	CODIGO:FT-GC-011
	MATRIZ DE INDICADORES 2018	VERSION:02
PROCESO	GESTION DE CALIDAD	FECHA: 27/01/2017

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE L SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

TIPO DE INDICADOR	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	agosto	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	GRAFICO DEL INDICADOR	ESTUDIO ACUMULADO
EFICACIA	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	NUMERO DE ACTIVIDADES EJECUTADAS	4	3	5	3	0	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO DE PLANEAR Y EJECUTAR SGSST	15
						NUMERO DE ACTIVIDADES PLANEADAS	4	3	5	3	0	0	0	0	0	0	0	0		15
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LAS ACTIVIDADES REALIZADAS	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LAS ACTIVIDADES REALIADAS	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LAS ACTIVIDADES REALIZADAS	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN EL MES DE ABRIL DE ACUERDO AL PLAN DE TRABAJO								
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA	LIDERAR LAS REUNIONES DE LOS COMTES CREADOS DANDO CUMPLIMIENTO AL SG SST	TITULO DEL INDICADOR Y/O DE LA GRAFICA	100%	MENSUAL	ELABORAR CRONOGRAMA DE REUNIONES CON TEMAS ACTIVIDADES Y FECHAS	NUMERO DE REUNIONES ASISTIDAS EN EL MES	1	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	TITULO DEL INDICADOR Y/O DE LA GRAFICA	5
						NUMERO DE REUNIONES PROGRAMADAS EN EL MES	1	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0		5
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LAS ACTIVIDADES REALIZADAS	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DEL 100% DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LAS ACTIVIDADES REALIZADAS	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN EL MES DE ABRIL DE ACUERDO AL PLAN DE TRABAJO PROGRAMADO									
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
	EJECUTAR EL PROGRAMA DE CAPACITACION EN SGSST A TODO EL PERSONAL DE LA SEDE	% DE CUMPLIMIENTO DE LAS CAPACITACIONES DEL PROGRAMA	100	A NECECIDAD	PLANEAR DIVULGAR Y ORGANIZAR CADA CAPACITACION CON TIEMPO	NUMERO DE CAPACITACIONES REALIZADAS EN EL MES	1	5	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO DE LAS CAPACITACIONES DEL PROGRAMA	10
						NUMERO DE CAPACITACIONES PROGRAMADAS	1	5	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0		11
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	1%	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LAS ACTIVIDADES REALIZADAS	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	SE REPROGRAMA CAPACITACION DEL DIA 15 DE MARZO PARA EL DIA 26 DE ABRIL	SE EVIDENCUMPLIMIENTO DE ACUERDO A CRONOGRAMA ESTABLECIDO									
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	SI REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!

J.H.S. INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA	CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO SAN JOSE DE FACATATIVA	CODIGO:FT-GC-011
	MATRIZ DE INDICADORES 2018	VERSION:02
PROCESO	GESTION DE CALIDAD	FECHA: 27/01/2017

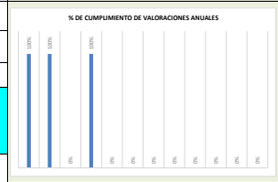
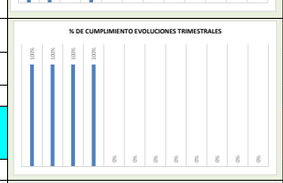
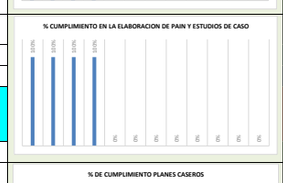
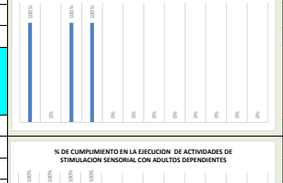
COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE PSIQUIATRIA

TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	agosto	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	GRAFICO DEL INDICADOR	ESTUDIO ACUMULADO
EFICIENCIA	MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS DESDE LA INTERVENCION INDIVIDUAL Y GESTIONES ADMINISTRATIVAS DESDE EL AREA DE PSIQUIATRIA, TENIENDO EN CUENTA LAS DIVERSAS PATOLOGIAS MENTALES Y LA IMPLEMENTACION TERAPEUTICA, FARMACOLOGICA ACORDE A LA MISMA QUE PERMITAN FAVORECER LA CONVIVENCIA Y EL DESARROLLO PERSONAL DEL USUARIO.	% DE VALORACION	100%	MENSUAL	VALORAR PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIADAS EN EL CBA SAN JOSE DE FACATATIVA	NUMERO DE PERSONAS MAYORES VALORADAS EN EL MES	79	79	79	80	0	0	0	0	0	0	0	0	% DE VALORACION	317
						NUMERO DE INTERVENCIONES SOLICITADAS EN EL MES	79	79	79	80	0	0	0	0	0	0	0	0		317
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SE VALORA EL 100% DE LA POBLACION	SE VALORA EL 100% DE LA POBLACION	SE VALORA AL 100% DE LA POBLACION	SE VALORA AL 100% DE LA POBLACION										
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
		% DE INTERVENCIONES PSICOTERAPEUTICAS	100%	A NECESIDAD	LLEVAR A CABO INTERVENCIONES PSICOTERAPEUTICAS SOLICITAS O PROGRMADAS CO LOS USUARIOS	NUMERO DE INTERVENCIONES PSICOTERAPEUTICAS REALIZADAS EN EL PERIODO	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	% DE INTERVENCIONES PSICOTERAPEUTICAS	12
						ENUMERO DE INTERVENCION PSICOTERAPEUTICAS REQUERIDAS EN EL PERIODO	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		12
						CUMPLIMIENTO	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LAS VALORACIOES SOLICITADAS EN EL MES	NEN EL MES DE FEBRERO NO SE SOLICITARON INTERVENCIONES	EN EL MES DE MARZO NO SE SOLICITARON INTERVENCIONES	EN EL MES DE ABRIL NO SE SOLICITARON INTERVENCIONES										
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
		% DE CUMPLIMIENTO A CAPACITACIONES	100%	TRIMESTRAL	CAPACITAR AL PERSONAL Y FAMILIA EN EL CUIDADO Y ATENCION EN ASPECTOS RELACIONADOS CON EL MANEJO DE LAS DIFICULTADES EMEOCIONALES Y LOS TRANSTORNOS PSIQUIATRICOS EN LA POBLACION	NUMERO DE CAPACITACIONES REALIZADAS EN EL PERIODO	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO A CAPACITACIONES	1
						TOTAL DE CAPACITACIONES PROGRAMADAS EN EL PERIODO	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		1
						CUMPLIMIENTO	#DIV/0!	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMIENTO	PARA EL MES DE ENEO NO SE PROGRAMO CAPACITACION	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA DE CAPACITACION	PARA EL MES DE MARZO NO SE PROGRAMO CAPACITACION DE ACUERDO A CRONOGRAMA	PARA EL MES DE ABRIL NO SE PROGRAMARON CAPACITACIONES DE ACUERDO A CRONOGRAMA										
						PLAN DE MEJORA	#DIV/0!	NO REQUIERE	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
		% DE CUMPLIMIENTO ESTUDIOS DE CASOS Y ELABORACION DE PAIN	100%	MENSUAL	REALIZAR PAIN Y ESTUDIOS DE CASOS PARA INTERVENCION INTEGRAL Y MANEJO INTERDICIPLINARIO	NUMERO DE ESTUDIOS DE CASO Y PAIN REALIZADO EN EL MES	12	11	12	11	0	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO ESTUDIOS DE CASOS Y ELABORACION DE PAIN	46
						NUMERO DE ESTUDIOS DECASOS Y PAIN PROGRMADOS EN EL MES	12	11	12	11	0	0	0	0	0	0	0	0		46
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DEL 100% DE LO PROGRAMADO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DEL 100% DE LO PROGRAMADO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA REALIZACION DE LOS PAIN PROGRAMADOS	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA ELABORACION DE PAIN DE ACUERDO A PROGRAMADO										
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
		% DEINTERVENCIONES EN CASOS DIFICILES	100%	A NECESIDAD	VALORACION E INTERVENCION DE MANERA OPORTUNA A LAS DIFICULTADES EMOCIONALES Y TRANSTORNOS PSIQUIATRICOS DE LOS USUARIOS.	NUMERO DE INTERVENCIONES PSIQUIATRICAS EN CASOS DIFICILES EN EL MES	5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	% DEINTERVENCIONES EN CASOS DIFICILES	6
						NUMERO DE INTERVENCIONES PSIQUIATRICAS REQUERIDAS EN EL MES	5	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0		6
						CUMPLIMIENTO	100%	#DIV/0!	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA EL CUMPLIMIENTO DEL 100% DE LAS INTERVENCIONES REQUERIDAS	PARA EL MES DE FEBRERO NO SE REQUIERIO DE INTERVENCIONES PSIQUIATRICAS	SE EVIDENCIA INTERVENCION A UNA (1) PERSONA MAYOR	PARRA EL MES DE ABRIL NO SE RQUIEREON INTERVENCIONES PSIAQUIATRICAS										
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#DIV/0!	NO REQUIERE	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
		% DE CUMPLIMIENTO DE CIERRE DE HISTORIAS CLINICAS	100%	A NECESIDAD	REALIZAR CIERRE DE CASOS DE LAS PERSONAS MAYORES EGRESADAS DEL SERVICIO.	NUMERO DE CIERRES DE HISTORIAS EN EL MES	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO DE CIERRE DE HISTORIAS CLINICAS	3
						NUMERO DE ESRIOS PRESENTADOS EN EL MES	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0		3
						CUMPLIMIENTO	100%	#DIV/0!	100%	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA EL100% DE CUMPLIMIENTO EN CIERRE DE HISTORIAS CLINICAS EN PERSONAS MAYORES EGRESADAS DEL SERVICIO	EN EL MES DE FEBRERO NO SE PRESENTARON EGRESOS DE PERSONAS MAYORES	EN EL MES DE MARZO SE PRESENTARON EGRESOS DE PERSONAS MAYORES DEL SERVICIO	EN EL MES DE ABRIL SE PRESENTO UN EGRESO DE PERSONA MAYOR DEL SERVICIO										
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
		% DE CUMPLIMIENTO A LA		IDAD	PLASMAR RECOMENDACIONES A LOS	NUMERO DE PLANES CASEROS IREALIZADOS E EL MES	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO A LA REALIZACION DE PLANES CASEROS	3
						TOTAL DE DE SALIDAS A MEDIO FAMILIAR	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0		3
						CUMPLIMIENTO	#DIV/0!	#DIV/0!	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE PSIQUIATRIA																			
TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	agosto	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	GRAFICO DEL INDICADOR	ESTUDIO ACUMULADO
		REALIZACION DE PLANES CASEROS	100%	A NIVEL	USUARIOS QUE SALEN A MEDIO FAMILIAR	SEGUIMIENTO	EN EL MES DE ENERO NO SE PRESENTARON SALIDAS A MEDIO FAMILIAR	EN EL MES DE FEBRERO NO SE PRESENTARON SALIDAS A MEDIO FAMILIAR	EN EL MES DE MARZO SE PRESENTARON 3 SALIDAS A MEDIO FAMILIAR EN SEMANA SANTA	EN EL MES DE ABRIL NO SE PRESENTARON SALIDAS A MEDIO FAMILIAR										
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!

J.H.S. INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA	CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO SAN JOSE DE FACATATIVA	CODIGO:FT-GC-011
	MATRIZ DE INDICADORES 2018	VERSION:02
PROCESO	GESTION DE CALIDAD	FECHA: 27/01/2017

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE PSICOLOGIA

TIPO DE INDICADOR	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	agosto	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	GRAFICO DEL INDICADOR	ESTUDIO ACUMULADO
		% DE CUMPLIMIENTO DE VALORACIONES DIAGNOSTICAS AL INGRESO O ELAS PERSONAS MAYORESS	100%	A NECEIDAD	APLICACIÓN DE TES DE MIMIMENTAL Y EL YESAVAGE FORMATO DE VALORACION PSICOLOGICA	NUMERO DE VALORACIONES DE INGRESO REALIZADAS EN PERIODO	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0		2
						NUMERO DE PERSONAS MAYORES QUE INGRESAN EN EL PERIODO	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0		2
						CUMPLIMIENTO	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMIENTO	PARA EL MES DE ENERO NO SE PRESENTARON INGRESOS	PARA EL MES DE FEBRERO NO SE PRESENTARON INGRESOS	PARA EL MES DE MARZO NO SE PRESENTARON INGRESOS	INGRESO A: DOLORES MAICERO, LUIS TRIVIÑO									
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
		% DE CUMPLIMIENTO DE VALORACIONES ANUALES	100%	ANUAL	ESTABLECER CRONGRAM DE VALORACIONES ANUALES CON VIGENIA 2018	NUMERO DE VALORACIONES ANUALES REALIZADAS	1	1	0	11	0	0	0	0	0	0	0	0		13
						TOTAL DE USUARIOS PROGRAMADOS	1	1	0	11	0	0	0	0	0	0	0	0		13
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	#DIV/0!	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA REALIZACION DE LAS VALORACIONES SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL CRONOGRAMA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA REALIZACION DE LAS VALORACIONES SEGÚN LO ESTABLECIDO POR CRONOGRAMA	PARA EL MES DE MARZO NO ESTABA PROGRAMADA VALORACIONES ANUALES	SE DIO CUMPLIMIENTODE ACUERDO A CRONOGRAMA ESTABLECIDO									
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
		% DE CUMPLIMIENTO EVOLUCIONES TRIMESTRALES	100%	TRIMESTRAL	ESTABLECER CRONOGRAMA DE EVOLUCION TRIMESTRAL	NUMERO DE EVOLUCIONES REALIZADAS EN EL TRIMESTRE	13	22	45	23	0	0	0	0	0	0	0	0		103
						NUMERO DE EVOLUCIONES PROGRAMADAS PARA EL PERIODO	13	22	45	23	0	0	0	0	0	0	0	0		103
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA REALIZACION DE LAS VALORACIONES SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL CRONOGRAMA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA REALIZACION DE LAS VALORACIONES SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL CRONOGRAMA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA REALIZACION DE LAS VALORACIONES SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL CRONOGRAMA	SE DIO CUMPLIMIENTODE ACUERDO A CRONOGRAMA ESTABLECIDO									
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
		% CUMPLIMIENTO EN LA ELABORACION DE PAIN Y ESTUDIOS DE CASO	100%	A NECESIDAD	REALIZAR PAIN Y ESTUDIOS DE CASOS PARA INTERVENCION INTEGRAL Y MANEJO INTERDICIPLINARIO ESTABLECER CRONOGRAMA PARA LA ELABORACION DEL PAIN CON VIGENCIA 2018	NUMERO DE ESTUDIOS DE CASOS Y PAIN REALIZADOS EN EL PERIODO	12	11	12	11	0	0	0	0	0	0	0	0		46
						NUMERO DE ESTUDIOS DE CASO Y PAIN PROGRAMADOS EN EL PERIODO	12	11	12	11	0	0	0	0	0	0	0	0		46
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LO ESTABLECIDO EN EL CRONOGRAMA: SE REALIMON 10 PAIN Y 2 ESTUDIOS DE CASO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENO A LO ESTABLECIDO EN EL CRONOGRAM : SE REALIZO 9 PAIN Y 2 ESTUDIOS DE CASO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENO A LO ESTABLECIDO EN EL CRONOGRAM : SE REALIZO 12 PAIN	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENO A LO ESTABLECIDO EN EL CRONOGRAM : SE REALIZO 11 PAIN									
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
		% DE CUMPLIMIENTO PLANES CASEROS	100%	A NECEIDAD	PLASMAR RECOMENDACIONES A LOS USUARIOS QUE SALEN A MEDIO FAMILIAR	NUMERO DE PLANES CASEROS REALIZADOS EN EL PERIODO	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0		3
						NUMERO DE PLANES CASEROS REQUERIDOS EN EL PERIODO	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0		3
						CUMPLIMIENTO	#DIV/0!	#DIV/0!	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMIENTO	EN EL MES DE ENERO NO SE PRESENTARON SALIDAS A MEDIO FAMILIAR	EN EL MES DE FEBRERO NO SE PRESENTARON SALIDAS A MEDIO FAMILIAR	En el mes de marzo se realizaron 4 salidas. 3 a medio familiar (Rosa Jimenez - Isabel Camargo - Ignacia Hernandez) y 1 a otro centro (Alvaro Bobadilla)	EN EL MES DE ABRIL NO SE PRESENTARON SALIDAS A MEDIO FAMILIAR									
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
		% DE CUMPLIMIENTO AL CIERRE DE HISTORIAS CLINICAS	100%	A NECESIDAD	REALIZAR CIERRE DE HISTORIAS DE LAS PERSONAS MAYORES EGRESADAS DE LA INSTITUCION	NUMERO DE HISTORIAS CLINICAS CERRADAS EN EL PERIODO	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0		3
						NUMERO DE EGRESOS POR DIFERENTES CAUSAS EN EL PERIODO	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0		3
						CUMPLIMIENTO	100%	#DIV/0!	100%	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMIENTO	EN EL MES DE ENERO SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA: SE PRESTO CIERRE DE HISTORIA CLINICA POR FALLECIMIENTO (Sidaira Velasquez)	EN EL MES DE FEBRERO NO SE PRESENTARON CIERRE DE HISTORIAS	EN EL MES DE MARZO SE REALIZO 1 CIERRE DE HISTORIA CLINICA POR FALLECIMIENTO (Laurentino Camargo Marzo 27/18)	EN EL MES DE ABRIL SE REALIZO 1 CIERRE DE HISTORIA CLINICA POR FALLECIMIENTO (Maria Aixa Cifuentes (29 de Abrio/18)									
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
		% DE CUMPLIMIENTO EN LA EJECUCION DE ACTIVIDADES DE STIMULACION SENSORIAL CON ADULTOS DEPENDIENTES	100%	MENSUALMENTE	SELECCIONAR LA POBLACION DE USUARIOS A PERTICIPAR EN ESTA ACTIVIDAD DAR CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA ESTABLECIDO MEDIANTE INTERVENCION GRUPAL	NUMERO DE ACTIVIDADES EJECUTADAS DE ESTIMULACION SENSORIAL EN EL MES	6	6	7	9	0	0	0	0	0	0	0	0		28
						NUMERO DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN EL MES	6	6	7	9	0	0	0	0	0	0	0	0		28
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS DE ACUERDO A CRONOGRAMA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS DE ACUERDO A CRONOGRAMA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS DE ACUERDO A CRONOGRAMA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS DE ACUERDO A CRONOGRAMA									
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE PSICOLOGIA

TIPO DE INDICADOR	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	agosto	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	GRAFICO DEL INDICADOR	ESTUDIO ACUMULADO
EFICACIA	BRINDAR A LAS PERSONAS MAYORES ESPACIOS INTEGRALES BUSCANDO ESTRATEGIAS DE PROMOCION, PREVENCION E INTERVENCION, INDIVIDUAL Y COLECTIVAS QUE LE PERMITAN DESARROLLARSE EN TODAS SUS DIMENCIONES: PSICOLOGICAS, FISICAS, SOCIALES, FAMILIARES, ESPIRITUALES Y AFECTIVA- EMOCIONALES FACILITANDO EL NIVEL DE ADAPTACION DE LAS PERSONAS MAYORES A LA INSTITUCION	% DE CUMPLIMIENTO EN LA EJECUCION DE ACTIVIDADES DE PROCESOS MENTALES	100%	MENSUALMENTE	SELECCIONAR LA POBLACION DE USUARIOS A PERTICIPAR EN ESTA ACTIVIDAD DAR CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA ESTBALECIDO MEDIANTE INTERVENCION GRUPAL	NUMERO DE ACTIVIDADES E.JECUTADAS EN PROCESSOS MENTALES Y PSICOMOTRICIDAD EN EL MES	6	6	7	7	0	0	0	0	0	0	0	0		26
						NUMERO TOTAL DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN EL MES	6	6	7	7	0	0	0	0	0	0	0	0		26
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS DE ACUERDO AL CRONOGRAMA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA REALIZACION DE LAS VALORACIONES SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL CRONOGRAMA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA REALIZACION DE LAS VALORACIONES SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL CRONOGRAMA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA REALIZACION DE LAS VALORACIONES SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL CRONOGRAMA								
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
		%CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES FISICAS Y DE INTERACCION SOCIAL	100%	MENSUALMENTE	CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE ACUERDO ACRONOGRAMA	NUMERO DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL MES	14	20	17	20	0	0	0	0	0	0	0	0		71
						TOTAL DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN EL MES	14	20	17	20	0	0	0	0	0	0	0	0		71
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS DE ACUERDO A CRONOGRAMA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS DE ACUERDO A CRONOGRAMA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS DE ACUERDO A CRONOGRAMA (14 act de acondic. Fisico y 3 act de interacción social)	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS DE ACUERDO A CRONOGRAMA (16 act de acondic. Fisico y 4 act de interacción social)								
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
		% DE CUMPLIMIENTO DE TALLERES PARA PERSONAS MAYORES EN PROGRAMA DE PREVENCION y REFORZAMIENTO DE NORMAS DE CONVIVENCIA	100%	A NECESIDAD	EJECUTAR ACTIVIDADES DE ACUERDO AL CRONOGRAMA	NUMERO DE TALLERES REALIZADOS EN EL PERIODO	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0		2
						TOTAL DE TALLERES PROGRAMADOS EN EL PERIODO	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0		2
						CUMPLIMIENTO	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMIENTO	PARA EL MES DE ENERO NO SE ENCUENTRAN PROGRAMADAS ACTIVIDADES	PARA EL MES DE FEBRERO NO SE ENCUENTRAN PROGRAMADOS ACTIVIDADES	PARA EL MES DE MARZO NO SE ENCUENTRAN PROGRAMADOS ACTIVIDADES	CUMPLIMIENTO DE TALLERES DE ACUERDO AL CRONOGRAMA DEL AREA (Normas de Convivencia - Autoestima y Autocontrol								
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
		%CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE REMINISCENCIAS BIOGRAFIA Y SENTIDO DE VIDA	100%	A NECESIDAD	ESTABLECER CRONOGRAMA EJECUTAR ACTIVIDADES	NUMERO DE ACTIVIDADES DE REMINISCENCIAS REALIZADAS EN EL PERIODO	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0		3
						TOTAL DE ACTIVIDADES DE REMINISCENCIA PROGRAMADAS EN EL PERIODO	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0		3
						CUMPLIMIENTO	#DIV/0!	#DIV/0!	100%	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMIENTO	PARA EL MES DE ENERO NO SE ENCUENTRA PROGRAMADO ACTIVIDADES	PARA EL MES DE FEBRERO NO SE ENCUENTRAN PROGRAMADAS ACTIVIDADES	PARA EL MES DE MARZO SE DA CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA	ENCUENTRO INTERGENERACIONAL CON POLICIA DE CARABINEROS Y GRUPO DE JOVENES DEL GRUPO DE DANZAS								
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
		% DE CUMPLIMIENTO EN LA PROGRMACION DE JORNADADE MANTENIMIENTO DE LOCKERS	100%	BIMENSUAL	ESTABLECER CRONOGRAMA VIGENCIA 2018 COORDINAR CON EL EQUIPO LA ASIGNACION DE LOS PABELLONES A VERIFICAR	NUMERO DE JORNADAS DE MANTENIMIENTO REALIZADAS EN EL PERIODO	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0		2
						NUMERO DE JORNADAS PROGRAMADAS EN EL PERIODO	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0		2
						CUMPLIMIENTO	#DIV/0!	100%	#DIV/0!	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMIENTO	PARA EL MES DE ENERO NO SE ENCONTRABA PROGRAMADO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LO ESTABLECIDO EN EL CRONOGRAMA	PARA EL MES DE MARZO NO SE ENCONTRABA PROGRAMADO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LO ESTABLECIDO EN EL CRONOGRAMA								
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
		% DE CUMPLIMIENTO EN LA PARTICIPACION DE REUNIONES DE FAMILIA	100%	BIMENSUAL	ESTABLECER CRONOGRAMA	NUMERO DE REUNIONES DE FAMILIA ASISTIDAS EN EL PERIODO	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0		2
						NUMERO DE REUNIONES FAMILIAS PROGRAMADAS EN EL PERIODO	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0		2
						CUMPLIMIENTO	#DIV/0!	100%	#DIV/0!	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMIENTO	POR CRONOGRAMA NO ESTA PROGRAMADO EN ESTE MES	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE ACUERDO A CRONOGRAMA ESTABLECIDO	POR CRONOGRAMA NO ESTA PROGRAMADO EN ESTE MES	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE ACUERDO A CRONOGRAMA ESTABLECIDO								
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						NUMERO DE CAPACITACIONES REALIZADAS EN EL MES	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		1
						NUMERO DE CAPACITACIONES PROGRAMADAS EN EL MES	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		1
						CUMPLIMIENTO	#DIV/0!	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE PSICOLOGIA																			
TIPO DE INDICADOR	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	agosto	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	GRAFICO DEL INDICADOR	ESTUDIO ACUMULADO
		% DE CUMPLIMIENTO A CAPACITACIONES	100%	A NECESIDAD	DIVULGACION DEL TEMA ENVIO DE MATERIAL DE APOYO REALIZACION DE PRE Y POS DE MANERA VIRTUAL	SEGUIMIENTO	EN EL MES DE ENERO NO SE ENCUENTRA PROGRAMADAS	EN EL MES DE FEBRERO SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA ETA ESTABLECIDA DE ACUERDO A CRONOGRAMA. SE REALIZO TALLER DE SENSIBILIZACION DE LAS FAMILIAS	EN EL MES DE MARZO NO SE ENCUENTRA PROGRAMADAS CAPACITACIONES POR ESTA AREA	EN EL MES DE ABRIL NO SE ENCUENTRA PROGRAMADAS								
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
		% DE CUMPLIMIENTO EN ENTREGA OPORTUNA DE INFORMES	100%	A NECESIDAD	ESTABLECER METODOLOGIA DEL INFORME ELABORACION Y ENTREGA	NUMERO DE INFORMES REALIZADOS EN EL PERIODO	3	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO EN ENTREGA OPORTUNA DE INFORMES	8
						NUMERO DE INFORMES SOLICITADOS EN EL PERIODO	3	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0		8
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA								
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
		% CUMPLIMIENTO EN LA PARTICIACION DE REUNIONES Y COMITES	100%	A NECESIDAD	ESTABLECER CRONOGRAMA ASISTIR A LAS REUNIONES PROGRAMADAS	NUMERO DE REUNIONES ASISTIDASEN EL PERIODO	4	4	4	2	0	0	0	0	0	0	0	0	% CUMPLIMIENTO EN LA PARTICIACION DE REUNIONES Y COMITES	14
						NUMERO DE REUNIONES PROGRAMADASE N EL PERIODO	4	4	4	2	0	0	0	0	0	0	0	0		14
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO A LA SISTENCIA DE REUNIONES Y COMITES	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO A LA ASISTENCIAA REUNIONES Y COMITES	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO A LA ASISTENCIA A REUNIONES Y COMITES	CUMPLIMIENTO DE ACUERDO A CRONOGRAMA								
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
		% DE CUMPLIMIENTO EN REUNIONES DE CARÁCTER CULTURAL , RELIGIOSO O EN FECHAS ESPECIALES	100%	MENSUALMENTE	PLANIFICACION DE LAS ACTIVIDAES	NUMERO DE CELEBRACIONES YBACTIVIDADES ASISTIDAS EN EL MES	0	2	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO EN REUNIONES DE CARÁCTER CULTURAL , RELIGIOSO O EN FECHAS ESPECIALES	7
						NUMERO DE CELEBRACIONES Y ACTIVIDADES PROGRAMADAS	0	2	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0		7
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	PARA EL MES DE ENERO NO SE TIENE PROGRAMACION	PARA EL MES DE FEBRERO SE EVIDENCIA EL CUMPLIMIENTO	PARA EL MES DE MARZOSE DIO CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA (Celebración Dia de San José, Dua del Hombre, Dia de la Mujer y Retos Espirtuale)	PARA EL MES DE ABRIL SE EVIDENCIO CUMPLIMIENTO (Hora Santa)								
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
		% DE CUMPLIMIENTO DE INTERVENCION DE USUARIOS CON ALTERACIONES COMPORTAMENTALES	100%	MENSUALMENTE	CUMPLIMIENTO DE INTERCONSULTAS O ATENCION A NECESIDAD DE FORMA OPORTUNA	NUMERO DE USUARIOS CON INTERVENCION PSICOTERAPEUTICA REALIZADA	4	5	4	3	0	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO DE INTERVENCION DE USUARIOS CON ALTERACIONES COMPORTAMENTALES	16
						NUMERO DE USUARIOS QUE LO REQUIERAN A NECESIDAD	4	5	4	3	0	0	0	0	0	0	0	0		16
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS								
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
		% DE CUMPLIMIENTO DE INTERVENCION EN APOYO PSICOTERAPEUTICO CON FAMILIAS	100%	MENSUALMENTE		NUMERO DE INTERVENCIONES PSICOTERAPEUTICAS FAIMILIAR REALIZADA	2	1	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO DE INTERVENCION EN APOYO PSICOTERAPEUTICO CON FAMILIAS	7
						NUMERO DE INTERVENCIONES PSICOTERAPEUTICAS PROGRAMADAS	2	1	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0		7
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS (Familiar de:Hermanas Velasquez)	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS (Familiar de: Merardo Diaz)	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS (Familiar de: Isabel Camargo)	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS (Familia de:Felipe Saldaña, Blanca Silva, Oliva Castro)								
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!

CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO SAN JOSE DE FACATATIVA	CODIGO FT-GC-011
MATRIZ DE INDICADORES 2018	VERSION:02
GESTION DE CALIDAD	FECHA: 27/01/2017

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE

ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	agosto	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	GRAFICO DEL INDICADOR	ESTUDIO ACUMULADO
APLICAR LAS RECOMENDACIONES DE LA RESOLUCION 032 DE 2011 APLICAR EL ACTA DE INGRESO	NUMERO DE USUSARIOS VALORADOS EN EL PERIODO	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO DE VALORACIONES REALIZADAS	2
	TOTAL DE USUARIOS INGRESADOS EN EL PERIODO	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0		2
	CUMPLIMIENTO	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
	SEGUIMIENTO	EN EL MES DE ENERO NO SE PRESENTARON INGRESOS	EN EL MES DE FEBRERO NO SE PRESENTARON INGRESOS	EN EL MES DE MARZO NO SE PRESENTARON INGRESOS	EN EL MES DE ABRIL SE PRESENTARON DOS INGRESOS LOSA CUALES FUERON VALORADOS EN EL TIEMPO ESTIPULADO.										
	PLAN DE MEJORA	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	NO REQUIERE	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
REALIZAR SEGUIMIENTO A LAS PERSONAS MAYORE CONSIGNAR EN LA HISTORIA EL RESUMEN DE LA ATENCION	NUMERO DE SEGUIMIENTOS REALIZADOS EN EL PERIODO	40	39	0	40	0	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO EN SEGUIMIENTO TRIMESTRAL	119
	NUMERO DE SEGUIMIENTOS PROGRAMADOS	40	39	0	40	0	0	0	0	0	0	0	0		119
	CUMPLIMIENTO	100%	100%	#DIV/0!	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
	SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA SEGÚN CRONOGRAMA	SE EVIDENCIA SEGUIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA SEGÚN CRONOGRAMA	DE ACUERDO A CRONOGRAMA NO SE REALIZO SEGUIMIENTO EN ESTE MES	DE ACUERDO AL CRONOGRAMA SE REALIZO EL 100% DE LOS SEGUIMIENTOS										
	PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#DIV/0!	NO REQUIERE	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
CONVOCATORIA ANALISIS SISTEMATIZACION Y PARTICIPACION EN LOS ESTUDIOS DE CASO	NUMERO DE ESTUDIOS DE CASO REALIZADOS EN EL PERIODO	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO A ELABORACION DE ESTUDIOS DE CASO	4
	NUMERO DE ESTUDIOS DE CASOS REQUERIDOS EN EL PERIODO	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		4
	CUMPLIMIENTO	100%	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
	SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	EN ESTE MES NO HUBO ESTUDIOS DE CASO	EN ESTE MES NO HUBO ESTUDIOS DE CASO										
	PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
CONCOCAR AL EQUIPO PROFESIONAL ESTABLECER CRONOGRAMA ELABORACION DEL PAIN EN SUS FASES DE COMOCIENDO, PLANEANDO Y MONITOREANDO	NUMERO DE PAIN REALIDADOS EN EL MES	10	9	12	11	0	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO A LA REALIZACION DE PAIN	42
	NUMERO DE PAIN PROGRAMADOS EN EL MES	10	9	12	11	0	0	0	0	0	0	0	0		42
	CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
	SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN AL ELABORACION DE LOS PAIN PROGRAMADOS	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE LOS PAIN PROGRAMADOS	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE LOS PAIN PROGRAMADOS	SE EVIDENCIA EL CUMPLIENTO DE LOS PAIN PROGRAMADOS										
	PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
VERIFICACION DE LA RED DE AENCION EN SALUD REALIZAR TRASLADO DE EPS AFILIACION AL SISTEMA DESALUD	NUMERO DE PERSONAS MAYORES VINCULADAS AL SSSS EN EL PERIODO	79	78	78	80	0	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO EN VINCULACION AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD A LAS PERSONAS MAYORES QUE INGRESAN	315
	TOTAL DE PERSONAS MAYORES QUE INGRESAN EN EL PERIODO	79	78	78	80	0	0	0	0	0	0	0	0		315
	CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
	SEGUIMIENTO	EN EL MES DE ENERO NO SE PRESENTERON INGRESOS	EN EL MES DE FEBRERO NO SE PRESENTARON INGRESOS	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE ESTE INDICADOR											
	PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
REALIZAR INTERVENCION A LA PERSONA MAYOR JUNTO CON SU FAMILIA CUANDO AMERITE	NUMERO DE INTERVENCIONES REALIZADAS EN EL PERIODO	2	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	INTERVENCIONES REALIZADAS A LAS PERSONAS MAYORES POR PRESENCIAS DE PATRONES CONPORTAMENTALES INADECUADOS FRENTE AL INCUMPLIMIENTO EN EL MANUAL DE CONVIVENCIA	7
	NUMERO DE INTERVENCIONES REQUERIDAS EN EL PERIODO	2	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0		7
	CUMPLIMIENTO	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
	SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN EL ACOMPAÑAMIENTO REQUERIDO POR LAS PERSONAS MAYORES	EN EL MES DE FEBRERO NO SE PRESENTARON FALTAS AL MANUAL DE CONVIVENCIA	EN EL MES DE FEBRERO NO SE PRESENTARON FALTAS AL MANUAL DE CONVIVENCIA	EN ESTE MES SE REALIZARON 5 INTERVENCION INDIVIDUALES Y/O FAMILIARES QUE QUEDARON REGISTRADAS EN LA HISTORIA CLINICA										
	PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#DIV/0!	#DIV/0!	NO REQUIERE	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
DEPURAR FOLIAR SISTEMATIZAR ORAGNIZAR VERIFICAR EL CIERRE DE LAS DIFERENTES AREAS CUSTODIA ENVIO AL ARCHIVO DE LA BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA	NUMERO DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL CIERRE DE HISTORIAS CINICAS E EGRESO EL PERIODO	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO EN LAS ACTIVIDADES A REALIZAR EN LA ORGANIZACIÓN Y ENVIO DE LAS HISTORIAS CLINICAS DE EGRESO	3
	NUMERO DE HISTORIAS CLINICAS ENVIADS A BENEFICENCIA EN EL PERIODO	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0		3
	CUMPLIMIENTO	100%	#DIV/0!	100%	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
	SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABECIDA, EN EL MES DE ENERO SE REALIZO CIERRE Y ARREGLO DE LA HISTORIA CLINICA DE L USUARIO FALLECIDO	EN EL MES DE FEBRERO NO SE REQUIERIO DE LA ACTIVDAD DE CIERRE	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABECIDA, EN EL MES DE ENERO SE REALIZO CIERRE Y ARREGLO DE LA HISTORIA CLINICA DE L USUARIO FALLECIDO	EN ESE MES FALLECIO UNA PERSONA MAYOR Y SE REALIZO EL PROCESO REQUERIDO CON LA HISTORIA CLINICA DEL USUARIO DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS DE LEY										
	PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
SEGUIMIENTO DE LA ASISTENCIA DE LOS EVENTOS , REUNIONES DE FAMILIA MOTIVACION A LAS FAMILIA SEGUIMIENTO TELEFONICAMENTE	NUMERO DE FAMILIAS QUE SE LOGRARON INCLUIR EN EL PROCESSS DE CORRESPONSABILIDAD EN EL PERIODO	30	30	0	36	0	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO EN LA INCLUCION DE FAMILIAS	96
	TOTAL DE FAMILIAS ACTIVAS EXISTENTES	30	30	0	36	0	0	0	0	0	0	0	0		96
	CUMPLIMIENTO	100%	100%	#DIV/0!	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
	SEGUIMIENTO	EN EL MES DE ENERO SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE LOS 80 PERSOANAS MAYORES INSTITUCIONALES SE CUENTA CON 30 FAMILIAS ACTIVAS 10 PARCIALMENTE INACTIVAS Y 10 INACTIVAS LAS 30USUARIOS NO CUENTAN CON RED FAMILIARSE ENCUENTRAN EN ABANDONO	EN EL MES DE FEBRERO SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE LOS 80 PERSOANAS MAYORES INSTITUCIONALES SE CUENTA CON 30 FAMILIAS ACTIVAS 10 PARCIALMENTE INACTIVAS Y 10 INACTIVAS LAS 30USUARIOS NO CUENTAN CON RED FAMILIARSE ENCUENTRAN EN ABANDONO	EN EL MES DE MARZO NO HAY REUNIONES PROGRAMADAS	EN EL MES DE ABRIL SE REALIZA REUNION DE FAMILIAS CON UNA ASISTENCIA DEL 100% DE FAMILIAS CONVOCADAS.										

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE																
ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	agosto	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	GRAFICO DEL INDICADOR	ESTUDIO ACUMULADO
	PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
VISITAS DOMICILIARIAS GENOGRAMA VALORACION ATRAVES DE SUS INSTRUMENTOS DE APLICACIÓN	NUMERO DE INTERVENCIONES FAMILIARES REALIZADAS EN EL PERIODO	0	30	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO AL NUMERO DE INTERVENCIONES FAMILIARES REALIZADAS	40
	NUMERO DE VISITAS FAMILIARES PROGRAMADAS	0	30	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0		40
	CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
	SEGUIMIENTO	EN ELMES DE NERO NO SE PROGRAMO VISITA	EN EL MES DE FEBRERO SE EVIDENCIA EL 100% DE LAS INTERVENCIONES PLANEADAS	EN EL MES DE MARZO NO SE REALIZARON VISITAS O VALORACIONES	EN EL MES DE ABRIL SE REALIZARON VISITAS DOMICIARIAS, GENOGRAMAS A 10 USUARIOS DEL CENTRO										
	PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
SISTEMATIZAR ORGANIZAR Y EVALUAR LAS SALIDAS TEMPORALES CON LAS FAMILIAS	NUMERO DE SALIDAS Y/O PLANES CASEROS REALIZADOS EN EL PERIODO	15	30	38	31	0	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO DE PLANES CASEROS	114
	NUMERO DE SALIDAS Y/O PLANES CASEROS PROPUESTAS	15	30	38	31	0	0	0	0	0	0	0	0		114
	CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
	SEGUIMIENTO	EN ESTE MES SE REALIZARON 15 SALIDAS POR 1, 2 O MAS DIAS Y SE REALIZA SEGUIMIENTO POR EL AREA EN UN 100%	EN ESTE MES SE REALIZARON 15 SALIDAS POR 1, 2 O MAS DIAS Y SE REALIZA SEGUIMIENTO POR EL AREA EN UN 100%	EN ESTE MES SE REALIZARON 15 SALIDAS POR 1, 2 O MAS DIAS Y SE REALIZA SEGUIMIENTO POR EL AREA EN UN 100%	EN EL MES ABRIL 31 USUARIOS REALIZARON SALIDAS POR 1 O 2 DIAS DANDO CUMPLIENDO EN EL 100% A ESTE INDICADOR										
	PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
ACTUALIZACION DE PAGARES Y COMPROMISOS DE CORRESPONSABILIDAD ADQUIRIDOS CON LA BENEFICENCIA	NUERO DE FAMILIAS CON COMPROMISOS ACTUALIZADOS EN EL PERIODO	0	30	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO EN LA ACTUALIZACION DE PAGARES Y COMPROMISOS DE CORESPONSABILIDAD	40
	NUMERO DE FAMILIS ACTIVAS	0	30	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0		40
	CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
	SEGUIMIENTO	ENE ENERO NO SE REALIZALA ACTIVIDAD	EN EL MES DE FEBRERO SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA ATUALIZACION DEL COMPROMISO	EN EL MES DE MARZO NO SE REALIZA LA ACTIVIDAD	TRABAJO SOCIAL LOGRO QUE 10 FAMILIAS MAS FIRMARAN COMPROMISOS DANDO CUMPLIMIENTO AL ESTE INDICADOR										
	PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
ESTABLECER CRONOGRAMA VIGENCIA 2018 COORDINAR CON EL EQUIPO LA ASIGNACION DE LOS PABELLONES A VERIFICAR	NUMERO DE JORNADAS DE MANTENIMIENTO DE LOKERS REALIZADAS EN EL PERIODO	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO A JORNADA DE MANTENIMIENTO DE LOCKERS	2
	NUMERO DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN EL PERIODO	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0		2
	CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
	SEGUIMIENTO	EN EL MES DE ENERO NO SE ENCONTRABA PROGRAMADA DICHA ACTIVIDAD	EN EL MES DE FEBRERO SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DEL 100% A LO ESTABLECIDO EN EL CRONOGRAMA	EN ESTE MES NO SE TIENE PROGRAMADO DICHA ACTIVIDAD	EN EL MES DE ABRIL SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DEL 100% A LO ESTABLECIDO EN EL CRONOGRAMA										
	PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
ORIENTAR A LAS FAMILIAS PARA QUE MOVILICEN REDES SOCIALES EN SALUD LEGAL EDUCACION Y VIVIENDA	NUMERO DE FAMILIAS ACTIVAS ORIENTADAS	0	0	4	3	0	0	0	0	0	0	0	0	% DE SEGUIMIENTO DE ORIENTACION A LAS FAMILIAS	7
	NUMERO DE FAMILIAS ACTIVAS PROGRAMADAS	0	0	4	3	0	0	0	0	0	0	0	0		7
	CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
	SEGUIMIENTO	EN EL MES DE ENERO NO SE TIENE ESTABLECIDO	EN EL MES DE FEBRERO NO SE TIENEN ESTABLECIDO	EN ESTE MES NO SE TIENE ESTABLECIDO	EN ESTE MES SE ORIENTO A 3 FAMILIAS FRENTE A PROCESOS LEGALES (INTERDICCION)										
	PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
CONSECUCION DE UN REFERENTE AFECTIVO	NUMERO DE PERSONAS MAYORES APADRINADAS	22	22	22	30	0	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO PARA ELMANTENIEMIENTO DE REDES SOCIALES	96
	SOBRE NUMERO DE PERSONAS MAYORES SIN RED SOCIAL NI FAMILIAR	22	22	22	30	0	0	0	0	0	0	0	0		96
	CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
	SEGUIMIENTO	EL MES DE ENERO SE LOGRO MANTENER LOS PADRINOS AFECTIVOS A LAS 22 PERONAS MAYORES QUE SE ENCUENTRAN EN ABANDONO	EN EL MES DE FEBRERO SE SIGUEN MANTENIENDO LOS 22 PADRINOS AFECTIVOS	EN EL MES DE MARZO SE SIGUEN MANENIENTO LOS 22 PADRINOS	EN EL MES DE ABRIL AUMENTO EL NUMERO DE PERSONAS SIN RED FAMILIAR POR LO TANTO SE REALIZO LA CONSECUSION DE PADRINOS AFECTIVOS EN UN 100%										
	PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
ESTABLECER METODOLOGIA ESTABLECER TIEMPOS DE ENTREGAREALIZACION Y ENVIO DEL INFORME A LA BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA	NUMERO DE INFORMES REALIZADOS EN EL PERIODO	10	9	12	18	0	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO A ENTREGA DE INFORMES	49
	NUMERO DE INFORMES REQUERIDOS EN EL PERIODO	10	9	12	18	0	0	0	0	0	0	0	0		49
	CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
	SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO AL 100% DE LOS ENVIOS DE LSO EINFORMES	PARA EL MES DE FEBRERO SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DEL 100% DE LOS ENVIOS DE LOS INFORMES	SE EVIDENCIA EL CUMPLIENTO EN UN 100% DE LOS ENVIOS DE LOS INFORMES	EN EL MES DE ABRIL SE ENVIARON INFORMES ASI: 4 A BENECUN, INFO EGRESOS. 4 A ENTIDADES DIFERENTES, 2 BASE DE DATOS ALCALDIA Y MATRIZ DEFUNCIONES. 4 INFO ADMINISTRATIVOS AL INSTITUTO, 3 AL COMITÉ DE HISTORIAS Y 1 INFORME DE INDICADORES									
	PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
ESTABLECER CONOGRAMA ASISTIR A LAS REUNIONES PROGRAMADAS ASISTENCIA A CAPACITACION CONTINUAS ASISTENCIA A COMITES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO LIDERAR EL COMITÉ DEH ISTORIAS	NUMERO DE REUNIONES ASISTIDAS Y EL PERIODO	9	15	18	6	0	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTOEN LA PARTICIPACION DE REUNIONES	48
	NUMERO DE REUNIONES PROGRAMADAS	9	15	18	6	0	0	0	0	0	0	0	0		48
	CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
	SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA										
	PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
ESTABLECER CRONOGRAMA METODOLOGIA PUBLICACION	NUMERO DE CAPACITACIONES REALIZADAS EN EL MES	1	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO EN LA REALIZACION DE CAPACITACIONES	5
	NUMERO DE CAPACITACIONES PROGRAMADAS EN EL MES	1	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0		5
	CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
	SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO AL 100% EN LA REALIZACION DE CAPACITACIONES DEL AREA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DEL 100% DE LAS CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR EL AREA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DEL 100% DE LAS CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR EL AREA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DEL 100% DE LAS CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR EL AREA										
	PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!

J.H.S. INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA	CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO SAN JOSE DE FACATATIVA	CODIGO:FT-GC-011
	MATRIZ DE INDICADORES 2018	VERSION:02
PROCESO	GESTION DE CALIDAD	FECHA: 27/01/2017

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL

TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	agosto	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	GRAFICO DEL INDICADOR	ESTUDIO ACUMULADO
eficacia	Ejecutar actividades programadas por el area de Terapia ocupacinal mediante la intervención grupal con las Personas Mayores	% de cumplimiento actividades realizadas	100%	mensual	Seleccionar la Población de usuarios a participar en esta actividad y dar cumplimiento según cronograma establecido mediante intervención grupal	No de actividades ejecutadas en el periodo	33	45	40	57	0	0	0	0	0	0	0	0	% de cumplimiento actividades realizadas	175
						No de actividades programadas en el periodo	33	45	40	57	0	0	0	0	0	0	0	0		175
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMIENTO	Se da cumplimiento a las actividades programads	Se da cumplimiento en las actividades programadas	Se da cumplimiento de las actividades programadas	Se da cumplimiento de las actividades programadas										
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
eficacia	Participacion de usuarios en actividades terapeuticas grupales basadas en la integración sensorial con el objetivo de activar sensorialmente a las Personas Mayores	% de cumplimiento de los usuarios que asisten a las actividades	100%	Mensual	Se realiza cronograma de actividades y clasificación de las Personas Mayores a participar en cada una de las salas, brindar estimulos a los organos de los sentidos	Numeros de Personas Mayores que participan en las actividades del periodo	31	34	25	26	0	0	0	0	0	0	0	0	% de cumplimiento de los ususarios que asisten a las actividades	116
						Numeros de Personas mayores programadas en el periodo	31	34	25	26	0	0	0	0	0	0	0	0		116
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMIENTO	Seevidencia cumplimiento en la participación de Personas Mayores programadas	Se evidencia cumplimiento en la participación de Personas Mayores programadas	Se evidencia cumplimiento en la participacion de Personas Mayores en las actividades progamadas	Se evidencia cumplimiento en la participacion de Personas Mayores en las actividades progamadas										
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
eficiacia	Fomentar las participación de las Personas Mayores en actividades terapeuticas de procesos mentales y psicomotricidad para el mantenimiento y entrenamiento de habilidades	% de cumplimiento de las Personas Mayores que asisten a las actividades programadas	100%	Mensual	Realizar cronograma de actividades, lsiatado de Personas Mayores a participar y brindar actividades motoras finas y de entrenamiento cerebral y cognitivas	Numero de Personas Mayores que participan en el periodo	45	49	50	50	0	0	0	0	0	0	0	0	% de cumplimiento de las Personas Mayores que asisten a las actividades programadas	194
						Numero de Personas Mayores programadas en el periodo	45	49	50	50	0	0	0	0	0	0	0	0		194
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMIENTO	Se evidencia cumplimiento en la participación de los usuarios en las actividades programadas	Se evidencia cumplimiento en la participación de Personas Mayores programadas	Se evidencia cumplimiento en la participacion de Personas Mayores en las actividades progamadas	Se evidencia cumplimiento en la participacion de Personas Mayores en las actividades progamadas										
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
eficiacia	Fomentar la participación de las Personas Mayores en los Talleres Productivos	% de cumplimiento de los usuarios que asisten a los Talleres productivos	100%	Mensual	Etablecer cronograma de trabajo, realizar listados de acuerdo a intereses y habilidades, Organizar espacio de trabajo y brindar instrucciones para el desempeño de las tareas	Numeros de Personas Mayores que participan en los talleres en el mes	23	32	31	45	0	0	0	0	0	0	0	0	% de cumplimiento de los usuarios que asisten a los Talleres productivos	131
						Numero de Personas Mayores programados por talleres el mes	23	32	31	45	0	0	0	0	0	0	0	0		131
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMIENTO	Se evidencia cumplimiento en la participación de los usuarios en los talleres productivos programados	Se evidencia cumplimiento en la participación de Personas Mayores en los talleres productivos programados	Se evidencia cumplimiento en la participacion de Personas Mayores en las actividades progamadas	Se evidencia cumplimiento en la participacion de Personas Mayores en las actividades progamadas										
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
Eficacia	Participacion de Personas Mayores en las actividades de manjeo de tiempo libre y ocio	% de cumplimiento de los Personas mayores que asisten a las actividades de manejo de tiempo libre y ocio	100%	Mensual	Establecer cronograma , Listado de Personas mayores según participación y asistencia a las actividades programadas	Numero de Personas Mayores que participan de las actividades en el periodo	66	62	51	79	0	0	0	0	0	0	0	0	% de cumplimiento de los Personas mayores que asisten a las actividades de manejo de tiempo libre y ocio	258
						Numero de Personas Mayores que participan de las actividades en el periodo	66	62	51	79	0	0	0	0	0	0	0	0		258
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMIENTO	Se evidencia cumplimiento en las actividades de: cine foro, caminatas recreativas, juegos ludicos recreativos, salidas extramurales	Se evidencia cumplimiento en las actividades de: cine foro, caminatas rereativas, juegos ludicos recreativos, salidas extramurales	Se evidencia cumplimiento en la participacion de Personas Mayores en las actividades progamadas	Se evidencia cumplimiento en la participacion de Personas Mayores en las actividades progamadas										
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
Eficacia	Realizar valoracíónes de ingreso	% de cumplimiento de valoraciones de ingreso	100%	A necesidad	Aplicación de instrumento de valoracion y pruebas para determinar un diagnóstico ocupacional	Numero de usuarios valorados segin ingreso en el periodo	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	% de cumplimiento de valoraciones de ingreso	2
						Numero de Personas Mayores ingresadas en el periodo	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0		2
						CUMPLIMIENTO	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMIENTO	No se presentaron ingresos en el período	No se presentaron ingresos en el período	No se presentaron ingresos en el período	Se realiza valoracion de Dolores Maicero y Luis Triviño										
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						Numero de evoluciones realizadas en el periodo establecido	0	79	0	29	0	0	0	0	0	0	0	0	% de cumplimiento de evoluciones trimestrales	108
						Total de evoluciones programadas segin cronograma	0	79	0	29	0	0	0	0	0	0	0	0		108
						CUMPLIMIENTO	#DIV/0!	100%	#DIV/0!	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL																			
TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	agosto	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	GRAFICO DEL INDICADOR	ESTUDIO ACUMULADO
Eficacia	Dar cumplimiento trimestral a la realización de las evoluciones	% de cumplimiento de evoluciones trimestrales	100%	Trimestral	Establecer cronograma , realizar la evolución en el formato establecido	SEGUIMIENTO	Según cronograma establecido no hay evoluciones programadas	Se evidencia cumplimiento del acuerdo a cronograma	Según cronograma establecido no hay evoluciones programadas	Se realizan evoluciones segun cronorama establecido por el Comité de historias clinicas como plan de mejora.									
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
Eficacia	Valoración anual con aplicación de Perfil ocupacional y de indice de barthel	% de cumplimiento de valoraciones anuales	100%	anual	Establecer cronograma de valoración anual y aplicación de instrumentos y de pruebas de valoración establecida	Numero de Personas mayores valoradas anualmente	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	% de cumplimiento de valoraciones anuales	6
						Numero de personas Mayores valoradas de acuerdo a cronograma	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0		6
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	De acuerdo a cronograma no se encuentran programadas valoraciones anuales.	De acuerdo a cronograma no se encuentran programadas valoraciones anuales	De acuerdo a cronograma no se encuentran programadas valoraciones anuales.	Se realizan valoraciones segun cronorama establecido por el Comité de historias clinicas como plan de mejora.									
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
Eficacia	Participación en los análisis de estudios de casos y elaboración de seguimiento del PAINN a Personas Mayores junto con el equipo interdisciplinario	% de cumplimiento estudios de casos y PAINN	100%	mensual	Establecer cronograma de elaboración PAINN vigencia 2018 Relizar estudio de casos propuestos por el equipo	Numero de estudio de casos y PAINN elaborados	12	11	12	11	0	0	0	0	0	0	0	0	% de cumplimiento estudios de casos y PAINN	46
						Numero de estudio de casos y PAINN programados	12	11	12	11	0	0	0	0	0	0	0	0		46
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	Se evidencia cumplimiento en la elaboración de estudios de casos y PAIN	Se evidencia cumplimiento en la elaboración de estudios de casos y PAIN	Se evidencia cumplimiento en la elaboración de estudios de casos y PAIN	Se evidencia cumplimiento en la elaboración de estudios de casos y PAIN									
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
eficacia	Participar en la elaboración de Planes caseros de las Personas Mayores que salen a medio familiar o redes de apoyo	% de cumplimiento de los Planes caseros	100%	a necesidad	Plasmar recomendaciones a las Personas Mayores que salen a medio familiar o con red de apoyo	Numero de Planes caseros realizados	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	% de cumplimiento de los Planes caseros	4
						Numero de Planes caseros programados	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0		4
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	En el mes de enero no se presentaron salidas a medio familiar o con red de apoyo	En el mes de febrero no se presentaron salidas al medio familiar o con red de apoyo	En el mes de marzo se realizaron 4 salidas. 3 a medio familiar (Rica	En el mes de Abril no se realizan planes Caseros									
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
Eficacia	Diligenciar el cierre de Historias Clinicas	% de cumplimiento de cierre de historias clinicas	100%	A necesidad	Realizar la correspondiente nota en la histroia clinica	Numero de de cierrres de Historias en el mes	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	% de cumplimiento de cierre de historias clinicas	3
						Numero de egresos presentados en el mes	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0		3
						CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	Se evidencia cumplimiento en cierre de historias clinicas por fallecimiento	en el mes de Febrero no se presentaron egresos de personas mayores	Se realiza cierre de historia de Laurentino Camargo	En el mes de abril se realiza 1 cierre de historia clinica (Maria Aixa Cifuentes).									
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
Eficacia	Elaborar y apoyar la entrega oportuna de informes solicitados por la Beneficencia de Cundinamarca	% de cumplimiento informes elaborados	100%	A necesidad	Establecer metodologia del informe, elaboración y entrega	Numero de informes realizados en el periodo	2	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	% de cumplimiento informes elaborados	6
						Numero de informes solicitados en el periodo	2	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0		6
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	Se evidencia cumplimiento en las metas establecidas	Se evienca cumplimiento en las metas establecidas	Se evienca cumplimiento en las metas establecidas	Se avienca cumplimiento en las metas establecidas									
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
eficacia	Participar activamente en las actividades religiosas, culturales,interinstitusionales e intersectoriales segùn requerimiento o cronograma	% de cumplimiento en las reuniones de carácter cultural , religiosas y/o fechas especiales	100%	Mensual	Cumplimiento con las tareas asignadas para la realizacion de las tareas propuestas	Numero de reuniones y actividades asistidas	1	2	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	% de cumplimiento en las reuniones de carácter cultural , religiosas y/o fechas especiales	8
						Numero de reuniones o actividades programadas	1	2	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0		8
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	Se evidencia cumplimiento en las actividades programadas	Se evidencia cumplimiento en las actividades programadas	Se participa en 1 dia de la mujer, 1 dia del hombre, 1convivencia,1 dia de san jose.	En el mes de abril se realiza 1 actividad de Adoracion al santicimo.									
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
Eficacia	fortalecer deberes y derechos dando cumplimiento al manual de convivencia a través de la jornadas de mantenimiento de locker	% de cumplimiento en la jornada de mantenimiento de locker	100%	Bimensual	Ejecutar de acuerdo a cronograma institucional	Numero de Jornadas de mantenimiento realizadas	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	% de cumplimiento en la jornada de mantenimiento de locker	2
						Numero de Jornadas de mantenimiento programadas	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0		2
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	De acuerdo a cronograma no se encuentran programadas jornadas de mantenimiento	se evidencia cumplimiento de la meta etsablecida	De acuerdo a cronograma no se encuentran programadas jornadas de mantenimiento	se evidencia cumplimiento de la meta etsablecida									
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
eficacia	Participar activamente en las reuniones de equipo y comites de obligatorio cumplimiento	% de cumplimiento en las participación de reuniones	100%	Mensual	Asistiendo a la reuniones y comites programadas según cronograma establecido por coordinación	Numero de reuniones o comites asistidas	4	4	4	5	0	0	0	0	0	0	0	0	% de cumplimiento en las participación de reuniones	17
						Numero de reuniones y comites programados	4	4	4	5	0	0	0	0	0	0	0	0		17
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	Se evidencia cumplimiento cronograma establecido	Se evidencia cumplimiento al cronograma establecido	Se evidencia cumplimiento al cronograma establecido	Se evidencia cumplimiento al cronograma establecido.									
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
Eficacia	Realizar capacitación y divulgación de los procedimientos protocolos y Plan de Atención	% de cumplimiento en la realización de capacitaciones	100%	A necesidad	Establecer cronograma de capacitaciones, divulgación del tema y ejecución de la capacitación a través de la plataforma	Numero de capacitaciones realizadas en el periodo	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	% de cumplimiento en la realización de capacitaciones	1
						Numero de capacitaciones programadas en el periodo	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0		1
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	De acuerdo a cronograma no se encuentran capacitaciones programadas durante el mes de enero	De acuerdo a cronograma no se encuentran programadas capacitaciones durante el mes de Febrero	Se realiza capacitación del manual de Terapia ocupacional	En el mes de abril no hay programadas de acuerdo al cronograma establecido.									
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
	Participar en las reuniones programadas de	% de cumplimiento en la		mual	Asistir a reuniones de familias y	Numero de reuniones asistidas de familias	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	% de cumplimiento en la asistencia a reuniones de familias programadas	1
						Numero de reuniones de familias programadas	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		1
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL																			
TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	agosto	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	GRAFICO DEL INDICADOR	ESTUDIO ACUMULADO
Eficacia	Participar en las reuniones programadas con familias	asistencia a reuniones de familias programadas	100%	Bimestral	ejecutar actividad de acuerdo a cronograma institucional	SEGUIMIENTO	De acuerdo a cronograma no se encontraba programadas en el mes de enero	Se evidencia cumplimiento de acuerdo a cronograma del mes do Febrero	De acuerdo a cronograma no se encontraba programadas en el mes de enero	No se requiere de la participacion del area.										
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
		TITULO DEL INDICADOR Y/O DE LA GRAFICA				NUMERADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	TITULO DEL INDICADOR Y/O DE LA GRAFICA	0
						DENOMINADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO														
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
		TITULO DEL INDICADOR Y/O DE LA GRAFICA				NUMERADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	TITULO DEL INDICADOR Y/O DE LA GRAFICA	0
						DENOMINADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO														
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
		TITULO DEL INDICADOR Y/O DE LA GRAFICA				NUMERADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	TITULO DEL INDICADOR Y/O DE LA GRAFICA	0
						DENOMINADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO														
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
		TITULO DEL INDICADOR Y/O DE LA GRAFICA				NUMERADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	TITULO DEL INDICADOR Y/O DE LA GRAFICA	0
						DENOMINADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO														
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!

J.H.S. INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA	CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO SAN JOSE DE FACATATIVA	CODIGO:FT-GC-011
	MATRIZ DE INDICADORES 2018	VERSION:02
PROCESO	GESTION DE CALIDAD	FECHA: 27/01/2017

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE TERAPIA FISICA

TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	agosto	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	GRAFICO DEL INDICADOR	ESTUDIO ACUMULADO
	REALIZAR VALORACIONES DIAGNOSTICAS A LOS USUARIOS QUE INGRESAN A LA INSTITUCION	% CUMPLIMIENTO DE VALORACION DIAGNOSTICA A LOS USUARIOS INGRESADOS A LA INSTITUCION	100%	AL INGRESO DEL USUARIO AL CENTRO	APLICAR LAS CORRESPONDIENTES ESCALAS SEGÚN REQUERIMIENTO Y FORMATO DE VALORACION A LOS USUARIOS QUE INGRESAN A LA INSTITUCION	NUMERO DE USUARIOS VALORADOS	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	% CUMPLIMIENTO DE VALORACION DIAGNOSTICA A LOS USUARIOS INGRESADOS A LA INSTITUCION	2
						NUMERO TOTAL DE USUARIOS INGRESADOS X MES	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0		2
						CUMPLIMIENTO	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMIENTO	EN EL MES DE ENERO NO SE PRESENTARON INGRESOS AL HOGAR	PARA EL MES DE FEBRERO NO SE PRESENTARON INGRESOS	DURANTE EL MES DE MARZO NO SE PRESENTARON INGRESOS	SE REALIZAN VALORACIONES DE INGRESO AL HOGAR									
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#DIV/0!
	REALIZA VALORACIONES DE SEGUIMIENTO ANUAL CON SUS RESPECTIVAS ESCALAS A TODOS LOS USUARIOS DE LA INSTITUCION	% CUMPLIMIENTO DE LA VALORACIONES ANUALES AL TOTAL DE USUARIOS DE LA INSTITUCION	100%	ANUALMENTE	ELABORAR CRONOGRAMA DE VALORACIONES ANUALES	NUMERO DE VALORACIONES ANUALES REALIZADAS	0	0	4	8	0	0	0	0	0	0	0	0	% CUMPLIMIENTO DE LA VALORACIONES ANUALES AL TOTAL DE USUARIOS DE LA INSTITUCION	12
						TOTAL DE USUARIOS PROGRAMADOS	0	0	4	8	0	0	0	0	0	0	0	0		12
						CUMPLIMIENTO	#DIV/0!	#DIV/0!	100%	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMIENTO	DURANTE EL MES DE ENERO NO SE ENCUENTRAN USUARIOS PROGRAMADOS	PARA EL MES DE FEBRERO NO SE TPROGRAMARON USUARIOS	PARA EL MES DE MARZO SE REALIZARON LAS CORRESPONDIENTES VALORACIONES	SE REALIZAN VALORACIONES ANUALES SEGÚN CRONOGRAMA									
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#DIV/0!
	REALIZAR EVOLUCIONES TRIMESTRALES AL TOTAL DE LOS USUARIOS	%CUMPLIMIENTO DE EVOLUCIONES TRIMESTRALES	100%	TRIMESTRAL	DISEÑAR CRONOGRAMA DE EVOLUCIONES TRIMESTRALES	NUMERO DE EVOLUCIONES REALIZADAS EN EL TRIMESTRE	2	72	16	30	0	0	0	0	0	0	0	0	%CUMPLIMIENTO DE EVOLUCIONES TRIMESTRALES	120
						NUMERO DE EVOLUCIONES PROGRAMADAS EN EL TRIMESTRE	2	72	16	30	0	0	0	0	0	0	0	0		120
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SE DA CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA	SE DA CUMPLIMIENTO EN EL MES DE FEBRERO AL CRONOGRAMA ESTABLECIDO	SE DA CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA ESTABLECIDO	SE DA CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA									
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#DIV/0!
	REALIZAR INTERVENCIONES FISIOTERAPEUTICAS DE ACUERDO A ORDEN MEDICA ENVIADA POR MEDICINA Y/O ESPECIALISTA	% CUMPLIMIENTO DE INTERVENCIONES INDIVIDUALES SEGÚN ORDEN MEDICA	100%	A NECESIDAD	DAR CUMPLIMIENTO A LAS ORDENES MEDICAS ENVIADAS	NUMERO DE ORDENES MEDICAS EJECUTADAS	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	% CUMPLIMIENTO DE INTERVENCIONES INDIVIDUALES SEGÚN ORDEN MEDICA	3
						NUMERO DE ORDENES MEDICAS RECIBIDAS	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		3
						CUMPLIMIENTO	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SE DA CUMPLIMIENTO A LAS ARDENES MEDICAS RECIBIDAS EN EL MES DE NERO	EN EL MES DE FEBRERO NO SE EVIDENCIAN ORDENES MEDICAS	DURANTE EL MES DE MARZO NO SE EVIDENCIAN ORDENES MEDICAS	NO SE EVIDENCIAN ORDENES MEDICAS									
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#DIV/0!
	REALIZAR ACTIVIDADES RECREATIVAS (CAMINATAS, CINEFORO, SALIDAS EXTRAMURALES, FERIA DE PUEBLO CELEBRACION DE CUMPLEAÑOS) CON LOS USUARIOS, CON EL FIN DE BRINDAR ESPACIOS DE ESPARCIMIENTO	% CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES RECREATIVAS REALIZADAS CON LOS USUARIOS	100%	SEGÚN CRONOGRAMA	CREAR CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES MESNUALES	NUMERO DE ACTIVIDADES RECREATIVAS EJECUTADAS	3	4	3	4	0	0	0	0	0	0	0	0	% CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES RECREATIVAS REALIZADAS CON LOS USUARIOS	14
						NUMERO DE ACTIVIDADES RECREATIVAS PROGRAMADAS	3	4	3	4	0	0	0	0	0	0	0	0		14
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SE CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA ESTABLECIDO	SE DA CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA ESTABLECIDO	SE DA CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA ESTABLECIDO PARA EL MES DE MARZO	SE DA CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA ESTABLECIDO POR LAS AREAS RESPONSABLES									
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#DIV/0!
	REALIZAR ACTIVIDADES DE ACONDICIONAMIENTO FISICO (SALA CUERPO Y MOVIMIENTO) QUE FACILITEN LA RECUPERACION FUNCIONAL Y EL MANTENIMIENTO DE HABILIDADES Y DESTREZAS DE LOS USUARIOS	% CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE ACONDICIONAMIENTO FISICO	100%	SEMANAL	REALIZAR CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA EJECUCION DE LAS MISMAS	NUMERO DE ACTIVIDADES REALIZADAS	19	23	28	32	0	0	0	0	0	0	0	0	% CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE ACONDICIONAMIENTO FISICO	102
						TOTAL DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS	19	23	28	32	0	0	0	0	0	0	0	0		102
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SE DA CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	SE DA CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	SE DA CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL MES DE MARZO	SE DA CUMPLIMIENTO A LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS DURANTE EL MES DE ABRIL									
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#DIV/0!
	PARTICIPAR EN LAS REUNIONES PROGRAMADAS DE FAMILIA Y REALIZAR SENSIBILIZACION SOBRE ESTADOS DE SALUD, COMO ESTRATEGIA DE INTERVENCION FAMILIAR	% CUMPLIMIENTO DE PARTICIPACIONES EN LAS REUNIONES DE FAMILIA	100%	BIMENSUAL	BRINDAR INFORMACION A LAS FAMILIAS SEGÚN ESTADO DE SALUD TENIENDO EN CUENTA LOS CRONOGRAMAS YA ESTABLECIDOS POR LA INSTITUCION	NUMERO DE REUNIONES FAMILIARES ASISTIDAS DURANTE EL PERIODO	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	% CUMPLIMIENTO DE PARTICIPACIONES EN LAS REUNIONES DE FAMILIA	2
						NUMERO DE REUNIONES PROGRAMADAS DURANTE EL PERIODO	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0		2
						CUMPLIMIENTO	#DIV/0!	100%	#DIV/0!	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SEGÚN CRONOGRAMA NO SE EVIDENCIA REUNION	SE PARTICIPA EN LA REUNION DE FAMILIA PROGRAMADA	PARA EL MES DE MARZO NO SE EVIDENCIAN REUNIONES	PARA EL MES DE ABRIL SE ENCUENTRA PROGRAMADA REUNION DE FAMILIA Y SE DA CUMPLIMIENTO									
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#DIV/0!

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE TERAPIA FISICA																			
TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	agosto	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	GRAFICO DEL INDICADOR	ESTUDIO ACUMULADO
	PARTICIPACION DE ESTUDIOS DE CASOS DE USUARIOS A NECESIDAD	% CUMPLIMIENTO DE LOS ESTUDIOS DE CASO PROGRAMADOS A NECESIDAD	100%	A NECESIDAD	COORDINAR CON LOS PROFESIONALES DE LAS DIFERENTES AREAS LA REALIZACION DE LOS ESTUDIOS DE CASO QUE SE REQUIERAN	NUMERO DE ESTUDIOS DE CASO REALIZADOS EN EL MES	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	% CUMPLIMIENTO DE LOS ESTUDIOS DE CASO PROGRAMADOS A NECESIDAD	4
						TOTAL DE ESTUDIOS DE CASO PROGRAMADOS	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		4
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SE DA CUMPLIMIENTO A LA NECESIDAD	SE DA CUMPLIMIENTO A LA NECESIDAD	SE DA CUMPLIMIENTO A NECESIDAD	SE DA CUMPLIMIENTO A NECESIDAD										
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
	PARTICIPAR EN LA ELABORACION Y SEGUIMIENTO DE PAIN A LOS USUARIOS	% CUMPLIMIENTO DE LOS PAIN	100%	A NECESIDAD	DAR CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL.	NUMERO DE PIAN REALIZADOS	10	9	12	11	0	0	0	0	0	0	0	0		42
						TOTAL DE PIAN PROGRAMADOS	10	9	12	11	0	0	0	0	0	0	0	0		42
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	% CUMPLIMIENTO DE LOS PAIN	#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SE DA CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA	SE DA CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA	SE DA CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA PARA EL MES DE MARZO	SE DA CUMPLIMIENTO DURANTE EL MES DE ABRIL SEGÚN CRONOGRAMA										
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
	PARTICIPACION Y ELABORACION DE PLAN CASERO A LOS USUARIOS QUE SALEN AL MEDIO FAMILIAR	% CUMPLIMIENTO DE LOS PLANES CASEROS	100%	A NECESIDAD	CUANDO LA FAMILIA SOLICITE EL PLAN CASERO, SE DARAN LAS RECOMENDACIONES OPORTUNAS PARA EL MANEJO DE LOS USUARIOS DESDE EL AREA DE FISIOTERAPIA	NUMERO DE PLAN CASEROS REALIZADOS EN EL PERIODO	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0		3
						TOTAL DE USUARIOS QUE SALEN A MEDIO FAMILIAR EN EL MES	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0		3
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	% CUMPLIMIENTO DE LOS PLANES CASEROS	#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	NO SE EVIDENCIAN PLANES CASEROS	NO SE EVIDENCIA PLANES CASEROS	PARA EL MES DE MARZO SE REALIZARON SALIDAS A MEDIO FAMILIAR	DURANTE EL MES DE ABRIL NO SE REALIZARON SALIDAS A MEDIO FAMILIAR										
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
	DILIGENCIAR EL CIERRE DE HISTORIAS CLINICAS (EGRESOS POR FALLECIMIENTO, TRASLADO O NE INTEGRO FAMILIAR) SEGÚN REQUERIMIENTO	% CUMPLIMIENTO DE CIERRE DE HISTORIAS CLINICAS	100%	MENSUALMENTE	SE REALIZARA EL CIERRE DE HISTORIAS CLINICAS SEGÚN CORRESPONDA	NUMERO DE HISTORIAS CLINICAS CERRADAS	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0		3
						TOTAL DE USUARIOS ESPERADOS DURANTE EL MES	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0		3
						CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	% CUMPLIMIENTO DE CIERRE DE HISTORIAS CLINICAS	#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SE REALIZA SU RESPECTIVO CIERRE DE HISTORIA CLINICA	NO SE EVIDENCIA CIERRE DE HISTORIAS CLINICAS	SE REALIZA UN CIERRE DE HISTORIA CLINICA POR FALLECIMIENTO	SE REALIZA CIERRE DE HISTORIAS CLINICAS POR FALLECIMIENTO										
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
	PARTICIPAR EN LA JORNADA DE MANTENIMIENTO DE LOCKERS	% CUMPLIMIENTO DE JORNADA DE LOCKERS	100%	BIMENSUAL	DAR CUMPLIMIENTO A LA JORNADA DE MANTENIMIENTO DE LOCKERS ESTABLECIDO POR LA INSTIYUCION	NUMERO DE JORNADAS REALIZADAS	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0		2
						NUMERO DE JORNADAS PROGRAMADAS	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0		2
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	% CUMPLIMIENTO DE JORNADA DE LOCKERS	#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	NO SE EVIDENCIO	SE DA CUMPLIMIENTO	PARA EL MES DE MARZO NO SE ENCUENTRA EN CRONOGRAMA	SE DA CUMPLIMIENTO A JORNADAS DE LOCKERS										
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
	PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LAS REUNIONES DE EQUIPO Y DIFERENTES COMITES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO	% CUMPLIMIENTO EN LA PARTICIPACION DE REUNIONES DE EQUIPO	100%	MENSUALMENTE	PARTICIPAR EN LAS REUNIONES YA ESTIPULADAS EN EL CRONOGRAMA INSTITUCIONAL	NUMERO DE REUNIONES REALIZADAS	4	5	4	5	0	0	0	0	0	0	0	0		18
						TOTAL DE REUNIONES PROGRAMADAS EN EL MES	4	5	4	5	0	0	0	0	0	0	0	0		18
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	% CUMPLIMIENTO EN LA PARTICIPACION DE REUNIONES DE EQUIPO	#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SE DA CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA DE EQUIPO	SE DA CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA	SE DA CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA DEL MES DE Marzo	SE DA CUMPLIMIENTO A LAS REUNIONES SEGÚN CRONOGRAMA										
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
	ELABORA Y APOYA LA ENTREGA OPORTUNA DE INFORMES SOLICITADOS POR BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA	% CUMPLIMIENTO EN LA ENTREGA DE INFORMES PARA LA BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA	100%	A NECESIDAD	SE ENTREGARA LOS INFORMES CORRESPONDIENTE A BENEFICENCIA SEGÚN FECHA ACORDADA	NUMERO DE INFORMES REALIZADOS	3	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0		8
						NUMERO DE INFORMES SOLICITADOS	3	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0		8
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	% CUMPLIMIENTO EN LA ENTREGA DE INFORMES PARA LA BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA	#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SAEDA CUMPLIMIENTO A LA ENTREGA DE INFORME		SE DA CUMPLIMIENTO A LA SOLICITUD	SE CUMPLIMIENTO A SOLICITUD										
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
	PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES CULTURALES, RELIGIOSAS INTERINSTITUCIONALES E INTERSECTORIAL SEGÚN REQUERIMIENTO O CRONOGRAMA	% CUMPLIMIENTO DE REUNIONES DE CULTURA RELIGIOSA EN FECHAS ESPECIALES	100%	MENSUALMENTE	SE PARTICIPARA EN LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN LAS FECHAS	NUMERO DE REUNIONES REALIZADAS	1	2	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0		8
						NUMERO DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS	1	2	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0		8
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	% CUMPLIMIENTO DE REUNIONES DE CULTURA RELIGIOSA EN FECHAS ESPECIALES	#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SE PARTICIPA EN LAS ACTIVIDADES	SE DA CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA	PARTICIPACION DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS	SE DA CUMPLIMIENTO A SOLICITUD										
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
	REALIZAR DIVULGACION Y CAPACITAOCN DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PROPIOS DEL AREA	% CUMPLIMIENTO EN LA REALIZACION DE LAS CAPACITACIONES POR EL AREA	100%	SEGÚN CRONOGRAMA	SE REALIZARAN LAS RESPECTIVAS CAPACITACIONES SEGÚN CRONOGRAMA CON LOS RESPECTIVOS TEMA	NUMERO DE CAPACITACIONES EJECUTADAS	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0		1
						TOTAL DE CAPACITACIONES PROGRAMADAS	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0		1
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	% CUMPLIMIENTO EN LA REALIZACION DE LAS CAPACITACIONES POR EL AREA	#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	NO ESTA PROGRAMADA	NO SE ENCUENTRA PROGRAMADA PARA ESTE MES	SE DA CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA DE CAPACITACIONES ESTABLECIDOS POR EL AREA	SEGÚN CRONOGRAMA PARA ESTE MES NO CORRESPONDEN										
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
		TITULO DEL INDICADOR Y/O DE LA GRAFICA				NUMERADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
						DENOMINADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	TITULO DEL INDICADOR Y/O DE LA GRAFICA	#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO														
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
		TITULO DEL INDICADOR Y/O DE LA GRAFICA				NUMERADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
						DENOMINADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	TITULO DEL INDICADOR Y/O DE LA GRAFICA	#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO														
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
		TITULO DEL INDICADOR Y/O DE LA GRAFICA				NUMERADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
						DENOMINADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	TITULO DEL INDICADOR Y/O DE LA GRAFICA	#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO														
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
		TITULO DEL INDICADOR Y/O DE LA GRAFICA				NUMERADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
						DENOMINADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	TITULO DEL INDICADOR Y/O DE LA GRAFICA	#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO														
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!

J.H.S. INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA	CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO SAN JOSE DE FACATATIVA	CODIGO:FT-GC-011
	MATRIZ DE INDICADORES 2018	VERSION:02
PROCESO	GESTION DE CALIDAD	FECHA: 27/01/2017

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE ENFERMERIA

TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	agosto	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	GRAFICO DEL INDICADOR	ESTUDIO ACUMULADO
EFICACIA	Realizar Valoracion diagnostica a los usuarios que ingresan a la institucion	%Cumplimiento de valoraciones diagnosticas a los usuarios ingresados a la intitucion	100%	AL INGRESO DEL USUARIO AL CENTRO	Elaborar cronograma de valoraciones a usuarios que ingresan para poder llevar control para valoraciones anuales	NUMERO DE VALORACIONES DE INGRESO REALIZADAS EN PERIODO	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	%Cumplimiento de valoraciones diagnosticas a los usuarios ingresados a la intitucion	2
						NUMERO DE PERSONAS MAYORES QUE INGRESAN EN EL PERIODO	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0		2
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	para el mes de Enero no se presento ingresos	Para el mes de Febrero no se presneto ingresos	Para el mes de Marzo no se presento ingresos	Ingreso Dolores Maicero Luis Trivño										
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA	Realizar evolucion trimestral al total de la poblacion con el fin de evaluar la trancicion de su patologia	%Cumplimiento de Evoluciones Trimestrales	100%	TRIMESTRAL	Dividir el numero de evoluciones en el trimestre con el fin de que concuerde el trimestre con la ultima evolucion realizada y dejarlos descritos en la agenda del consultorio	No de usuarios Evolucionados	2	2	60	23	0	0	0	0	0	0	0	0	%Cumplimineto de Evoluciones Trimestrales	87
						Total de usuarios asignados por agenda en el mes	2	2	60	23	0	0	0	0	0	0	0	0		87
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	Se evidencia el cumplimiento de las actividades	se evidencia cumplimiento del 100%	se evidencia el cumplimiento de la meta establecida	Se evidencia el cumplimiento de acuerdo al cronograma establecido										
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA	Participar en la elaboracion y seguimientos del PAIN a usuarios	%Cumplimineto de elaboracion de PAIN	100%	MENSUALMENTE	Dar cumplimiento al cronograma del Area de trabajo Social,realizando mensualmente los programados por area	No de PAIN realizados	10	9	12	9	0	0	0	0	0	0	0	0	%Cumplimineto de elaboracion de PAIN	40
						No total programados x IDD	10	9	12	9	0	0	0	0	0	0	0	0		40
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	Se evidencia el cumplimiento de las actividades	se evidencia cumplimiento del 100%	Se evidencia cumplimiento del 100% de las actividades	Se videncia cumplimiento de la elaboracion de los PAIN										
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA	Establecer las recomendaciones para el manejo y continuidad de los tratamientos farmacologicos y cuidados pertinentes de las personas mayores que salen al medio familiar o con redes sociales	%cumplimiento de los Planes Caseros	100%	A NECESIDAD	Cuando la familia solicite el plan casero darle el tramite correspondiente de forma oportuna con las recomedaciones	total de planes caseros realizados en el mes	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	%Cumplimiento de los Planes Caseros	3
						Total de usuarios que salen al medio familiar en el mes	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0		3
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	Para el mes de Enero no se presento planes caseros	Para el mes de Febrero no se presento planes caseros	En el mes de marzo se realizaron 4 salidas. 3 a medio familiar (Rosa Jimenez - Isabel Camargo -ignacia Hernandez) y 1 a otro centro (Alvaro Bobadilla)	Para el mes de Abril no se realizo planes caseros										
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA	Diligenciar el cierre de historias clinicas(egresos por fallecimiento,traslado o reintegro familiar),según requerimiento	%Cumplimiento de cierres de historias clinicas	100%	MENSUALMENTE	Realizar el cierre de historia Clinica en los formatos del area de enfermeria correspondientes	No de Historias Clinicas cerradas	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	%Cumplimiento de cierres de historias clinicas	3
						Total de usuarios que egresan de la institucion en le mes	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0		3
						CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	para el mes de Enero se realizo un cierre de historia clinica por fallecimiento	para el mes de Febrero no se presneto cierre de Historias Clinicas	Para el mes de Marzo se realizo cierre de historia clinica por fallecimiento del adulto Laurentino Camargo el dia 27-03-2018	Para el mes de Abril se realiza cierre de historia clinica de la persona mayor Maria Aixa Cifuentes										
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA	Fortalecer deberes y derecho dando cumplimiento al Manula de Convivencia a traves de las jornadas de mantenimiento de lokers	%Cumplimineto en la programacioin de mantenimiento de lokers	100%	CADA 2 MESES	Ejecutar esta actividad de acuerdo al cronograma institucional	No de jornadas de mantenimiento realizadas	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	%Cumplimineto en la programacioin de mantenimiento de lokers	2
						No de jornadas de mantenimiento programadas	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0		2
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	Por cronograma no se encuentra programado esta actividad para este mes	se observa cumplimiento del 100% de las actividades programadas	Para el mes de Marzo por cronograma no se encuentra programado	se observa cumplimiento del 100% de las actividad programada										
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						No de reuniones asistidas con Familia	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	%Cumplimiento en las reuniones de familia programadas	2
						Total reuniones de familia programadas x IDD	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0		2

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE ENFERMERIA

TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	agosto	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	GRAFICO DEL INDICADOR	ESTUDIO ACUMULADO
EFICACIA	Participar en las reuniones programadas de Familia como estrategia de intervencion familiar	%Cumplimiento en las reuniones de familia programadas	100%	CADA 2 MESES	Ejecutar esta actividad de acuerdo a cronograma institucional	CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	De acuerdo a cronograma se encuentra porogramado de forma bimensual.	Se evidencia cumplimiento del 100%	de acuerdo al cronograma no se encuentra porogramado para este mes	Se evidencia cumplimiento del 100%										
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA	Establecer y realizar capacitaciones al personal de enfermeria que complementen la idoneidad del personal para la prestacion de servicios de calidad	%Cumplimiento en la asistencia a las capacitaciones continuas y permanentes programadas por cronograma	100%	MENSUALMENTE	Establecer cronograma y metodologia de la capacitacion mensual	No de capacitaciones y/o talleres realizados al personal auxiliar de enfermeria en el mes	0	4	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	%Cumplimiento en la asistencia a las capacitaciones continuas y permanentes programadas por cronograma	11
						Total de capacitaciones programadas en el mes	0	4	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0		11
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	Se cuenta con cronograma de capacitacion continua por el area de enfermeria a partir del mes de Febrero	Se evidecia cumplimiento de las actividades asignadas	Se evidencia cumplimiento del 100% de las actividades	Se evidencia cumplimiento del 100% de las Capacitaciones de acuerdo a cronograma del Area										
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA	Elaborar y apoyar la entrega oportuna de losi nformes solicitados por Beneficencia de Cundinamarca	%Cumplimiento en la entrega oportuna de los informes solicitados	100%	MENSUALMENTE	De acuerdo al requerimientos dar respuesta dentro de los terminos solicitados	No de Informes realizados	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	%Cumplimineto en la entrega oportuna de los Informes solicitados	5
						Total de Informes solicitados x 100	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0		5
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	Se videncia cumplimiento de las actividades asignadas	Se evidencia cumplimiento de las actividades asignadas	Se evidencia cumplimiento del 100% de las actividades	Se evidencia cumplimiento del 100% de las actividades										
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA	Participar activamente en las reuniones,comites de equipo de obligatorio cumplimiento	%Cumplimiento en la participacion del Comité y reuniones de equipo	100%	MENSUALMENTE	Asistiendo a Reuniones programadas por cronograma de Coordinacion y a nivel Institucional	No de Comites y reuniones de equipo asistidas	4	5	5	5	0	0	0	0	0	0	0	0	%Cumplimiento en la participacion del Comité y reuniones de equipo	19
						Total comites y reuniones de equipo programadas x 100	4	5	5	5	0	0	0	0	0	0	0	0		19
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	Se evidencia cumplimiento de las actividades asignadas	Se evidencia cumplimiento de las actividades asignadas	Se evidencia cumplimiento del 100% de las actividades	Se evidencia cumplimiento del 100% de las actividades										
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA	Participar activamente en las actividades culturale,religiosas,interinstitucionales e intersectorial,segùn requerimiento o cronograma	% de Cumplimiento en las reuniones de carácter cultural,religiosas y/o en fechas especiales	100%	MENSUALMENTE	Cumpliendo con las tareas asignadas para la realizacion de las celebraciones y actividades propuestas	No de Celebraciones y/o actividades asistidas	0	2	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	% de Cumplimiento en las reuniones de carácter cultural,religiosas y/o en fechas especiales	7
						% Total Celebraciones y/o actividades programadas x 100	0	2	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0		7
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	No se encuentra actividades programadas para este mes	Se evidencia cumplimiento de las actividades programadas	para el mes de Marzo se evidencia cumplimiento en las actividades programadas Dia San Jose-Retiro Espiritual-Dia de la mujer-Dia del hombre	Se evidencia cumplimiento de las actividades programadas (Hora Santa)										
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA	Mantener actualizados los documentos del area de Enfermeria con el fin de garantizar una herramienta de consulta idonea para el personal y la prestacion del servicio.	Protocolos de Enfermeria Actualizados	100%	A NECESIDAD	Realizar actualizaciones de los documentos del area de enfermeria que lo requieran ya sea por Normatividady/o por necesidad del servicio.	No de protocolos de enfermeria actualizados en el mes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Protocolos de Enfermeria Actualizados	0
						No de protocolos que requieran actualizacion en el mes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	No se encuentra programado actualizacion para este mes	No requirio actualizacion para este mes	No requirio actualizacion	No requirio actualizacion										
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA	Realizar seguimiento al adecuado diligenciamiento de los registros de enfermeria con el fin de garantizar un adecuado manejo e implementacion de klas recomendaciones medicas	Porcentaje de cumplimiento de losRegistros de Enfermeria	100%	MENSUALMENTE	Por medio de la aplicación de listas de chequeo establecidas en cronograma en los procesos de registros de Enfermeria,Citas Medicas	No de listas de chequeo escuchadas en el mes	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	Porcentaje de cumplimiento de losRegistros de Enfermeria	1
						Total de listas de chequeo programas por cronograma	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		1
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	Por cronograma no se encuentra programado esta actividad para este mes	se evidencia cumplimiento de las actividades programadas	por cronograma no se encuentra programado para este mes	por cronograma no se encuentra programado para este mes										
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA	Participar en los estudios de caso de usuarios a necesidad	%Cumplimiento de los Estudios de Caso programados a necesidad	100%	A NECESIDAD	Cordinar con los profesionales de las diferentes areas la realizacion de los estudios de caso que requieran	No de Estudios de Caso realizados en el mes	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	%Cumplimiento de los Estudios de Caso programados a necesidad	4
						Total de Estudios de Casos Programados	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4		4
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	Se evidencia cumplimiento de las actividades asignadas	Se evidencia cumplimiento de las actividades programadas	para este mes no se presento Estudios de Caso	para este mes no se presento Estudios de Caso										
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
		TITULO DEL INDICADOR Y/O DE LA GRAFICA				NUMERADOR		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	TITULO DEL INDICADOR Y/O DE LA GRAFICA	0
						DENOMINADOR		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO														
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
		TITULO DEL INDICADOR Y/O DE LA GRAFICA				NUMERADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	TITULO DEL INDICADOR Y/O DE LA GRAFICA	0
						DENOMINADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO														
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
		TITULO DEL INDICADOR Y/O DE LA GRAFICA				NUMERADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	TITULO DEL INDICADOR Y/O DE LA GRAFICA	0
						DENOMINADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO														
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
		TITULO DEL INDICADOR Y/O DE LA GRAFICA				NUMERADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	TITULO DEL INDICADOR Y/O DE LA GRAFICA	0
						DENOMINADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO														

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE ENFERMERIA																			
TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	agosto	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	GRAFICO DEL INDICADOR	ESTUDIO ACUMULADO
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
		TITULO DEL INDICADOR Y/O DE LA GRAFICA				NUMERADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	TITULO DEL INDICADOR Y/O DE LA GRAFICA	0
						DENOMINADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0% 0% 0% 0% 0% 0% 0% 0% 0% 0% 0% 0%	0
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO														
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!

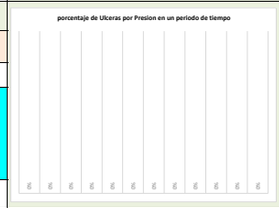
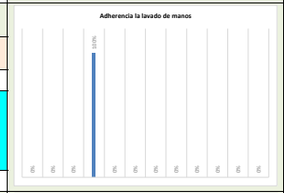
J.H.S. INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA	CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO SAN JOSE DE FACATATIVA	CODIGO:FT-GC-011
	MATRIZ DE INDICADORES 2018	VERSION:02
PROCESO	GESTION DE CALIDAD	FECHA: 27/01/2017

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE GESTIÓN AMBIENTAL

TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	agosto	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	GRAFICO DEL INDICADOR	ESTUDIO ACUMULADO
EFICACIA	Establecer las normas y acciones tendientes a garantizar la bioseguridad de los colaboradores, personas mayores y residentes del cba san jose que permitan fomentar el autocuidado de la salud en la comunidad institucional expuesta a factores de riesgo.	% CAPACITACIÓN	100%	semestral	realizar capacitaciones y socializaciones a todo el personal sobre el manual de bioseguridad teniendo en cuenta la normatividad vigente.	No. de capacitaciones realizadas	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO ELOBRACION DE ACTAS DE INGRESO	3
						No. De capacitaciones programadas	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0		3
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	se cumplió con las capacitaciones	se cumplio con las capacitaciones	Se cumplió con las capacitaciones	Para este mes no se programo capacitación.										
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA	Garantizar la correcta prestación del servicio mediante la estandarización de procesos de limpieza y desinfección en las diferentes áreas, espacios , elementos y equipos de la institución.	SEGUIMIENTO	100%	mensual	por medio de la aplicación de listas de chequeo se realizará seguimiento a los protocolos de limpieza y desinfección en las áres del cba san josé, así como a los elementos utilizados y su correcta aplicación.	items cumplidos	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA VALORACION DE INGRESO	4
						items evaluados	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0		4
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	se cumplio con los items de cada lista de chequeo	se cumplio con los items de cada lista de chequeo	Se cumplió con las listas de chequeo	se cumplió con los items de cada lista de chequeo										
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA	formular, orientar, disponer y garantizar una gestión integral de los residuos hospitalarios y similares que se generen en el cba san jose con el fin de reducir los riesgos para la salud y el medio ambiente.	SEGUIMIENTO	100%	mensual	verificar el correcto diligenciamiento del formato rh1 y la adecuada disposición de los residuos en donde corresponde.	No. De formatos diligenciados correctamente	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA VALORACION PERIORICA DE LOS USUARIOS	4
						No. Total de formatos diligenciados	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0		4
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	se cumplio con el diligenciamiento de los formatos	se cumplio con el diligenciamiento de los formatos	se cumplio con el diligenciamiento de los formatos	se cumplio con el diligenciamiento de los formatos										
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA	Diseñar y promover la adecuada gestión ambiental del cba san josé atraves de la consolidación de estrategias y mecanismos que minimicen y promuevan la cultura de la eficencia de los recursos naturales en el marco de la normatividad vigente.	CAPACITACIÓN	100%	semestral	realizar capacitaciones y socializaciones a todo el personal sobre la concienca y cultura ambiental.	No. De capacitaciones realizadas	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA EVOLUCION DE LOS USUARIOS QUE LA REQUIERAN	3
						No. De capacitaciones programadas	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0		3
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	se cumplio con las capacitaciones programadas	se cumplio con las capacitaciones programadas	se cumplio con las capacitaciones proggramadas	Para este mes no se programo capacitación.										
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA	Formular, orientar, disponer y garantizar una gestión integral de los residuos peligrosos y similares que se generen en el cba san jose con el fin de reducir los riesgos para la salud y el medio ambiente.	SEGUIMIENTO	100%	mensual	Verificar la correcta disposición y clasificación de los residuos tanto en las canecas como el shut destinado para ellos.	No. De residuos generados	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO SEGÚN NECESIDAD	4
						No. De residuos tratdos	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0		4
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	se cumplio con la clasificacion de los residuos	se cumplio con la clasificacion de los residuos	se cumplio con la clasificacion de los residuos	se cumplió con la clasificación de los residuos										
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA	Diseñar, desarrollar y garantizar la ejecución de los programas de saneamiento básico establecido en el documento con el fin de prevenir, corregir y monitorear las interacciones, acciones y procesos de servicios.	SEGUIMIENTO	100%	semanal	Revisar por medio de las listas de chequeo cada uno de los programas que integran el plan de saneamiento básico se sten cumpliendo.	item cumplidos	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA ELABORACION DE PAIIN	4
						items evaluados	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0		4
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	se cumplio con los items de cada lista de chequeo	se cumplio con los items de cada lista de chequeo	se cumplio con los items de cada lista chqueo	se cumplió con cada uno de los items de cada lista de chequeo										
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA	Promover la gestión ambiental de la institución atraves de programas de tecnologías limpias que busquen promover la sustentabilidad y sostenibilidad de proyectos ecologicos encaminados a cuidar el medio ambiente.	PORCENTAJE DE MATRERIAL RECICLADO	100%	diario	reciclar los residuos generando una conciencia ambiental dentro de la institución.	No. De gramos vendidos	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN EL CIERRE DE HISTORIAS CLINICAS	4
						No. De gramos vendidos	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0		4
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	se cumplio con el material reciclado	se cumplio con el material reciclado	se cumplió con el material reciclado	Se cumplió con el material reciclado										
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA	Diufar informes precisos y puntuales según sean requeridos.	SEGUIMIENTO	100%	mensual	realizar los informes requeridos y solicitados.	No. De informes realizados	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA EJECUCION DE SEGUIMIENTOS NUTRICIONALES	2
						No. De informes programados	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		2
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	se cumplio con la realizacion de los informes	se cumplio con la realizacion de los informes	durante este mes no se realizaron informes	durante este mes no se realizaron informes										
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA	Garantizar el abastecimiento de agua potable en el cba san jose de Facatativá.	SEGUIMIENTO	100%	anual	realizar un (1) análisis de agua potable con un laboratorio acreditado y certificado ante las autoridades ambientales.	No. De analisis realizados	0	0	0	0									PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA SUPERVISION DEL COMEDOR	0
						No. De analisis programados	0	0	0	0										0
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	Durante este mes no se programo el analisis	Durante este mes no se programo el analisis	Durante este mes no se programo el analisis	Durante este mes no se programo el analisis										
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA	Garantizar el control de vectores asociados a plagas urbanas.	CONTROL	100%	semestral	realizar dos (2) veces al año fumigaciones contra cualquier vector o plaga.	No. De fumigaciones realizadas	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA PRESCRIPCION DIETO TERAPEUTICA DE LOS USUARIOS	1
						No. De fumigaciones programadas	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		1
						CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	Se realizó la fumigación	durante este mes no se programó fumigación	durante este mes no se programó fumigación	durante este mes no se programó fumigación										
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA	Garantizar el buen estado de los tanques con el fin ofrecer una óptima calidad en el agua para la institución.	CONTROL	100%	semestral	realizar dos (2) veces al año lavado y desinfección de tanques.	No. De fumigaciones realizadas	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA PRESCRIPCION DIETO TERAPEUTICA DE LOS USUARIOS	1
						No. De fumigaciones programadas	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0		1
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	Durante este mes no se programo el lavado de tanques	Durante este mes no se programo el lavado de tanques	Durante este mes no se programo el lavado de tanques	durante este mes se programó fumigación										
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!

J.H.S. INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA	CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO SAN JOSE DE FACATATIVA	CODIGO:FT-GC-011
	MATRIZ DE INDICADORES 2018	VERSION:02
PROCESO	GESTION DE CALIDAD	FECHA: 27/01/2017

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	agosto	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	GRAFICO DEL INDICADOR	ESTUDIO ACUMULADO
EFICACIA	Asegurar la implementacion de procesos de atencion en salud seguros con la participacion activa de los empleados,personas mayores y sus familias a traves de la implementacion y evaluacion de las practicas seguras desde la prevencion y gestion del riesgo	Adherencia a la practica de Piel Sana	100%	TRIMESTRAL	Aplicación de listas de chequeo all aquete de piel sana al 10% de la poblacion	Numero de criterios evaluados con cumplimiento	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
						Total criterios evaluados	0	0	0	0	0	0	0	0			0	0		0
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	Se cuenta con cronograma para la aplicación de las listas de chequeo	Se cuenta con cronograma para la aplicación de la lista de chequeo	Se cuenta con cronograma para la aplicación de la lista de chequeo	Se cuenta con cronograma para la aplicación de la lista de chequeo										
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA		porcentaje de Ulceras por Presion en un periodo de tiempo	<2	TRIMESTRAL	Supervision diaria de pacientes sistema de reporte de eventos adversos	Numero de ulceras por presion nuevas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
						No de pacientes institucionalizados en el periodo	79	79	79	80	0	0	0	0	0	0	0	0		317
						CUMPLIMIENTO	0%	0%	0%	0%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	Durante el mes de Enero no se presento Ulceras po Presion	Durante el mes defebrero no se presento Ulceras por Presion	Durante el mes de Marzo no se presento Ulceras por Presion	Durante el mes de Abril no se presento ulceras por presion										
						PLAN DE MEJORA	SI REQUIERE	SI REQUIERE	SI REQUIERE	SI REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA		Adherencia la lavado de manos	100%	TRIMESTRAL	Aplicación de listas de chequeo durante durante la realizacion del lavado de manos antes y durante y	Numero de listas de chequeo ejecutadas	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0		1
						No de listas de chequeo programadas	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0		1
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	Se cuenta con cronograma establecido para la aplicacion de las listas de chequeo	Se cuenta con cronograma para la medicion de la adherencia al lavadode manos	Se cuenta con cronograma para la aplicación de la lista de chequeo	se evidencia cumplimiento de la aplicación de la lista de chequeo programada por cronograma										
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA		Porcentaje de Infecciones	<2	MENSUAL	Busqueda activa con ronda de seguridad y verificacion de historias clinicas y reporte de eventos	No de usuarios con IACS en el mes	1	0	0	0										1
						Total de usuarios institucionalizados	79	79	0	0										158
						CUMPLIMIENTO	1%	0%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	En el mes de enero se presneto una infeccion asociada al cuidado de la salud extrainstitucional	Para el mes de febrero no se presneto infecciones asociadas al cuidado de la salud.	para el mes de Marzo no se presento IACS	para el mes de Abril no se presento IACS										
						PLAN DE MEJORA	SI REQUIERE	SI REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA		Adherencia a la practica prevencion de fuga en paciente psiquiatrico	100%	TRIMESTRAL	Aplicación de listas de chequeo	Numero de criterios evaluados en cumplimiento	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
						total de criterios evaluados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	Se cuenta con cronograma para la aplicación de la lista de chequeo	Se cuenta con cronograma para la aplicación de la lista de chequeo	Se cuenta con cronograma para la aplicación de la lista de chequeo	Se cuenta con cronograma para la aplicación de la lista de chequeo										
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA		Reincidencia de evento Adversos	<15	MENSUAL	Matriz de consolidado de eventos adversos	Numero de eventos adversos reincidentes	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		5
						Total de eventos adversos en el periodo	9	4	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0		16
						CUMPLIMIENTO	56%	0%	0%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	se presento 5 eventos reincidentes 2 eventos de caida de la adulta mayor Rosa Jimenez y 3 de caida del adulto mayor Luis Martinez	no se presento eventos reincidentes	no se presento eventos reincidentes	no se presento eventos reincidentes										
						PLAN DE MEJORA	SI REQUIERE	SI REQUIERE	SI REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA	Asegurar la implementacion de procesos de atencion en salud seguros con la participacion activa de los empleados,personas mayores y sus familias a traves de la implementacion y evaluacion de las practicas seguras desde la prevencion y gestion del riesgo	Gestion de Evento Adverso	100%	MENSUAL	Matriz de datos de reporte eventos adversos, analisis y planes de mejora	Numero de eventos adversos gestionados	9	4	3	4	0	0	0	0	0	0	0	0		20
						Total de eventos adversos reportados	9	4	3	4	0	0	0	0	0	0	0	0		20
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	Se evidencia el cumplimiento frente al analisis de los Eventos Adversos	Se evidencia el cumplimiento del 100% de la meta establecida	se evidencia el cumplimiento del 100% de la meta establecida	se evidencia el cumplimiento del 100% de la meta establecida										
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!

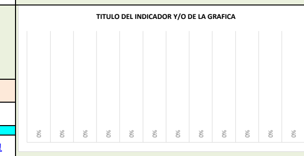
COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	agosto	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	GRAFICO DEL INDICADOR	ESTUDIO ACUMULADO
EFICACIA	Asegurar la implementacion de procesos de atencion en salud seguros con la participacion activa de los empleados,personas mayores y sus familias a traves de la implementacion y evaluacion de las practicas seguras desde la prevencion y gestion del riesgo	Porcentaje de usuarios con identificacion completa en el C.B.A SAN JOSE DE FACATATIVA	100%	SEMESTRAL	Mediante la aplicación de listas de chequeo de adherencia o verificacion en las manillas y tableros.	No de usuarios con identificacion completa en el C.B.A	79	79	79	80	0	0	0	0	0	0	0	0	Porcentaje de usuarios con identificacion completa en el C.B.A SAN JOSE DE FACATATIVA	317
						Total de usuarios institucionalizados	79	79	79	80	0	0	0	0	0	0	0	0		317
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMENTO	Se evidencia cumplimiento del 100% en la identificacion de los usuarios	Se evidencia el cumplimiento del 100% de la meta establecida	se evidencia el cumplimiento del 100% de la meta establecida	se evidencia el cumplimiento del 100% de la meta establecida										
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#DIV/0!
EFICACIA	Asegurar la implementacion de procesos de atencion en salud seguros con la participacion activa de los empleados,personas mayores y sus familias a traves de la implementacion y evaluacion de las practicas seguras desde la prevencion y gestion del riesgo	Error en la administracion de medicamentos	<2	MENSUAL	Aplicación de listas de chequeo durante la administracion de medicamentos con el fin de evidenciar los posibles errores durante la administracion ,revision de historias y reporte de eventos.	No de usuarios con errores en la administracion de medicamentos	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Error en la administracion de medicamentos	3
						No de usuarios institucionalizados con tratamiento farmacologico	79	79	79	0	0	0	0	0	0	0	0	0		237
						CUMPLIMIENTO	1%	3%	0%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMENTO	Durante el mes de Enero se presento un incidente en la administracion de medicamentos	Durante le mes de Febrero se presento 2 incidentes relacionados con la administracion de medicamentos que no accasionaron daño al paciente pero que requiere plan de mejora.	No se presento eventos relacionados con la administracion de medicamentos	No se presento eventos relacionados con la administracion de medicamentos										
						PLAN DE MEJORA	SI REQUIERE	SI REQUIERE	SI REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#DIV/0!
EFICACIA	Asegurar la implementacion de procesos de atencion en salud seguros con la participacion activa de los empleados,personas mayores y sus familias a traves de la implementacion y evaluacion de las practicas seguras desde la prevencion y gestion del riesgo	Adherencia a los 10 correctos en la administracion de medicamentos	100%	TRIMESTRAL	Verificacion durante la aplicación de listas de chequeo en las rondas de seguridad de administracion de medicamentos	No de listas de chequeo ejecutadas	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	Adherencia a los 10 correctos en la administracion de medicamentos	1
						No de listas de chequeo programadas	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0		1
						CUMPLIMIENTO	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMENTO	Se tiene establecido por cronograma la aplicación de la lista de chequeo	Se cuenta con cronograma de medicion de adherencia a la lista de chequeo durante la administracion de medicamentos	se encuentra programado por cronograma la medicion de adherencia	se evidencia cumplimiento de la aplicación de la lista de chequeo programada por cronograma										
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#DIV/0!
EFICACIA	Asegurar la implementacion de procesos de atencion en salud seguros con la participacion activa de los empleados,personas mayores y sus familias a traves de la implementacion y evaluacion de las practicas seguras desde la prevencion y gestion del riesgo	Porcentaje de caidas	<25	MENSUAL	Supervision diaria de las personas mayores, verificacion por medio del sistema de reporte de eventos adversos	Numero de caidas de usuarios resportadas	6	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	Porcentaje de caidas	9
						Numero de usuarios institucionalizados en el periodo	79	79	79	80	0	0	0	0	0	0	0	0		317
						CUMPLIMIENTO	8%	0%	0%	4%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMENTO	En el mes de Enero se presento 6 caidas las cuales fueron analizadas en el comité de Paciente Seguro	para el mes de Febrero no se presento eventos relacionado con caidas	Parael mes de Marzo no se presento eventos relacionados con caidas	Para el mes de Abril se presento 3 caidas 1 Evento Adverso relacionado con agresion										
						PLAN DE MEJORA	SI REQUIERE	SI REQUIERE	SI REQUIERE	SI REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#DIV/0!
EFICACIA	Asegurar la implementacion de procesos de atencion en salud seguros con la participacion activa de los empleados,personas mayores y sus familias a traves de la implementacion y evaluacion de las practicas seguras desde la prevencion y gestion del riesgo	Adherencia a la practica prevencion de caida de la persona mayor	100%	TRIMESTRAL	Aplicación lista de chequeo al paquete de prevencion de caida	Numero de criterios evaluados con cumplimiento	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Adherencia a la practica prevencion de caida de la persona mayor	0
						Total de criterios evaluados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
						CUMPLIMIENTO	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMENTO	Se cuenta con cronograma de medicion de adherencia del paquete instruccional de prevencion de caidas	S e cuenta establecido la medicion de la adherencia por cronograma	Se cuenta con cronograma para la aplicación de la lista de chequeo	Se cuenta con cronograma para la aplicación de la lista de chequeo										
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#DIV/0!
EFICACIA	Liderar comité del programa de seguridad del paciente	% comites de programa de seguridad del paciente	100%	MENSUAL	Por medio de un cronograma de asitencia al comité de programa de seguridad del paciente	Numero de comites realizados	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	% comites de programa de seguirda del paciente	4
						Numero de comites programados	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0		4
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMENTO	Se evidencia cumplimiento de los comites programados	se evidencia el cumplimiento de las actividades programadas	se evidencia el cumplimiento del 100% de la meta establecida	se evidencia el cumplimiento del 100% de la meta establecida										
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#DIV/0!
		TITULO DEL INDICADOR Y/O DE LA GRAFICA				NUMERADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	TITULO DEL INDICADOR Y/O DE LA GRAFICA	0
						DENOMINADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
						CUMPLIMIENTO	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMENTO														
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#DIV/0!
		TITULO DEL INDICADOR Y/O DE LA GRAFICA				NUMERADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	TITULO DEL INDICADOR Y/O DE LA GRAFICA	0
						DENOMINADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
						CUMPLIMIENTO	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMENTO														
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#DIV/0!
		TITULO DEL INDICADOR Y/O DE LA GRAFICA				NUMERADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	TITULO DEL INDICADOR Y/O DE LA GRAFICA	0
						DENOMINADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
						CUMPLIMIENTO	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMENTO														
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#DIV/0!
		TITULO DEL INDICADOR Y/O DE LA GRAFICA				NUMERADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	TITULO DEL INDICADOR Y/O DE LA GRAFICA	0
						DENOMINADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
						CUMPLIMIENTO	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMENTO														
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#DIV/0!
		TITULO DEL INDICADOR Y/O DE LA GRAFICA				NUMERADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	TITULO DEL INDICADOR Y/O DE LA GRAFICA	0
						DENOMINADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
						CUMPLIMIENTO	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMENTO														
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#DIV/0!
		TITULO DEL INDICADOR Y/O DE LA GRAFICA				NUMERADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	TITULO DEL INDICADOR Y/O DE LA GRAFICA	0
						DENOMINADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
						CUMPLIMIENTO	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMENTO														
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#DIV/0!

J.H.S. INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA	CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO SAN JOSE DE FACATATIVA	CODIGO:FT-GC-011
	MATRIZ DE INDICADORES 2018	VERSION:02
PROCESO	GESTION DE CALIDAD	FECHA: 27/01/2017

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE REGENCIA DE FARMACIA

TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	agosto	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	GRAFICO DEL INDICADOR	ESTUDIO ACUMULADO
Eficiencia	Garantizar a la Persona Mayor una mejor calidad de vida en cuanto a la oportunidad y eficiencia en el servicio farmaceutico	% de cumplimiento oportunidad y eficiencia en el servicio farmaceutico	89%	Mensual	Gestionar ante la EPS la entrega oportuna de medicamentos e insumos, llevar un control de exitencias de medicamentos	Numero de formulas gestionadas para la entrega oportuna de medicamentos e insumos en el mes	108	93	80	128	0	0	0	0	0	0	0	0	% de cumplimiento oportunidad y eficiencia en el servicio farmaceutico	409
						Numero de formulas emitidas por la EPS en el mes	120	97	84	135	0	0	0	0	0	0	0	0		436
						CUMPLIMIENTO	90%	96%	95%	95%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMIENTO	Se logró el 90% de existencias oportunas de medicamentos e insumos en el mes de enero.	Se logró el 96% de existencias oportunas de medicamentos e insumos en el mes de Febrero	Se logro el 95%de existencias oportunas de medicamentos e insumos en el mes de Marzo.	Se logro el 95%de existenciasoportunas de medicamentos e insumos en el mes de Abril										
						PLAN DE MEJORA	SI REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
Eficacia	Garantizar a la Persona Mayor una mejor calidad de vida en cuanto a la oportunidad y eficiencia en el servicio farmaceutico	% de cumplimiento de reportes ante el INVIMA y Programa paciente seguro	100%	Mensual	Realizar reportes de errores durante la administración de medicamentos	Numero de reportes realizadas en el mes	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	% de cumplimiento de reportes ante el INVIMA y Programa paciente seguro	1
						Numero de errores encontrados en el mes	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		1
						CUMPLIMIENTO	#DIV/0!	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMIENTO	En el mes de enero no se encontraron errores en la administración de medicamentos	En el mes de febrero se cumplio con el reporte presentado en la administración de medicamentos	En el mes de Marzo no se encontraron errores en la administracion de medicamentos.	En el mes de Abril no se encontraron errores de en la administracion de medicamentos.										
						PLAN DE MEJORA	#DIV/0!	NO REQUIERE	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
Eficacia	Garantizar a la Persona Mayor una mejor calidad de vida en cuanto a la oportunidad y eficiencia en el servicio farmaceutico	% de cumplimiento control de vencimientos	10%	Mensual	Seguimiento y control de existencia de medicamentos	Numero de medicamentos proximos a vencer semaforizados	7	10	10	7	0	0	0	0	0	0	0	0	% de cumplimiento control de vencimientos	34
						Numero de medicamentos proximos a vencer semaforizados	7	10	10	7	0	0	0	0	0	0	0	0		34
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMIENTO	De un total de 107 medicamentos en inventario se identificaron 7 proximos a vencer y se les realizo la respectiva semaforizacion	De un total de 111 medicamentos en inventario se identificaron 10 proximos a vencer y se les realizo la respectiva semaforizacion	De un total de 108 medicamentos en inventario se identificaron 10 proximos a vencer y se les realizo la respectiva semaforizacion	De un total de 134 medicamentos en inventario se identificaron 7 proximos a vencer y se les realizo la respectiva semaforizacion.										
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
Eficacia	Garantizar a la Persona Mayor una mejor calidad de vida en cuanto a la oportunidad y eficiencia en el servicio farmaceutico	% de cumplimiento de inventario de medicamentos de control especial	100%	Mensual	Realizar conteo de los medicamentos de control especial, digitar en medio magnetico y fisico para tener las existencias al dia	Numero de medicamentos contados en el mes	4	4	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	% de cumplimiento de inventario de medicamentos de control especial	16
						Numero de medicamentos de la existencias actual	4	4	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0		16
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMIENTO	Cumplimiento en la existencia de medicamentos de control especial durante el mes de enero	Cumplimiento en la existencia de medicamentos de control especial durante el mes de Febrero	Cumplimiento en la existencia de medicamentos de control especial durante el mes de Marzo.	Cumplimiento en la existencia de medicamentos de control especial durante el mes de Abril.										
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
Eficacia	Garantizar a la Persona Mayor una mejor calidad de vida en cuanto a la oportunidad y eficiencia en el servicio farmaceutico	% de cumplimiento a reuniones	100%	Mensual	Establecer cronograma, asistir a reuniones programadas	Numero de reuniones y comites asistidos	4	4	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	% de cumplimiento a reuniones	16
						Numero de reuniones programadas	4	4	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0		16
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMIENTO	Se evidencia asistencia a reuniones programadas	Se evidencia asistencia reuniones programadas	Se evidencia asistencia de reuniones programadas.	Se evidencia asistencia de reuniones programadas.										
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
Eficacia	Garantizar a la Persona Mayor una mejor calidad de vida en cuanto a la oportunidad y eficiencia en el servicio farmaceutico	% de cumplimiento en la elaboración de informes	100%	Mensual	Realizar informe de manera clara y concreta según el requerimiento	Numero de informes elaborados	2	3	4	3	0	0	0	0	0	0	0	0	% de cumplimiento en la elaboración de informes	12
						Numero de informes requeridos	2	3	4	3	0	0	0	0	0	0	0	0		12
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMIENTO	Se evidencia cumplimiento en la elaboración de informes de ley a fon nacional de estupefacientes y a la Beneficencia de Cundinamarca	Se evidencia cumplimiento en la elaboración de informes de ley enviados al fondo nacional de estupefacientes, invima y a la Beneficencia de Cundinamarca	Se evidencia cumplimiento en la elaboracion de informes de ley enviados al fondo nacional de estupefacientes invima /tecnovigilancia y la beneficencia.	Se evidencia cumplimiento en la elaboracion de informes de ley enviados al Fondo Nacional de estupefacientes Farmacovigilancia,Invima y a la Beneficencia.										
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
		TITULO DEL INDICADOR Y/O DE LA GRAFICA				NUMERADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	TITULO DEL INDICADOR Y/O DE LA GRAFICA	0
						DENOMINADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
						CUMPLIMIENTO	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMIENTO														

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE REGENCIA DE FARMACIA																				
TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	agosto	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	GRAFICO DEL INDICADOR	ESTUDIO ACUMULADO
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
		TITULO DEL INDICADOR Y/O DE LA GRAFICA				NUMERADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
						DENOMINADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO														
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
		TITULO DEL INDICADOR Y/O DE LA GRAFICA				NUMERADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
						DENOMINADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO														
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
		TITULO DEL INDICADOR Y/O DE LA GRAFICA				NUMERADOR	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
						DENOMINADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO														
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
		TITULO DEL INDICADOR Y/O DE LA GRAFICA				NUMERADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
						DENOMINADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO														
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
		TITULO DEL INDICADOR Y/O DE LA GRAFICA				NUMERADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
						DENOMINADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO														
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
		TITULO DEL INDICADOR Y/O DE LA GRAFICA				NUMERADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
						DENOMINADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO														
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
		TITULO DEL INDICADOR Y/O DE LA GRAFICA				NUMERADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
						DENOMINADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO														
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
		TITULO DEL INDICADOR Y/O DE LA GRAFICA				NUMERADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
						DENOMINADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO														
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
		TITULO DEL INDICADOR Y/O DE LA GRAFICA				NUMERADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
						DENOMINADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO														
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
		TITULO DEL INDICADOR Y/O DE LA GRAFICA				NUMERADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
						DENOMINADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO														
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
		TITULO DEL INDICADOR Y/O DE LA GRAFICA				NUMERADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
						DENOMINADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO														
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
		TITULO DEL INDICADOR Y/O DE LA GRAFICA				NUMERADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
						DENOMINADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO														
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
		TITULO DEL INDICADOR Y/O DE LA GRAFICA				NUMERADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
						DENOMINADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO														
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
		TITULO DEL INDICADOR Y/O DE LA GRAFICA				NUMERADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
						DENOMINADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO														
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!

J.H.S. INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA	CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO SAN JOSE DE FACATATIVA	CODIGO:FT-GC-011
	MATRIZ DE INDICADORES 2018	VERSION:02
PROCESO	GESTION DE CALIDAD	FECHA: 27/01/2017

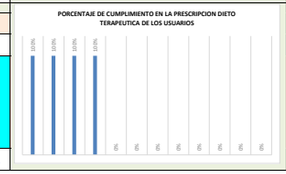
COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE RADIO EMISORA

TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	agosto	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	GRAFICO DEL INDICADOR	ESTUDIO ACUMULADO
EFICACIA	ORIENTAR Y COORDINAR EL FUNCINAMIENTO DE LA RADIOEMISORA PARA UN EXCELENTE USO DE LA MISMA	% DE CUMPLIMIENTO A REUNIONES DE PROGRAMACION	100%	MENSUAL	ESTABLECER CRONOGRAMA DE REUNIONES IMPLEMENTAR ESTRATEGIAS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LA EMISORA APORTE DE IDIAS PARA LA INNOVACION RADIAL	NUMERO DE REUNIONES REALIZADAS EN EL MES	1	1	1	1									% DE CUMPLIMIENTO A REUNIONES DE PROGRAMACION	4
						NUMERO DE REUNIONES PROGRAMADAS EN EL MES	1	1	1	1										4
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LAMETA ESTABLECIDA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	SE EVIDENCIA EL CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	SE EVIDENCIA EL CUMPLIMIENTO DE LA META ESTABLECIDA										
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
		% DE CUMPLIMIENTO PROGRAMACION DE CONTENIDO	100%	MENSUAL	MANTENER Y CREAR PROGRAMAS PARA LEL CONTENIDO DE LA EMISORA	NUERO DE PROGRAMAS REALIZADOS EN EL MES	3	5	3	1									% DE CUMPLIMIENTO PROGRAMACION DE CONTENIDO	12
						NUMERO DE PROGRAMAS PROGRAMADOS EN EL MES	3	5	3	1										12
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMIENTO	EN EL MES DE NIERO SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA REALIZACION DEL CONTENIDO DE LA EMISORA	EN EL MES DEFEBRERO SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO E LA PROGRAMACION DE LA EMISORA	EN EL MES DE MARZO SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA REALIZACIÓN DE CONTENIDO DE LA	EN EL MES DE ABRIL SE EVIDENCIA EL CUMPLIMIENTO DE LA PROGRAMACIO										
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
		% DE CUMPLIMIENTO PRODUCCION RADIAL	100	MENSUAL	DIRECCIONAR LA ACTIVIDAD METODOLOGIA PARA LA GRABACION ASESORAR AL EQUIPO	NUMERO DE PRODUCCIONES REALIZADAS EN EL MES	11	11	4	6	0	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO PRODUCCION RADIAL	32
						NUMERO DE PRODUCCIONES PROGRAMADAS EN EL MES	11	11	4	6	0	0	0	0	0	0	0	0		32
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE LA META ESTABLECIDA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA										
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
		% DE CUMPLIMIENTO MAEJO WED	100%	MENSUAL	ESTABLECER UN GRUPO CERRADO DE FAMILIARES DE LOS USUARIOS Y FUNCIONARIOS EN LA WED MANTENER UNA CONECCION POR VIDEO LLAMADA PARA FOMENTAR LA COMUNICACIÓN VIA INTERNET.	NUMERO DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL MES	0	0	1	1									% DE CUMPLIMIENTO MAEJO WED	2
						NUMERO DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN EL MES	0	0	1	1										2
						CUMPLIMIENTO	#DIV/0!	#DIV/0!	100%	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SE EMPESARA A MEDIR A APARTIR DEL MES DE MARZO DEL PRESENTE AÑO	SE EMEPSARA A MEDIR A PARTIR DEL MES DE MAROZ DEL PRESENTE AÑO	SE DA INICIO CON EL GRUPO CERRADO DE FACEBOOK, CUMPLIENDO CON LA META ESTABLECIDA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA RETROALIMENTACIÓN DE LA INFOMMACIÓN										
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!

J.H.S. INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA	CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO SAN JOSE DE FACATATIVA	CODIGO:FT-GC-011
	MATRIZ DE INDICADORES 2018	VERSION:02
PROCESO	GESTION DE CALIDAD	FECHA: 27/01/2017

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE NUTRICION

TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	agosto	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	GRAFICO DEL INDICADOR	ESTUDIO ACUMULADO
EFICACIA	REALIZAR EL PROCESO ADECUADO DEL INGRESO ACTA DE INGRESO NUEVO USUARI	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO ELOBRACION DE ACTAS DE INGRESO	100%	MENSUAL	DILIGENCIAR EL ACTA DE INGRESO DE FORMA INMEDIATA	NUMERO DE ACTAS DE INGRESO DILIGENCIADAS	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO ELOBRACION DE ACTAS DE INGRESO	2
						NUMERO DE USUARIOS QUE INGRESAN EN EL CBA	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0		2
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	DURANTE EL MES NO SE PRESENTARON INGRESOS	DURANTE EL MES NO SE PRESENTARON INGRESOS	DURANTE EL MES NO SE PRESENTARON INGRESOS.	DOLORES MAICERO, LUIS TRIVIÑO										
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA	REALIZAR VALORACION INICIAL A LOS USUARIOS QUE INGRESAN A LA INSTITUCION	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA VALORACION DE INGRESO	100%	MENSUAL	REALIZAR LA VALORACION DE INGRESO DE LOS USUARIOS CONSIDERANDO EL TIEMPO LIMITE ESTABLECIDO EN LA VIBENEFICENCIA DE CUNDINAMCAR	NUMERADOR	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA VALORACION DE INGRESO	2
						NUMERO DE VALORACION DE INGRESO REALIZADA	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0		2
						NUMERO DE USUARIO QUE INGRESAN AL CB	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	DURANTE EL MES NO SE PRESENTARON INGRESOS	DURANTE EL MES NO SE PRESENTARON INGRESOS	DURANTE EL MES NO SE PRESENTARON INGRESOS	DOLORES MAICERO, LUIS TRIVIÑO										
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
FEFICACIA	REALIZAR VALORACION CADA DOS AÑOS DE LOS USUAIROS INSTITUCIONALIZADOS EN EL CENTRO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA VALORACION PERIORICA DE LOS USUARIOS	100%	MENSUAL	REALIZA VALORACION PERIODICA DE LOS USUARIOS DE ACUERDO CON ANEXEO TECNICO DE LA BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA CADA DOS AÑOS	NUMERO DE VALORACIONES PERIODICAS REALIZADAS	O	O	6	9	0	0	0	0	0	0	0	0	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA VALORACION PERIORICA DE LOS USUARIOS	15
						NUMERO DE VALORACION NUTRICIONALES PROGRAMADAS	O	O	6	9	0	0	0	0	0	0	0	0		15
						CUMPLIMIENTO	#¡VALOR!	#¡VALOR!	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡VALOR!
						SEGUIMIENTO	DE ACUERDO A PROGRAMACION Y PERIODICIDAD DESCRITA NINGUN USUARIO TIENE VALORACION EN ESTE MES	DE ACUERDO A PROGRAMACION Y PERIODICIDAD DESCRITA NINGUN USUAIRO TIENE VALORACION EN ESTE MES	SE REALIZAN VALORACIONES DE ACUERDO CON CRONOGRAMA	SE REALIZAN VALORACIONES DE ACUERDO CON CRONOGRAMA AJUSTADO SEGÚN PLAN DE MEJORA EN COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS									
						PLAN DE MEJORA	#¡VALOR!	#¡VALOR!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡VALOR!
EFICACIA	REALIZAR EVOLUCIONES DE LOS USUARIOS A NECESITAD	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA EVOLUCON DE LOS USUAIROS QUE LA REQUIERAN	100%	MENSUAL	REALIZAR EVOLUCION A NECESIDAD DE LOS USUARIOS	NUMERO DE EVOLUCION REALIZADAS	3	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA EVOLUCON DE LOS USUAIROS QUE LA REQUIERAN	7
						NUMERO DE EVOLUCIONES REQUERIDAS	3	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0		7
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SE REALIZA EVOLUCION A NECESIDAD DE LOS USUARIOS LAURANTINO CAMNARGO, CLIDANA VELASQUEZ Y AQUILINA TORRES	SE EVIDENCIA LA REALIZACION DE EVOLUCIONES A NECESIDAD	SE REALIZA EVOLUCION A NECESIDAD	EVOLUCION CRISANTO HERRERA PARA REMISIÓN A INTERCONSULTA										
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA	PARTICIPAR EN LAS ESTUDIOS DE CASO A NECESIDAD Y /O PROGRAMACION POR INGRESO, ALTERACION DE COMPORTAMIENTO Y SALUD	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO SEGÚN NECESIDAD	100%	MENSUAL	REALIZAR ESTUDIOS DE CASO JUNTO CON EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO SEGÚN PROGRAMACION Y/O NECESIDAD	NUMERO DE ESTUDIOS DE CASO REALIZADOS	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO SEGÚN NECESIDAD	4
						NUMERO DE ESTUDIOS DE CASO PROGRAMADOS Y/O NECESIDAD	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		4
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SE REALIZA ESTUDIO DE CASO A LAS USUARIAS SILDANA Y GUMERSINDA VELESQUEZ	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA REALIZACION DE ESTUDIOS DE CASO	NO SE PROGRAMAN ESTUDIOS DE CASO	NO SE PROGRAMAN ESTUDIOS DE CASO										
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA	PARTICIPAR EN LA ELABORACION DEL PAIIN DE LOS USUAIROS INSTITUCIONALIZADOS	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA ELABORACION DE PAIIN	100%	MENSUAL	PARTICIPAR EN LA ELABORACION DE LOS PAIIN DE ACUERDO CON LA PROGRAMACION Y PERIODICIDAD DESCRITA EN ANEXO TECNICO	NUMERO DE PAIIN REALIZADOS	10	9	12	11	0	0	0	0	0	0	0	0	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA ELABORACION DE PAIIN	42
						NUMERO DE PAIIN PROGRAMADOS	10	9	12	11	0	0	0	0	0	0	0	0		42
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SE EVIVENCIA CUMPLIMIENTO EN LA ELABORACION DE LOS PAIN	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA ELABORACION DE LOS PAIN	SE EVIDENCIA CUMPLIENTO EN LA ELABORACION DE LOS PAIN	SE EVIDENCIA CUMPLIENTO EN LA ELABORACION DE LOS PAIN										
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACA	DILIGENCIAR EL CIERRE DE HISTORIAS CLINICAS DE EGRESO SEGÚN LINEAMIENTO DE BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN EL CIERRE DE HISTORIAS CLINICAS	100%	A NECESIDAD	REALIZAR CIERRE DE HISTORIAS CLINICAS DE LOS USUAIROS EGRESADOS	NMERO DE CIERRE DE HISTORIAS	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN EL CIERRE DE HISTORIAS CLINICAS	3
						NUMERO DE EGRESOS	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0		3
						CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SE REALIZA CIERRE DE HISTORIA CLINICA DE SILDANA VELASQUEZ POR FALLECIMIENTO	EN ESTE MES NO HUBO EGRESOS	SE REALIZA CIERRE DE HISTORIA DE LAURENTINO CAMARGO POR FALLECIMIENTO	SE REALIZA CIERRE DE HISTORIA DE AIXA CIFUENTES POR FALLECIMIENTO										
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						NUMERO DE SEGUIMIENTOS NUTRICIONALES RELAZADOS	4	55	5	23	0	0	0	0	0	0	0	0	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA EJECUCION DE SEGUIMIENTOS NUTRICIONALES	87
						NUMERO DE SEGUIMIENTOS NUTRICIONALES PROGRAMADOS	4	55	5	23	0	0	0	0	0	0	0	0		87

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE NUTRICION																			
TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	agosto	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	GRAFICO DEL INDICADOR	ESTUDIO ACUMULADO
EFICACIA	REALIZAR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL PERIODICO DE LOS USUARIOS	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA EJECUCION DE SEGUIMIENTOS NUTRICIONALES	100%	MENSUAL	CUMPLIR CON LA PERIODICIDAD DE EJECUCION DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL DESCRITA EN EL ANEXO TECNICO	CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SE REALIZA SEGUIMIENTO NUTRICONAL DE LOS USUARIOS DE ACUERDO CON PERIOCICIDAD DESCRITA EN EL ANEXO TECNICO	SE REALIZA SEGUIMIENTO NUTRICONAL DE LOS SUAIROS DE ACUERDO CON PERIODICIDAD DESCRITA EN EL ANEXO TECNICO	SE REALIZA SEGUIMIENTO NUTRICONAL DE LOS SUAIROS DE ACUERDO CON PERIODICIDAD DESCRITA EN EL ANEXO TECNICO	SE REALIZA SEGUIMIENTO NUTRICIONAL DE LOS USUARIOS DE ACUERDO CON PROGRAMACIÓN Y DE ACUERDO CON PLAN DE MEJORA ESTABLECIDO EN HISTORIAS CLÍNICAS									
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
EFICACIA	REALIZAR SUPERVISION EN COMEDOR EN LOS TIEMPOS DE COMIDA QUE LA PROFESIONAL SE ENCUENTRA EN EL HOGAR	PORCENTAJE DE CUMPLIENTO EN LA SUPERVISION DEL COMEDOR	100%	MENSUAL	OBSERVACION DIRECTA DE LOS USAIROS EN EL SERVICIO DE ALIMENTOS	NUMERO DE SUPERVISIONES REALIZADAS EN LOS DIFERENTES TIEMPOS	18	15	16	16	0	0	0	0	0	0	0	0		65
						NUMERO DE SUPERVISIONES PROGRAMADAS EN EL COMEDOR EN LOS DIFERENTES TIEMPOS	18	15	16	16	0	0	0	0	0	0	0	0		65
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SE REALIZAR SUPERVISION EN LOS TIEMPOS DE COMIDA QUE LA NUTRICIONISTA SE ENCUENTRA EN EL HOGAR	SE REALIZA SUPERVISION EN LOS TEIMPOS DE COMIDA QUE LA NUTRICIONISTA DSE ENCUENTRA EN EL HOGAR	SE REALIZA SUPERVISION EN LOS TEIMPOS DE COMIDA QUE LA NUTRICIONISTA DSE ENCUENTRA EN EL HOGAR	SE REALIZA SUPERVISION EN LOS TIEMPOS DE COMIDA QUE LA NUTRICIONISTA DSE ENCUENTRA EN EL HOGAR									
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
EFICACIA	ESTABLECER LA DIETO TERAPIA CORRESPONDIENTE PAR LOS ADULTOS MAYORES	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA PRESCRIPCION DIETO TERAPEUTICA DE LOS USUARIOS	100%	MENSUAL	EJECUTAR LOS CAMBIOS NECESARIOS EN LA PRESCRIPCION DIETO TERAPEUTICA DE LOS USUARIOS DE ACUERDO CON SU EVOLUCION	NUMERO DE DIETAS APLICADAS	6	18	6	8	0	0	0	0	0	0	0	0		38
						NUMERO DE DIETAS PRESCRITAS	6	18	6	8	0	0	0	0	0	0	0	0		38
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SE REALIZA AJUSTE A LA DIETOTERAPEUTICA DE LOS USUARIOS DE ACUERDO CON SU EVOLUCION	SE REALIZA AJUSTE A LA DIETOTERAPEUTICA DE LOS USUARIOS DE ACUERDO CON SU EVOLUCION	SE REALIZA AJUSTE A LA DIETOTERAPEUTICA DE LOS USUARIOS DE ACUERDO CON SU EVOLUCION	SE REALIZA AJUSTE A LA DIETOTERAPEUTICA DE LOS USUARIOS DE ACUERDO CON SU EVOLUCION Y SE PRESCRIBE REGIMEN A USUARIOS NUEVOS									
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE NUTRICION

TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	agosto	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	GRAFICO DEL INDICADOR	ESTUDIO ACUMULADO
EFICACIA	REALIZAR SEGUIMIENTO CORRESPONDIENTE AL CICLO DE ALIMENTOS QUE CORRESPONDEN AL PROTOCOLO DEL BPM	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA APLICACIÓN DE LISTAS DE CHEQUEO DEL MANUAL DE BPM	100%	MENSUAL	DILIGENCIAS LAS LISTAS DE CHEQUEO DESCRITAS EN EL PROTOCOLO DE BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA	NUMERO DE LISTAS DE CHEQUEO DE BPM DILIGENCIADAS	8	8	8	8	0	0	0	0	0	0	0	0	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA APLICACIÓN DE LISTAS DE CHEQUEO DEL MANUAL DE BPM	32
						NUMERO DE LISTAS DE CHEQUEO DE BPM PROGRAMADAS	8	8	8	8	0	0	0	0	0	0	0	0		32
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SE REALIZA EL DEBIDO DILIGENCIAMIENTO DE LAS LISTAS DE CHEQUEO	SE REALIZA EL DEBIDO DILIGENCIAMIENTO DE LAS LISTAS DE CHEQUEO	SE REALIZA EL DEBIDO DILIGENCIAMIENTO DE LAS LISTAS DE CHEQUEO	SE REALIZA EL DEBIDO DILIGENCIAMIENTO DE LAS LISTAS DE CHEQUEO										
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA	REALIZAR EL SEGUIMIENTO A LOS PROGRAMAS DEL PLAN DE SANEAMIENTO QUE APLICA AL SERVICIO DE ALIMENTOS	PORCENTAJE DE LA APLICACIÓN DE LISTAS DE CHEQUEO DE PSB	100%	MENSUAL	DILIGENCIAS LAS LISTAS DE CHEQUEO CON LA PERIODICIDAD DESCRITA EN EL PLAN DE SANEAMIENTO BASICO	NUMERO DE LISTAS DE CHEQUEO DE PSB DILIGENCIADAS	8	8	8	8	0	0	0	0	0	0	0	0	PORCENTAJE DE LA APLICACIÓN DE LISTAS DE CHEQUEO DE PSB	32
						NUMERO DE LISTAS DE CHEQUEO DE PSB PROGRAMADAS	8	8	8	8	0	0	0	0	0	0	0	0		32
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SE REALIZA EL DEBIDO DILIGENCIAMIENTO DE LAS LISTAS DE CHEQUEO	SE REALIZA EL DEBIDO DILIGENCIAMIENTO DE LAS LISTAS DE CHEQUEO	SE REALIZA EL DEBIDO DILIGENCIAMIENTO DE LAS LISTAS DE CHEQUEO	SE REALIZA EL DEBIDO DILIGENCIAMIENTO DE LAS LISTAS DE CHEQUEO										
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA	PARTICIPAR EN LAS CAPACITACIONES PERMANENTES Y CONTINUAS DIRIGIDAS AL PERSONAL	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO ASISTENCIA A CAPACITACIONES CONTINUAS Y PERMANENTES	100%	MENSUAL	PARTICIPAR EN LAS CAPACITACIONES ELECTRONICAS Y PRESENCIALES PROGRAMADAS	NUMERO DE CAPACITACIONES ASISTIDAS	5	5	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO ASISTENCIA A CAPACITACIONES CONTINUAS Y PERMANENTES	14
						NUMERO DE CAPACITACIONES PROGRAMADAS	5	5	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0		14
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO	CAPACITACION TERAPIA FÍSICA, CAPACITACION AMBIENTAL	CAPACITACION COMITE DE PACIENTE SEGURO Y CAPACITACION HISTORIAS CLÍNICAS										
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA	REALIZAR CAPACITACIONES CONTINUAS	PROCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA EJECUCION DE CAPACITACIONES	100%	MENSUAL	REALIZAR CAPACITACION SEGÚN PROGRAMACION	NUMERO DE CAPACITACIONES REALIZADAS	1	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	PROCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA EJECUCION DE CAPACITACIONES	4
						NUMERO DE CAPACITACIONES PROGRAMADAS	1	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0		5
						CUMPLIMIENTO	100%	0%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	CAPACITACION MANUAL DE DIETAS	NO SE REALIZA POR NO DISPONIBILIDAD DE AREA ADECUADA, SE REPROGRAMA PARA MARZO CON READECUACION DEL COMEDOR	TALLER COAMAOS BIEN USUARIOS, CAPACITACION BPM	MANEJO NUTRICIONAL DE DIABETES E HIPERTENSIÓN TALLER CON FAMILIAS										
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	SI REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA	ELABORAR Y APOYAR LA ENTREGA OPORTUNA DE LOS INFORMES SOLICITADOS POR BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA	PORCENTAJE DE CUMPLIENTO EN LA ENTREGA DE INFORMES	100%	MENSUAL	ELABORAR Y ENTREGAR CON LA OPORTUNIDAD REQUERIDAD LOS INFORMES	NUMERO DE INFORMES REALIADOS Y ENTREGADOS	4	4	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	PORCENTAJE DE CUMPLIENTO EN LA ENTREGA DE INFORMES	12
						NUMERO DE INFORMES SOLICITADOS	4	4	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0		12
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO	INFORME DE GESTION	SE APOYA DESARROLLO MANUAL DE BPM, INFORME DE GESTION, SE PRESENTA AUDITORIA DE CONTROL INTERNO										
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA	PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LAS REUNIONES DE EQUIPO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LAS REUNIONES DE EQUIPO	100%	MENSUAL	PARTICPAR EN LAS REUNIONES DE EQUIPO EN LAS QUE LA NUTRICIONISTA SE ENCUENTRA EN EL HOGAR	NUMERO DE REUNIONES DE EQUIPO A LAS QUE ASISTE	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LAS REUNIONES DE EQUIPO	3
						NUMERO DE REUNIONS PROGRAMADAS EN LOS TURNOS EN QUE LA NUTRICIONISTA SE ENCUENTRA	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0		3
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	LA REUNIÓN DE EQUIPO SE REALIZA EL DIA 4 DE ENERO DE 2018 (JUEVES) DIA EN EL QUE LA PROFESIONAL NO ASISTE AL HOGAR	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO										
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						NUMERO DE CELEBRACIONES Y/O ACTIVIDADES ASISTIDAS	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	PORCENTAJE DE CUMPLIENTO EN LA PARTICIPACION ACTIVIDADES	6
						NUMERO DE CELEBRACIONES Y/O ACTIVIDADES PROGRAMADAS	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0		6
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE NUTRICION																			
TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	agosto	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	GRAFICO DEL INDICADOR	ESTUDIO ACUMULADO
EFICACIA	PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LAS ACTIVIDADES CULTURALES, INTERINSTITUCIONALES SEGÚN CRONOGRAMA	PORCENTAJE DE CUMPLIENTO EN LA PARTICIPACION ACTIVIDADES	100%	MENSUAL	PARTICIPAR EN LAS DIVERSAS ACTIVIDADES REALZADAS	SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO	RETIRO ESPIRITUAL DIA DE SAN JOSE	EN ESTE MES NO SE ENCUENTRAN PROGRAMADAS ACTIVIDADES DENTRO DE ASISTENCIA DE LA NUTRICIONISTA AL CENTRO									
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA	PARTICIPAR EN LOS COMITES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA PARTICIPACION DE COMITES OBLIGATORIOS	100%	MENSUAL	CUMPLIR CON LAS TAREAS ASIGNADAS EN EL COMITÉ	NUMERO DE ACTIVIDADES REALIZADAS	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA PARTICIPACION DE COMITES OBLIGATORIOS	3
						NUMERO DE ACTIVIDADES DE COMITÉ PROGRAMADAS	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0		3
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	DURANTE EL MES DE ENERO NO LE SON ASIGNADAS ACTIVIDADES	DURANTE EL MES DE FEBRERO NO LE SON ASIGNADAS ACTIVIDADES	SE REALIZA ENTREGA DE CRONOGRAMA DE VALORACIONES Y SE AJUSTA DE ACUERDO CON REQUERIMIENTO DE LA BENEFICIARIA	SE REALIZA DESENGORDE DE HISTORIAS CLÍNICAS SEGÚN CRONOGRAMA									
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA	REALIZAR PLAN CASERO A LOS USUARIOS QUE LO DEMANDEN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE PLAN CASERO	100%	MENSUAL	REALIZAR LOS PLANES CASEROS PLANTEADOS	NO DE PLANES CASEROS REALIZADOS	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE PLAN CASERO	4
						NO DE PLANES CASEROS PROGRAMADOS	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0		4
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	NO SE PROGRAMAN	NO SE PROGRAMAN	SE REALIZAN SEGÚN PROGRAMACION	NO SE PROGRAMAN									
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
IMPACTO	REALIZAR INTERVENCION NUTRICIONAL OPORTUNA A LOS USUARIOS CON EL OBJETIVO DE PROMOVER UN ESTADO NUTRICIONAL ADECUADO	PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES CON ESTADO NUTRICIONAL NORMAL	EL INDICADOR DEBE TENDER A AUMENTAR PROGRESIVAMENTE CON LA INTERVENCIÓN NUTRICIONAL A LOS USUARIOS	MENSUAL	VALORAR EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS USUARIOS DE ACUERDO CON LA PERIODICIDAD DESCRITA EN EL ANEXO TECNICO	NO DE PERSONAS MAYORES CON ESTADO NUTRICIONAL NORMAL	0	0	49	50	0	0	0	0	0	0	0	0	PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES CON ESTADO NUTRICIONAL NORMAL	99
						NO. TOTAL DE PERSONAS MAYORES	0	0	78	79	0	0	0	0	0	0	0	0		157
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	63%	63%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	NO SE MIDE EL INDICADOR	NO SE MIDE EL INDICADOR	DEL TOTAL DE USUARIOS 49 TIENEN UN ESTADO NUTRICIONAL NORMAL. ESTE USUARIO DEBE TENDER A AUMENTAR	DEL TOTAL DE USUARIOS 50 TIENEN UN ESTADO NUTRICIONAL NORMAL. ESTE USUARIO DEBE TENDER A AUMENTAR									
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	SI REQUIERE	SI REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
IMPACTO	REALIZAR INTERVENCION NUTRICIONAL OPORTUNA A LOS USUARIOS CON EL OBJETIVO DE PROMOVER UN ESTADO NUTRICIONAL DE BAJO PESO	PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES CON ESTADO NUTRICIONAL DE BAJO PESO	EL INDICADOR DEBE TENDER A DISMINUIR PROGRESIVAMENTE CON LA INTERVENCIÓN NUTRICIONAL A LOS USUARIOS	MENSUAL	VALORAR EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS USUARIOS DE ACUERDO CON LA PERIODICIDAD DESCRITA EN EL ANEXO TECNICO	NO DE PERSONAS MAYORES CON ESTADO NUTRICIONAL DE BAJO PESO	0	0	19	18	0	0	0	0	0	0	0	0	PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES CON ESTADO NUTRICIONAL DE BAJO PESO	37
						NO. TOTAL DE PERSONAS MAYORES	0	0	78	79	0	0	0	0	0	0	0	0		157
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	24%	23%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO			DEL TOTAL DE USUARIOS 19 TIENEN UN ESTADO NUTRICIONAL DE BAJO PESO. 17 SE ENCUENTRAN EN RIESGO NUTRICIONAL Y 3 CON DELGADEZ LEVE	DEL TOTAL DE USUARIOS 18 TIENEN UN ESTADO NUTRICIONAL DE BAJO PESO. 17 SE ENCUENTRAN EN RIESGO NUTRICIONAL Y 1 CON DELGADEZ MODERADA									
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	SI REQUIERE	SI REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
IMPACTO	REALIZAR INTERVENCION NUTRICIONAL OPORTUNA A LOS USUARIOS CON EL OBJETIVO DE PROMOVER UN ESTADO NUTRICIONAL DE BAJO PESO	PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES CON ESTADO NUTRICIONAL DE EXCESO DE PESO	EL INDICADOR DEBE TENDER A DISMINUIR PROGRESIVAMENTE CON LA INTERVENCIÓN NUTRICIONAL A LOS USUARIOS	MENSUAL	VALORAR EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS USUARIOS DE ACUERDO CON LA PERIODICIDAD DESCRITA EN EL ANEXO TECNICO	NO DE PERSONAS MAYORES CON ESTADO NUTRICIONAL DE EXCESO DE PESO	0	0	10	11	0	0	0	0	0	0	0	0	PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES CON ESTADO NUTRICIONAL DE EXCESO DE PESO	21
						NO. TOTAL DE PERSONAS MAYORES	0	0	78	79	0	0	0	0	0	0	0	0		157
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	13%	14%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO			DEL TOTAL DE USUARIOS 10 TIENEN UN ESTADO NUTRICIONAL DE EXCESO DE PESO. 5 SE ENCUENTRAN EN SOBREPESO, 4 EN OBESIDAD TIPO 1 Y 1 EN OBESIDAD TIPO 2	DEL TOTAL DE USUARIOS 11 TIENEN UN ESTADO NUTRICIONAL DE EXCESO DE PESO. 6 SE ENCUENTRAN EN SOBREPESO, 3 EN OBESIDAD TIPO 1 Y 1 EN OBESIDAD TIPO 2									
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	SI REQUIERE	SI REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!

BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA	CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO SAN JOSE DE FACATATIVA	J.H.S. INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA	CODIGO: FT-GC-003
	FORMATO DE PLAN DE MEJORAMIENTO		VERSION:01
PROCESO	GESTION DE CALIDAD		fecha: 05/12/2015

OBJETIVO: ESTABLECER ACCIONES DE MEJORA FRENTE AL NO CUMPLIMIENTO DE

ESTANDAR	FUENTE	QUE: (Objetivo)	COMO : (Actividades)	QUIEN: (Responsable)	CUANDO: (fecha establecida)		DONDE: (Lugar)	1.SEGUIMIENTO DD/MES/AÑO	OBSERVACIONES
					FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACION			
AMBIENTAL	No realizacion de los comités de Diciembre 2017 y enerdo de 2018	Retomar los comités que no se realizaron con el fin de hacerles seguimiento a los planes de acción propuestos	Convocar a los miembros del comité con el fin de hacer seguimiento, planear y dririgir las políticas y procedimientos para una buena gestión ambiental	Profesional ambiental	22/02/2018	22/02/2018	Comedor Funcionarios C.B.A San José Facatativá	23/02/2018	Se realizan junto con el Comité del mes de Ferbero de 2018
PROCESOS PRIORITARIOS	ERROR EN LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS	Capacitacion	Las auxiliares Yensy Quesada y Sor Mary Herrera capacitaran al perosnal sobre los 11 correctos en la administracion de medicamentos	Auxiliar de enfermeria Yensy quesada	16-mar-18	16/03/2018	C.B.A SAN JOSE FACATATIVA SALON DE REUNIONES	20/03/2018	Se realiza capacitación programada
PROCESO PRIORITARIOS	CAIDAS REINCIDENTES	Incluir al adulto mayor Luis Martinez en el programa de marcha asistida	asistiendo al paciente durante el tiempo que corresponde a cada ususuario fortaleciendo el patrion de marcha con le fin de mimimizar riesgo de caida	Fisioterapeuta	01/02/2018	Hasta nueva orden por le area de Terapia Fisisca	C.B.A SAN JOSE FACATATIVA	04/02/2018	Persona Mayor que hace parte del programa de Marcha asistida
CAPACITACIONES	TALLER PERSONAS MAYORES	Reprogramar y realizar Taller con usuarios	En el horario del desayuno se realizara el taller junto con el apoyo del equipo interdisciplinario	Nutricionista	12/03/2018	12/03/2018	Comedor Personas Mayores	13/03/2018	Se realiza capacitación programada
CAPACITACIONES	CAPACITACION SEGURIDAD VIAL CONDUCTORES VIAL CONDUCTORES	Reprogramar y realizar capacitacion Seguridad Vial conductores Centros de Bienestar	Se establece nueva fecha con la ARL Sura para la realización de la capacitación	Nina Polo Profesional SGSST	26/04/2018	26/04/2018	C.B.A BELMIRA (FUSA)	26/04/2018	Se realiza capacitación programada