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.	MAYO	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	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!
EFECTIVIDAD		% 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	NA							
						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!
EFECTIVIDAD		%CUMPLIMIENTO AUDITORIAS INTERNAS	100%	MENSUAL	ESTABLECER CRONOGRAMA PARA SU REALIZACIÓN	NUMERO DE ITEM QUE CUMPLEN DE LA LISTA DE CHEQUEO	0	41	0	18	32	0	0	0	0	0	0	0	%CUMPLIMIENTO AUDITORIAS INTERNAS	91
						TOTAL DE ITEM EVALUADOS	0	45	0	20	34	0	0	0	0	0	0	0		99
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	91%	#¡DIV/0!	90%	94%	#¡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	PARA EL MES DE MAYO SE REALIZO AUDITORIA INTERNA AL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE							
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	SI REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA	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 REPORTADOS 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 COMITE DEL GASAS	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	PARA EL MES DE MAYO NO SE PRESENTARON SALIDAS NO CONFORMES							
						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)	PARA EL MES DE MAYO NO SE REALIZO APROBACION DE DOCUMENTOS POR EL AREA DE CALIDAD							
						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!
						NÚMERO DE DOCUMENTOS CREADOS POR EL PROFESIONAL DE CALIDAD EN EL PERIODO	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	% DE DOCUMENTOS CREADOS	2

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE CALIDAD																			
TIPO DE INDICADOR	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAYO	JUN.	JUL.	agosto	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	GRAFICO DEL INDICADOR	ESTUDIO ACUMULADO
		% DE DOCUMENTOS CREADOS	100	ANCESDAD	REALIZAR REVISION DE LITERATURA QUE PERMITA LA CREACION DE LOS DIFERENTES DOCUMENTOS	NÚMERO DE DOCUMENTOS REQUERIDOS POR LAS DIFERENTES AREAS EN EL PERIODO	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0		2
						CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	#¡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 PERITIA CONSOLIDAR LA INFORMACION DE LAS DIFERENTES AREAS, GARANTIZANO UN SEGUIMIENTO CONTINUO	NA	NA	N.A	PARA EL MES DE MAYO SE CREA EL INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO DE LA MATRIZ DE LAS SALIDAS NO CONFORMES								
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA		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 PROCESSOS CON CUMPLIMIENTO EN SUS INDICADORES DE GESTION POR ENCIMA DEL 90%	10	10	10	10	10	0	0	0	0	0	0	0		50
						TOTAL DE PROCESSOS QUE REPORTAN INDICADORES DE GESTION	10	10	10	10	10	0	0	0	0	0	0	0		50
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#¡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 MANTIENE UN CUMPLIMIENTO POR ENCIMA DE LA META ESTABLECIDA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA , TODOS LOS PROCESOS MANTIENE UN CUMPLIMIENTO POR ENCIMA DE LA META ESTABLECIDA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA , TODOS LOS PROCESOS MANTIENE UN CUMPLIMIENTO POR ENCIMA DE LA META ESTABLECIDA							
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA		%CAPACITACION	100%	ANCESDAD	ESTABLECER CRONOGRAMA PARA SU REALIZACIÓN	NÚMERO DE CAPACITACIONES REALIZADAS	1	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0		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 CAPAOTACIONES 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)	SEGÚN CRONOGRAMA PARA EL MES DE MAYO NO SE REALIZA CAPACITACION POR EL AREA DE CALIDAD							
						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		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		3
						TOTAL DE PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS	79	79	79	79	79	0	0	0	0	0	0	0		395
						CUMPLIMIENTO	1%	0%	1%	1%	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 DEFUNCION (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	NO REQUIERE	#¡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	1	0	0	0	0	0	0	0		3
						NÚMERO DE COMITES PROGRAMADOS	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0		3
						CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	100%	#¡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 ESTABELCIDO EN EL CRONOGRAAM,(PARA EL MES DE ABRIL SE REALIZO COMITÉ DE CALIDAD Y ADOPCION DE GUIAS DE PRACTICA CLINICA.)	PARA EL ME DE MAYO SE REALIZO COMITÉ DE CALIDAD CON EL FIN DE EVIDENCIAR LOS AVANCES DEL PROCESO DIADOPCION DE GUIAS DE PREACTICA CLINICA							
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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

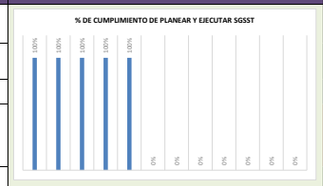
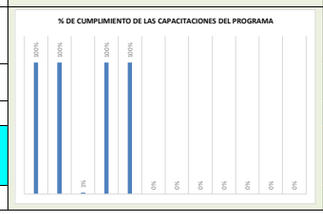
COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE COORDINACION Y GESTION HUMANA

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	7	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO EN LAS REVISIONES REALIZADAS DE HISTORIAS CLINICAS	39
						EL NUMERO DE ISTORIAS CLINICAS EVALUADAS ALEATORIAMENTE	8	8	8	8	7	0	0	0	0	0	0	0		39
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#¡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 ABRI SE EVIDENCIA CUMPLIMIETO EN LA META ESTABLECIDA	SE EVIDENCIA EN EL MES DE MAYO CUMPLIMIENTO EN LA REVISION ESTBALECIDA								
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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%	ANTICIPADO	Verificacion de la documentación y registro de los nuevos documentos	NUMERO DE VERIFICACIONES REVISADAS	0	0	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO EN LAS REVISIONES DE ACTAS DE INGRESOS	5
						NUMERO DE INGRESOS EN EL PERIODO	0	0	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0		5
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	100%	100%	#¡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	PARA EL MES DE MAYO SE PRESENTO UN INGRESO DE USUARIO								
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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%	ANTICIPADO	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 CASO ELABORADOS EN EL PERIODO	12	11	12	11	6	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO EN LA ELABORACION DE PAIN O ESTUDIOS DE CASOS	52
						TOTAL DE USUARIOS PROGRAMADOS EN EL PERIODO	12	11	12	11	6	0	0	0	0	0	0	0		52
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#¡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 AREA	PARA EL MES DE ABRIL SEVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA AREA	PARA EL MES DE MAYO SE EVIDENCIA CUMPLIMIENO EN LA AREA								
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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 metodologia 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	12	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO DE LOS INFORMES REVISADOS	61
						TOTAL DE INFORMES SOLICITADOS	4	22	12	11	12	0	0	0	0	0	0	0		61
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#¡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	PARA EL MES DE ABRIL SE REVISAN 11 DOCUMENTOS	PARA EL MES DE DE MAYO SE REVISAN 12 DOCUMETNOS								
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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	1	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO A VISITAS DE ENTES DE CONTROL	8
						NUMERO DE VISITAS RECIBIDAS	2	2	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0		8
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#¡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	SE RECIBE VISITA DE SUPERVISION	SE RECIBE VISITA DE SUPERVISION								
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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 RELAZADAS	6	9	9	9	9	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO A REUNIONES	42
						NUMERO DE REUNIONES PROGRAMADAS	7	9	9	9	9	0	0	0	0	0	0	0		43
						CUMPLIMIENTO	86%	100%	100%	100%	100%	#¡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	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE ACUERDO A ACRONOGRAMA ESTABLECIDO								
						PLAN DE MEJORA	SI REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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 DEFINIENE EN LA REUNION DE EQUIPO COORDINAR LA PROGRAMACION DE LAS ACTIVIDADES A REALIZAR EN LA RADIOEMISORA VIGENCIA 2018	NUMERO DE ACTIVIDADES REALIDADES EN EL MES	3	1	3	2	7	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO INTRA Y EXTRA INSTITUCIONALES	16
						NUMERO DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN EL MES	3	1	3	2	7	0	0	0	0	0	0	0		16
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#¡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	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO: SALIDA A LA FINCA EXTRAMURAL, CAMINATA DE USUARIOS, CINE FORO								
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA		% DE CUMPLIMIENTO A JORNADAS MANTENIMIENTO	100%	MENSUAL	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 OORDINAOION 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		BIME	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	PARA EL MES DE MAYO NO SE PROGRAMO JORNADA DE MANTENIMIENTO								
						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 DESPREDIDA VALORACION DE LA INFORMACION ACCIONES DE MEJORA SI SE REQUIEREN	NUMERO DE ENTREVISTAS APLICADAS EN LE PERIODO	2	1	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO DE EJECUCION DEL PROCESO DE SELECCIÓN Y CONTRATACION	7
						SOBRE EL NUMERO DE ENTREVISTAS REQUERIDAS	2	1	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0		7
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#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	PARA EL MES DE MAYO SE EVIDENCIA: 2 DESVINCULACION LABORALES							
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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%	MENSUAL	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	6	0	0	0	0	0	0	0	% CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES PROGRAMAS DEL PLAN DE BIENESTAR LABORAL	19
						NUMERO DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN EL MES	4	1	6	2	6	0	0	0	0	0	0	0		19
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMINETO 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	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE ACUERDO A CRONOGRAMA								
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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	1	0	0	0	0	0	0	0	% DE DOCUMENTOS CREADOS Y/O AJUSTADOS	3
						NUMERO DE DOCUMENTO QUE REQUIEREN AJUSTE	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0		3
						CUMPLIMIENTO	100%	#DIV/0!	100%	#DIV/0!	100%	#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	EN EL MES DE MAYO SE AJUSTA DOCUMENTO DE EVALUACION DE DESEMPEÑO								
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡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	10	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO DE CAPACITACIONES CONTINUAS Y PERMANENTES	61
						NUMERO DE CAPACITACIONES PROGRAMADAS E EL MES	7	20	11	15	10	0	0	0	0	0	0	0		63
						CUMPLIMIENTO	100%	95%	91%	100%	100%	#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	PARA EL MES DE MARZO SE REPROGRAMA LA CAPACITACION DEL	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE ACUERDO A CRONOGRAMA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE ACUERDO A CRONOGRAMA								
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#DIV/0!

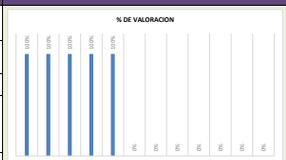
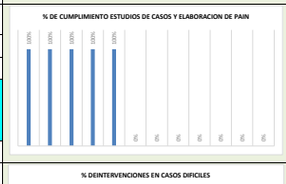
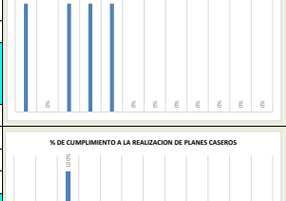
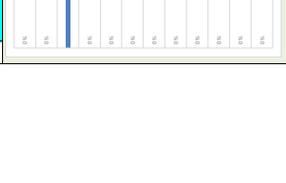
I.H.S. INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA	CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO SAN JOSE DE FACATATIVA	CODIGO:FT-GC-011
	MATRIZ DE INDICADORES 2018	VERSION:02
PROCESO	GESTION DE CALIDAD	FECHA: 27/01/2017

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	7	0	0	0	0	0	0	0		22
						NUMERO DE ACTIVIDADES PLANEADAS	4	3	5	3	7	0	0	0	0	0	0	0		22
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#¡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 [illegible]	SE EVIDENCIAN LOS REGISTROS DOCUMENTALES DE LA REVISIÓN, PUBLICACIÓN Y DIVULGACIÓN DE [illegible]							
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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	1	0	0	0	0	0	0	0		6
						NUMERO DE REUNIONES PROGRAMADAS EN EL MES	1	1	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0		6
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#¡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	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DEL 100% CON EL REGISTRO DEL ACTA SOPORTE DE LA REUNION DEL COPASST.							
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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	1	0	0	0	0	0	0	0		11
						NUMERO DE CAPACITACIONES PROGRAMADAS	1	5	2	3	1	0	0	0	0	0	0	0		12
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	1%	100%	100%	#¡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	SE EVIDENCIA EL CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA CON LA CAPACITACION EN RIESGO							
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	SI REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!

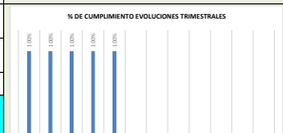
J.H.S. INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA	CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO SAN JOSE DE FACATATIVA	CODIGO:FT-GC-011
	MATRIZ DE INDICADORES 2018	VERSION:02
PROCESO	GESTION DE CALIDAD	FECHA: 27/01/2017

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 INSTITUCIONALIDAS EN EL CBA SAN JOSE DE FACATATIVA	NUMERO DE PERSONAS MAYORES VALORADAS EN EL MES	79	79	79	80	79	0	0	0	0	0	0	0		396
						NUMERO DE INTERVENCIONES SOLICITADAS EN EL MES	79	79	79	80	79	0	0	0	0	0	0	0		396
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#¡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	SE VALORA AL 100% DE LA POBLACION									
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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 PROGRAMADAS CO LOS USUARIOS	NUMERO DE INTERVENCIONES PSICOTERAPEUTICAS REALIZADAS EN EL PERIODO	12	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0		17
						ONUMERO DE INTERVENCION PSICOTERAPEUTICAS REQUERIDAS EN EL PERIODO	12	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0		17
						CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	#¡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	SE REALIZO INTERVENCION TERAPEUTICA									
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡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 CAPCITACIONES REALIZADAS EN EL PERIODO	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		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	PARA EL MES MAYO NO SE HA PROGRAMADO CAPACITADON									
						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	1	0	0	0	0	0	0	0		47
						NUMERO DE ESTUDIOS DECASOS Y PAIN PROGRAMADOS EN EL MES	12	11	12	11	1	0	0	0	0	0	0	0		47
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#¡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	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA ELABORACION DE PAIN DE ACUERDO A PROGRAMADO									
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
		% DEINTERVENCIONES EN CASOS DIFICILES	100%	A NECESIDAD	VALORAOION 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		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 REQUIERO DE INTERVENCIONES PSIQUIATRICAS	SE EVIDENCIA INTERVENCION A UNA (1) PERSONA MAYOR	PARRA EL MES DE ABRIL NO SE REQUIEREON INTERVENCIONES PSIAQUIATRICAS	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 HISTIRAS EN EL MES	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0		4
						NUMERO DE EGRES PRESENTADOS EN EL MES	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0		4
						CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	100%	100%	100%	#¡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	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	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
		% DE CUMPLIMIENTO A LA REALIZACION DE PLANES CASEROS	100%	A NECESIDAD	PLASMAR RECOMENDACIONES A LOS USUARIOS QUE SALEN A MEDIO FAMILIAR	NUMERO DE PLANES CASEROS REALIZADOS E EL MES	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0		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!
						SEGUIMIENTO	EN EL MES DE ENERO NO SE PRESENTAROS 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	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 D 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 EL PERIODO	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0		3
						NUMERO DE PERSONAS MAYORES QUE INGRESAN EN EL PERIODO	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0		3
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	100%	#¡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	Ingreso de la aduita mayor Rosario Diaz									
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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	3	0	0	0	0	0	0	0		16
						TOTAL DE USUARIOS PROGRAMADOS	1	1	0	11	3	0	0	0	0	0	0	0		16
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	100%	100%	#¡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 SEGUN LO ESTABLECIDO EN EL CRONOGRAMA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA REALIZACION DE LAS VALORACIONES SEGUN LO ESTABLECIDO POR CRONOGRAMA	PARA EL MES DE MARZO NO ESTABA PROGRAMADA VALORACIONES ANUALES	SE DIO CUMPLIMIENTODOE ACUERDO A CRONOGRAMA ESTABLECIDO	SE DIO CUMPLIMIENTODOE ACUERDO A CRONOGRAMA ESTABLECIDO								
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
		% DE CUMPLIMIENTO EVOLUCIONES TRIMESTRALES	100%	TRIMESTRAL	ESTABLECEER CRONOGRAMA DE EVOLUCION TRIMESTRAL	NUMERO DE EVOLUCIONES REALIZADAS EN EL TRIMESTRE	13	22	45	23	22	0	0	0	0	0	0	0		125
						NUMERO DE EVOLUCIONES PROGRAMADAS PARA EL PERIODO	13	22	45	23	22	0	0	0	0	0	0	0		125
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#¡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 SEGUN LO ESTABLECIDO EN EL CRONOGRAMA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA REALIZACION DE LAS VALORACIONES SEGUN LO ESTABLECIDO EN EL CRONOGRAMA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA REALIZACION DE LAS VALORACIONES SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL CRONOGRAMA	SE DIO CUMPLIMIENTODOE ACUERDO A CRONOGRAMA ESTABLECIDO	SE DIO CUMPLIMIENTODOE ACUERDO A CRONOGRAMA ESTABLECIDO								
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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 CASO Y PIAN REALIZADOS EN EL PERIODO	12	11	12	11	6	0	0	0	0	0	0	0		52
						NUMERO DE ESTUDIOS DE CASO Y PAIN PROGRAMADO EN EL PERIODO	12	11	12	11	6	0	0	0	0	0	0	0		52
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#¡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 REALIARON 10 PAIN Y 2 ESTUDIOS DE CASO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO 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	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENO A LO ESTABLECIDO EN EL CRONOGRAM : SE REALIZO 11 PAIN								
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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 PERIO	0	0	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0		4
						NUMERO DE PLANES CASEROS REQUERIDOS EN EL PERIODO	0	0	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0		4
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	100%	#¡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	EN EL MES DE MAYO SE REALIZO SALIDAS TEMPORAL A MIROLINDO A ALEANDRO BERNAL								
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡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	1	0	0	0	0	0	0	0		4
						NUMERO DE EGRESOS POR DIFERENTES CAUSAS EN EL PERIODO	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0		4
						CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	100%	100%	100%	#¡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 (Sildana Velásquez)	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 Ana Cifuentes (29 de Abrilo/18)	Para el mes de Mayo se realizo cierre de historia clinica de la aduita mayor Oliva Castro								
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
		% DE CUMPLIMIENTO EN LA EJECUCION DE ACTIVIDADES DE ESTIMULACION SENSORIAL CON ADULTOS DEPENDIENTES	100%	SEMANALMENTE	SELECCONAR LA POBLACION DE USUARIOS A PERTICIPAR EN ESTA ACTIVIDAD DAR CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA ESTBALECIDO MEDIANTE INTERVENCION GRUPAL	NUMERO DE ACTIVIDADES EJECUTADAS DE ESTIMULACION SENSORIAL EN EL MES	6	6	7	9	7	0	0	0	0	0	0	0		35
						NUMERO DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN EL MES	6	6	7	9	7	0	0	0	0	0	0	0		35
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#¡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	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS DE ACUERDO A CRONOGRAMA								
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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 EJECUTADAS EN PROCESOS MENTALES Y PSICOMOTRICIDAD EN EL MES	6	6	7	7	7	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO EN LA EJECUCION DE ACTIVIDADES DE PROCESOS MENTALES	33
						NUMERO TOTAL DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN EL MES	6	6	7	7	7	0	0	0	0	0	0	0		33
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#¡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	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	NO REQUIERE	#¡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	16	0	0	0	0	0	0	0	%CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES FISICAS Y DE INTERACCION SOCIAL	87
						TOTAL DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN EL MES	14	20	17	20	16	0	0	0	0	0	0	0		87
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES PROGRAMADOS 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 acondc. Fisico y 3 act de interacción social)	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS DE ACUERDO A CRONOGRAMA (16 act de acondc. Fisico y 4 act de interacción social)	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS DE ACUERDO A CRONOGRAMA (12 act de acondc. Fisico y 4 act de interacción social)								
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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	1	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO DE TALLERES PARA PERSONAS MAYORES EN PROGRAMA DE PREVENCION y REFORZAMIENTO DE NORMAS DE CONVIVENCIA	3
						TOTAL DE TALLERES PROGRAMADOS EN EL PERIODO	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0		3
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	100%	#¡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 PROGRAMADAS ACTIVIDADES	PARA EL MES DE MARZO NO SE ENCUENTRAN PROGRAMADAS ACTIVIDADES	CUMPLIMIENTO DE TALLERES DE ACUERDO AL CRONOGRAMA DEL AREA (Normas de Convivencia - Autoestima y Autoconcepto)	PARA EL MES DE MAYO SE REALIZO TALLER DE PROMOCION Y PREVENCION DEL BUEN TRATO Y SALUD SEXUAL							
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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	1	0	0	0	0	0	0	0	%CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE REMINISCENCIAS BIOGRAFIA Y SENTIDO DE VIDA	4
						TOTAL DE ACTIVIDADES DE REMINISCENCIA PROGRAMADAS EN EL PERIODO	0	0	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0		4
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	100%	100%	#¡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	CELEBRACION DIA DE LA MADRE CON POLICIA DE CARABINEROS Y GRUPO DE JOVENES DEL GRUPO DE DANZAS - ENCUENTRO INTERGENERACIONAL							
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
		% DE CUMPLIMIENTO EN LA PROGRMACION DE JORNADAE 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	% DE CUMPLIMIENTO EN LA PROGRMACION DE JORNADAE MANTENIMIENTO DE LOCKERS	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 ENRO 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	PARA EL MES DE MAYO NO SE ENCONTRABA PROGRAMADO							
						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	% DE CUMPLIMIENTO EN LA PARTICIPACION DE REUNIONES DE FAMILIA	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	POR CRONOGRAMA NO ESTA PROGRAMADO EN ESTE MES							
						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	% DE CUMPLIMIENTO A CAPACITACIONES	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	EN EL MES DE MAYO 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	1	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO EN ENTREGA OPORTUNA DE INFORMES	9
						NUMERO DE INFORMES SOLICITADOS EN EL PERIODO	3	3	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0		9
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#¡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	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA								
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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	2	0	0	0	0	0	0	0	% CUMPLIMIENTO EN LA PARTICIACION DE REUNIONES Y COMITES	16
						NUMERO DE REUNIONES PROGRAMADASE N EL PERIODO	4	4	4	2	2	0	0	0	0	0	0	0		16
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#¡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 COMITE	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO A LA ASISTENCIAA REUNIONES Y COMITE	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO A LA ASISTENCIA A REUNIONES Y COMITES	CUMPLIMIENTO DE ACUERDO A CRONOGRAMA	CUMPLIMIENTO DE ACUERDO A CRONOGRAMA								
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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%	INTRIJUAMENTE	PLANIFICACION DE LAS ACTIVIDAES	NUMERO DE CELEBRACIONES YSACTIVIDADES ASISTIDAS EN EL MES	0	2	4	1	3	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO EN REUNIONES DE CARÁCTER CULTURAL , RELIGIOSO O EN FECHAS ESPECIALES	10
						NUMERO DE CELEBRACIONES Y ACTIVIDADES PREGRAMADAS	0	2	4	1	3	0	0	0	0	0	0	0		10
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	100%	100%	100%	#¡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 Día de San José, Dua del Hombre, Día de la Mujer y Retiro Espiritual)	PARA EL MES DE ABRIL SE EVIDENCIO CUMPLIMIENTO (Hora Santa)	Se evidencia cumplimiento de las actividades programadas (Hora Santa,celebracion virgen de fatima,celebracion cumpleaños,)								
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
		% DE CUMPLIMIENTO DE INTERVINCION 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	4	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO DE INTERVENCION DE USUARIOS CON ALTERACIONES COMPORTAMENTALES	20
						NUMERO DE USUARIOS QUE LO REQUIERAN A NECESIDAD	4	5	4	3	4	0	0	0	0	0	0	0		20
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#¡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	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS								
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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 FAZMILIAR REALIZADA	2	1	1	3	1	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO DE INTERVENCION EN APOYO PSICOTERAPEUTICO CON FAMILIAS	8
						NUMERO DE INTERVENCIONES PSICOTERAPEUTICAS PROGRAMADAS	2	1	1	3	1	0	0	0	0	0	0	0		8
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#¡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)	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS (Familia de:Oliva Castro)								
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!

I.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

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	GARANTIZAR LOS ADECUADOS PROCESO DE INGRESO , PERMANENCIA Y EGRESO DE LAS PERSONA MAYORES INSTITUCIONALIZADA S EN EL CBA FACATATIVA RESTITUYENDOLES SUS DERECHOS FUNDAMENTALES	% DE CUMPLIMIENTO DE VALORACIONES REALIZADAS	100%	A NECESIDAD	APLICAR LAS RECOMENDACIONES DE LA RESOLUCION 022 DE 2011 APLICAR EL ACTA DE INGRESO	NUMERO DE USUARIOS VALORADOS EN EL PERIODO	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO DE VALORACIONES REALIZADAS	3
						TOTAL DE USUARIOS INGRESADOS EN EL PERIODO	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0		3
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	100%	#¡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 VALORADORS EN EL TIEMPO ESTIPULADO.	EN EL MES DE MAYO SE PRESENTO UN INGRESO LOS CUALES FUERON VALORADOS EN EL TIEMPO ESTIPULADO								
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA		% DE CUMPLIMIENTO EN SEGUIMIENTO TRIMESTRAL	100%	TRIMESTRAL	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	20	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO EN SEGUIMIENTO TRIMESTRAL	139
						NUMERO DE SEGUIMIENTOS PROGRAMADOS	40	39	0	40	20	0	0	0	0	0	0	0		139
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA SEGUN CRONOGRAMA	SE EVIDENCIA SEGUIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA SEGUN CRONOGRAMA	DE ACUERDO A CRONOGRAMA NO SE REALIZO SEGUIMIENTO EN ESTE MES	DE ACUERDO AL CRONOGRAMA SE REALIZO EL 100% DE LOS SEGUIMIENTOS	DE ACUERDO AL CRONOGRAMA SE REALIZO EL 100% DE LOS SEGUIMIENTOS								
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA		% DE CUMPLIMIENTO A ELABORACION DE ESTUDIOS DE CASO	100%	A NECESIDA	CONVOCATORIA ANALISIS SISTEMATIZACION Y PARTICIPACION EN LOS ESTUDIOS DE CASO	NUMERO DE ESTUDIOS DE CASOS 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 REFERIDOS 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	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!
EFICACIA		% DE CUMPLIMIENTO A LA REALIZACION DE PAIN	100%	MENSUAL	CONCOCAR AL EQUIPO PROFESIONAL ESTABLECER CRONOGRAMA ELABORACION DEL PAIN EN SUS FASES DE COMOCIENDO, PLANEANDO Y MONITOREANDO	NUMERO DE PAIN REALIZADOS EN EL MES	10	9	12	11	6	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO A LA REALIZACION DE PAIN	48
						NUMERO DE PAIN PROGRAMADOS EN EL MES	10	9	12	11	6	0	0	0	0	0	0	0		48
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN AC 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	SE EVIDENCIA EL CUMPLIENTO DE LOS PAIN PROGRAMADOS								
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA	GARANTIZAR LA VINCULACION OPORTUNA AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD PARA LA ATENCION REQUERIDA EN PREVENCION	% DE CUMPLIMIENTO EN VINCULACION AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD A LAS PERSONAS MAYORES QUE INGRESAN	100	A NECESIDAD	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	79	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	394
						TOTAL DE PERSONAS MAYORES QUE INGRESAN EN EL PERIODO	79	78	78	80	79	0	0	0	0	0	0	0		394
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#¡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	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE ESTE INDICADOR	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE ESTE INDICADOR	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE ESTE INDICADOR								
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA		INTERVENCIONES REALIZADAS A LAS PERSONAS MAYORES POR PRESENCIAS DE PATRONES COMPORTAMENTALES INADECUADOS FRENTE AL INCUMPLIMIENTO EN EL MANUAL DE CONVIVENCIA	100%	ANTECEDIAD	REALIZAR INTERVENCION A LA PERSONA MAYOR JUNTO CON SU FAMILIA CUANDO AMERITE	NUMERO DE INTERVENCIONES REALIZADAS EN EL PERIODO	2	0	0	5	10	0	0	0	0	0	0	0	INTERVENCIONES REALIZADAS A LAS PERSONAS MAYORES POR PRESENCIAS DE PATRONES COMPORTAMENTALES INADECUADOS FRENTE AL INCUMPLIMIENTO EN EL MANUAL DE CONVIVENCIA	17
						NUMERO DE INTERVENCIONES REQUERIDAS EN EL PERIODO	2	0	0	5	10	0	0	0	0	0	0	0		17
						CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	100%	#¡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.	EN ESTE MES SE REALIZARON 10 INTERVENCION INDIVIDUALES Y/O FAMILIARES QUE QUEDARON REGISTRADAS EN LA HISTORIA CLINICA.								
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA		% DE CUMPLIMIENTO EN LAS ACTIVIDADES A REALIZAR EN LA ORGANIZACIÓN Y ENVIO DE LAS HISTORIAS CLINICAS DE EGRESO	100%	A NECESIDAD	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 E EL PERIODO	1	0	1	1	1	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	4
						NUMERO DE HISTORIAS CLINICAS ENVIADS A BENEFICENCIA EN EL PERIODO	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0		4
						CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA, 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 ACTIVIDAD DE CIERRE	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA, 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	SE TRASLADO UN USUARIO DE INSTITUCION								
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA		% DE CUMPLIMIENTO EN LA INCLUCION DE FAMILIAS	100%	A NECESIDAD	SEGUIMIENTO DE LA ASSISTENCIA DE LOS EVENTOS , REUNIONES DE FAMILIA MOTIVACION A LAS FAMILIA SEGUIMIENTO TELEFONICAMENTE	NUMERO DE FAMILIAS QUE SE LOGRARON INCLUIR EN EL PROCESOS DE CORRESPONSABILIDAD EN EL PERIODO	30	30	0	36	36	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO EN LA INCLUCION DE FAMILIAS	132
						TOTAL DE FAMILIAS ACTIVAS EXISTENTES	30	30	0	36	36	0	0	0	0	0	0	0		132
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	100%	100%	#¡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 PERSONAS 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 PERSONAS 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.	EN EL MES DE MAYO SE REALIZA SEGUIMIENTO A LAS FAMILIAS ACTIVAS								
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA		% DE CUMPLIMIENTO AL NUMERO DE INTERVENCIONES	100%	CESDAD	VISITAS DOMICILIARIAS GENOGRAMA VALORACION ATRAVES DE SUS	NUMERO DE INTERVENCIONES FAMILIARES REALIZADAS EN EL PERIODO	0	30	0	10	10	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO AL NUMERO DE INTERVENCIONES FAMILIARES REALIZADAS	50
						NUMERO DE VISITAS FAMILIARES PROGRAMADAS	0	30	0	10	10	0	0	0	0	0	0	0		50
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE																			
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
		FAMILIARES REALIZADAS		A NE	SISTEMATIZACION ATENCION DE LOS INSTRUMENTOS DE APLICACIÓN	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	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	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
		% DE CUMPLIMIENTO DE PLANES CASEROS	100%	A NECESIDAD	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	31	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO DE PLANES CASEROS	145
						NUMERO DE SALIDAS Y/O PLANES CASEROS PROPUESTAS	15	30	38	31	31	0	0	0	0	0	0	0		145
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#¡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	EN EL MES MAYO 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	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
		% DE CUMPLIMIENTO EN LA ACTUALIZACION DE PAGARES Y COMPROMISOS DE CORESPONSABILIDAD	100%	BIMESUAL	ACTUALIZACION DE PAGARES Y COMPROMISOS DE CORRESPONSABILIDAD ADQUIRIDOS CON LA BENEFICENCIA	NUMERO DE FAMILIAS CON COMPROMISOS ACTUALIZADOS EN EL PERIODO	0	30	0	10	1	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO EN LA ACTUALIZACION DE PAGARES Y COMPROMISOS DE CORESPONSABILIDAD	41
						NUMERO DE FAMILIAS ACTIVAS	0	30	0	10	1	0	0	0	0	0	0	0		41
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	100%	100%	#¡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	LA USUARIA QUE INGRESO NUEVA FIRMA COMPROMISOS							
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
		% DE CUMPLIMIENTO A JORNADA DE 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 DE LOCKERS 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	EN EL MES DE MAYOR NO HAY EL CRONOGRAMA DE JORNADA DE LOCKER							
						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!
	CICLO DE LAS FAMILIAS DE LOS BENFICIARIOS PARA QUE IDENTIFIQUEN CONVOQUE Y MOVILICEN LAS REDES SOCIALES PRIMARIAS	% DE SEGUIMIENTO DE ORIENTACION A LAS FAMILIAS	100%	A NECESIDAD	ORIENTAR A LAS FAMILIAS PARA QUE MOVILICEN REDES SOCIALES: EN SALUD LEGAL EDUCACION Y VIVIENDA	NUMERO DE FAMILIAS ACTIVAS OBRENIDAS	0	0	4	3	3	0	0	0	0	0	0	0	% DE SEGUIMIENTO DE ORIENTACION A LAS FAMILIAS	10
						NUMERO DE FAMILIAS ACTIVAS PROGRAMADAS	0	0	4	3	3	0	0	0	0	0	0	0		10
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	100%	100%	#¡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)	EN ESTE MES SE ORIENTO A 3 FAMILIAS FRENTE A PROCESOS LEGALES (INTERDICCION)								
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
		% DE CUMPLIMIENTO PARA ELMANTENIMIENTO DE REDES SOCIALES	100%	A NECESIDAD	CONSECUCION DE UN REFERENTE AFECTIVO	NUMERO DE PERSONAS MAYORES APADRINADAS	22	22	22	10	30	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO PARA ELMANTENIMIENTO DE REDES SOCIALES	126
						SOBRE NOMBRE DE PERSONAS MAYORES SIN RED SOCIAL NI FAMILIAR	22	22	22	30	30	0	0	0	0	0	0	0		126
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#¡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 CONSECUCION DE PADRINOS AFECTIVOS EN UN 100%	EN EL MES DE MAYO AUMENTO EL NUMERO DE PERSONAS SIN RED FAMILIAR POR LO TANTO SE REALIZO LA CONSECUCION DE PADRINOS AFECTIVOS EN UN 100%							
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
		% DE CUMPLIMIENTO A ENTREGA DE INFORMES	100%	A NECESIDAD	ESTABLECER METODOLOGIA ESTABLECER TIEMPOS DE ENTREGARELACION Y ENVIO DEL INFORME A LA BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA	NUMERO DE INFORMES REALIZADOS EN EL PERIODO	10	9	12	18	15	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO A ENTREGA DE INFORMES	64
						NUMERO DE INFORMES REQUERIDOS EN EL PERIODO	10	9	12	18	15	0	0	0	0	0	0	0		64
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#¡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	EN EL MES DE MAYO SE REALIZARON 15 INFORMES A DIFERENTES ENTIDADES							
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
		% DE CUMPLIMIENTOEN LA PARTICIPACION DE REUNIONES	100%	MENSUAL	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 E EL PERIODO	9	15	18	6	6	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTOEN LA PARTICIPACION DE REUNIONES	54
						NUMERO DE REUNIONES PROGRAMADAS	9	15	18	6	6	0	0	0	0	0	0	0		54
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#¡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	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA								
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
		% DE CUMPLIMIENTO EN LA REALIZACION DE CAPACITACIONES	100%	A NECESIDAD	ESTABLECER CRONOGRAMA METODOLOGIA PUBLICACION	NUMERO DE CAPACITACIONES REALIZADAS EN EL MES	1	1	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO EN LA REALIZACION DE CAPACITACIONES	6
						NUMERO DE CAPACITACIONES PROGRAMADAS EN EL MES	1	1	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0		6
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO AL 100% EN LA REALIZACIÓN 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	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DEL 100% DE LAS CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR EL AREA							
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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	45	46	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	TITULO DEL INDICADOR Y/O DE LA GRAFICA	91
						DENOMINADOR	78	48	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		126
						CUMPLIMIENTO	58%	96%	#¡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	SI 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	2	46	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	TITULO DEL INDICADOR Y/O DE LA GRAFICA	48
						DENOMINADOR	8	48	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		56
						CUMPLIMIENTO	25%	96%	#¡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	SI 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	10	46	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	TITULO DEL INDICADOR Y/O DE LA GRAFICA	56
						DENOMINADOR	48	48	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		96
						CUMPLIMIENTO	21%	96%	#¡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	SI 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	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	TITULO DEL INDICADOR Y/O DE LA GRAFICA	6
						DENOMINADOR	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		9
						CUMPLIMIENTO	67%	#¡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	SI 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!

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

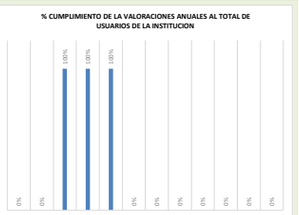
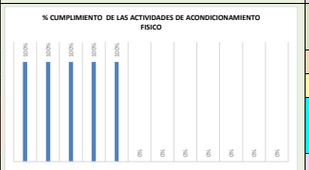
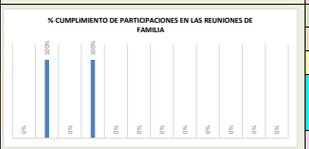
TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	agosto	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	GRAFICO DEL INDICADOR	ESTUDIO ACUMULADO
eficacia	Ejecutar actividades programadas por el area de Terapia ocupacinal mediante la intervención grupal con las Personas 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	47	0	0	0	0	0	0	0	% de cumplimiento actividades realizadas	222
						No de actividades programadas en el periodo	33	45	40	57	47	0	0	0	0	0	0	0		222
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	%	100%	#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	Se da cumplimiento de las actividades programadas									
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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 ususarios 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 estímulos a los organos de los sentidos	Numeros de Personas Mayores que participan en las actividades del periodo	31	34	25	26	25	0	0	0	0	0	0	0	% de cumplimiento de los ususarios que asisten a las actividades	141
						Numeros de Personas mayores programadas en el periodo	31	34	25	26	25	0	0	0	0	0	0	0		141
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#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	Se evidencia cumplimiento en la participación de Personas Mayores programadas									
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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	48	0	0	0	0	0	0	0	% de cumplimiento de las Personas Mayores que asisten a las actividades programadas	242
						Numero de Personas Mayores programadas en el periodo	45	49	50	50	48	0	0	0	0	0	0	0		242
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#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	Se evidencia cumplimiento en la participación de Personas Mayores programadas									
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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	22	0	0	0	0	0	0	0	% de cumplimiento de los usuarios que asisten a los Talleres productivos	153
						Numero de Personas Mayores programados por talleren el mes	23	32	31	45	22	0	0	0	0	0	0	0		153
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#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	Se evidencia cumplimiento en la participación de Personas Mayores en los talleres productivos programados									
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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	54	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	312
						Numero de Personas Mayores que participan de las actividades en el periodo	66	62	51	79	54	0	0	0	0	0	0	0		312
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#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	Se evidencia cumplimiento en las actividades de: cine foro, caminatas rereativas, juegos ludicos recreativos, salidas extramurales									
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#DIV/0!
Eficacia	Realizar valoraciónes 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 según ingreso en el periodo	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	% de cumplimiento de valoraciones de ingreso	3
						Numero de Personas Mayores ingresadas en el periodo	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0		3
						CUMPLIMIENTO	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	100%	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMIENTO	No se presentaron ingresos en el periodo	No se presentaron ingresos en el periodo	No se presentaron ingresos en el periodo	Se realiza valoracion de Dolores Maicero y Luis Triviño	En el mes de mayo se realizo un ingreso de Rosario Diaz									
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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	Numero de evoluciones realizadas en el periodo establecido	0	79	0	29	21	0	0	0	0	0	0	0	% de cumplimiento de evoluciones trimestrales	129
						Total de evoluciones programadas según cronograma	0	79	0	29	21	0	0	0	0	0	0	0		129
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	Según cronograma establecido no hay evoluciones programadas	Se evidencia cumplimiento de acuerdo a cronograma	Según cronograma establecido no hay evoluciones programadas	Se realizan evoluciones según cronorama establecido por el Comité de historias clinicas como plan de mejora.	Según cronograma establecido se evidencia cumplimiento									
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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	4	0	0	0	0	0	0	0	% de cumplimiento de valoraciones anuales	10
						Numero de personas Mayores valoradas de acuerdo a cronograma	0	0	0	6	4	0	0	0	0	0	0	0		10
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	100%	#¡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 según cronorama establecido por el Comité de historias clinicas como plan de mejora.	Según cronograma establecido se evidencia cumplimiento									
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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 estudis de casos propuestos por el equipo	Numero de estudis de casos y PAINN elaborados	12	11	12	11	6	0	0	0	0	0	0	0	% de cumplimiento estudios de casos y PAINN	52
						Numero de estudis de casos y PAINN programados	12	11	12	11	6	0	0	0	0	0	0	0		52
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#¡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 PAIIN	Se evidencia cumplimiento en la elaboración de estudios de casos y PAIIN	Se evidencia cumplimiento en la elaboración de estudios de casos y PAIIN	Se evidencia cumplimiento en la elaboración de estudios de casos y PAIIN	Se evidencia cumplimiento en la elaboración de estudios de casos y PAIIN									
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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	1	0	0	0	0	0	0	0	% de cumpliento de los Planes caseros	5
						Numero de Planes caseros programados	0	0	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0		5
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	100%	#¡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 (Boca	En el mes de Abril no se realizan planes Caseros	En el mes de Mayo se realizan 1 plan Casero de Alejandro Bernal									
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
Eficacia	Diligenciar el cierre de Historias Clínicas	% de cumplimiento de cierre de historias clinicas	100%	A necesidad	Realizar la correspondiente nota en la histroia clínica	Numero de de cierrres de Historias en el mes	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	% de cumplimiento de cierre de historias clinicas	4
						Numero de egresos presentadas en el mes	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0		4
						CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	100%	100%	100%	#¡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 fallecimeinto	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)	Se realiza cierre de la usuaria Oliva Castro por traslado									
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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	1	0	0	0	0	0	0	0	% de cumplimiento informes elaborados	7
						Numero de informes solicitados en el periodo	2	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0		7
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	Se evidencia cumplimiento en las metas establesidas	Se evienca cumplimiento en las metas establesidas	Se evienca cumplimiento en las metas establesidas	Se evienca cumplimiento en las metas establesidas	Se evienca cumplimiento en las metas establesidas									
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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 según 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	3	0	0	0	0	0	0	0	% de cumplimiento en las reuniones de carácter cultural , religiosas y/o fechas especiales	11
						Numero de reuniones o actividades programadas	1	2	4	1	3	0	0	0	0	0	0	0		11
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#¡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.	En el mes se realiza 1 acto mariano, 1 adoracion eucaristica, 1 celebracion de fechas especiales									
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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 etstablecida	De acuerdo a cronograma no se encuentran programadas jornadas de mantenimiento	se evidencia cumplimiento de la meta etstablecida	De acuerdo a cronograma no se encuentran programadas jornadas de mantenimiento									
						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 y comites asistidas	4	4	4	5	5	0	0	0	0	0	0	0	% de cumplimiento en las participación de reuniones	22
						Numero de reuniones y comites programados	4	4	4	5	5	0	0	0	0	0	0	0		22
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#¡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.	Se evidencia cumplimiento al cronograma establecido.									
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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	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 traves 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 programdas 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 capacitacion del manual de Terapia ocupacional	En el mes de abril no hay programadas de acuerdo al cronograma establecido.	De acuerdo a cronograma no se encuentran programadas capacitaciones durante el mes de Mayo							
						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	Participar en las reuniones programadas de familias	% de cumplimiento en la asistencia a reuniones de familias programadas	100%	Bimensual	Asistir a reuniones de familias y ejecutar actividad de acuerdo a cronograma institucional	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!
						SEGUIMIENTO	De acuerdo a cronograma no se encontraba programadas en el mes de enero	Se evidencia cumplimiento de acuerdo a cronograma del mes de Febrero	De acuerdo a cronograma no se encontraba programadas en el mes de enero	No se requiere de la participacion del area.	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!

I.M.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
	REUZAR 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	1	0	0	0	0	0	0	0		3
						NUMERO TOTAL DE USUARIOS INGRESADOS X 100	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0		3
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	100%	#¡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	SE REALIZA VALORACION DE INGRESO AL HOGAR									
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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	11	0	0	0	0	0	0	0		23
						TOTAL DE USUARIOS PROGRAMADOS	0	0	4	8	11	0	0	0	0	0	0	0		23
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	100%	100%	#¡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	SE REALIZAN VALORACIONES DE SEGUIMIENTO ANUAL									
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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 TRIMESTRES	2	72	16	30	14	0	0	0	0	0	0	0		134
						NUMERO DE EVOLUCIONES PROGRAMADAS EN EL TRIMESTRE	2	72	16	30	14	0	0	0	0	0	0	0		134
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#¡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	SE DA CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA									
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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	3	0	0	0	0	0	0	0		6
						NUMERO DE ORDENES MEDICAS RECIBIDAS	3	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0		6
						CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	#¡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 ORDENE S MEDICAS	SEGÚN RECOMENDACIONES DE MEDICINA ESPECIALIZADA SE REALIZAN INTERVENCIONES									
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡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 S.EJCUTADAS	3	4	3	4	4	0	0	0	0	0	0	0		18
						NUMERO DE ACTIVIDADES RECREATIVAS PROGRAMADAS	3	4	3	4	4	0	0	0	0	0	0	0		18
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#¡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	SE DA CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA									
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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	27	0	0	0	0	0	0	0		129
						TOTAL DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS	19	23	28	32	27	0	0	0	0	0	0	0		129
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#¡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	SE DA CUMPLIMIENTO A LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS PARA EL MES DE MAYO									
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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 SENSBILIZACION 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		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	SEGÚN CRONOGRAMA NO SE EVIDENCIA									
						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	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 SEGIMIENTO DE PAIN A LOS USUARIOS	% CUMPLIMIENTO DE LOS PAIN	100%	A NECESIDAD	DAR CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL.	NUMERO DE PAIN REALIZADOS	10	9	12	11	6	0	0	0	0	0	0	0		48
						TOTAL DE PAIN PROGRAMADOS	10	9	12	11	6	0	0	0	0	0	0	0	% CUMPLIMIENTO DE LOS PAIN	48
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#¡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 AL CRONOGRAMA	SE DA CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA PARA EL MES DE MARZO	SE DA CUMPLIMIENTO DURANTE EL MES DE ABRIL SEGÚN CRONOGRAMA	SE DA CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA									
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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	1	0	0	0	0	0	0	0	% CUMPLIMIENTO DE LOS PLANES CASEROS	4
						TOTAL DE USUARIOS QUE SALEN A MEDIO FAMILIAR EN EL MES	0	0	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0		4
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡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	SE DA CUMPLIMIETNO A PLANES CASEROS									
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡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 RE 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	1	0	0	0	0	0	0	0		4
						TOTAL DE USUARIOS EGRESADOS DURANTE EL MES	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	% CUMPLIMIENTO DE CIERRE DE HISTORIAS CLINICAS	4
						CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡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	SE REALIZA CIERRE DE HISTORIAS CLINICAS POR TRASLADO									
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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 INSTYFUCION	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	% CUMPLIMIENTO DE JORNADA DE LOCKERS	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	NO SE EVIDENCIO	SE DA CUMPLIMIENTO	PARA EL MES DE MARZO NO SE ENCUENTRA EN CRONOGRAMA	SE DA CUMPLIMIENTO A JORNADAS DE LOCKERS	NO SE ENCUENTRA EN 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!
	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	5	0	0	0	0	0	0	0		23
						TOTAL DE REUNIONES PROGRAMADAS EN EL MES	4	5	4	5	5	0	0	0	0	0	0	0	% CUMPLIMIENTO EN LA PARTICIPACION DE REUNIONES DE EQUIPO	23
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡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	PARTICIPACION EN LOS DIFERENTES COMITES									
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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	1	0	0	0	0	0	0	0		9
						NUMERO DE INFORMES SOLICITADOS	3	3	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	% CUMPLIMIENTO EN LA ENTREGA DE INFORMES PARA LA BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA	9
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SAEDA CUMPLIMIENTO A LA ENTREGA DE INFORME		SE DA CUMPLIMIENTO A LA SOLICITUD	SE CUMPLIMIENTO A SOLICITUD	SE DA CUMPLIMIENTO A LA SOLICITUD									
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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	3	0	0	0	0	0	0	0		11
						NUMERO DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS	1	2	4	1	3	0	0	0	0	0	0	0	% CUMPLIMIENTO DE REUNIONES DE CULTURA RELIGIOSA EN FECHAS ESPECIALES	11
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SE PARTICPA EN LAS ACTIVIDADES	SE DA CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA	PARTICIPACION DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS	SE DA CUMPLIMIENTO A SOLICITUD	PARTICIPACION EN LAS DIFERENTES ACTIVIDADES CULTURALES									
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
	REALIZAR DIVULGACION Y CAPACITACION 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	% CUMPLIMIENTO EN LA REALIZACION DE LAS CAPACITACIONES POR EL AREA	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	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	SEGÚN CRONIGRAMA NO CORRESPONDE									
						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	TITULO DEL INDICADOR Y/O DE LA GRAFICA	0
						DENEMINADOR	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
						DENEMINADOR	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
						DENEMINADOR	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 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 diagnsotica 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	1	0	0	0	0	0	0	0	%Cumplimiento de valoraciones diagnosticas a los usuarios ingresados a la intitucion	3
						NUMERO DE PERSONAS MAYORES QUE INGRESAN EN EL PERIODO	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0		3
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	100%	#¡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 Triviño	Ingreso de la adulta mayor Rosario Diaz									
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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	%Cumplimineto de Evoluciones Trimestrales	100%	TRIMESTRAL	Dividir el numero de evoluciones en le 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 Evalucionados	2	2	60	23	25	0	0	0	0	0	0	0	%Cumplimineto de Evoluciones Trimestrales	112
						Total de usuarios asignados por agenda en el mes	2	2	60	23	25	0	0	0	0	0	0	0		112
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#¡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	Se evidencia el cumplimiento de acuerdo al cronograma establecido									
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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	6	0	0	0	0	0	0	0	%Cumplimineto de elaboracion de PAIN	46
						No total programados x 100	10	9	12	9	6	0	0	0	0	0	0	0		46
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#¡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	Se evidencia cumplimiento en las actividades programadas									
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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	1	0	0	0	0	0	0	0	%Cumplimiento de los Planes Caseros	4
						Total de usurios que salen al medio familiar en el mes	0	0	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0		4
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	100%	#¡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	Para el mes de MAYO sale el aduto mayor Alejandro Bernal a plan casero									
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡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	1	0	0	0	0	0	0	0	%Cumplimiento de cierres de historias clinicas	4
						Total de usuarios que egresan de la institucion en le mes	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0		4
						CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	100%	100%	100%	#¡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 aduto Laurentino Camargo el dia 27-03-2018	Para el mes de Abril se realizo cierre de historia clinica de la persona mayor Maria Aixa Cifientes	Para el mes de Mayo se realizo cierre de historia clinica de la adulta mayor Oliva Castro									
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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 programacion 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 programacion 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	Para el mes de Marzo por cronograma no se encuentra programado									
						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 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	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 100	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 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%	de acuerdo al cronograma no se encuentra porogramado para este mes									
						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	4	0	0	0	0	0	0	0	%Cumplimiento en la asistencia a las capacitaciones continuas y permanentes programadas por cronograma	15
						Total de capacitaciones programadas en el mes	0	4	1	6	4	0	0	0	0	0	0	0		15
						CUMPLIMIENTO	#DIV/0!	100%	100%	100%	100%	#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	Se evidencia cumplimiento del 100% de las actividades									
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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	%Cumplimineto 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	1	0	0	0	0	0	0	0	%Cumplimineto en la entrega oportuna de los informes solicitados	6
						Total de Informes solicitados x 100	2	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0		6
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#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	Se evidencia cumplimiento del 100% de las actividades									
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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 cumplimineto	%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	6	0	0	0	0	0	0	0	%Cumplimiento en la participacion del Comité y reuniones de equipo	25
						Total comites y reuniones de equipo programadas x 100	4	5	5	5	6	0	0	0	0	0	0	0		25
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#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	Se evidencia cumplimiento del 100% de las actividades									
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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,segun 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	3	0	0	0	0	0	0	0	% de Cumplimiento en las reuniones de carácter cultural,religiosas y/o en fechas especiales	10
						% Total Celebraciones y/o actividades programadas x 100	0	2	4	1	3	0	0	0	0	0	0	0		10
						CUMPLIMIENTO	#DIV/0!	100%	100%	100%	100%	#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)	Se evidencia cumplimiento de las actividades programadas (Hora Santa,celebracion virgen de fatima,celebracion cumpleaños,)									
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA	Mantener actualizados los documentos del area de Enfermaria 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 Normatividad y/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	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 ejecutadas en el mes	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	Porcentaje de cumplimiento de losRegistros de Enfermeria	3
						Total de listas de chequeo programas por cronograma	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0		3
						CUMPLIMIENTO	#DIV/0!	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	100%	#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 videncia cumplimiento de las actividades programadas	por cronograma no se encuentra programado para este mes	por cronograma no se encuentra programado para este mes	se evidencia el cumplimiento de las actividades programadas									
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡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	0	%Cumplimiento de los Estudios de Caso programados a necesidad	4
						Total de Estudios de Casos Programadas	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 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	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	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	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	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!

J.H.S. INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA PROCESO	CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO SAN JOSE DE FACATATIVA MATRIZ DE INDICADORES 2018 GESTION DE CALIDAD	CODIGO:FT-GC-011 VERSION:02 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	1	0	0	0	0	0	0	0	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO ELOBRACION DE ACTAS DE INGRESO	4
						No. De capacitaciones programadas	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0		4
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	100%	#¡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		se cumplió con las capacitaciones									
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡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	1	0	0	0	0	0	0	0	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA VALORACION DE INGRESO	5
						items evaluados	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0		5
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#¡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	se cumplió con los items de cada lista de chequeo									
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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	1	0	0	0	0	0	0	0	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA VALORACION PERIORICA DE LOS USUARIOS	5
						No. Total de formatos diligenciados	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0		5
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#¡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 cumplió con el diligenciamiento de los formatos	se cumplió con el diligenciamiento de los formatos									
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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 EVOLUCON DE LOS USUAIROS 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 propgramadas	Para este mes no se programo capacitación.	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	1	0	0	0	0	0	0	0	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO SEGÚN NECESIDAD	5
						No. De residuos totales	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0		5
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#¡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 calsificacion de los residuos	se cumplió con la clasificación de los residuos	se cumplió con la clasificación de los residuos									
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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 interraciones, 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	1	0	0	0	0	0	0	0	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA ELABORACION DE PAIIN	5
						items evaluados	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0		5
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#¡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	se cumplió con cada uno de los items de cada lista de chequeo									
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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 tecnologias 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	1	0	0	0	0	0	0	0	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN EL CIERRE DE HISTORIAS CLINICAS	5
						No. De gramos vendidos	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0		5
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#¡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	Se cumplió con el material reciclado									
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA	Diñar informes precisos y puntuales según sean requeridos.	SEGUIMIENTO	100%	mensual	realizar los informes requeridos y solicitados.	No. De informes realizados	1	1	0	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 realización 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	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	0								PORCENTAJE DE CUMPLIENTO EN LA SUPERVISION DEL COMEDOR	0
						No. De analisis programados	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	Durante este mes no se programo el análisis	Durante este mes no se programo el análisis	Durante este mes no se programo el análisis	Durante este mes no se programo el análisis	Durante este mes no se programo el análisis									
						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	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 lavado de tanques	durante este mes se programó lavado de tanques.									
						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!

I.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

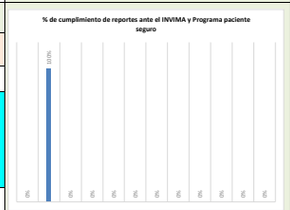
COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

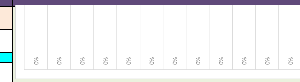
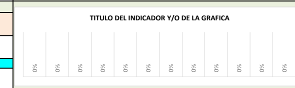
TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	agosto	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	GRAFICO DEL INDICADOR	ESTUDIO ACUMULADO
EFICACIA.	Asegurar la implementacion de procesos de atencion en salud seguros con la participacion activa de los empleados,personas 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 añ 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	Adherencia a la practica de Piel Sana	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	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	porcentaje de Ulceras por Presion en un periodo de tiempo	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	Durante el mes de Mayo 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	Adherencia la lavado de manos	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	Se cuenta con cronograma para la aplicación de la lista de chequeo									
						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	0								Porcentaje de Infecciones	1
						Total de usuarios institucionalizados	79	79	0	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	para este mes no se presento infecciones asociadas a la atencion en salud									
						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	Adherencia a la practica prevencion de fuga en paciente psiquiatrico	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	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	Reincidencia de evento Adversos	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 pklanes de mejora	Numero de eventos adversos gestionados	9	4	3	4	3	0	0	0	0	0	0	0	Gestion de Evento Adverso	23
						Total de eventos adversos reportados	9	4	3	4	3	0	0	0	0	0	0	0		23
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#¡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	se evidencia el cumplimiento del 100% de la meta establecida									
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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 mamillas y tableros.	No de usuarios con identificacion completa en el C.B.A	79	79	79	80	79	0	0	0	0	0	0	0	Porcentaje de usuarios con identificacion completa en el C.B.A SAN JOSE DE FACATATIVA	396
						Total de usuarios institucionalizados	79	79	79	80	79	0	0	0	0	0	0	0		396
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	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	se evidencia el cumplimiento del 100% de la meta establecida									
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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!
						SEGUIMIENTO	Durante el mes de Enero se presento un inciidente 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	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	2	0	0	0	0	0	0	0	0	Adherencia a los 10 correctos en la administracion de medicamentos	2
						No de listas de chequeo programadas	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	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	se encuentra programado por cronograma la medicion de adherencia									
						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 reportadas	6	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	0	Porcentaje de caidas	12
						Numero de usuarios institucionalizados en el periodo	79	79	79	80	3	0	0	0	0	0	0	0		320
						CUMPLIMIENTO	8%	0%	0%	4%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	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	se evidencia el cumplimiento de las actividades programadas									
						PLAN DE MEJORA	SI REQUIERE	SI REQUIERE	SI REQUIERE	SI REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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!
						SEGUIMIENTO	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	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 segurida 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	1	0	0	0	0	0	0	0	% comites de programa de segurida del paciente	5
						Numero de comites programados	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0		5
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	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	se evidencia el cumplimiento del 100% de la meta establecida									
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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!
		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

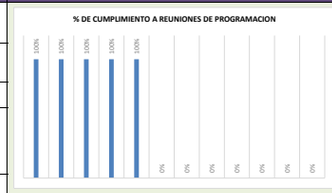
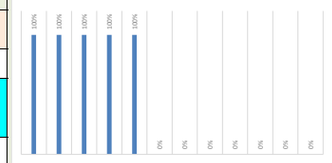
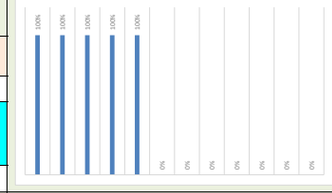
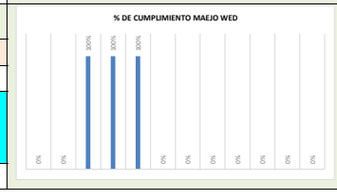
COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE REGENCIA DE FARMACIA

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 extencias de medicamentos	Numero de formulas gestionadas para la entrega oportuna de medicamentos e insumos en el mes	108	93	80	128	127	0	0	0	0	0	0	0		536
						Numero de formulas emitidas por la EPS en el mes	120	97	84	135	130	0	0	0	0	0	0	0		566
						CUMPLIMIENTO	90%	96%	95%	95%	98%	#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 existencias oportunas de medicamentos e insumos en el mes de Abril	Se logro el 98%de existencias oportunas de medicamentos e insumos en el mes de Mayo.								
						PLAN DE MEJORA	SI REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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 administracion de medicamentos	Numero de reportes realizados en el mes	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		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.	En el mes de Mayo 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	9	0	0	0	0	0	0	0		43
						Numero de medicamentos que ingresan en el mes	107	111	108	134	104	0	0	0	0	0	0	0		564
						CUMPLIMIENTO	7%	9%	9%	5%	9%	#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.	De un total de 104 medicamentos en inventario se identificaron 9 proximos a vencer y se les realizo la respectiva semaforizacion.								
						PLAN DE MEJORA	SI REQUIERE	SI REQUIERE	SI REQUIERE	SI REQUIERE	SI REQUIERE	#¡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	4	0	0	0	0	0	0	0		20
						Numero de medicamentos de la existencias actual	4	4	4	4	4	0	0	0	0	0	0	0		20
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#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.	Cumplimiento en la existencia de medicamentos de control especial durante el mes de Mayo.								
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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	4	0	0	0	0	0	0	0		20
						Numero de reuniones programadas	4	4	4	4	4	0	0	0	0	0	0	0		20
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#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.	Se evidencia asistencia de reuniones programadas.								
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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 segun el requerimiento	Numero de informes elaborados	2	3	4	3	4	0	0	0	0	0	0	0		16
						Numero de informes requeridos	2	3	4	3	4	0	0	0	0	0	0	0		16
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#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 fin nacional de estuperfacientes y a la Beneficencia de Cundinamarca	Se evidencia cumplimiento en la elaboración de informes de ley enviados al fondo nacional de estuperfacientes, invima y a la Beneficencia de Cundinamarca	Se evidencia cumplimiento en la elaboracion de informes de ley enviados al fondo nacional de estuperfacientes invima ,tecnovigilancia y la beneficencia.	Se evidencia cumplimiento en la elaboracion de informes de ley enviados al Fondo Nacional de estuperfacientes,Farmacovigilancia,invima y a la Beneficencia.	Se evidencia cumplimiento en la elaboracion de informes de ley enviados al Fondo Nacional de estuperfacientes,Farmacovigilancia,Invima ,Insumeq-al-Convida y a la Beneficencia.								
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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				NUMERADOR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0

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
		DE LA GRAFICA				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 IDEAS PARA LA INNOVACION RADIAL	NUMERO DE REUNIONES REALIZADAS EN EL MES	1	1	1	1	2									6
						NUMERO DE REUNIONES PROGRAMADAS EN EL MES	1	1	1	1	2									6
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#¡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	SE EVIDENCIA EL CUMPLIMIENTO DE LA META ESTABLECIDA									
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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	3									15
						NUMERO DE PROGRAMAS PROGRAMADOS EN EL MES	3	5	3	1	3									15
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
						SEGUIMIENTO	EN EL MES DE NERO 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 PROGRAMACIÓN	EN EL MES DE MAYO SE EVIDENCIA EL CUMPLIMIENTO DE LA PROGRAMACIÓN									
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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	5	0	0	0	0	0	0	0		37
						NUMERO DE PRODUCCIONES PROGRAMADAS EN EL MES	11	11	4	6	5	0	0	0	0	0	0	0		37
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#¡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	SE EVIDENCIA EL CUMPLIMIENTO DE LA META ESTABLECIDA									
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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	1									3
						NUMERO DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN EL MES	0	0	1	1	1									3
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	100%	100%	#¡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 INFORMACIÓN	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA									
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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.	ajosto	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	1	0	0	0	0	0	0	0	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO ELOBRACION DE ACTAS DE INGRESO	3
						NUMERO DE USUARIOS QUE INGRESAN EN EL CBA	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0		3
						CUMPLIMIENTO	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	100%	100%	#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	JOSE BACHILLER									
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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 VBENEFICIENCIA DE CUNDINAMCAR	NUMERADOR	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA VALORACION DE INGRESO	3
						NUMERO DE VALORACION DE INGRESO REALIZADA	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0		3
						NUMERO DE USUARIO QUE INGRESAN AL CB	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	100%	100%	#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	JOSE BACHILLER									
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#DIV/0!
EFIFICACIA	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 ANEXXEO TECNICO DE LA BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA CADA DOS AÑOS	NUMERO DE VALORACIONES PERIODICAS REALIZADAS	O	O	6	9	3	0	0	0	0	0	0	0	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA VALORACION PERIORICA DE LOS USUARIOS	18
						NUMERO DE VALORACION NUTRICIONALES PROGRAMADAS	O	O	6	9	3	0	0	0	0	0	0	0		18
						CUMPLIMIENTO	#VALOR!	#VALOR!	100%	100%	100%	#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 PROGRAMCION Y PERIODICIDAD DESCRITA NINGUN USUARIO 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	SE REALIZAN VALORACIONES DE ACUERDO CON CRONOGRAMA AJUSTADO SEGUN PLAN DE MEJORA EN COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS							
						PLAN DE MEJORA	#¡VALOR!	#¡VALOR!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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 EVOLUCION DE LOS USUAIROS QUE LA REQUIERAN	100%	MENSUAL	REALIZAR EVOLUCION A NECESIDAD DE LOS USUARIOS	NUMERO DE EVOLUCION REALIZADAS	3	1	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA EVOLUCON DE LOS USUAIROS QUE LA REQUIERAN	9
						NUMERO DE EVOLUCIONES REQUERIDAS	3	1	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0		9
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SE REALIZA EVOLUCION A NECESIDAD DE LOS USUAIROS LAURANTINO CAMNARGO, CILDANA VELASQUEZ Y AQUILINA TORRES	SE EVIDENCIA LA REALIZACION DE EVOLUCIONES A NECESIDAD	SE REALIZA EVOLUCION A NECESIDAD	EVOLUCION CRISANTO HERRERA PARA REMISIÓN A INTERCONSULTA	EVOLUCIÓN HUMBERTO WALTEROS Y AGUSTIN GARCÍA								
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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 CASOS	NO SE PROGRAMAN 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 PAIN DE LOS USUARIOS 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	6	0	0	0	0	0	0	0	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA ELABORACION DE PAIIN	48
						NUMERO DE PAIIN PROGRAMADOS	10	9	12	11	6	0	0	0	0	0	0	0		48
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA ELABORACION DE LOS PAIIN	SE EVIDENCIA CUMPLIENTO EN LA ELABORACION DE LOS PAIIN	SE EVIDENCIA CUMPLIENTO EN LA ELABORACION DE LOS PAIIN	SE EVIDENCIA CUMPLIENTO EN LA ELABORACION DE LOS PAIIN	SE EVIDENCIA CUMPLIENTO EN LA ELABORACION DE LOS PAIIN								
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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 USAUARIOS EGRESADOS	NUMERO DE CIERRE DE HISTERIAS	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN EL CIERRE DE HISTORIAS CLINICAS	4
						NUMERO DE EGRESOS	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0		4
						CUMPLIMIENTO	100%	#DIV/0!	100%	100%	100%	#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 ANA CIFUENTES POR FALLECIMIENTO	SE REALIZA CIERRE DE HISTORIA DE OLIVA CASTRO POR TRASLADO								
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#DIV/0!
EFICACIA	REALIZAR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL PERIODICO DE LOS USUAIROS	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	NUMERO DE SEGUIMIENTOS NUTRICIONALES RELAEDOS	4	55	5	23	17	0	0	0	0	0	0	0	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA EJECUCION DE SEGUIMIENTOS NUTRICIONALES	104
						NUMERO DE SEGUIMIENTOS NUTRICIONALES PROGRAMADOS	4	55	5	23	17	0	0	0	0	0	0	0		104
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		#DIV/0!
						SEGUIMIENTO	SE REALIZA SEGUIMIENTO NUTRICONAL DE LOS USUAIROS 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 NUTRICONAL DE LOS SUAIROS DE ACUERDO CON PERIODICIDAD DESCRITA EN EL ANDIO TECNICO	SE REALIZA SEGUIMIENTO NUTRICONAL DE LOS USUARIOS DE ACUERDO CON PROGRAMACIÓN Y DE ACUERDO CON PLAN DE MEJORA ESTABLECIDO EN HISTORIAS CLINICAS	SE REALIZA SEGUIMIENTO NUTRICONAL DE LOS USUARIOS DE ACUERDO CON PROGRAMACIÓN Y DE ACUERDO CON PLAN DE MEJORA ESTABLECIDO EN HISTORIAS CLÍNICAS								

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
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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 USARIOS EN EL SERVICIO DE ALIMENTOS	NUMERO DE SUPERVISIONES REALIZADAS EN LOS DIFERENTES TIEMPOS	18	15	16	16	17	0	0	0	0	0	0	0	PORCENTAJE DE CUMPLIENTO EN LA SUPERVISION DEL COMEDOR	82
						NUMERO DE SUPERVISIONES PROGRAMADAS EN EL COMEDOR EN LOS DIFERENTES TIEMPOS	18	15	16	16	17	0	0	0	0	0	0	0		82
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#¡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 TIEMPOS 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	SE REALIZA SUPERVISION EN LOS TIEMPOS 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	NO REQUIERE	#¡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	8	0	0	0	0	0	0	0	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA PRESCRIPCION DIETO TERAPEUTICA DE LOS USUARIOS	46
						NUMERO DE DIETAS PRESCRITAS	6	18	6	8	8	0	0	0	0	0	0	0		46
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#¡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	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	NO REQUIERE	#¡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	8	0	0	0	0	0	0	0	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA APLICACIÓN DE LISTAS DE CHEQUEO DEL MANUAL DE BPM	40
						NUMERO DE LISTAS DE CHEQUEO DE BPM PROGRAMADAS	8	8	8	8	8	0	0	0	0	0	0	0		40
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#¡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	SE REALIZA EL DEBIDO DILIGENCIAMIENTO DE LAS LISTAS DE CHEQUEO								
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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	8	0	0	0	0	0	0	0	PORCENTAJE DE LA APLICACIÓN DE LISTAS DE CHEQUEO DE PSB	40
						NUMERO DE LISTAS DE CHEQUEO DE PSB PROGRAMADAS	8	8	8	8	8	0	0	0	0	0	0	0		40
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#¡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	SE REALIZA EL DEBIDO DILIGENCIAMIENTO DE LAS LISTAS DE CHEQUEO								
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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	2	0	0	0	0	0	0	0	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO ASISTENCIA A CAPACITACIONES CONTINUAS Y PERMANENTES	16
						NUMERO DE CAPACITACIONES PROGRAMADAS	5	5	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0		16
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#¡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 COMITÉ DE PACIENTE SEGURO Y CAPACITACION HISTORIAS CLÍNICAS	SE REALIZA CAPACITACION VIRTUAL DE AMBIENTAL Y DE TRABAJO SOCIAL								
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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	2	0	0	0	0	0	0	0	PROCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA EJECUCION DE CAPACITACIONES	6
						NUMERO DE CAPACITACIONES PROGRAMADAS	1	1	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0		7
						CUMPLIMIENTO	100%	0%	100%	100%	100%	#¡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 COMAMOS BIEN USUARIOS, CAPACITACION BPM	MANEJO NUTRICIONAL DE DIABETES E HIPERTENSIÓN TALLER CON FAMILIAS	SE REALIZA CAPACITACIÓN A USUARIOS AERCA DE EXCESO DE PESO Y OBESIDAD Y A ENFERMERIA SOBRE LA GPC. SE RESOCIALIZA PSB CON ALIMENTOS Y SERVICIOS GENERALES							
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	SI REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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 REALIZADOS Y ENTREGADOS	4	4	1	3	3	0	0	0	0	0	0	0	PORCENTAJE DE CUMPLIENTO EN LA ENTREGA DE INFORMES	15
						NUMERO DE INFORMES SOLICITADOS	4	4	1	3	3	0	0	0	0	0	0	0		15
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#¡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	INFORME DE GESTION, CRONOGRAMA MENSUAL DE PEDIDO, COMPLETAR DOCUMENTACIÓN Y MATRIZ								
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!
EFICACIA	PARITICPAR ACTIVAMENTE EN LAS REUNIONES DE EQUIPO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LAS REUNIONES DE EQUIPO	100%	MENSUAL	PARTICIPAR 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 REUNION 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	LA REUNION DE EQUIPO SE REALIZA EL DIA 2 DE MAYO (MIERCOLES) DIA EN EL QUE LA PROFESIONAL NO ASISTE AL HOGAR								
						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	1	0	0	0	0	0	0	0	PORCENTAJE DE CUMPLIENTO EN LA PARTICIPACION ACTIVIDADES	7
						NUMERO DE CELEBRACIONES Y/O ACTIVIDADES PROGRAMADAS	2	2	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0		7
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	100%	#¡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 REALIZADAS	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	CUMPLEAÑOS, DIA DE LA MADRE, DIA DEL ENFERMERO, DIA DEL PADRE								
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡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	2	0	0	0	0	0	0	0	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA PARTICIPACION DE COMITES OBLIGATORIOS	5
						NUMERO DE ACTIVIDADES DE COMITE PROGRAMADAS	0	0	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0		5
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	100%	100%	#¡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 RESPECTIVA	SE REALIZA DESENCORDE DE HISTORIAS CLÍNICAS SEGÚN CRONOGRAMA	SE REALIZA DESENCORDE DE HISTORIAS CLÍNICAS SEGÚN CRONOGRAMA							
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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	1	0	0	0	0	0	0	0	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE PLAN CASERO	5
						NO DE PLANES CASEROS PROGRAMADOS	0	0	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0		5
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	100%	#¡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	SE REALIZA SEGÚN PROGRAMACIÓN									
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡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	47	0	0	0	0	0	0	0	PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES CON ESTADO NUTRICIONAL NORMAL	146
						NO. TOTAL DE PERSONAS MAYORES	0	0	78	79	79	0	0	0	0	0	0	0		236
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	63%	63%	59%	#¡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	DEL TOTAL DE USUARIOS 47 TIENEN UN ESTADO NUTRICIONAL NORMAL. ESTE USUARIO DEBE TENDER A AUMENTAR									
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	SI REQUIERE	SI REQUIERE	SI REQUIERE	#¡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	20	0	0	0	0	0	0	0	PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES CON ESTADO NUTRICIONAL DE BAJO PESO	57
						NO. TOTAL DE PERSONAS MAYORES	0	0	78	79	79	0	0	0	0	0	0	0		236
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	24%	23%	25%	#¡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	DEL TOTAL DE USUARIOS 20 TIENEN UN ESTADO NUTRICIONAL DE BAJO PESO. 19 SE ENCUENTRAN EN RIESGO NUTRICIONAL Y 1 CON DELGADEZ MODERADA									
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	SI REQUIERE	SI REQUIERE	SI REQUIERE	#¡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	12	0	0	0	0	0	0	0	PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES CON ESTADO NUTRICIONAL DE EXCESO DE PESO	33
						NO. TOTAL DE PERSONAS MAYORES	0	0	78	79	79	0	0	0	0	0	0	0		236
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	13%	14%	15%	#¡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	DEL TOTAL DE USUARIOS 12 TIENEN UN ESTADO NUTRICIONAL DE EXCESO DE PESO.86 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	SI REQUIERE	#¡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	Auxliliar 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
PROCESOS 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