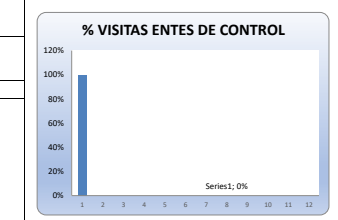
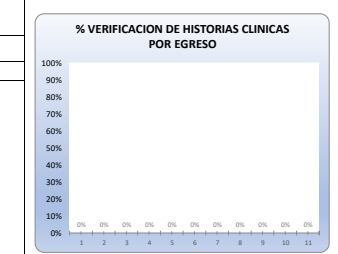
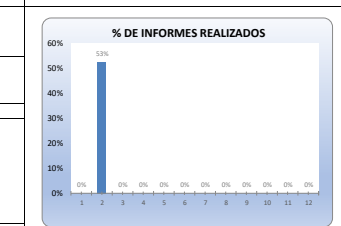
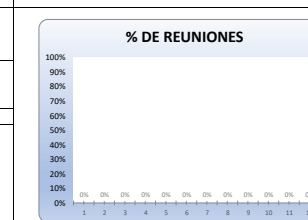
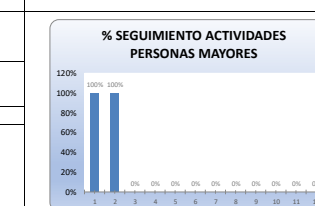
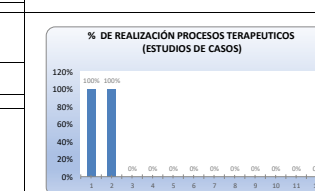
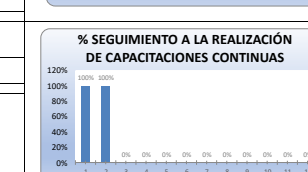
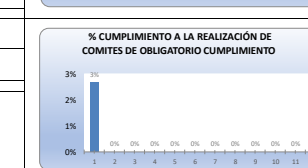
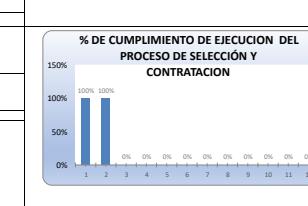
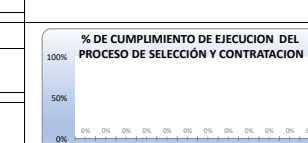
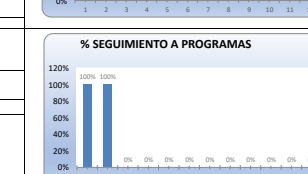
J.H.S. INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA	CENTRO BIENESTAR DEL ANCIANO BELMIRA	CODIGO FT-GC-011
	INFORME DE GESTION VIGENCIA 01 DE ENERO AL 31 DICIEMBRE DEL 2021	VERSION 001
	GESTION DE CALIDAD	FECHA 27/06/2018

COMPONENTE INDICADORES DE GESTION DEL AREA DE DIRECCION - COORDINACION

N°	TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGO.	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	GRAFICO DEL INDICADOR
1	EFICACIA	Recibir las visitas que realizan a la Institución los diferentes entes de control	% VISITAS ENTES DE CONTROL	100%	A necesidad	Atender las visitas de Supervisión y entes de control que lleguen al Centro socializar con el equipo los hallazgos encontrados	Numero de visitas de entes de control recibidas	8	5											% VISITAS ENTES DE CONTROL
							Numero de visitas de entes de control atendidas	8	5											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Se atendieron llamadas de la supervisora del convenio Dra Elda Rodriguez para verificar estado actual de las personas mayores , necesidad y actividades, se asistio a reuniones con secretaria de salud municipal y del departamento, se atiende llamado del señor Leosidas Padilla de la Beneficiencia, y se recibe visita de la secretaria de salud municipal		Se asiste a reuniones con Secretaria de Salud y Desarrollo del Departamento, dos reuniones con la Dra Maritza Accantar de Vigilancia y control Secretaria de Salud del Departamento, visita de funcionarios gobernacion y hospital san Rafael para organizar jornada de vacunacion y atencion a la jornada de vacunacion covid 19 a 61 personas mayores							
							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!	
2	EFICACIA	Verificar el diligenciamiento por parte del Equipo profesional del cierre de Historias Clinicas de los egresos	% verificacion de historias clinicas por egreso	100%	Mensual	Realizar revision en conjunto con el area de trabjo social del cierre adecuado de las historias en las diferentes areas	Numero de historias verificadas cierre mes	2	0											% VERIFICACION DE HISTORIAS CLINICAS POR EGRESO
							Total de egresos en el mes	2	0											
							CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Se revisa historias clinicas para cierre de las mismas por parte del Equipo debido a fallecimiento de las personas mayores Felix Castañeda y Jose Luis Ardila		No se presentaron										
							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!	
3	EFICACIA	Planear y ejecutar los procedimientos de tipo operativo y administrativo relacionados con la atencion de la poblacion y descritos en el anexo tecnico	% de informes realizados	100%	Mensual	Entrega oportuna de Informes solicitados por supervisión y demas dependencias de Beneficencia de Cundinamarca	N° informes realizados	25	30											% DE INFORMES REALIZADOS
							N° informes solicitados	25	30											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/SEGUIMIENTO	Dando cumplimiento se envian informes a entes de control segùn requerimiento asi: Beneficencia de cundinamarca Estrategias de comunicación, informe semanal estado salud personas mayores, comunicados con municipios, informe covid, informes talento humano, apertutas buzon , informes nutricion, ingresos, estadisticas, cronograma anual actividades, medidas preventivas, informe familias acepatcion o no de la vacuna, noticedades estadisticas, y a secretaria de salud municipal y departamental se atiende visita y se envian bases de datos de las reunias mayores sobre tamizajes tomados y resultados de los mismos al igual que base de datos para posible vacunacion, igual se envia solicitud a comidad para la toma del tercer tamizaje el cual esta pendiente		Se dios cumplimiento a informes solicitados por la Beneficencia en diferentes dependencias, a Secretaria de Salud Departamental y Municipal relacionados con vacunacion contra covid 19							
							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!	
4	EFICACIA	Programar, convocar y participar en las reuniones de equipo, areas de trabajo y demas actividades grupales.	% de reuniones	100%	Mensual	Cumplir segùn cronograma con las reuniones mensuales programadas de las diferentes áreas	No. Reuniones realizadas	8	8											% DE REUNIONES
							No. Reuniones programadas	8	8											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Se realizan reuniones de areas para programar actividades 2021		Reuniones por areas de acuerdo a cronograma y programacion reforzando actividades para mejora del servicio.										
							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!	
5	EFICACIA	Garantizar y verificar la asistencia de los profesionales a diferentes actividades previstas en el anexo	Porcentaje de charlas mensuales.	100%	Mensual	Asegurar y apoyar la participacion e inclusion del equipo en las diversas actividades que segùn anexo se requieran	No. de actividades realizadas	7	5											% SEGUIMIENTO ACTIVIDADES PERSONAS MAYORES
							Nro. actividades programadas	7	5											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/SEGUIMIENTO	Se verifico cumplimiento por parte de terapia física y ocupacional en las 4 semanas del mes, musicoterapia y adoracion eucaristica. De igual forma se organizo cronograma con las actividades a desarrollar durante el año		Se realizan 4 caminatas internas con las personas mayores y una adoracion eucaristica, se verifica cumplimiento por parte de las profesionales responsables.										
							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!	
6	EFICACIA	Vigilar la ejecución de órdenes médicas prosesionales del médico tratante con la participación de los demás profesionales.	% de realización procesos terapeuticos (estudios de casos)	100%	Mensual	Apoyar y acompañar al equipo profesional en el cumplimiento del desarrollo de actividades terapeuticas con el fin de evaluar las condiciones, físicas emocionales y mentales de las usuarios	N° de procesos terapeuticos realizados en el mes	3	10											% DE REALIZACIÓN PROCESOS TERAPEUTICOS (ESTUDIOS DE CASOS)
							N° Total de procesos terapeuticos programados	3	10											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Segùn cronograma se realizaron 2 estudios de caso y el Pain del ultimo ingreso de la persona mayor		Por organizacion de trabajo social y segùn cronograma se verifica y acompaña en la realizacion de estudios de caso programados										
							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!	
7	EFICACIA	Promover jornadas de Capacitacion y educación continua para el personal y personas mayores de la institución	% Seguimiento a la realización de capacitaciones continuas	100%	Mensual	Verificar a traves de cronograma de capacitaciones el cumplimiento del equipo profesional en el desarrollo de las mismas	N° capacitaciones realizadas por el equipo en el mes	5	13											% SEGUIMIENTO A LA REALIZACIÓN DE CAPACITACIONES CONTINUAS
							N° Capacitaciones programadas en el mes	5	13											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Verificando programa de capacitacion continua desarrollaran las sesiones la profesional del Sistema de Gestion, el ingeniero ambiental todos relacionados con COVID 19		Dando cumplimiento al protocolo de capacitacion continua se verifica cumplimiento de las mismas por parte del Equipo profesional al Talento humano que labora en el Centro										
							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!	
8	EFICACIA	Coordinador y apoyar en la implementación y conocilio de los diferentes comites Institucionales	% cumplimiento a la realización de comites de obligatorio cumplimiento	100%	Mensual	Programar reuniones mensuales de los comites y confirmar su ejecucion	No. De Comites asistidos en el mes	1	1											% CUMPLIMIENTO A LA REALIZACIÓN DE COMITES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO
							total comites programados en el mes	1	1											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Reunion de comites donde se abordan todos con los que cuenta el Centro		Realizacion de la reunion de comites de Calidad, Cuaps, Historias Clinicas, Seguridad de la Persona Mayor, Infecciones, Copasst, convivencia Laboral. Entrevra de acuerdo a cronograma establecido.										
							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!	
9	EFICACIA	Liderar la implementación de los procedimientos para el talento humano	% DE CUMPLIMIENTO DE EJECUCION DEL PROCESO DE SELECCIÓN Y CONTRATACION	100%	A necesidad	Cumplir con la vinculación del personal segùn perfil y necesidad Institucional	N° de procesos de talento humano realizados	6	0											% DE CUMPLIMIENTO DE EJECUCION DEL PROCESO DE SELECCIÓN Y CONTRATACIÓN
							N° procesos requeridos	6	0											
							CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Durante el mes de enero con el apoyo del área de Psicología, se aplicaron pruebas psicotécnicas, pruebas de conocimiento y entrevista a una enfermera Jefe quien fue seleccionada y 5 candidatos para el cargo de auxiliares de enfermería, quedando seleccionada tres de ellos por cumplir con el perfil requerido		No se presento la necesidad										
							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!	
10	EFICACIA	Realizar seguimiento al cumplimiento de cronograma en estudios de caso, PAIN y monitoreados	% de cumplimiento en elaboracion de estudios de caso, PAIN y monitoreados	100%	SEGÚN CRONOGRAMA	Seguimiento al cumplimiento del diligenciamiento del formato PAIN donde se realizaran el estudio de caso conocimiento, planeando, y seguimiento al monitoreando.	N° total de PAIN/s monitoreando realizados	26	24											% DE CUMPLIMIENTO DE EJECUCION DEL PROCESO DE SELECCIÓN Y CONTRATACION
							N° total de PAIN/s monitoreando programados	26	24											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	El equipo bajo la orientacion de trabajo social realiza los 26 seguimiento a monitoreando que por cronograma estaban programados		Verificacion										
							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!	
11	EFICACIA	Seguimiento a programas PGHIR, SG-SST.	% seguimiento a programas	100%	Mensual	Verificación al cumplimiento de los diferentes programas por medio aplicación de lista de chequeo	Numero de seguimientos realizados en el periodo	3	3											% SEGUIMIENTO A PROGRAMAS
							numero de seguimiento programados	3	3											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Es seguimiento a los programas de PGHIR, GAGAS Y SG-SST, a la fecha cumplimiento en lo relacionado a reuniones, y organizacion cronograma 2021		Se continua seguimiento a los programas de PGHIR, GAGAS Y SG-SST, a la fecha cumplimiento en reuniones y capacitaciones										
							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!	
12	EFICACIA	Brindar apoyo en apertura del buzon PQRS, segùn directriz de Beneficencia	% apoyo apertura buzon	100%	Quincenal	Cumplir con apertura del buzon PQRS, segùn cronograma	Numero total de apertuas	2	2											% APOYO APERTURA DE BUZON PQRS
							Numero total programadas	2	2											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	De acuerdo a cronograma el cual se envia a la profesional encargada en beneficencia se da cumplimiento a las dos aperturas del buzon		Dos aperturas de buzon en el mes de febrero, informes enviados a SIAC de la Beneficencia.										
							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!	

J.H.S. INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA	CENTRO BIENESTAR DEL ANCIANO BELMIRA	CODIGO:FT-GC-011
	INFORME DE GESTION VIGENCIA 01 DE ENERO AL 31 DICIEMBRE DEL 2021	VERSION:001
PROCESO	GESTION DE CALIDAD	FECHA: 27/01/2018

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION DEL AREA DE CALIDAD

N°	TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGO	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	GRAFICO DEL INDICADOR
1	**EFICACIA**		REALIZACION DE AUTOEVALUACIONES PARA RENOVACION DEL PROCESO DE HABILITACION	100%	ANUAL	REALIZAR AUTOEVALUACION CON BASE LO ESTABLECIDO EN EL MANUAL DE AUTO EVALUACION DE LA RESOLUCION 2003 DE 2014	NÚMERO DE AUTO EVALUACIONES REALIZADAS EN EL PERIODO	1	0											
							NUMERO DE AUTO EVALUACIONES PROGRAMADAS EN EL PERIODO	1	0											
							CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	PARA EL MES DE ENERO SE REALIZO LA AUTOEVALUACION DEL PROCESO DE HABILITACION ES DE RESALTAR QUE POR LA TRANSICION DE LA NORMA NO FUE POSIBLE RENOBAR LA CERTIFICACION, LA CUAL SERA REALILZADA AUTOMATICAMENTE POR LA PAGINA DEL REPS A CARGO DEL MINISTERIO.LAS ULTIMAS DIRECTRICES POR PARTE DE LA SECRETARIA SON QUE EL PLAZO PARA REALIZAR LA RENOVACION DEL PROCESO DE HABILITACION SE EXTIENDE HASTA EL MES D EMARZO DE 2021.	NA											
							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!	
2	**EFECTIVIDAD**		% DE CUMPLIMIENTO PROCESO DE HABILITACION	100%	ANUAL	APLICAR LISTA DE CHEQUEO CON LOS ESTANDARES QUE LE APLICAN AL OBJETO SOCIAL DIFERENTE REALIZAR INFORME DIAGNOSTICO	NUMERO DE ITEMS DE LA LISTA DE CHEQUEO CON CUMPLIMIENTO	83	0											
							TOTAL DE ITEMS EVALUADOS	103	0											
							CUMPLIMIENTO	81%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	PARA EL MES DE ENERO SE APLICO LISTA DE CHEQUEO QUE PERMITIERA EVIDENCIAR EL CUMPLIMIENOT DE LOS ESTABLECIDO EN LA RESOLUCION 3100 DEL 25 DE NOVIEMBRE DE 2019 PARA INSTITUCINES DE OBJETO SOCIAL DIFERENTE EVIDENCIANDO UN CUMPLIMIENTO DEL 81% , EL PORCENTAJE RESTANTE SE ENCUENTA RELACIONADO CON LAS ADECUACIONES DE INFRAESTRUCTRA QUE REQUIERE ESTA NORMA Y EL PROCESO DE CUSTODIA D EMEDICMENTOS, SISTEAMATIZACION DE LA HISTORIA CLINICA VS. REGISTROS DEL AREA D EENFERMERIA, LA IMPLEMENTACION DE LAS ESTRATEGIAS Y PUNTOS D ECONTROL DE LOS PROGRAMAS DE FARMACO TECNO Y REACTIVO VIGILANCIA.	NA											
							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!	
3			AUDITORIAS INTERNAS	100%	MENSUAL	DEFINIR LOS TEMAS A AUDITAR EN LA VIGENCIA DEL CONVENIO ESTABLECER CRONOGRAMA PARA SU REALIZACIÓN CREACION DE LISTA DE CHEQUEO PARA VERIFICAR LOS REQUERIMIENTOS DEL ANEXO TECNICO DE BENFICENCIA, HABILITACION Y CALIDAD	NUMERO ITEMS DE LA LISTA DE CHEQUEO CON CUMPLIMIENTO	0	20											
							NUMERO ITEMS EVALUADOS	0	38											
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	53%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!			#¡DIV/0!	
							ANALISIS/SEGUIMIENTO	PARA EL MES DE ENRO SE REALIZA EL PLAN D ETRABAJO DEL AREA DE CALIDAD , LAS AUDITORIA EMPESARAN A PARTIR DEL MES DE ENERO	PARA EL MES DE FEBRERO SE REALIZO AUDITORIA AL AREA DE SST A LOS REQUSISITOS MINIMOS DE LA RESOLUCION 0312, SE SOLITA PLAN D EMEJORA AL LIDER DEL AREA											
							PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	SI REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	SI REQUIERE	SI REQUIERE	#¡DIV/0!	
4	**EFICACIA**		GESTION DE SERVICIOS NO CONFORMES	100%	MENSUAL	DILIGENCIAR LA MATRIZ DISEÑADA PARA ALIMENTAR LAS POSIBLES SALIDAS NO CONFORME	NUMERO DE SALIDAS O SERVICIOS NO CONFORMES GESTIONADAS EN EL PERIODO	0	0											
							NUMERO DE SALIDAS O SERVICIOS NO CONFORMES REPORTADOS EN EL PERIODO	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!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	PARA EL MES D EENERO NO SE PRESENTARON O REPORTARON SALIDAS NO CONFORMES POR PARTE D ELAS DIFERENTES AREAS.	PARA EL MES DE FEBRERO NO SE REPORTARON SALDAS NO CONFORMES											
							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!	
5		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	DOCUMENTOS CERADOS Y/O APROBADOS POR ELAREA DE CALIDAD	100%	A necesidad	DURANTE LA EMISION DEL COMITÉ DE CALIDAD SE REVISARAN Y APROBARAN LOS DOCUMENTOS CREADOS POR LAS DIFERENTES AREA REALIZAR REVISION DE LITERATURA QUE PERMITA LA CREACION Y /O AJUSTE DE LOS DIFERENTES DOCUMENTOS VERIFICAR LAS NECESIDADES DEL EQUIPO PROFESIONAL Y LOS DIFERENTES PROCESOS	NUMERO DE DOCUMENTOS CREADOS Y/O APROBADOS POR EL PROFESIONAL DE CALIDAD EN EL PERIODO	1	1											
							NUMERO DE DOCUMENTOS REQUERIDOS POR LAS DIFERENTES AREAS Y/O PROCESOS	1	1											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/SEGUIMIENTO	PARA EL MES DE ENERO HUBO LA NECESIDAD DE AJUSTAR LAS LISTA DE VERIFICACION DE CUMPLIMIENTO DEL PROCESO DE HABILITACION	PARA EL MES D EFEBRERO ASE CFREA FORMATO, LISTA DE CHEQUEO PARA LA VERIFICACION DE LOS REQUISISTOS MINIMOS DE LA RESOLUCION 0312 SST											
							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!	
6	**EFECTIVIDAD**		INDICE DE EFICACIA DE LOS PROCESOS	100%	Mensual	PROPORCION DE PROCESOS QUE CUMPLEN CON 90% DE CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA EN SUS INDICADORES DE GESTION	NUMERO DE AREA QUE REPORTAN INDICADORES DE GESTION POR ENCIMA DEL 90%	14	14											
							TOTAL DE AREASVERIRICADAS QUE REPORTAN INDICADORES DE GESTION	14	14											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%		#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	PARA EL MES DE ENERO SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES DE GESTION DE LAS DIFERENTES AREAS POR ENCIMA DEL 90%	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EL REPORTADO POR LAS DIFERENTES AREAS											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	SI REQUIERE	#¡DIV/0!		#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
7			% DE CAPACITACION	100%	A necesidad	BUSQUEDA DE NECESIDAD DE CAPACITACION ENTRE LOS DIFERENTES AREAS ESTABLECER CRONOGRAMA PARA SU REALIZACIÓN	NUMERO DE CAPACITACIONES REALIZADAS EN EL PERIODO	0	1											
							NÚMERO DE CAPACITACIONES PROGRAMADAS	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!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	PARA EL MES DE ENERO SE REALIZA LA PLANIFICACION DE LAS CAPACITACIONES QUE SE RELAIZARAN POR PARTE DEL PROFESIONAL DE CLAIDAD DURANTE LA VIGENCIA DEL CONVENIO Y RELACIONADAS CON LO SPROCESOS EN QUE CURSA LA INSTITUCION (HABILITACION E ISO 9001).	SE REALIZA SOCIALIZACION DE LOS REQUSISITOS DE LA ISO 9001 Y LO SPOSIBLES ITEMS A EVALUAR EN LA AUDITORIA D ECONTROL INTERNO											
							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!	
8			SEGUIMIENTO A DEFUNCIONES PRESENTADAS	100%	Mensual	DILIGENCIAR LA MATRIZ DISEÑADA PARA EL CONTROL DE LAS DEFUNCIONES QUE SE PRESENTAN DE ANERA MENSUAL	NUMERO DE DEFUNCIONES PRESENTADAS EN EL MES	2	0											
							TOTAL DE PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADASs	75	75											
							CUMPLIMIENTO	3%	0%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	PARA EL MES DE NERO SE CONTABA CON 75 USUARIOS INSTITUCIONALIZADOS Y SE PRESENTARON DOS DEFUNCIONES DE SEXO MASCULINO A NIVEL HOSPTALARIO FELIX ANTONIO CASTAÑEDA CORTES DE 86 AÑOS, MOTIVO DE LA DEFUNCION COVID 19 JOSE LUIS ARDILA VELASQUEZ 78 AÑOS ,MOTIVO D ELA DEFUNCION COVID 19	PARA EL MES DE FEBRERO NO RE SE REPORTARON FALLECIMIENTOS											
							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!	
9			CUMPLIMIENTO A LA REALIZACION DE COMITES	100%	A necesidad	CREAR CRONOGRAMA PARA ESTABLECER LAS FECHAS DE REALIZACIÓN	NUMERO DE COMITES DE CALIDAD Y ADOPCION DE GUIAS DE PRACTICA CLINICA REALIZADOS	1	1											
							NUMERO DE COMITES DE CALIDAD Y DE GPC PROGRAMADOS EN EL PERIODO	1	1											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	PARA EL MES DE ENERO SE REALIZO EL COMITÉ DE CALIDAD SE DEFINIO EL PLAN D ETRABAJO PARA LOS PROCESOS DE HABILITACION, ISO Y ANEXO TECNICO D EBENEFICIENCIA D ECUNDINAMARCA. .	PARA EL MES D EFEBERORO SE DIO CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA DEL COMITÉ DE CALIDAD											
							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!	
10	**EFICACIA**		% DE VISITAS DE ENTES DE CONTROL RESIVIDAS	100%	**A necesidad**	CAPACITAR AL EQUIPO PROFESIONAL SOBRE LOS TEMAS A VERIFICAR EN LAS DIFERENTES VISTIAS DE LOS ENTES DE CONTROL. APLICAR LISTA DE CHEQUEO PARA VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO D ELOS ESTABLECIDO EN LAS CAPCITACIONES O LO SOLICITADO A CADA UNA DE LAS AREAS INMERSAS EN EL	NUMERO DE VISITAS DE ENTES DE CONTROL RECIBIDAS	0	0											
							NUMERO DE VISITAS DE ENTES DE CONTROL ANUNCIADAS Y NO ANUNCIADAS	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!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	PARA EL MES DE NEERO NO SE RECIBIERON VISITAS DE ENTES DE CONTROL POR PARTE DEL PROFESIONAL DE CLAIDAD.	PARA EL MES D EFEBERO NO SE RECIBIERON VISITAS D EENTES D ECOTROL POR PARTE DEL PROFESIONAL DE CLADAD											
							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!	
11	**EFICACIA**		OPORTUNIDAD DE ENTREGA DE INFORMES	100%	**A necesidad**	ESTABLECER LA HERRAMIENTA PARA LA CONSOLIDACION DE LA INFORMACION SOLICITADA CREACION Y ENTREGA DEL INFORME EN LA FECHA ESTABLECIDA	NUMERO DE INFORMES ENTREGADOS OPORTUNAMENTE EN EL PERIODO	1	1											
							NUMERO DE INFORMES REQUERIDOS EN EL PERIODO	1	1											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	PARA EL MES D EENERO SE REALIZO EL INFORME DE GESTION DEL AREA DE CALIDAD.	PARA EL MES D EFEBEREOR SE REALIZO Y ENTREGO INFORME D EGESTION DEL AREA											
							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!	

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

PROCESO

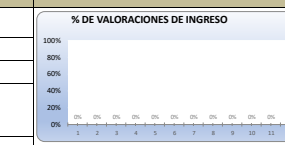
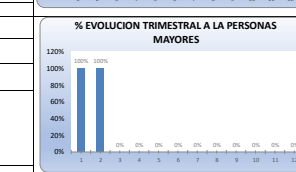
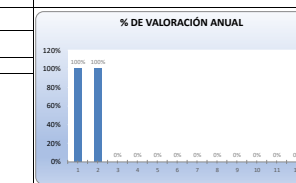
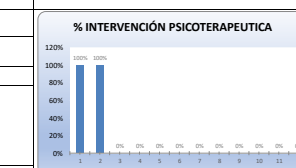
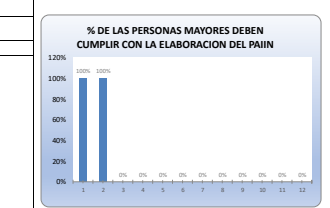
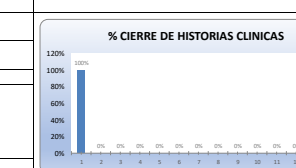
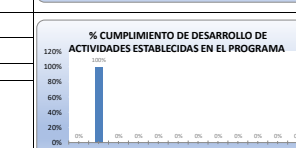
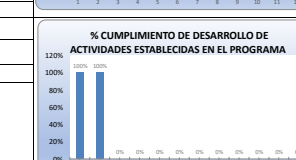
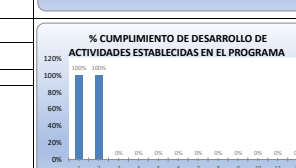
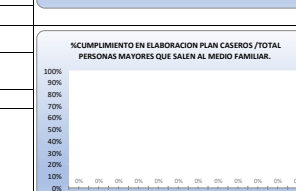
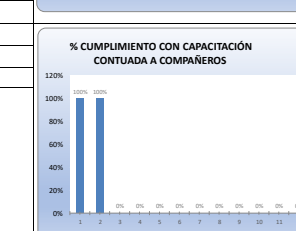
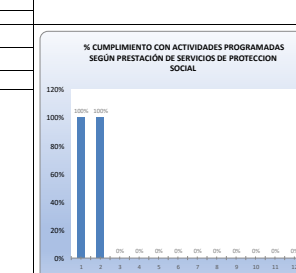
CENTRO BIENESTAR DEL ANCIANO BELMIRA

INFORME DE GESTION VIGENCIA 01 DE ENERO AL 31 DICIEMBRE DEL 2021

GESTION DE CALIDAD

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

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION DEL AREA DE PSICOLOGIA

N°	TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGO	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	GRAFICO DEL INDICADOR
1	Eficacia	Realizar valoracion de ingreso a las personas mayores para determinar plan de manejo	% de valoraciones de ingreso	100%	Mensual	Realizar valoracion psicologia inicial a las Personas que ingresan al CBA Belmira a	numero de personas mayores que participan de los talleres en el mes	0	0											
							total de las personas mayores convocadas	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!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Durante el mes de enero no se realizan ingresos al Centro de protección social	Durante el mes de febrero no se presentarion ingresos al centro de proteccion social.											
							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!	
2	EFICACIA	Realizar Evolución trimestral al 100% de las Personas Mayores	% Evoluciones trimestral a la Personas Mayores	100%	Mensual	Realizar evolucion trimestral a las Personas Mayores institucionalizadas, según cronograma mental para dar cumplimiento dentro los 3 meses.	Numero total de evoluciones trimestrales realizadas	41	36											
							Numero toal de evoluciones trimestrales programadas	41	36											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	se evidencia cumplimiento a la meta mediante la realizacion de evolución trimestral en este mes al 100% de los hombres.	se evidencia cumplimiento de la meta mediante la realizacion de evoluciones trimestrales al 100% de las mujeres.											
							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!	
3	EFICACIA	Realizar valoracion anual a las Personas Mayores, según Cronograma por fecha de ingreso al Centro de Protección Social	% de valoración anual	100%	Mensual	Realizar valoracion psicologia anualmente según fecha de ingreso de la Persona Mayor Al CBA Belmira.	Numero total de valoraciones anuales realizadas	2	6											
							Numero total de valoraciones anuales programadas	2	6											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Se evidencia cumplimiento a la meta establecida durante el mes de enero se realizo 2 valoraciones, los cuales quedan caracterizados en discapacidad mental grave. Plan a seguir continuar con estimulación cognitiva y sensorial de forma individualizada conservando habilidades mentales existentes.	se evidencia cumplimiento de la mediante la valoración anual de 6 persnonas mayores que ingresaron en febrero; de ellos quedan clasificadas en discapacidad mental normal (1), discapacidad mental moderado(2), discapacidad mental grave (4).											
							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!	
4	EFICACIA	Realizar intervención psicoterapeutica individual, grupal a las personas mayores sobre problemática presentada y cumplimiento al manual de convivencia.	% intervención psicoterapeutica	100%	Mensual	Realizacion de intervenciones individuales y grupalesa las Personas Mayores para contribuir a una sana convivencia y estabilidad afectiva, emocional, cognitiva y conductual.	Numero total de intervenciones psicoterapeutica realizadas	72	39											
							Numero total de intervenciones psicoterapeuticas programadas	72	39											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/SEGUIMIENTO	Durante el mes de enero se realizo psicoterapia de manejo afectivo, emocional, conductual y comportamental fortaleciendo estado afctivo, comportamental, normas de convivencias y estimulación cognitiva.	durante el mes se realizo 39 intervenciones psicoterapeuticas individuales fortaleciendo estado afectivo, cognitivo, comportamental.											
							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!	
5	EFICACIA	Participar en la elaboración del PAIN a las personas mayores que ingresan y continuar proceso	% de las Personas Mayores deben cumplir con la elaboracion del PAIN	100%	Mensual	Apoyo en el diligenciamiento del formato PAIN donde se realaciona el estudio de caso- conociendo, planeando, monitoreando, y seguimiento al monitoreando.	Numero total de PAIIN realizados	26	24											
							Numero total de PAIIN programados	26	24											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Durante el mes de enero se realizo 1 conociendo y planeando del señor Jose Domingos Guzman Mendoza, 25 seguimientos a monitoreando (José Luis Ardila, Julia Arizaa, Manuela Avila, Bertilda Beltran, Blanca Beltran, Alfonso Benavides, Gonzalo Borda, Irene Bustos, Eugenia Cespedes, Luis Miguel Galindo, Guillermo Moreno, CArmen moreno, Jose Murillo, Florinda Ordoñez, Nieves Ortiz, Jacinto Paez, Loelia Quevedo, Tereita Ramierez, Calixto Ríos, Sixto Ríos, Santos Robayo, Numa Sierra, Balnca Silva).	durante el mes se realiazo 24 seguimientos a monitoreando a: Lucrecia Bejarano, Clordomiro Castro, Juan cruz, Tomas Cubillos, Ivan Diaz, Ligia Espinosa, Gregoria Garzon, elisa Gonzalez, Marcelina Gomez, Macedonio Guevara, Luz Marina López, Leonilde melo, Adela Pachon, Herminia Parra, Nicolas Pinzon, Manueel Porras, Vicente Pulido,, Resurrección Pulido, Julia Ramirez, Ambrosio Ramirez, Juvenal Ramirez, Gil Mesias Romero, Alejandro Sierra, Salomon Tolentino.											
							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!	
6	EFICACIA	Realizar el cierre de historias clinicas o epicrisis de egreso por fallecimiento, traslado o reintegro al medio familiar, según requerimiento.	% cierre de historias clinicas	100%	Mensual	Entregando oportunamente historias clinicas con cierre de programa desde el área ya sea fallecimiento, reintegro al medio familiar, o traslado a otro centro de Protección Social.	Numero total de cierre de registros en las historias clinicas.	2	0											
							Numero total de egresos de Personas Mayores	2	0											
							CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Durante el mes de enero se realizo cierre de historia clinica de Felix Antonio Castañeda Cortes el 11/01/2021, y José Luis Ardila Velasquez el dia 11/01/2021.	durante el mes de febrero no se presento ningun egreso											
							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!	
7	EFICACIA	Realizar intervenciones grupales a las Personas Mayores sobre programa de apoyo espiritual	% cumplimiento de desarrollo de actividades establecidas en el programa	100%	Mensual	Fortalecimiento de capacidades y mantenimiento de habilidades para realizacion de funciones cognitiva, afectivas, conductuales, comportamentales, apartir de las deficencias de casa una de las Personas Mayores.	Numero total de talleres o actividades realizadas	1	1											
							Numero total de talleres o actividades programadas	1	1											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Se evidencia cumplimiento de la meta establecida mediante el desarrollo de 1 actividad de apoyo a Adoración Eucaristica.	Se evidencia cumplimiento de la meta mediante la realizacion de apoyo a la Adoración Eucaristica											
							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!	
8	EFICACIA	Realizar intervenciones grupales a traves del programa de sexualidad y prevención del abuso sexual en las Personas Mayores	% cumplimiento de desarrollo de actividades establecidas en el programa	100%	Mensual	Fomento de valores, principios para contribuir a una sana convivencia y compartir con pares.	Numero total de talleres o actividades realizadas	0	1											
							Numero toal de talleres o actividades programadas	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!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Durante el mes no se programo ninguna actividad	durante el mes se evidencia el cumplimiento del indicador, mediante el desarrollo del taller de fortalecimiento de valores y el respeto entre las personas mayores.											
							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!	
9	EFICACIA	Realizar inteveneciones psicoterapeutica grupal a traves del programa de reminisencia, biografia y sentido de vida.	% cumplimiento de desarrollo de actividades establecidas en el programa	100%	Mensual	Socializacion de situacione, hechos, experiencias de vida positiva, lecturas reflexivas y/o estimulacion que contribuyan a su calidad de vida o proyección de vida.	Numero total de talleres o actividades realizadas	0	2											
							Numero total de talleres o actividades programadas.	0	2											
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Durante el mes no se programo ninguna actividad	se evidencia el cumplimiento de la meta mediante el desarrollo del taller sobre reminiscencias- experiencias de vida y el otro sobre tertulias y lecturas de estimulacion de procesos cognitivos 16 personas mayores por su deterioro cognitivo.											
							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!	
10	EFICACIA	Realizar intervencion psicoterapeutica grupal a traves del programa de terapia de rehabilitacion, orientacion de la realidad, conductual y estimulacion cognitiva	% cumplimiento de desarrollo de actividades establecidas en el programa	100%	Mensual	Garantizando estabilidad afectiva, emocional, conductual, comportamental en las Personas Mayores	Numero total de talleres o actividades realizadas	1	2											
							Numero total de talleres o actividades programadas	1	2											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Durante el mes se programo 1 actividad sobre tecnicas de estimulación afectiva y cognitiva a personas mayores de mayor dependencia.	se evidencia cumplimiento de la meta con el desarrollo de la terapia de orientacion de la realidad a 13 personas mayores con deterioro cognitivo. Y tecnicas de estimulacion multisensorial a personas mayores en sillas de rueda.											
							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!	
11	EFICACIA	Realizar intervenciones psicoterapeutica grupal a traves del programa de prevención del maltrato y promoción del buen trato	% cumplimiento de desarrollo de actividades establecidas en el programa	100%	Mensual	Fortalecimiento de trato entre las Personas Mayores, garantizando la prestación de servicios con calidad .	Numero de talleres o actividades realizadas	2	3											
							Numero de talleres o actividades programadas	2	3											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Durante el mes se programo taller sobre normas de convivencia y actualizacion del documentos del manual de convivencia de las personas mayores institucionalizadas incluyendo acciones en prevención del covid-19.	Durante el mes se evidencia cumplimiento de la meta sobre el desarrollo del taller de socialización del mantual de convivencia deberes y derechos. Y la otra actividad el desarrollo jornada de mantenimiento a las personas mayores funcionales en manejo de sus pertenencias. y otra actividad sobre la actividad de apoyo en trasladas de personas mayores funcionales.											
							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!	
12	EFICACIA	Apoyar en la elaboración de plan casero mediante proceso informativo y fortalecimiento del proceso adaptación instituciona al CBA Belmira.	%cumplimiento en elaboracion plan caseros /Total personas mayores que salen al medio familiar.	100%	Mensual	Fortalecimiento lazos afectivos familiares y proceso de adaptación en las Personas Mayores.	numero de planes caseros elaborados	0	0											
							numero de personar que salen al medio familiar familiares programadas	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!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Durante el mes de enero se continua en pandemia de covid-19, el cual no esta permitidas la visitas de red familiar, ni social, ni salidas al medio familiar de la personas mayores.	se continua con el cumplimiento a protocolos preventivos de la pandemica del coronavirus-19.											
							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!	
13	EFICACIA	Participar de los espacios de capacitación continuada programadas y dirigida a los compañeros del CBA Belmira. Sobre divulgacion, de guias, procedimientos, protocolos.	% cumplimiento con capacitación contuada a compañeros	100%	Mensual	Intervención y participación de las capacitaciones brindadas al personal favoreciendo la actualizacion de conocimientos y practica de acciones seguras, en pro de la calidad de la atencion hacia las personas mayores	Numero total de capacitaciones participadas	5	13											
							Numero total capacitaciones programadas.	5	13											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Durante el mes de enero se participo en una capacitación , sobre el SG-SST liderada por el referente del SG_SST ARL SURA sobre medidas prevencivas sobre el covid-19, socialización del ptrotocolo de bioseguridad establecido por el Instituto de Hermanas Franciscanas de Santa Clara. limpieza y desinfección de vivienda, limpieza y desinfección de vehiculos. y por el TA= socializacion de la carterea virtual.	Durante el mes de apoyo y participo en un total de: 17 Trabajo social: corresponsabilidad familiar Medico: vacunación covid-19, Psicología: discapacidad intelectual Enfermería: Socialización sobre el programa y politica de seguridad de la persona mayor. Seguridad y salud en el trabajo: video chat programada por SURA ARL, TIPS sobre cuarentena covid-19, programa de inducción y Re inducción, encuesta de estratificación del riesgo individual en el marco de la pandemia por coronavirus covid-19, riesgo psicosocial teniendo encuentra que el covid-19 genera emociones afectando el bienestar y la salud mental. Medidas preventivas covid-19, secuelas psicológicas, trastornos y traumas después de vivir el coronavirus. TIPS manejo de la salud mental durante la pandemia covid-19. Técnico Ambiental: Cartelera virtual de gestión ambiental, manual de procedimientos del área de aislamiento y manual de bioseguridad en el marco de la pandemia de covid-19, curso extremo con el ICA. Cartelera virtual de bioseguridad y medidas preventivas del coronavirus covid-19.											
							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!	
14	EFICACIA	Participar en la realizacion de informes, reuniones administrativas, actividades de integración, Religiosas, Culturales, comites programadas por la Dirección y según requerimiento.	% cumplimiento con actividades programadas según prestación de servicios de proteccion social.	100%	Mensual	cooperación con intervencionesdel equipo y área administrativo en busca de cumplimiento de logros colectivos	Número total de reuniones y/o actividades realizadas	15	11											
							Número total de reuniones y/o actividades programadas	15	11											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Durante el mes de enero apoya en la selección de personal realizando pruebas de personalidad: 04/01/2021 Yury Angélica Romero Mosquera. el día 14/01/2021 a la Jefe María Alicia Cárdenas Triviño, y el señor Pascal Jules Ruiz Baracaldo, el día 18/01/2021 Diana Marcela Molano Agatan, 20/01/2021, Sara Inés Valero Quimbaqueva, 25/01/2021 Ismael Bohórquez Linares, 5 personas para el cargo de auxiliares de enfermeria. se realiza apoyo 4 informes el de caracterización, informe soobre vacunación covid-19, cronograma de actividades culturales, y el informe de gestión. 1. reunión extraordinaria socializar pruebas prositivas covid-19. 1 reuniones de equipo pra establecer cronograma 2021. 1 comites (Seguridad de la persona mayor, Infecciones, Historias clinicas, gagas, Calidad, Convivencia, farmacovigilancia y tecnovigilancia). 2 jornadas de mantenimiento. 0 analisis de evento adverso.	Durante el mes de febrero se apoya en la selección de personal realizando mediante la aplicacion y análisis de 1 pruebas de personalidad: 11/02/2021 a Clara Eugenia Sanchez TRujillo para el cargo de Terapia Ocupacional. se apoyo en la actualizaacion de la caracterización, apoyo en firmar consentimientos informados de las personas mayores para la vacunación covid-19, el informe de gestión. 1 dia a dia. 1 comites (Calidad, Seguridad de la persona mayor, Infecciones, Historias clinicas, gagas, SG- SST Convivencia, Copasst, brigadas, accidentes de trabajo, farmacovigilancia y tecnovigilancia). 2 jornadas de mantenimiento. 3 analisis de evento adverso.											
							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!	
15	EFICACIA	Participar de los estudios de caso y seguimiento a los compromisos establecidos ya sea por seguimiento por su estado de salud o alteración a nivel comportamental.	% decumplimiento en la realizacion de estudios de caso	100%	Mensual	Conocimiento de la situacion de salud fisica, mental, conductua y comportamental a partir de sus deficiencias.	Número total de estudios de casos realizados	2	10											
							Número total de estudios de casos programados.	2	10											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/SEGUIMIENTO	Durante el mes de enero se realiza estudio de caso por situción de salud de la señora Ligia Espinosa Fresneda y por ingreso y comportamental del señor jose Domingo Guzman Mendoza.	8. Estudios de caso (10): Miriam Alfonso Vargas, María Olga Ardila, Julia Ariza Marín, Luz Atuesta Poveda, Manuela Ávila Ortiz, Lucrecia Bejarano, Bertilda Beltrán, blanca Beltrán, Gregorio Beltrán, Victor julio Jiménez. Por seguimiento y manejo por equipo interdisciplinario y por alteración comportamental en la no aceptación dietaria											
							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!	

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

PROCESO

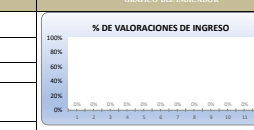
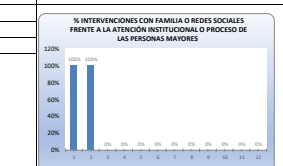
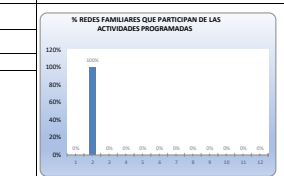
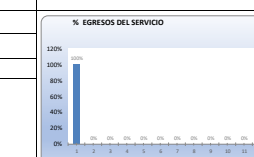
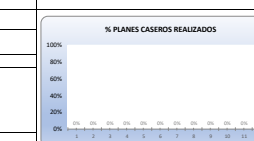
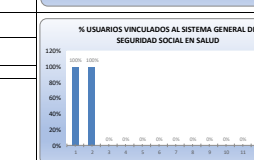
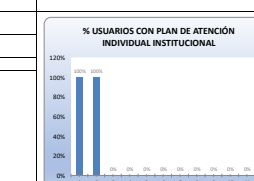
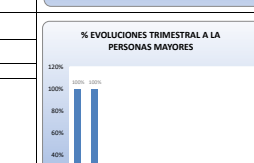
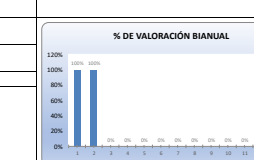
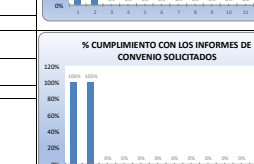
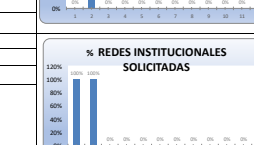
CENTRO BIENESTAR DEL ANCIANO BELMIRA

INFORME DE GESTION VIGENCIA 01 DE ENERO AL 31 DICIEMBRE DEL 2021

GESTION DE CALIDAD

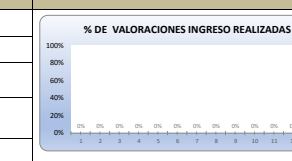
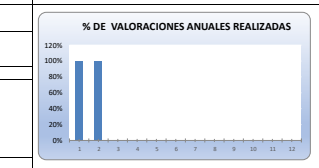
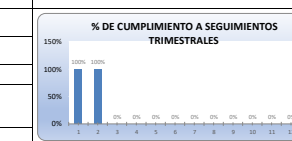
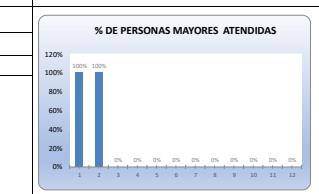
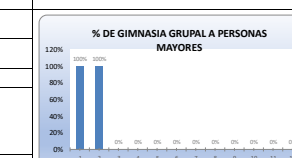
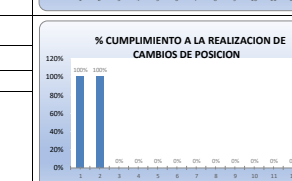
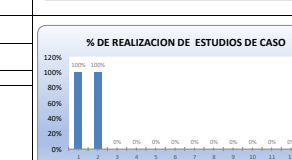
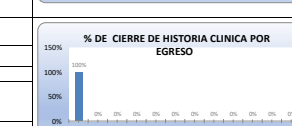
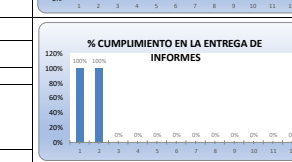
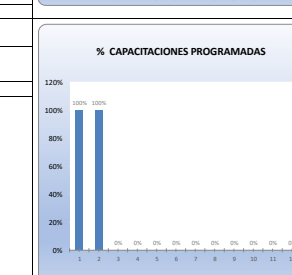
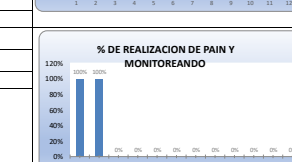
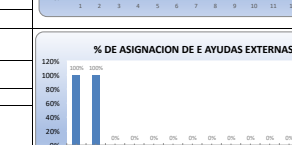
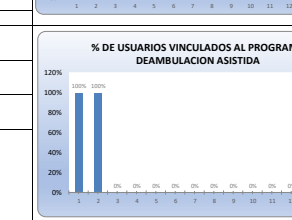
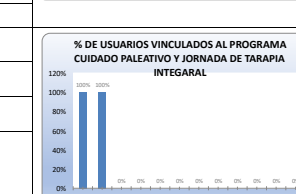
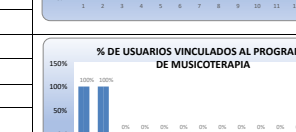
CODIGO:FT-GC-011
VERSION:001
FECHA: 27/01/2018

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL

CANTIDAD	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
1	Eficiencia, Eficacia, Efectividad	Liderar el proceso de ingreso de usuarios de acuerdo a la resolución 032 de 2011 de la Beneficencia de Cundinamarca. (valoración Historia Social)	% de valoraciones de ingreso	100%	A Necesidad	Realizar valoración de Historia Social inicial a las Personas mayoresque ingresan al CBA Belmira a	Numero total de personas Mayores valoradas	0	0											
							Numero Total de Personas Mayores que ingresaron	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!	
							ANALISIS / SIGUIMIENTO	Durante el periodo no ingresan usuarios a la institucion	En el mes de febrero no se presentaron ingresos											
							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!	
2	eficiencia, eficacia. Efectividad	Brindar orientación y asesoría socio familiar a los adultos mayores y sus familias según situaciones problemas encontrados y diagnostico social.	% intervenciones con familia o redes sociales frente a la atención institucional o proceso de laspersonas mayores	100%	A Necesidad	Realizar intervención individualizada al 100% de los usuarios y familias que requieran el servicio	Número de Intervenciones realizadas	82	115											
							Numero de intervenciones solicitadas	82	115											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS / SIGUIMIENTO	Durante este mes se mantuvo contacto permanente con los referentes familiares y sociales a través del grupo de Whatsapp que cuenta con 84 integrantes de grupos familiares.Se realizan intervenciones telefónicas con referentes familiares para informar condiciones de las persona mayores y acompañamiento familiar para el cumplimiento de los procesos de corresponsabilidad familiar de Mercedes Herrera, Abelardo Martínez, Macedonio Guevara, Ligia Espinosa, Arturo Herrera, Vicente Pulido, Tomas Cubillos, Ángel Jiménez, Julia Ariza, Manuela Ávila, Arturo Malo, Félix Castañeda.	Durante este mes se mantuvo contacto permanente con los referentes familiares y sociales a través del grupo de Whatsapp que cuenta con 84 integrantes de grupos familiares.Se realizan intervenciones telefónicas con referentes familiares para informar condiciones de las persona mayores y acompañamiento familiar para el cumplimiento de los procesos de corresponsabilidad familiar de Mercedes Herrera, Abelardo Martínez, Macedonio Guevara, Ligia Espinosa, Arturo Herrera, Vicente Pulido, Tomas Cubillos, Ángel Jiménez, Manuela Ávila, Fideligna Velasquez, Resurección Pulido. Se realiza gestión con las redes familiares para la firma del consentimiento informado para la aplicación de la vacuna contra el covid 19 para las personas mayores de 80 años en adelante, logrando que las 31 familias firmaran el consentimiento											
							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!	
3	eficiencia, eficacia. Efectividad	Involucrar activamente a redes sociales y familiares de los adultos mayores en las actividades institucionales, generando espacios de integración y participación	% redes familiares que participan de las actividades programada	100%	Mensual	Convocar y movilizar la participación de redes familiares y sociales a las reuniones realizadas	Numero de participantes de las reuniones familiares	0	21											
							Número de redes familiares identificadas	0	21											
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS / SIGUIMIENTO	Por las medidas preventivas del Covid 19 para esta mes no se realiza reunion de familais .Se realiza programacipón anual a partir de Febreo de manera virtual	Se realiza reunión virtual con las familias y redes familiares con el tama interrelacion de la familia con el adulto mayor institucionalizado y corresponsabilidad familiar a cargo de Trabjo Social. Se conto con la participación de 21 personas.											
							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!	
4	eficiencia, eficacia. Efectividad	Realizar el cierre de historias de las historias clinicas de las personas mayores que egresan del CBA Belmira	% de participación en los estudios de caso según requerimiento	100%	Mensual	Organizar y entregar oportunamente historias clinicas con cierre de programa desde el área ya sea fallecimiento, reintegro al medio familiar, o traslado a otro centro de Protección Social.	Numero total de cierre de registros en las historias clinicas.	2	0											
							Numero total de egresos de Personas Mayores	2	0											
							CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/SEGUIMIENTO	Para el mes de enero hubo 2 egreos por fallecimeinto de las Personas mayores Felix Anotnio Castañeda Cortes el 10/01/2021 y Jose Luis Ardila el 115/01, se realiza el cierre de historia física y digital, se realiza el reporte de los fallecimientos por el formulario google enviado por la Beneficiencia de Cundinamarca, y se reporta a la comisaria de familia del municipio de residencia, se anexa certificado de defuncion y acta de convenio.	Durante el mes no se presentaron egresos											
							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!	
5	eficiencia, eficacia. Efectividad	Generar espacios vivenciales de encuentro entre la red familiar y social con el adulto mayor mediante salidas a medio familiar, salidas a periodo vacacional y salidas cortas.	% Planes caseros realizados	100%	A Necesidad	Movilizar cumplimiento de Compromiso de salidas con redes de apoyo	Número de personas mayores que salen con red de apoyo	o	0											
							numero de personas mayores con salidas solicitadas por red de apoyo	o	0											
							CUMPLIMIENTO	#¡VALOR!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS / SIGUIMIENTO	Por motivo de la cuarentena y el aislamiento preventivo para las personas mayores de 70 años para este mes no se programan salidas a medio familiar	Por motivo de la cuarentena y el aislamiento preventivo para las personas mayores de 70 años para este mes no se programan salidas a medio familiar											
							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!	
6	ficiencia, eficacia. Efectividad	Gestionar la afiliación al sistema de seguridad social en salud a las personas mayores institucionalizadas.	% usuarios vinculados al Sistema general de Seguridad Social en Salud	100%	A Necesidad	Realizar tramites respectivos a Vinculaciones en base de datos de SISBEN y EPS según corresponda	Número de personas mayores activas en SGSSS	1	75											
							Número de peronas mayores institucionalizadas	1	75											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/SEGUIMIENTO	El total de las personas mayores se encuentran activas en sus respectivas Eps-s recibiendo atención primaria en Fusagasugá. Se encuentran activas en el régimen subsidiado 71 en la Eps-s Convida y en el contributivo 4 personas mayores 3 en la nueva eps y 1 en compensa. A la fecha la persona mayor Clodomiro Castro ya esta activo para atención en Fusagasugá, y se realiza tramite de traslado territorial de Epss del señor José Domingo Guzmán en Convida Epss.	El total de las personas mayores se encuentran activas en sus respectivas Eps-s recibiendo atención primaria en Fusagasugá. Se encuentran activas en el régimen subsidiado 71 en la Eps-s Convida y en el contributivo 4 personas mayores 3 en la nueva eps y 1 en compensa. A la fecha la persona mayor José Domingo Guzmán ya esta activo para atención en Fusagasugá.											
							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!	
7	eficiencia, eficacia. Efectividad	Liderar el proceso de elaboración de los PAIIN del total de los usuarios atendidos	% usuarios con Plan de atención Individual institucional	100%	A Necesidad	Elaborar y diligenciar los PAIIN en sus tres etapas según tiempos establecidos	Número de PAIIN y Monitoreandos realizados	27	24											
							Número de PAIIN y MonitoreandosProgramados	27	24											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS / SIGUIMIENTO	En el mes se realizaron 26 seguimientos al PAIN (monitoriando) según tiempos establecido en el anexo tecnico (José Luis Ardila, Julia Ariza, Manuela Ávila, Bertilda Beltrán, Blanca Beltrán, Alfonso Benavides, Gonzalo Borda, Irene Bustos, María Eugenia Céspedes, Luis Miguel Galindo, Guillermo Moreno, Miguel Moreno, María del Carmen Moreno, Carmen Moreno, José Murillo, Florinda Ordoñez, Nieves Ortiz, Jacinto Páez, Loleila Quevedo, Teresita Ramírez, Calixto Ríos, Sixto Ríos, Santos Robayo, Numa Sierra, Blanca Silva). y se elabora el Pain de la persona mayor Jose Domingo Guzman	En el mes se realizaron 24 seguimientos al PAIN (monitoriando) según tiempos establecido en el anexo técnico: Lucrecia Bejarano, Juan de Jesús Cruz, Tomas Cubillos, Iván Díaz, Ligia Espinosa, Gregoria Garzón, Ana Elisa Gonzalez, Marcelina Gómez, Macedonio Guzmán, Luz Marina López, Leonilde Melo, Adela Pachón, Herminia Parra, Nicolas Pinzón, Manuel Porras, Vicente Pulido, Resurrección Pulido, Julia Ramírez, Ambrosio Ramírez, Juvenal Ramírez, Gil Mesías, Alejandro Sierra, Salomón Tolentino											
							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!	
8	eficiencia, eficacia. Efectividad	Realizar Evolución trimestral al 100% de las Personas Mayores	% Evoluciones trimestral a la Personas Mayores	100%	Mensual	Realizar evolucion trimestral a las Personas Mayores institucionalizadas, según cronograma mental para dar cumplimiento dentro los 3 meses.	Numero total de evoluciones trimestrales realizadas	33	25											
							Numero total de evoluciones trimestrales programadas	33	25											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS / SIGUIMIENTO	Se realizan evoluciones trimestrales y notas de trabajo social de novedades presentadas durante el mes: José Luis Ardila, Julia Ariza Marín, Bertilda Beltrán, Alfonso Benavides Munca, Gonzalo Borda, Irene Bustos Donato, Juan De Jesús Cruz, Tomas Cubillos, Iván Díaz, Ana Dolores Escobar, María Ligia Espinosa, María Gregoria Garzón, Leonilde Melo Algarra, Marco Antonio Mora Enciso, Miguel Moreno, María Nieves Ortiz, Luis Miguel Galindo Álvarez, Jacinto Páez Castillo, Nicolás Pinzón, María Resurrección Pulido López, Teresita Ramírez Vda De Escobar, Ambrosio Ramírez Domínguez, Rogelio Ramírez Cortes, Santos Robayo Rodríguez, Blanca Nubia Silva De Bernal, Georgina Silva, Salomón Tolentino, María Fideligna Velásquez Baquero. . Notas de personas mayores en aislamiento por presentar sintomas respiratorios. Tomas Cubillos, JuliaAriza, Jose Luis Ardila, Felix Castañeda, Loelia Quevedo, Angel Jimenez, Arturo Malo, María Helena Villa.	Se realizan 22 evoluciones trimestrales de trabajo social y se realizan notas de novedades presentadas durante el mes: Miryam Alfonso, Olga Ardila, Luz Atuesta, Manuela Ávila, Gregorio Beltrán, María Eugenia Cespedes, Ligia Espinosa, Marcelina Gómez, Ana Elisa Gonzalez, Arturo Herrera, Ángel Jiménez, Clara Lemoine, Abelardo Martínez, Alfonso Morales, José Murillo, Florinda Ordoñez, Herminia Parra, Lolaila Quevedo, Julia Ramírez, Juvenal Ramírez, Numa Sierra, Nicolas Pinzón, Mercedes Herrera, Nieves Ortiz. Notas de procesos de hospitalización e intervenciones con familia.											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
9	eficiencia, eficacia. Efectividad	Realizar valoracion cada dos años a las Personas Mayores, según Cronograma por fecha de ingreso al Centro de Protección Social	% de valoración bianual	100%	A Necesidad	Realizar valoraciónTrabajo Social cada dos años según fecha de ingreso de la Persona Mayor Al CBA Belmira.	Numero total de valoraciones bianuales realizadas	3	6											
							Numero total de valoraciones bianuales programadas	3	6											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS / SIGUIMIENTO	Para este mes se realizaron 2 actualizaciones de estudio socio familiar bianual según cronograma y se realizia valorcion de ingreso de la persona mayor Jose Domingo Guzman ninguna persona mayor.	Para este mes se realizaron 6 actualizaciones de estudio socio familiar bianual según cronograma de las personas mayores: Bertilda Beltrán, Alfonso Benavides, Marco Antonio Mora, José Murillo Albornoz, Numa Sierra, Fidedigna Velásquez											
							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!	
10	eficiencia, eficacia. Efectividad	Participar de los espacios de capacitación continuada programadas y dirigida a los compañeros del CBA Belmira. Sobre divulgacion, de guias, procedimientos, protocolos.	% cumplimiento con capacitación contima	100%	Mensual	ntervención y participación de las capacitaciones brindadas al personal favoreciendo la actualizacion de conocimientos y practica de acciones seguras, en pro de la calidad de la atencion hacia las personas mayores	Numero total de capacitaciones participadas	5	12											
							Numero total capacitaciones programadas.	5	12											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS / SIGUIMIENTO	Se participa nn las diferentes capacitaciones virtuales: Sitema en seguridad y salud en el trabajo, Gestión ambiental.	En el mes se participa nn las diferentes capacitaciones virtuales: Sitema en seguridad y salud en el trabajo, Gestión ambiental, Enfermeria, carteleras virtuales, Medicina, y se realiza capacitacion virtual al talento humano en corresponsabilidad familiar.											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
11	eficiencia, eficacia. Efectividad	Participar en las reuniones administrativas, actividades de integración, Religiosas, Culturales, comites programadas por la Dirección y según requerimiento.	% cumplimiento con actividades programadas según prestación de servicios de proteccion social.	100%	Mensual	Cooperación con intervenciones del equipo y área administrativo en busca de cumplimiento de logros colectivos	Número total de reuniones y/o actividades realizadas	1	1											
							Núemero total de reuniones y/o actividades programadas	1	1											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS / SIGUIMIENTO	Se realizo una reunión de equipo convocada por la Dirección y coordinacion del centro.	Se realizo una reunión de equipo convocada por la Dirección y coordinacion del centro.											
							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!	
12	eficiencia, eficacia. Efectividad	Participar en la realizacion de informes, solicitados por la Dirección y según requerimiento.	% cumplimiento con informes solicitados según prestación de servicios de proteccion social.	100%	Mensual	Entrega oportuna de informes solicitados del Equipo y área de atención.	Número total de informes realizados	12	10											
							Número total de informes programados	12	10											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS / SIGUIMIENTO	Para el mes se realizaron 12 Caracterización de la población, novedades estadísticas, listado de personas mayores, informe estadístico, informe de egresos, Informe de matriz de defunción para el área de calidad, informe de comunicación, Base de datos del CBA Belmira con la Secretaria de salud Departamental y Ministerio para proceso de vacunación de Covid 19, base de datos de familias que no están de acuerdo con la vacunación del Covid 19. Informe de procedencia e ingresos, informe psicosocial de la persona mayor Clodomiro Castro solicitado por Comisaria de familia del Municipio de Bituima, informe de personas mayores que no han ingresado al CBA y tienen ficha de ingreso.	Para el mes se realizaron 12 Caracterización de la población, novedades estadísticas, listado de personas mayores, informe estadístico, informe de egresos, Informe de matriz de defunción para el área de calidad, informe de comunicación, Base de datos del CBA Belmira con la Secretaria de salud Departamental, Base de datos de personas mayores sib red familiar, Formato Plan de Vacunacion Centros Larga Estancia PAM, Informe de jornada de vacunacion covid 19.											
							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!	
13	eficiencia, eficacia. Efectividad	Participar de los estudios de caso y seguimiento a los compromisos establecidos ya sea por seguimiento por su estado de salud o alteración a nivel comportamental.	% cumplimiento con participacion en la realizacion de estudios de caso de Personas Mayores institucionalizadas	100%	Mensual	Conocimiento de la situacion de salud física, mental, conductua y comportamental a partir de sus deficiencias.	numero total de estudios de casos realizados	2	10											
							Numero total de estudios de casos programados.	2	10											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS / SIGUIMIENTO	Para este mes se realizaron 2 estudios de caso de las personas mayores Jose Domingo Guzman para la elaboración del PAIn y Ligia espinosa por situación de salud.	Para este mes se realizaron 10 estudios de caso programados: Miriam Alfonso, Olga Ardila, Julia Ariza, Luz Atuesta, Manuela Ávila, Lucrecia Bejarano, Bertilda Beltrán, Blanca Beltrán, Gregorio Beltrán, Victor Julio Jiménez											
							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!	
14	eficiencia, eficacia. Efectividad	Sistematizar, realizar y enviar el informe Trimestral de usuarios de Convenios interadministrativos a la Beneficencia	% cumplimiento con los informes de Convenio solicitados en los tiempos requeridos	100%	Trimestral	Organizar y entregar oportunamente informe - acta de permanencia de personas mayores de acuerdo a	Número de informes realizados de personas mayores ingresadas por Convenio	5	10											
							Numero de informes de personas mayores ingresadas por Convenio	5	10											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS / SIGUIMIENTO	Para esta nes se generaron 5 actas de convenio de egresos, 1 de Bituima, 2 de Fusagasuga, 1 Anapoima y 1 Tena.	Para esta nes se generaron 10 actas de convenio: Arbelaez 2, Choachi 2, La Calera 3, Paratebueno 1, y 2 slicitados de personas mayores procedentes de San Juan de Rio seco que a la fecha al CBA no han notificado que hayan ingresado por convenio											
							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!	
15	eficiencia, eficacia. Efectividad	Dar cumplimiento al procedimeinto del Sistema de Información y Atención l Usuario de la Beneficencia de Cundinamarca re4alizando la apertura de Buzón de PQRS y dando respuesta al mismo.	% cumplimiento de apertura de buzon y respuestas en los tiempos requeridos	100%	Quincenal	Realizar apertura de Buzon de PQRS, entregar oportunamente informe - acta de apertura de buzon y respuestas de las mismas	Número de apertura de buzon programada	2	2											
							Número de apertura de buzon ejecutada	2	2											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS / SIGUIMIENTO	En este mes se realizaron 2 aperturas de buzón loes días 13 y 27 de enero de 2021, no se encontraron PQRS. Esta pendiente respuesta por parte de la Bebeficencia del derecho de petición.	En este mes se realizaron 2 aperturas de buzón loes días 10 y 24 de febrero de 2021, no se encontraron PQRS.											
							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!	
16	eficiencia, eficacia. Efectividad	Identificar el nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios y trato recibido en la atencion recibida en el Centro Bienestar del Anciano Belmira	% de satisfacción global en usuario	100%	ANUAL	Realizar encuestas de satisfacción al usuario evaluando satisfacción a servicios prestados en el CBA	Número de encuestas aplicadas	0	20											
							Número de encuestas programadas	0	20											
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/SEGUIMIENTO	Se proyecta para el mes de febrero 2020	Para este mes se aplicaron 20 encuestas de satisfacción a las personas mayores que cognitivamente estan en capacidad de contestar.											
							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!	
17	eficiencia, eficacia. Efectividad	Identificar el nivel de satisfacción de familias de los usuarios con los servicios y trato recibido en la atencion recibida en el Centro Bienestar del Anciano Belmira	% de satisfacción global en las familias	100%	ANUAL	Realizar encuestas de satisfacción alcliente externo evaluando satisfacción a servicios prestados en el CBA	Número de encuestas aplicadas	0	20											
							Número de encuestas programadas	0	20											
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/SEGUIMIENTO	Se proyecta para el mes de febrero 2020	Para este mes se aplicaron 20 encuestas de satisfacción a las redes familiares y sociales, 10 contestaron de manera presencial en la porteria del hogar y 10 de manera virtual, se esta esperando respuesta de otras redes familaires para dar continuidad en la aplicacion de la encuesta.											
							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!	
18	eficiencia, eficacia. Efectividad	Gestionar a nivel interinstitucional e intersectorial servicios de apoyo al C.B.A. Belmira que contribuyan a mejorar la calidad de vida de las persona mayores	% Redes institucionales solicitados.	100%	ANUAL	Gestionar con instituciones locales, departamentales servicios para la garantía de derechos de las personas mayores	Número de redes contactadas	6	6											
							Número de redes con gestión	6	6											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/SEGUIMIENTO	Durante el mes se realizó gestión de redes con Entidades como, Eps Convida, , Hospital San Rafael de Fusagasuga Oxy Expres, Eps Convida, Sisben, Oncolofe	Durante el mes se realizó gestión de redes con Entidades como: Eps Convida, Hospital San Rafael de Fusagasuga Oxy Expres, Oncolofe, Secretaria de salud, Personeria Municipal											
							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!	

J.H.S. INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA PROCESO	CENTRO BIENESTAR DEL ANCIANO BELMIRA INFORME DE GESTION VIGENCIA 01 DE ENERO AL 31 DICIEMBRE DEL 2021 GESTION DE CALIDAD	CODIGO:FT-GC-011 VERSION:001 FECHA: 27/01/2018

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION DEL AREA DE TERAPIA FISICA

CANTIDAD	TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGO	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	GRAFICO DEL INDICADOR
1	EFICACIA	Realizar valoracion integral a las personas mayores que ingresana la Institucion con el fin de evaluar su estado fisico y replantear tratamiento de rehabilitación .	% de valoraciones realizadas	A NECESIDAD	Realizar valoracion Fiasioterapeutica a las personas mayores que ingresan con el fin de conocer condiciones de su estado musculesqueletico	número de valoraciones ingreso reallizadas en el periodo	0	0											
						Numero de ingreso presentados	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!	
						ANALISIS/ SIGUIMIENTO	No se presentaron ingresos en el periodo	No se presentaron durante el mes											
						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!	
2	EFICACIA	se realizan valoraciones anual a las personas mayores según fecha de ingreso al CBA Belmira	% de valoracion anual	MENSUAL	Se realizan valoraciones anual a las personas mayores según fecha de ingreso al CBA Belmira	número de valoraciones reallizadas en el periodo	2	6											
						Numero de valoraciones que corresponden según fecha de ingreso	2	6											
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	#:DIV/0!	#:DIV/0!	#:DIV/0!	#:DIV/0!	#:DIV/0!	#:DIV/0!	#:DIV/0!	#:DIV/0!	#:DIV/0!	#:DIV/0!	
						ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Se realiza valoración anual usuarios:Juvenal Ramirez,Ivan Díaz	Se realiza valoración usuarios:											
						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!	
3	EFICACIA	Realizar Sseguimiento trimestral a las personas mayores con el fin de replantear estrategias de tratamiento y/o rehabilitación.	% de cumplimiento a seguimientos trimestrales	TRIESTRAL	Se realizan evoluciones trimestral según corresponda	Número de seguimientos trimestrales realizados	27	22											
						Numero de seguimientos programados	27	22											
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
						ANALISIS/SEGUIMIENTO	Se diligencia en sistema evoluciones correspondientes al periodo	Se realizan 22 evooluciones correspondientes al mes											
						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!	
4	EFICACIA	Identificar alteraciones de origen osteomuscular de las personas mayores que afecten su funcionalidad	% de personas mayores atendidas	A NECESIDAD	Realizar intervencion según orden medica con el fin de disminir dolor mejorar arcos de movilidad rehabilitacion en marcha entre otras.	Numero de personas atendidas de manera individual	22	20											
						total de personas requieren manejo individual	22	20											
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
						ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Rogelio Ramirez,Gil Romero,Blanca Varón,Gregorio Beltrán,Numa Sierra,Isabel Lozano,Julia Ramírez,Manuel Porras,Stella Júneme,José Murillo,Leonilde Melo,,Ligia Espinoza,Marcelina Gómez,Ivan Díaz,Sisto Rios,Clara Lemoine,Nicolás Pinzón,Modesto Muestradientes,Nieves Ortiz,Julia Ariza,Helena Villa,Arturo Malo	Arturo Malo,Clodomiro Castro,Numa Sierra,Leopoldo Monroy,Logia Espinoza,Juvenal Ramírez,Ivan Díaz,Javier Sandoval,Stella Júneme,Luz López,Gregorio Garzón,Jose Murillo,Angel Jimenez,Gregoria Garzón,Fideligna Velasquez,Marcelina Gómez,Manuela Avila,Macedonio Guevara,Bertilda Beltrán,Blanca Beltrán											
						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!	
5	EFICACIA	Aplicar modalidades fisicas y acciones terapeuticas a nivel osteomuscular y neuromuscular establecer estrategias que permitan mejorar o mantener su funcionalidad musculo esqueletica por medio de terapia grupal	% de gimnasia grupal a personas mayores	Mensual	Ejecucion de programa de actividad fisica encaminado a conservar movilidad articular,manejo de flexibilidad,fuerza muscular,estimulacion de equilibrio y propiocepcion	Numero de personas que participan	67	64											
						Numero de personas en condicion de realizar actividad dirigida	67	64											
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
						ANALISIS/SEGUIMIENTO	Población funcional,semifuncional y que requieren asistencia	Población funcional,semifuncional y que requieren asistencia,usuarios que no participaron por peiodo de hospitaización y aislamiento											
						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!	
6	EFICACIA	prevenir la aparicion de ulceras por presion en la spersonas mayores con con dependencia severa.	% cumplimiento a la realizacion de cambios de posicion	A necesidad	Aplicar modalidades terapeuticas: los dias martes se realiza terapia paiativa individual y lubricacion.	Numero de personas vinculadas en programa de seguimiento a prevencion de escaras	8	11											
						Total personas programadas	8	11											
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
						ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Bertilda Beltrán,Ema Jimenez,Carmen Moreno, Florinda Ordoñez,Ambrosio Ramirez,Rogelio Ramirez,Jacinto Páez,Guillermo Moreno.	Florinda Ordoñez,Guillermo Moreno,Emma Jimenez,Ambrosio Ramirez,Rogelio Ramirez,Jacinto Paez,Bertilda Beltran,Carmen Moreno,Leonilde Melo,Herminia Parra,Elisa Gonzales											
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	Mesa	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
7	EFICACIA	Realizar actividades que mejoren las condiciones musculo esqueleticas de las persona mayores funcinales	% DE CAMINATAS	mensual	Realizar caminatas semanal según cronograma involucrando a persona mayores de acuerdo a su condicion en caminata larga y /o corta	numero de caminatas realizadas	2	2											
						numero de caminatas programadas	2	2											
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
						ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Se realizan de acuerdo a cronograma	Se realizan según cronograma											
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
8	EFICACIA	Participar en estudios de caso para el manejo contingente de situaciones presentadas con personas mayores	% de Realizacion de estudios de caso	A NECESIDAD	Socializar con el equipo intedisciplinario y concluir el plan de manej o fortaleciendo atencion integral	Número de estudios de casos realizados	2	10											
						Número de estudios de casos programados	2	10											
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	#:DIV/0!	#:DIV/0!	#:DIV/0!	#:DIV/0!	#:DIV/0!	#:DIV/0!	#:DIV/0!	#:DIV/0!	#:DIV/0!	#:DIV/0!	
						ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Domingo Guzman,Ligia Espinoza	Manuela Avila,Lucrecia Bejarano,Bertilda Beltrán,Blanaca Beltrán,Gregorio Beltrán,Victor Julio Jimenez											
						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!	
9	EFICACIA	Realizar cierre de historia clinica por fallecimiento, traslado, reintegro familiar	% DE cierre de historia clinica por egreso	A NECESIDAD	Realizar registro de cierre en la historia según necesidad	Número de historias clinicas cerradas en el periodo	2	0											
						Total de egresos en el periodo	2	0											
						CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
						ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Cierre por fallecimiento Jose Luis Ardila,Félix Castañeda	No se presentaron egresos en el periodo											
						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!	
10	EFICACIA	Entrtegar oportunamente informes administrativos solicitados al área	% cumplimiento en la entrega de informes	MENSUAL	Realizacion informes solicitados	Numero de informes realizados en el mes	3	1											
						total de informes solicitados en el mes	3	1											
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
						ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Informe de gestión ,Caracterización,actualización protocolo de manejo fisioterapia covid 19	Informe de gestión											
						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!	
11	EFICACIA	Apoyo al equipo interdisciplinario en las diferentes actividades que se programen en la institucion: recreativas, ludicas y culturales	%actrividades programadas	MENSUAL	Participacion en actividades organizadas en la institucion	Numero de actividades programadas en el mes	3	2											
						Numero de actvidades realizadas	3	2											
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
						ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Adoración Eucarística,apoyo visita de secretaria,apoyo organización lokers para cambio de ropa del personal	Adoración eucarística,ronde de seguridad,											
						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!	
12	EFICACIA	capacitar y participar en capacitaciones a empleados de la institucion en temas relacionados sobre manual de atencia.	% capacitaciones programadas	MENSUAL	Actualizacion de conocimientos en diferentes areas y tematicas, dando cumplimiento al cronograma	Numero de capacitaciones realizadas en el mes	7	15											
						numero de capacitaciones programadas según cronogramadas para el mes	7	15											
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	#:DIV/0!	#:DIV/0!	#:DIV/0!	#:DIV/0!	#:DIV/0!	#:DIV/0!	#:DIV/0!	#:DIV/0!	#:DIV/0!	#:DIV/0!	
						ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Se participa en capacitaciones de SGSST: medidas preventiva covid limpieza y desinfeccion de la vivienda,divulgación procolo de bioseguridad,limpieza y desinfección de vehículos,Tips sobre contagio de una persona que no presenta sitomas, AREA AMBIENTAL:cartelera virtual tips para preveir coronavitus en trabajo y hogar,MEDICO: Capacitación sobre Covid, JEFE:Capacitación sobre Covid	TS: corresponsabilidad familiar,AMBIENTAL: 2 tips cartelera virtual,manual de procedimientos area de aislamiento, SSST:Tips manejo de salud mental durante la pandemia,secuelas psicológicas tratornos y traumas despues del covid, encuesta de estratificación del riesgo individual,programa de inducción y reinducción,tips sobre cuarentena covid,MD:Socialización vacunación covid,se realizan capaciatación auxiliar de area sobre:medios físicos,protocolo de limpieza y desinfección programa de seguridad de la persona mayor prevención UPP,protocolo caminata y marcha asistida,programa de actividad física y musicoterapia,taller a usuarios sobre covid e importancia del lavado de manos											
						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!	
13	EFICACIA	Asistir y apoyar en las reuniones de familia	% reuniones programadas DE FAMILIA	MENSUAL	Participar en reuniones ,dia a dia y comites según cronograma	Numero de actividades programadas realizadas en el mes	4	3											
						numero de actividades ejecutadas	4	3											
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	#:DIV/0!	#:DIV/0!	#:DIV/0!	#:DIV/0!	#:DIV/0!	#:DIV/0!	#:DIV/0!	#:DIV/0!	#:DIV/0!	#:DIV/0!	
						ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Reunion de área,Reunión Equipo,comités,reunion extraordinaria dirección	Reunion de area,Reunión Eqquipo											
						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!	
14	EFICACIA	Realizacion de PAIN y monitoreando	% DE REALIZACION DE PAIN Y MONITOREANDO	MENSUAL	se logra participar en PAIN y monitoreandos programados	numero de PAIN realizados en el mes	26	24											
						numero de PAIN programados en el mes	26	24											
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
						ANALISIS/SEGUIMIENTO	Se realizan 25 monitoreos y 1 PAIN DE José Domingo Guzmán	Se realizan 24 monitoreos correspondientes al periodo											
						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!	
15	EFICACIA	se valora persona mayor y según condicion fisica se le asigna aditamento	% de asignacion de e ayudas externas aditamentos	A NECESIDAD	se valora persona mayor y según condicion fisica se le asigna aditamento	Numero de personas mayoresa quien se asigna aditamento	2	1											
						Total de personas mayores que requieren aditameto	2	1											
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
						ANALISIS/SEGUIMIENTO	Caminador Vicente Pulido,Silla de ruedas Ligia Espinoza	Silla de ruedas juan cruz											
						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!	
16	EFICACIA	Ejecutar programa de deambulacion Asistida con el fin de conservar marcha asistida	% de usuarios vinculados al programa deambulacion Asistida	A NECESIDAD	Vinculacion de usuarios en programa que conservan patron de marcha con acompañamiento y /o estan en condiciones de realizar bipedestacion con apoyo	Numero de personas mayores vinculados al programa	20	20											
						Total de personas mayores en condicion de participar	20	20											
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
						ANALISIS/SEGUIMIENTO	Usuarios con capacidad en bipedestación y patrón de marcha con asistencia	Modesto Muestradientes, Clara Lemoine, Julia Ariza, Arturo Malo, Macedonio Guevara, José Murillo, Numa Sierra, Clodomiro Castro, Stella Júneme, Blanca Silva, Stella Júneme ,Helena Villa, Olga Ardila, Juan Cruz, Elisa Gonzáles, Loelia Quevedo, Luz López, Julia Ramírez, Numa Sierra, Tulia Moreno											
						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!	
17	EFICACIA	Realizar intervencion en usuarios dependientes mediante programa de cuidado paliativo y jornada de terapia integral	% de usuarios vinculados al programade cuidado paliativo y jornada de terapia integral	A NECESIDAD	Vincular usuarios dependientes en programa de cuidado paliativo y jornda de terapia integral con el fin de evitar mayor compromiso y /o deterioro musculoesqueletico como consecuencia de su estado de inmovilizacion.	Numero de personas mayores vinculados al programa	12	12											
						Total de personas mayores en condicion de dependencia	12	12											
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
						ANALISIS/SEGUIMIENTO	Usuarios en silla de ruedas y dependientes	Usuarios dependientes											
						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!	
18	EFICACIA	Realizar programa de Musicoterapia como plan complementario en proceso de rehabilitacion	% de usuarios vinculados al programa de Musicoterapia	A NECESIDAD	Vinculacion en programa de musicoterapia	Numero de jornadas realizada	2	2											
						Total de Jornadas programadas	2	2											
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
						ANALISIS/SEGUIMIENTO	Se realizan dos jornadas al mes	Se realizan dos jornadas al mes correspondiente a los dos ultimos viernes de mes											
						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!	

I.B.D.S.
INSTITUTO DE BIBLIOTECAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA
PROCESO

CENTRO BIBLIOTECARIO DEL SACRADO BELÉN DE BELÉN
INFORME DE GESTIÓN VIGENCIA: 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2021
GESTIÓN DE CALIDAD
FECHA: 15 DE ENERO DE 2022

CANTIDAD	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
1	Eficacia	Conocer el Estado Nutricional actual de la Persona Mayor que ingresa al CBA. Belén	% de Valoraciones de ingreso	100%	Mes a 4	Realizar valoración Nutricional Integral a la Persona Mayor que ingresa a por primera vez al CBA-B	Número de valoraciones por ingreso realizadas de el mes.	6	6											% DE VALORACIONES DE INGRESO
							Numero total de ingresos en el mes	6	6											
							CUMPLIMIENTO	6,00/6,00	6,00/6,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	No se presentaron ingresos de personas mayores durante el mes.	No se presentaron ingresos de personas mayores durante el mes.											
							PLAN DE MEJORA	NO PRESENTA	NO PRESENTA	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	
2	Eficacia	Identificar y detectar tempranamente los cambios presentados en la Situación Nutricional de la Persona Mayor	% de seguimientos al Estado Nutricional	100%	Trimestral	Desarrollar proceso de Seguimiento al Estado Nutricional de las personas mayores residentes en el CBA/B.	Numero de seguimientos al estado nutricional realizados en el mes.	27	24											% DE SEGUIMIENTOS AL ESTADO NUTRICIONAL
							Total de personas mayores que les corresponde seguimientos en el mes.	27	24											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	En el mes de Enero de 2021 se realizaron 27 seguimientos trimestrales, al estado nutricional, correspondientes al 30% de la totalidad de 71 personas mayores residentes en el CBA. Belmez	Durante el mes de Febrero de 2021 se realizaron 24 seguimientos trimestrales, al estado nutricional, correspondientes al 30% de la totalidad de 71personas mayores residentes en el CBA. Belmez								
							PLAN DE MEJORA	NO PRESENTA PLAN	NO PRESENTA PLAN	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	
3	Eficacia	Favorecer la atención integral de la Persona Mayor a través del Estudio de caso integral.	% de estudios de caso clínico realizado.	100%	Mes a 4	Participar en planeación y ejecución de los Estudios de Caso Clínicos para manejo integral.	Numero de estudios de caso integrales realizados	2	10											% DE ESTUDIOS DE CASO CLINICO REALIZADO.
							Total de personas mayores programadas	2	10											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Se participa en Estudios de caso Interdisciplinario de las personas mayores: Gigis Espinoza, Jose Domingo Gamero, con el propósito de realizar atención integral de salud, adaptación al medio institucional y mejora en el comportamiento.	Se participa en Estudios de caso Interdisciplinario programado de las personas mayores: Miriam Ribeiro, Olga Ardila, Julia Arias, Luz Alarcon, Manuela Avila, Jose Domingo Gamero, Gigis Espinoza, Maria Gregoria Beltran, Alfonso Bermudez y Victor Jimenez con el propósito de realizar atención integral de salud, adaptación al medio institucional y mejora en el comportamiento.								
							PLAN DE MEJORA	NO PRESENTA PLAN	NO PRESENTA PLAN	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	
4	Eficacia	Realizar atención diferenciada/ética a las Personas Mayores que presentan enfermedades relacionadas con la alimentación	% de indicaciones dietoterapeuticas realizadas	100%	Mensual	Desarrollar estrategias individuales de atenciones diferenciadas a las Personas Mayores que presentan enfermedades relacionadas con la alimentación	Numero de personas mayores con alguna dificultad en la dieta	48	46											% INDICACIONES DIETOTERAPEUTICAS REALIZADAS
							Total de personas mayores que presentan dieta según orden médica o nutricional	48	46											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Durante el mes, se continua con modificaciones en las dietas de 48 de las personas mayores que alguna modificación en la alimentación, con el fin de controlar o reducir su enfermedad o evitarla, con actualización de la carteleo del comedor y servicio de alimentos , vigilancia en horas de alimentación para evitar de preparación de platos diferentes y seguimiento al consumo.	De la totalidad de personas mayores (71)se tienen con atenciones dietoterapeuticas al 62%, por indicación médica y terapéutica, con publicación socializativa y vigilancia en el consumo de la dieta prescrita								
							PLAN DE MEJORA	NO PRESENTA PLAN	NO PRESENTA PLAN	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	
5	Eficacia	Organizar y socializar en plan dietario individual a las Personas Mayores con Bajo Peso y Malnutrición, favoreciendo la recuperación y mantenimiento adecuado del Estado Nutricional	% de usuarios con delgadez	100%	Mes a4	Intervenciones individuales/educativas con plan dietario Hipocalórico, Hipoglucido que favorezca su Situación Nutricional	Numero de usuarios identificados con Diagnostico de delgadez	7	7											% DE USUARIOS CON DELGADEZ
							Total de usuarios con diagnosticos de delgadez	7	7											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Indicador de Delgadez corresponderme al 9,8% del total de 71personas mayores residentes. Continuan en delgadez las personas mayores: Lourdes Mole, Jaclen Pava, Bertilda Beltran, Carmen Moreno, Arturo Herrera, Floridalz Gutiérrez,Olga Ardila, presentan patrón de sospechoso, alteraciones en la deglución. La cua Gigis Espinoza con cuya ingesta en la asepsia en la alimentos, quien come con Ca Pancreas con especial en observacion. Se realiza vigilancia hipocalóricas y hipercalóricas y hipoproteicas mediocamentos tipo Prozaty en cena y refrigesta nocturno	Para el mes de Febrero se continua con Indicador de Delgadez corresponderme al 9,3% del total de 71 personas mayores residentes. Continuan en delgadez las personas mayores: Lourdes Mole, Jaclen Pava, Bertilda Beltran, Carmen Moreno, Arturo Herrera, Floridalz Gutiérrez,Olga Ardila, presentanpatrón patrón de sospechoso y alteraciones en la deglución. La cua Gigis Espinoza con cuya ingesta en la asepsia en los alimentos, quien come con Ca Pancreas con especial en observacion. Se realiza vigilancia hipocalóricas y hipercalóricas y hipoproteicas mediocamentos tipo Prozaty en cena y refrigesta nocturno								
							PLAN DE MEJORA	NO PRESENTA PLAN	NO PRESENTA PLAN	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	
6	Eficacia		% de usuarios con Sobrepeso / Obesidad	100%	Mensual	Intervenciones individuales/educativas con plan dietario Hipocalórico, Hipoglucido que favorezca su Situación Nutricional	Numero de usuarios con diagnostico de Sobrepeso/Obesidad	8	8											% DE USUARIOS CON SOBREPESO / OBESIDAD
							Total de usuarios con diagnostico de Sobrepeso/Obesidad	8	8											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Indicador de Obesidad. 1,3% con una persona mayor "Irene Julio Jimenez, quien acepta alimentos de pares, ce abordaje y cambio de menu. Indicador de Sobrepeso del 6,5% , siendo 5 mayores: Jose Domingo Gamero, Victor Jimenez, Ana Ramirez, Gloria Ramirez, Sanyra Rubaco, Alejandro Sierra, Estella Quevedo, Se continua con manejo cognitivo conductual, con actividades de estimulación cognitiva, uso cola batera, educación nutricional con apoyo de Fisioterapia y Psicologia evidenciando buenos resultados al control trimestral.	Para el mes de Febrero el indicador de Obesidad continua con el 1,3% en la persona mayor "Irene Julio Jimenez, se realiza estudio de caso para lograr aceptabilidad de plan alimentario hipoglucido y cambio de menu. Indicador de Sobrepeso del 6,5% , corresponderme a 7 personas mayores Se continua con manejo cognitivo conductual, con actividades de estimulación cognitiva, uso cola batera, educación nutricional con apoyo de Fisioterapia y Psicologia evidenciando buenos resultados al control trimestral.								
							PLAN DE MEJORA	NO PRESENTA PLAN	NO PRESENTA PLAN	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	
7	Eficacia		% de usuarios en Riesgo o Normalidad Nutricional	100%	Mensual	Intervenciones que favorezca el mantenimiento del Adecuado Estado Nutricional, con plan dietario individual de alimentación normal y vigilancia del consumo	Numero de usuarios en Riesgo o Normalidad nutricional	60	60											% DE USUARIOS EN RIESGO O NORMALIDAD NUTRICIONAL
							Total de usuarios en Riesgo o Normalidad nutricional	60	60											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Durante el mes se evidencia indicador de Riesgo Nutricional 26,8% en 20 personas mayores e Indicador de Normalidad nutricional en 54,8% en 41 personas mayores, se continua con actividades con estimulación cognitiva para conservar y mantener estado nutricional.	Durante el mes de Febrero se continua con indicador de Riesgo Nutricional 26,8% en 20 personas mayores e Indicador de Normalidad nutricional en 54,8% en 41 personas mayores, se realizan actividades de estimulación cognitiva para conservar y mantener estado nutricional.								
							PLAN DE MEJORA	NO PRESENTA PLAN	NO PRESENTA PLAN	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	
8	Eficacia	Fomentar consumo de preparaciones caseras con alto contenido de nutrientes alimentarios dados en Planes Caseros	% Planes caseros realizados	100%	Mes a4	Sensibilizar a las familias en el fomento de habitos alimentarios adecuados	Numero de Planes caseros realizados y socializados	0	0											% PLANES CASEROS REALIZADOS
							Sensible Usuarios que salen con familia	0	0											
							CUMPLIMIENTO	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Se da continuidad a restricciones de visitas de las personas mayores, dado los protocolos de seguridad frente a la pandemia del Covid 19.	Se da continuidad a restricciones de visitas de las personas mayores, dado los protocolos de seguridad frente a la pandemia del Covid 19.								
							PLAN DE MEJORA	NO PRESENTA PLAN	NO PRESENTA PLAN	0,00/0,00	0,00/0,00	NO PRESENTA PLAN	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	
9	Eficacia	Registrar en Historia Clínica las actividades asistenciales de valoración y seguimiento nutricional	% Registros Historia Clínica de actividades de valoración y seguimiento Nutricional realizadas	100%	Trimestral	Registros claros y concisos del seguimiento nutricional realizado en la historias clínicas correspondientes	Numero de registros realizados y ambulados	27	24											% REGISTRO HISTORIA CLINICA DE ACTIVIDADES DE VALORACION O SEGUIMIENTO
							Total de registros programados	27	24											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Se cumple con el 100% de los registros en sistema de los requerimientos programados para este mes.	Se cumple con el 100% de los registros en sistema de los requerimientos programados para este mes.											
							PLAN DE MEJORA	NO PRESENTA PLAN	NO PRESENTA PLAN	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	NO PRESENTA PLAN	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	
10	Eficacia	Realizar el cierre de historias clínicas de personas mayores fallecidas, trasladas o retiradas al medio familiar, según requerimiento.	% cierre de historias clínicas	100%	Mensual	Registros del cierre de Historias Clínicas de Personas Mayores en caso de Fallecimiento, Traslado o Retiro por Familia	Numero total de cierres de registros en las historias clínicas	2	0											% CIERRE DE HISTORIAS CLINICAS
							Numero total de egresos de Personas Mayores	2	0											
							CUMPLIMIENTO	100%	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Durante el mes de Enero, no presentan fallecimiento de las personas mayores Nilda Antonia Carvajalino (11/01/2021) y Jose Luis Ardila (13/01/2021).	Durante el mes, no se presentaron egresos de personas mayores por traslado o fallecimiento.								
							PLAN DE MEJORA	NO PRESENTA PLAN	NO PRESENTA PLAN	0,00/0,00	0,00/0,00	NO PRESENTA PLAN	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	
11	Eficacia	Realizar el seguimiento al Plan de Atención Integral Individual de las Personas Mayores (PAIN	% seguimientos al PAIN	100%	Mensual	Diligenciar formato de consentimiento, planeación y mantenimiento del PAIN de cada persona mayor.	Numero de PAIN realizados	26	24											% SEGUIMIENTOS AL PAIN.
							Numero de PAIN programados	26	24											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	En el mes de Enero se realizaron 26 monitoreos de PAIN y 3 Comité Planeando de la persona mayor Gigis Espinoza, con el propósito de realizar el Comité Trabajo Social, registros en medio magnético- sistematizado.	En el mes de Enero se realizaron 24 monitoreos de PAIN y seguimiento programados de Trabajo Social, registros en medio magnético- sistematizado.								
							PLAN DE MEJORA	NO PRESENTA PLAN	NO PRESENTA PLAN	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	
12	Eficacia	Participar activamente en las actividades culturales, religiosas, recreativas y extra institucionales programas, en pro del bienestar de las Personas Mayores.	% de participación en actividades institucionales	100%	Mes a4	Incrementar las diferentes actividades programadas por las áreas profesionales y Administrativas, en pro de alcanzar logros colectivos	Numero de actividades realizadas en el mes	4	4											% DE PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES INSTITUCIONALES
							numero de actividades programadas en el mes	4	4											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Se participa en Reunión de área de Servicio con Auxiliares del Servicio de Alimentos, Reunion de Equipo, Dia a Dia y Comités.	Se participa en Reunión de área de Servicio con Auxiliares del Servicio de Alimentos, Reunion de Area, Dia a Dia y Comités.								
							PLAN DE MEJORA	NO PRESENTA PLAN	NO PRESENTA PLAN	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	
13	Eficacia	Participar en jornadas de capacitaciones dirigidas a funcionarios del CBA. Belmez dentro del programa de capacitación continua	% de participación en actividades educativas	100%	Mensual	Participación y actualización de conocimientos a través de las diferentes actividades educativas programadas por las áreas profesionales y/o entes externos.	Numero capacitaciones participadas en el mes	5	15											% DE PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES EDUCATIVAS
							numero de capacitaciones realizadas en el mes	5	15											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Se participa en capacitaciones virtual de las areas: SEZZIT: Medidas preventivas Covid-19 Gripal en Diciembre/en en la Vivienda, Medidas preventivas Covid-19 en la Vivienda, Medidas preventivas Covid-19 en la gripal y de prevención de Bioseguridad. Tercera Conferencia: Vacunas, Preconditiones. Area de Aislamiento y Enfermería: Política de Seguridad de la Persona Mayor, Y Social: Corresponsabilidad Familiar.	Se participa en capacitaciones virtual de las areas: SEZZIT: I Tipo de PQ, Programa de Infecciones y Retroinfección, Recuerdos recordatorios del Riesgo, Protocolo de Bioseguridad, Medidas: Vacunación Covid-19, Preconditiones. Area de Aislamiento y Enfermería: Cardiovas: Vacunas, Preconditiones. Area de Aislamiento y Enfermería: Política de Seguridad de la Persona Mayor, Y Social: Corresponsabilidad Familiar.								
							PLAN DE MEJORA	NO PRESENTA PLAN	NO PRESENTA PLAN	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	
14	Eficacia	Brindar espacios de capacitación al personal auxiliar y Personas mayores en fomento y recibo de habitos saludables	% de ejecución actividades educativas continua	100%	Mensual	Capacitación a funcionarios y Personas mayores del CBA. Belmez desde el área de nutrición	Numero de actividades educativas realizadas en el mes	1	1											% DE EJECUCIÓN ACTIVIDADES EDUCACION CONTINUA
							numero de actividades educativas programadas en el mes	1	1											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	El dia 14/01/2021 se realiza reunión de área con auxiliares del servicio de alimentos, se realiza capacitación sobre el Reconocimiento del lavado adecuado de manos.	El dia 04/02/2021 se realiza reunión de área con auxiliares del servicio de alimentos, se realiza capacitación sobre Protocolo de Compras, y Preconditiones del Servicio de Alimentos.								
							PLAN DE MEJORA	NO PRESENTA PLAN	NO PRESENTA PLAN	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	0,00/0,00	

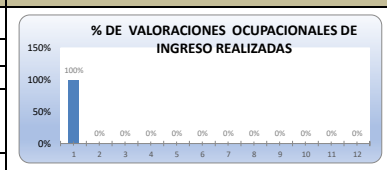
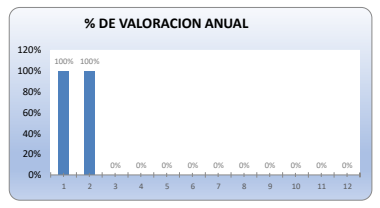
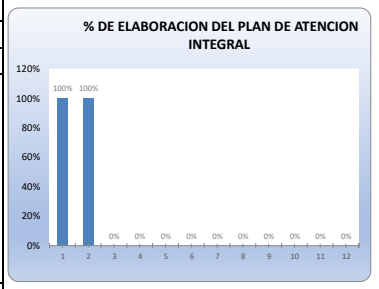
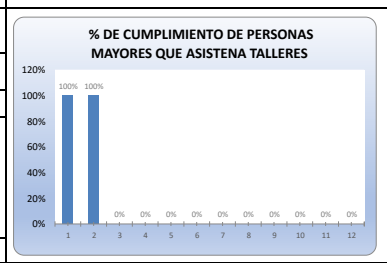
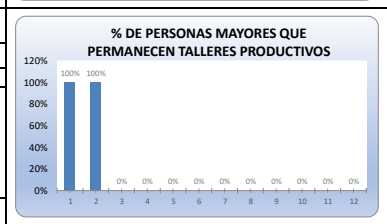
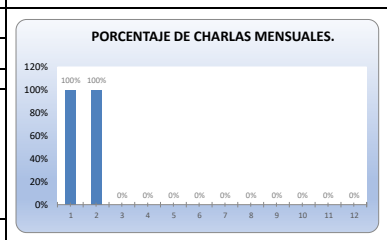
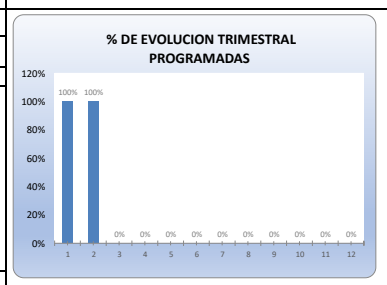
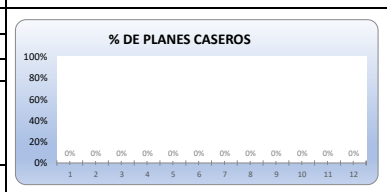
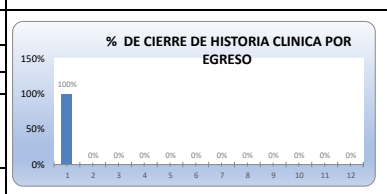
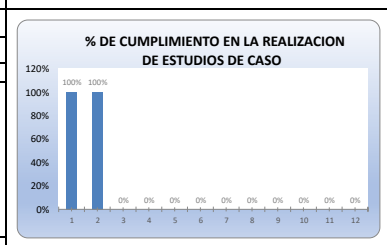
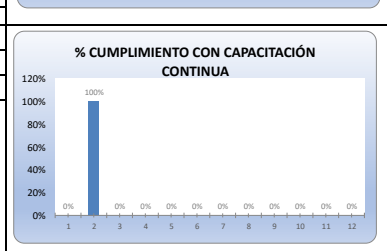
J.H.S.
INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA

PROCESO

CENTRO BIENESTAR DEL ANCIANO BELMIRA
INFORME DE GESTION VIGENCIA 01 DE ENERO AL 31 DICIEMBRE DEL 2021
GESTION DE CALIDAD

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

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION DEL AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL

CANTIDAD	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
1		Realizar valoración ocupacional inicial centrada en la exploración de habilidades físicas y cognitivas, roles ocupacionales e intereses del usuar	% de valoraciones ocupacionales de ingreso realizadas	100%	A NECESIDAD	Conocer su nivel de funcionalidad e independencia.	Numero total de personas valoradas en el periodo	1	0											
							numero total de personas ingresada	1	0											
							CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Ingreso de la persona mayor jose domingo guzman	No se presento durante el mes											
							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!	
2		Realizar valoracion anual a las Personas Mayores, según Cronograma por fecha de ingreso al Centro	% de valoracion anual	100%	Mensual	Se realizan valoraciones anual a las personas mayores según fecha de ingreso al CBA Belmira	número de valoraciones integrales reallizadas en el periodo	2	6											
							numero de valoraciones integrales programadas en el periodo	2	6											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Se dio cumplimiento a las valoraciones de las personas mayores; ivan diaz. Juvenal ramirez.	Se realiza valoraciones anuales de acuerdo a cronograma: Bertilda Beltrán, Alfonso Benavides, Marco Antonio Mora, José Murillo, Numa Sierra, Fideligna Velasquez.											
							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!	
3		Determinar el plan de intervenciones adecuado para cada usuario de acuerdo a valoración y perfil ocupacional, necesidades e intereses individuales, incluyendo actividades de la vida diaria	% de elaboracion del plan de atencion integral	100%	A NECESIDAD	Establecer el Plan de Atención Individual de los usuarios que ingresan a la institución	No. PAIIN elaborados	27	24											
							Total de Paines	27	24											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Se hace seguimiento a monitoreos a las personas mayores jose luis ardila, julia ariza, manuela avila, bertilda beltran, blanca cecilia beltran, alfonso benavides, gonzalo borda, irene bustss, maria eugenia cespedes, luis miguel galindo, calixto rios, jose domingo guzman, guillermo moreno, maria del carmen moreno, ana tulia moreno, miguel moreno, jose murillo, florinda ordoñez, maria nieves ortiz, jacinto paez, loelia quevedo, teresita ramirez, sixto rios, santos robayo, numa sierra, blanca nubia silva, jose domingo guzman.	Se realiza seguimiento a monitoreos de las siguientes personas mayores :Lucrecia Bejarano, Clodomiro Cuellar, Juan Cruz, Tomás Cubillos, Ivan Díaz, Ligia Esponosa, Gregoria Garzón, Elisa Gonzales, Marcelina Gómez, Maccedonio Guevara, Luz Marina López, Leonilde Melo, Adela Pachón, Herminia Parra, NIcolás Pinzón, Manuel Porras, Vicente Pulido, Resurrección Pulido, Julia Ramirez, Ambrosio Ramirez, Juvenal Ramirez, Gil Romero, Alejandro Sierra, Salomón Tolentino.											
							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!	
4		Propender por la participacion de las personas mayores en talleres terapeuticas conservando maximo nivel de independencia y funcionalidad	% de cumplimiento de personas mayores que asistena talleres	75%	Mensual	Conservar habilidades ocupacionales necesarias para desempeñar Actividades terapeuticas y Basicas Cotidianas y de la vida diaria	No. Usuarios vinculados a talleres terapeuticos y AVD de manera independiente y semiindependientes	44	44											
							Total usuarios independientes y semidependientes vinculados	44	44											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/SEGUIMIENTO	Usuarios con grado de dependencia leve, moderada e independencia total; baño, vestido y acicalado, desplazamientos, traslados y alimentacion	Se conserva número de usuarios participantes en Talleres terapéuticos con dependencia leve, moderada e independencia total; baño, vestido y acicalado, desplazamientos, traslados y alimentación.											
							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!	
5		Promover la participacion de las personas mayores independientes y con depencdencia leve en talleres productivos.	% de personas mayores que permanecen talleres productivos	35%	Mensual	Conservando la participacion de las personas mayores con incentivos por la tarea realizada	No. Usuarios participantes Talleres productivos	28	28											
							Total de la población apta	28	28											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Se dio cumplimiento al cronograma para talleres productivos.	Se dá cumplimiento al cronograma para talleres productivos.											
							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!	
6	EFICACIA	Realizar actividades socioculturales, ludica, recreativas y deportivas con la participacion de las personas mayores institucionalizadas a nivel intra y extramural	Porcentaje de charlas mensuales.	100%	Mensual	Mantener activa las red de participacion intra y extramurales, promoviendo calidad de vida	No. de eventos culturales realizados	1	1											
							Total eventos culturales programados.	1	1											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/SEGUIMIENTO	adoracion eucaristica,	Adoración Eucarística											
							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!	
7		Realizar evolución del seguimiento comportamiental ocupacional de forma trimestral y ante novedades presentadas	% de evolucion trimestral programadas	100%	Trimestral	Mantener las evoluciones actualizadas cada tres meses según cronograma mensual para logra la cobertura de la misma.	N° evoluciones realizadas	19	23											
							total evoluciones programadas	19	23											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	se realizo seguimiento trimestral; gonzalo borda, ivan diaz, marcelina gomez, stella juneme, luz marina lopez, an isabel lozano, leonilde melo, modesto muestradientes, florinda ordoñez, adela pachon, manuel arcadio porras, teresita ramirez, ambrosio ramirez, juvenal ramirez, calixto rios, sixto rios, santos robayo, alejandro sierra, nubia silva.	Se realiza las valoraciones trimestrales programadas para la fecha: Manuela Avila, Lucrecia Bejarano, Blanca Cecilia Beltrán de Cuellar, Alfonso Benavides, Irene Bustos, José Tomás Cubillos, María Ligia Espinosa, Luis Miguel Galindo, Gregoria garzón, Elisa Gonzales, Macedonio Guevara, Leopoldo Monroy, José Murillo, Nieves Ortíz, Jacinto Páez, Herminia parra, Nicolas Pinzón, Vicente Pulido, Loelia Quevedo, Rogelio Ramirez, Gil Romero, Numa Sierra, Salomón Tolentino.											
							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!	
8		Generar espacios vivenciales de encuentro entre la red familiar y social con el adulto mayor mediante salidas a medio familiar, salidas a periodo vacacional y salidas cortas.	% de Planes caseros	100%	A Necesidad	Garantizar el diligenciamento oportuno de planes caseros para salidas a medio familiar	N° Planes Caseros realizados	0	0											
							Total solicitud	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!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	no se realizo por medida preventiva COVID	No se realizó por medidas preventivas COVID 19.											
							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!	
9		Realizar cierre de historia clinica por egreso ya sea por fallecimiento, traslado a otro Centro o por reintegro al medio familiar	% de cierre de historia clinica por egreso	100%	A Necesidad	Garantizar el diligenciamento oportuno del cierre de historias clinicas.	N° cierre de historias clinicas realizados	2	0											
							Total solicitud	2	0											
							CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Se dio cierre de historia ocupacional por fallecimineto a jose luis ardila.	No se presenta cierre de historias.											
							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!	
10		Participar en las reuniones administrativas, actividades de integración, Religiosas, Culturales, comites programadas por la Dirección y según requerimiento	% cumplimiento con reuniones programadas según prestación de servicios de proteccion social.	100%	Mensual	Garantizar la asisitencia a las reuniones de equipo para la realización de estudios de caso de las personas mayores ya sea por salud, comportamental o según necesidad	N° de reuniones de equipo realizados	3	3											
							N° de reuniones programados	3	3											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	se realizo el 26 reunion interdisciplinaria, reunion de area 16 de enero, 15 reunion con auxiliares.	Se participó de la reunión de equipo programada. 23 de febrero 2021. (Comité), Reunión de estudios de caso (9-16 febrero).											
							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!	
11		Participar en la realizacion de estudios de caso con el equipo profesional	% de cumplimiento en la realizacion de estudios de caso	100%	Mensual	Garantizar la asisitencia a las reuniones de equipo para la realización de estudios de caso de las personas mayores ya sea por salud, comportamental o según necesidad	N° de estudios de caso realizados	3	10											
							N° de estudios de caso programados	3	10											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	se reunio equipo profesional el dia 19 de enero, estudios d ecaso de jose domingo, ligia espinoza. Clodomiro Castro	El equipo profesional se reune para realizar los estudios de caso de las siguientes personas mayores:Miriam Nelly Alfonso, Maria Olga Ardila, Julia Ariza, Luz Atuesta, Manuela Avila, Lucrecia Bejarano, Bertilda Beltrán, Blanca Cecilia Beltrán de Cuellar, José Gregorio Beltrán, Alfonso Benavides.											
							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!	
12		Participar de los espacios de capacitación continuada programadas y dirigida a los compañeros del CBA Belmira. Sobre divulgacion, de guias, procedimientos, protocolos	% cumplimiento con capacitación continua	100%	Mensual	Intervención y participación de las capacitaciones brindadas al personal favoreciendo la actualizacion de conocimientos y practica de acciones seguras, en pro de la calidad de la atencion hacia las personas mayores	N° capacitaciones asistidas	0	13											
							Total capacitaciones programadas	0	13											
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	No estaba programada.	Tips PyP:3, Cartelera Virtual:2, Programa inducción y Re-inducción: SGSST, Vacunación Covid 19: Medicina, Guía de discapacidad intelectual: Psicología, Encuesta estratificación del riesgo: SGSST, Manual procedimiento-aislamiento: Gestión ambiental, Protocolo Bio-seguridad: SGSST, Programa y Política de Seguridad de la Persona Mayor: Enfermería, Corresponsabilidad familiar: Trabajo Social.											
							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!	

J.H.S. **INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA** **PROCESO**				**CENTRO BIENESTAR DEL ANCIANO BELMIRA** **INFORME DE GESTION VIGENCIA 01 DE ENERO AL 31 DICIEMBRE DEL 2021** **GESTION DE CALIDAD**													**CODIGO:FT-GC-011** **VERSION:001** **FECHA: 27/01/2018**
COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION DEL AREA DE MEDICINA																	
CANTIDAD	**TIPO**	**OBJETIVO**	**NOMBRE DEL INDICADOR**	**FORMULA DEL INDICADOR**	**ENE.**	**FEB.**	**MAR.**	**ABR.**	**MAY.**	**JUN.**	**JUL.**	**AGOSTO**	**SEP.**	**OCT.**	**NOV.**	**DIC.**	**GRAFICO DEL INDICADOR**
1		Valorar los usuarios nuevos al ingreso a la institucion Hogar del Adulto Mayor / C.B.A. Belmira Fusagasuga.	Porcentaje de ingreso nuevos.	Numero Total de Personas Mayores que ingresaron	0	0											PORCENTAJE DE INGRESO NUEVOS.
				Numero Total de Personas Mayores que ingresaron	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!	
				ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Durante el mes de enero no se presentaron ingresos	Durante el mes de febrero no se presentaron ingresos											
				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!	
2		Realizar el control total de la poblacion institucionlizada en el Hogar del Adulto Mayor / C.B.A. Belmira Fusagasuga. trimestralmente.	Porcentaje equitativo mensual de poblacion valorada.	Numero total de personas Mayores en seguimiento en el periodo	75	75											PORCENTAJE EQUITATIVO MENSUAL DE POBLACION VALORADA.
				Numero Total de Personas Mayores ves seguimientos en el periodo	25	25											
				CUMPLIMIENTO	300%	300%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
				ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Se habia programado la vhaloracion control de 25 usuarios para el mes de enero se logra cubrir valorar usuarios pero en atencion a libre demanda mas el ultimo ingreso	Se habia programamado la valoracion control de 25 usuarios para el mes de febrero e se logra cubrir valorar usuarios, pero en atencion a libre demanda mas el ultimo ingreso											
				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!	
3		Realizar consulta medica no programada a los usuarios institucionalizados en el Hogar del Adulto Mayor / C.B.A. Belmira Fusagasuga. y asi definir conductas médicas a los casos clásicos que se presentan y que ameritan atención de urgencia o programada.	Procentaje de Consulta / atencion prioritaria.	Numero total de personas Mayores valoradas que requieren tratamiento	71	15											PORCENTAJE DE CONSULTA / ATENCION PRIORITARIA.
				Numero Total de Personas Mayores programadas	25	15											
				CUMPLIMIENTO	284%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
				ANALISIS/ SIGUIMIENTO	En el mes de enero se realiza consulta prioritaria a 71 usuarios a solicitud del mismo usuario, por cuadro de dolor articular, rinolaringitis, dermatomicosis, lumbago, malestar general, y pacientes que requieren controles y reconsultas a necesidad durante el periodo del mes de enero	En el mes de febrero se realiza consulta prioritaria a 15 usuarios a solicitud del mismo usuario por cuadro de dolor articular, rinolaringitis, dermatomicosis, lumbago, malestar general, Y pues que requieren controles y reconsultas a necesidad durante el periodo de mes de febrero											
				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!	
4		Fomentar en el ingreso de los usuarios a la participación en los programas de prevención a los que tienen derecho el persona mayor en el SGSS en Salud, por medio de la actuación directa de médico SSO que está inscrito a través de la IPS primaria Hospital San Rafael de FSGA para hacer cumple programas de prevención y promoción en salud. mensualmente	Porcentaje de usuarios inscritos a programas de promocion y prevencion	Numero de personas Mayores que se encuentran en programas de PyD	25	25											PORCENTAJE DE USUARIOS INSCRITOS A PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCION
				Numero Total de Personas Mayores institucionalizados	25	25											
				CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
				ANALISIS/SEGUIMIENTO	Con el apoyo del medico del apoyo social obligatorio inscrito a Hospital San Rafael de Fusagasuga se realiza control por medico de programa de promocion y prevencion a las personas mayores institucionalizadas inscritos a la EPS Convida	Con el apoyo de medico del servicio social obligatorio inscrita a Hospital San Rafael de Fusagasuga se realiza control por medico de programade Promocion y Prevencion a los usuracion institcionalizados inscritos a las EPS Convida.											
				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!	
5	**eficacia**	Programar charlas y talleres educativos.	Porcentaje de charlas mensuales.	Charlas y talleres realizados	0	1											PORCENTAJE DE CHARLAS MENSUALES.
				Numero total de actividades programadas	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!	
				ANALISIS/ SIGUIMIENTO	En el mes de enero no se grabo porgrama de capacitacions	En el mes de febrero se graba programa de capacitacion, mitos y verdades vacunacion covid 19											
				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!	
6		Vigilar la ejecución de órdenes médicas provenientes del médico tratante con la participación de los demás profesionales	Procentaje de ordenes médicas provenientes de su IPS.	Numero Total de ordenes médicas con seguimiento	25	25											PORCENTAJE DE ORDENES MÉDICAS PROVENIENTES DE SU IPS.
				Numero total de ordenes médicas emitidas en el mes.	25	25											
				CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
				ANALISIS/SEGUIMIENTO	En el mes de enero se cumplen ordenes dadas desde medicos posterior a citas de control de Adulto Mayor Institucinalizado con especialistas y apoyo de medico de servicio social obligatorio procedente de hospital san rafael en sus actividades programa de control de cronicos en evolucion medica externas. Se cumple seguimiento de las recomendaciones externas de los medicos hacia nuestros usuarios	En el mes de febrero se cumplen ordenes didas desdemedicos posterior a citas control de Adulto Mayor institucinalizado con especialistas y apoyo de medico de servicio social obligatorio procedentes de hospital San Rafael en sus actividades programa control de cronicos en evolucion medica diarie se registra analisis y reconsultacions dadas en valoraciones medicas externas, se cumple seguimiento de las recomendaciones externas de los medicos hacia nuestros usuarios											
				PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
7		Participar en la realizacion de informes, reuniones administrativas, actividades de integración, Religiosas, Culturales, comites programadas por la Dirección y segùn requerimiento.	Porcentaje cumplimiento presentacion de informes	numero total de reuniones y/o actividades realizadas	3	2											PORCENTAJE CUMPLIMIENTO PRESENTACION DE INFORMES
				numero total de reuniones y/o actividades programadas	3	2											
				CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
				ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Se cumple participacion en reuniones de equipores favor de la personas mayor, dia a dia y comites segùn cronograma	Se cumple participa de capacitacion de programa en favor de la persona mayor ,dia a dia y comites segùn cronograma .											
				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!	
8		Realizacion de estudios de caso.	porcentaje en la realizacion de estudios de caso.	numero total de estudios de casos realizados	2	2											PORCENTAJE EN LA REALIZACION DE ESTUDIOS DE CASO.
				numero total de estudios de casos programados	2	2											
				CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
				ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Durante el mes de enero se realizaron 2 estudios de caso.	Durante el mes de febrero se realizan 10 estudios de caso											
				PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	

AREA: ISO 13131 DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA PROCESO:	CENTRO RESIDENCIAL DEL ANCIANO BELMIRA INFORME DE GESTION VIGENCIA: 01 DICIEMBRE AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2023 GESTION DE CALIDAD (Cuantitativo y Cualitativo - Descripción, Análisis y Recomendaciones)	CODIGO:FAT-001 VERSION:001 FECHA: 17/01/2024

CATEGORIA	TIPO	INDICADOR	FORMULA DEL INDICADOR	META	FUENTE	ESTRATEGIAS	FORMULA DEL VINCULADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPT.	OCT.	NOV.	DIC.	GRAFICO DEL INDICADOR
1	EFICIENCIA	Realizar valoración de enfermería a todos los usuarios que ingresen a la institución, mediante la Atención inicial o Visita virtual y definir el cuidado de enfermería requerido según corresponda.		100%	Mensual	Realizar valoración de enfermería inicial a las Personas que ingresen por primera vez al CRA Belmira	Numero total de valoraciones de primera vez	0	0											
							Total de usuarios que ingresaron por primera vez a la institución	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!	
							ANALISIS / SEGUIMIENTO	Durante el mes de enero no se realizan ingresos de personas mayores. el Centro de bienestar del anciano belmira	Durante el mes de enero no se realizan ingresos de personas mayores. el Centro de bienestar del anciano belmira											
							PLAN DE MEJORAS	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	
2	eficiencia, eficacia	Realizar revaloraciones trimestralmente en la historia clínica de cada usuario según cumplimiento de la misma.	% de revaloraciones trimestrales	100%	Mes anal	Seguir la cumplimentación de las revaloraciones, actuales se realizaran para dar referencia a la totalidad de la población institucionalizada	Numero total de revaloraciones trimestrales realizadas	6	7											
							Numero total de revaloraciones trimestrales programadas	6	7											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS / SEGUIMIENTO	Durante el mes de enero se realizan 6 revaluaciones trimestrales de acuerdo a las programadas	Durante el mes de febrero se realizan 7 evaluaciones trimestrales programadas para este mes.											
							PLAN DE MEJORAS	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	
3	eficiencia, eficacia	Realizar el cierre de historias clínicas de egreso a usuarios/usuarias	% de cierre de historias por egreso	100%	Mensual	Se realizara cierre de historia clínica de usuarios institucionalizados según presencia de eventos por los cuales usuarios/usuarias hallan tomado o entregado familia	Numero total de cierres de historias clínicas	0	0											
							Numero total de egresos	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!	
							ANALISIS / SEGUIMIENTO	No se presentaron egresos , se cierre de historias clínicas	No se presentaron egresos en el cierre de historias clínicas											
							PLAN DE MEJORAS	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	
4	eficiencia, eficacia	Participar en la elaboración de estudios de caso y seguimientos.	% de participación en estudios de caso y seguimientos	100%	Mensual	Asistir en la lectura y toma indicada para estudios de caso según corresponda administrativo	Numero total de estudios de caso realizados	0	10											
							Numero total de casos programados	0	10											
							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!	
							ANALISIS / SEGUIMIENTO	Durante el mes no participo en los estudios de caso programados debido a fecha de ingreso a la institucion	Durante el mes de febrero se realizaron 10 estudios de caso en reunion con equipo profesional											
							PLAN DE MEJORAS	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	
5	eficiencia, eficacia	Participar en la elaboración del PIAPA a los procesos, mayores que ingresan y a sus respectivos seguimientos	% PAIN que se realizan a los usuarios según cronograma	100%	Mensual	A para ver el diligenciamiento del formato de valoración inicial del equipo de enfermería, coordinación, planeación, monitoreando, y seguimiento al mencionado	Numero total de PAIN realizados	0	22											
							Numero total de PAIN programados	0	22											
							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!	
							ANALISIS / SEGUIMIENTO	Durante el mes no realizo debido a fecha de ingreso a la institucion	Durante el mes se realizan 22 PAIN mensionando a los 22 usuarios programados											
							PLAN DE MEJORAS	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	
6	Sistema, eficacia,	Realizar supervisión aleatoria del personal auxiliar de enfermería acorde, durante y posterior a la administración de medicamentos según orden medica.	% de supervisiones realizadas al personal auxiliares de enfermería en administración de medicamentos	100%	Mensual	Se debe verificar los puestos de control y reducir siempre los 10 correctos de la administración de los medicamentos. incluido el ingreso	Numero total de supervisiones realizadas	5	25											
							Numero de supervisiones programadas	5	25											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS / SEGUIMIENTO	se realizaron 5 supervisiones a las actividades de las auxiliares de enfermeria	se realizaron 25 supervisiones a las actividades que desarrollan las auxiliares de enfermeria, durante el periodo de la jornada de la mañana mayores.											
							PLAN DE MEJORAS	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	
7	eficiencia, eficacia	Realizar supervisión aleatoria del personal auxiliar de enfermería acorde, durante y posterior a la administración de medicamentos según orden medica.	% de actividades desarrolladas según programa de salud sexual y reproductivo	100%	Mensual	Cumplir con las capacitaciones y/o visitas medicas y entornos según sexualidad del programa de salud sexual y reproductiva	Numero de actividades desarrolladas del programa de salud sexual	5	5											
							Numero de actividades programadas del programa de salud sexual	5	5											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS / SEGUIMIENTO	Se realiza cambio de sonda vesical a 2 usuarios , y se les brinda educacion sobre el manejo y la necesidad de la misma. e higiene	Se realiza cambio de sonda vesical a 3 usuarios , y se les brinda educacion sobre el manejo y la necesidad de la misma. e higiene											
							PLAN DE MEJORAS	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	
8	eficiencia, eficacia	Desarrollar el programa de seguridad del paciente	% de actividades desarrolladas en el programa de seguridad del paciente mayor	100%	Mes anal	Dar cumplimiento a todas a las actividades de seguridad del paciente	Numero de actividades desarrolladas del programa de seguridad de la persona mayor	1	7											
							Numero de actividades programadas del programa de seguridad de la persona mayor	1	7											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS / SEGUIMIENTO	Durante el mes de enero se realiza una medida de seguridad.	Durante el mes de febrero se realiza verificacion del programa y la politica con funcionarios y taller con personas mayores, se realizo 5 medidas de seguridad, analisis de incidentes y eventos adversos y control de seguridad de la persona mayor											
							PLAN DE MEJORAS	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	
9	eficiencia, eficacia	Participar en las Intervención familiares para el fortalecimiento de vinculo	% de participación en reuniones con usuario y/o familia	100%	Mensual	Interactuar con el equipo profesional para el abordaje de la reuniones de intervención con usuario y/o familia	Numero de reuniones de familia y/o usuarios	0	0											
							Numero de reuniones de familia y/o usuarios programadas	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!	
							ANALISIS / SEGUIMIENTO	Durante el mes no se programan actividades con familias	Durante el mes no se programan actividades con familias para el area de enfermeria											
							PLAN DE MEJORAS	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	
10	eficiencia, eficacia	Apoyo alyeneros de habilitación de servicios de salud según lo ameritan ngeros	% de actividades desarrolladas en el marco del proceso de habilitación	100%	Mensual	Cumplir con el cronograma de actividades establecidas en lo cronograma por la líder de calidad en el proceso de habilitación	Numero de actividades propias del proceso de habilitación desarrolladas	0	1											
							Numero de actividades propias de habilitación programadas	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!	
							ANALISIS / SEGUIMIENTO	Se vica en proceso de inducciion y conocimiento del tema	Se realiza reunion con Jefe Paola Maldonado Lider de Calidad.											
							PLAN DE MEJORAS	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	
11	eficiencia, eficacia	Realizar las capacitaciones del programa de capacitación continuada según cronograma	% de capacitaciones realizadas	100%	Mensual	Programar mensualmente las capacitaciones según cronograma	Numero de capacitaciones realizadas en el mes	0	1											
							Numero de capacitaciones programadas en el mes	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!	
							ANALISIS / SEGUIMIENTO	se realizaron retroalimentacion de los temas realizamados con la organizad en las reuniogs de tumo	se realiza capacitacion a personal auxiliar de enfermeria sobre Proceso de lavado e higienizacion de manos y retroalimentacion de temas realizmidos durnte en las reuniogs de tumo											
							PLAN DE MEJORAS	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	
12	eficiencia, eficacia	Participar en las reuniones del equipo interdisciplinario.	% de reuniones de equipo en las que se participo	100%	Mes anal	Verificar mensualmente las reuniones de equipo interdisciplinario y profesional de la institución y asistir	Numero de reuniones de equipo en las cuales se asistio	10	3											
							Numero de reuniones de equipo programadas	10	3											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS / SEGUIMIENTO	se realizo 1 reunion de equipo y 9 reuniones de enfermeria programadas estas con el personal de enfermeria	Se realiza 3 reunion de area y 2 reuniones de equipo durante el mes											
							PLAN DE MEJORAS	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	
13	eficiencia, eficacia	Participar los comité institucionales que son bajo pares	% de asistencia a los comités institucionales	100%	Mes a d	Verificar mensualmente el cronograma y convocatoria de los comité, y programar asistencia	Numero de reuniones de comités institucionales realizadas	1	1											
							Numero de reuniones de comités institucionales programadas	1	1											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS / SEGUIMIENTO	se realizo 1 comité programado y realizado	se realiza 1 reunion de comités programados, (Calidad, Historias Clinicas, IAAS, Seguridad de la persona mayor, Copaso y Comite de ETS)											
							PLAN DE MEJORAS	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	
14	eficiencia, eficacia, Mensual	Participar activamente en las actividades culturales, religiosas, recreativas que tiene nuestra institución.	% de actividades culturales, religiosas, recreativas que tiene nuestra institución en las que se participa	100%	Mensual	Asistir y participar de cada actividad programada en la institución	Numero de actividades culturales y religiosas en las cuales se participo	0	1											
							Numero de actividades culturales y religiosas programadas	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!	
							ANALISIS / SEGUIMIENTO	No se realizaron actividades.	Se programa para el mes de febrero reunion de navedad, en la cual participara el equipo asilar de enfermeria.											
							PLAN DE MEJORAS	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	
15	eficiencia, eficacia, Mensual	Garantizar que el área de enfermería cuente con todos los materiales necesarios para el cumplimiento de sus funciones.	% de cumplimiento con los pedidos de elementos y materiales requeridos en el área de enfermería	100%	Mensual	Solicitar mensualmente por medio de pedido los elementos que se requieren para el área de enfermería	Numero de pedidos realizados	1	0											
							Numero de pedidos programados	1	0											
							CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!											
							ANALISIS / SEGUIMIENTO	Por medio del personal auxiliar y la secretaria de direccion se solicita y se recepcionan los elementos e insumos requeridos para brindar los cuidados necesarios a los usuarios institucionalizados	En el mes de enero no realizo pedido para los mismos, ya que se cuenta con los insumos para la prestacion de los servicios.											
							PLAN DE MEJORAS	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	NO PROCEDE	















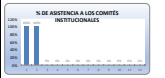
















J.H.S.
INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA

PROCESO

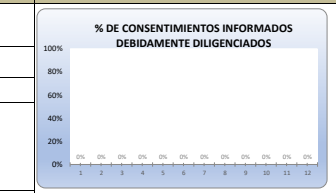
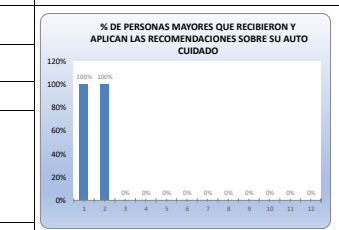
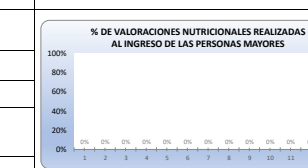
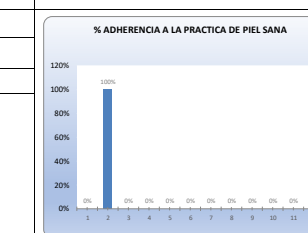
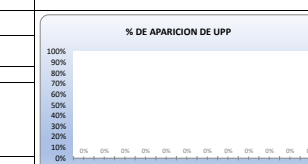
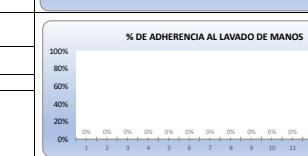
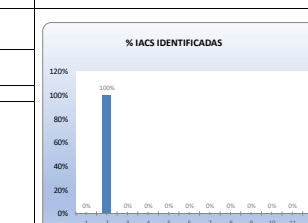
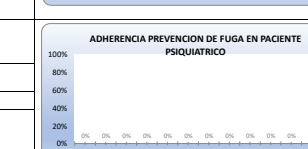
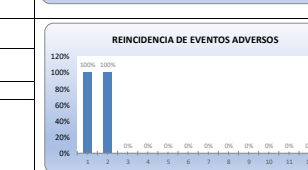
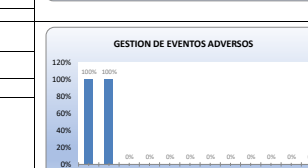
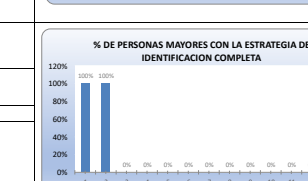
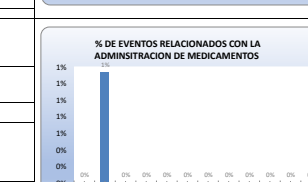
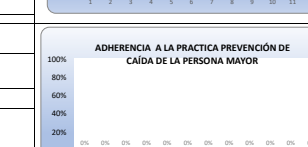
CENTRO BIENESTAR DEL ANCIANO BELMIRA

INFORME DE GESTION VIGENCIA 01 DE ENERO AL 31 DICIEMBRE DEL 2021

GESTION DE CALIDAD

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

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION DEL AREA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

CANTIDAD	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
1	**Eficiencia, Eficacia, Efectividad**	BRINDAR INFORMACION AL USUARIO REFERENTE A LOS PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS QUE SE LLEVARAN A CABO DURANTE SU ESTANCIA EN EL C.B.A.	52	100%	A Necesidad	REALIZAR EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO ESTABLECIDO POR BENEFICENCIA	NUMERO DE CONSENTIMIENTOS INFORMADO DEBIDAMENTE DILIGENCIADOS	0	0											
							TOTAL DE PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS	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!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Durante este periodo de tiempo no se presentaron ingresos de usuarios.	Durante este periodo de tiempo no se presentaron ingresos de usuarios.											
							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!	
2	eficiencia, eficacia. Efectividad	PROMOVER EL AUTOCUIDADO EN LAS PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS CON UN NIVEL DE RAZOCINIO OPTIMO	% DE PERSONAS MAYORES QUE RECIBIERON Y APLICAN LAS RECOMENDACIONES SOBRE SU AUTO CUIDADO	100%	A Necesidad	ESTABLECER LA METODOLOGIA PARA DIFUNDIR LAS RECOMENDACIONES DEL AUTO CUIDADO EN LA POBLACION	NUMERO DE PERSONAS MAYORES QUE REALIZAN ACTIVIDADES DE AUTO CUIDADO	52	54											
							NUMERO DE PERSONAS MAYORES INTITUCIONALIZADAS CON UN NIVEL	52	54											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Se realizan actividades de seguimiento a las actividades propias de autocuidado a 54 usuarios y se asiste en esta actividad por su alteración cognitiva 39 usuarios	Se realizan actividades de seguimiento a las actividades propias de autocuidado a 54 usuarios y se asiste en esta actividad por su alteración cognitiva 39 usuarios											
							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!	
3	eficiencia, eficacia. Efectividad		% DE VALORACIONES NUTRICIONALES REALIZADAS AL INGRESO DE LAS PERSONAS MAYORES	100%	A NECESIDAD	APLICAR FORMATO DE VALORACION NUTRICIONAL A TODA PERSOANA MAYOR QUE INGRESE AL CENTRO	NUMERO DE PERSONAS MAYORES CON VALORACION NUTRICIONAL AL INGRESO	0	0											
							TOTAL DE PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS	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!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	No se realizaron ingresos en el periodo	No se realizaron consentimientos informados , por que no hubo ingresos											
							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!	
4	eficiencia, eficacia. Efectividad		ADHERENCIA A LA PRACTICA DE PIEL SANA	100%	ANUAL	Aplicación de listas de chequeo al paquete de piel sana	NUMERO DE CRITERIOS EVALUADOS CON CUMPLIMIENTO	0	28											
							TOTAL DE CRITERIOS EVALUADOS	0	28											
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/SEGUIMIENTO	No se realizaron por proceso de induccion	Se realiza revisión y cuidado de piel a 28 usuarios que se encuentran en silla de ruedas y que tienen mayor riesgo de presentar ulcera por presión. En cambios de posicion Jacinto Paez , Herminia Parra, Emma Jimenez , Florinda Ordoñez , Elisa Gonzales,Leonilde Melo, Gullermo Moreno , Fideligna Velazquez , Ambrosio Ramirez , Carmen Moreno. Usuario Salomon Tolentico con ulcera Varicosa granulada en un 80% con buen procesod e cicatrizacion.											
							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!	
5	eficiencia, eficacia. Efectividad	GARANTIZAR PROCESOS DE ATENCION EN SALUD SEGUROS CON LA PARTICIPACION ACTIVA DE LOS FUNCIONARIOS, PERSONAS MAYORES Y SUS FAMILIAS A TRAVES DE LA IMPLEMENTACION Y EVALUACION DE LAS PRACTICAS SEGURAS, DESDE LA PREVENCION Y GESTION DEL RIESGO	%DE APARICION DE UPP	100%	Mensual	SUPERVISION DIARIA A LAS PERSONAS MAYORES DURANTE BAÑO, CAMBIO DE POSICION REALIZAR REPORTE EN CASO DE EVIDENCIAR UPP REALIZAR CAMBIOS DE POSICION SEGUN NECESIDAD REALIZAR CLASIFICAL AL 100% DE LA POBLACION	NUMERO DE UPP PRESENTADAS EN EL MES	0	0											
							TOTAL DE PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS	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!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Durante este periodo no se evidencia usarios con lesiones por UPP	Durante el mes de febrero no se presentan UPP en ningun usuario, se realiza limpieza de heridas a 2 usuarios, 1 pór traunma de tejido blando y 1 por ulcera varicosa .											
							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!	
6	ficiencia, eficacia. Efectividad		% DE ADHERENCIA AL LAVADO DE MANOS	100%	SEMESTRAL	APLICACIÓN DE LISTAS DE CHEQUEO DURANTE LA REALIZACION DELLAVADO DE MANOS ANTES DURANTE Y DESPUES DE CADA PROCEDIMIENTO	NUMERO DE ITEMS DE LA LISTA DE ADHERENCIA CON CUMPLIMIENTO	0	0											
							TOTAL DE ITEMS EVALUADOS	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!	
							ANALISIS/SEGUIMIENTO		No se aplican listas de chequeo en este mes. Se da cumplimiento a las rondas de seguridad verificando la aplicación de lavado de mano											
							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!	
7	eficiencia, eficacia. Efectividad		% IACS IDENTIFICADAS	<5%	Mensual	EBúsqueda ACTIVA MEDIANTE LAS RONDAS DE SEGURIDAD, VERIFICACION DE HISTORIAS, SEGUIMIENTO A LABORATORIOS Y TRATAMIENTOS ESTABLECIDOS SEGUIMIENTOA DISPOSITIVOS MEDICOS.	NUMERO IACS IDENTIFICADAS O REPORTADAS EN EL MES	0	11											
							TOTAL DE USUARIOS INSTITUCIONALIZADOS EN EL PERIODO	0	11											
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	No se presentaron	Durante el mes de febrero 12 usaurios presentan diagnostico medico de infeccion con orden de manejo con antibiotico. 8 por Infeccion de vias urinarias, 3 por infeccion en piel y 1 por infeccion respiratoria.											
							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!	
8	eficiencia, eficacia. Efectividad		ADHERENCIA PREVENCION DE FUGA EN PACIENTE PSIQUIATRICO	100%	A NECESIDAD	APLICACIÓN DE LISTA DE CHEQUEO RIESGO DE FUGA	NUMERO DE CRITERIOS DE LA LISTA DE CHEQUEO CON CUMPLIMIENTO	0	0											
							TOTAL DE ITEMS EVALUADOS	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!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Durante este periodo de tiempo no se presentaros episodios de fuga.	Durante el mes de febrero no se presentaros episodios de fuga.											
							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!	
9	EFICACIA	IDENTIFICAR LA CLASE DE EVENTOS QUE SON REINCIDENTES CON EL FIN DE ESTABLECER ACCIONES DE MEJORA CONTINUA LOGRANDO ASI DISMINUIR SU OCURRENCIA.	REINCIDENCIA DE EVENTOS ADVERSOS	100%	TRIMESTRAL	EJECUTAR CRONOGRAMA DE RONDAS DE ENFERMERIA Y SEGURIDAD	NUMERO DE EVENTOSREPORTADOS EN EL PERIODO	1	7											
							TOTAL DE EVENTOS REPORTADOS EN EL PERIODO	1	7											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	durante el periodo se presentaron 1 eventos adversos por caidas	En el mes de febrero se realizaron 3 rondas de seguridad por parte del equipo porfesional. Regencia 1, terapia fisica 1 y trabajo social 1. Todas con un cumplimiento del 100%. Se evidencia reporte de 7 eventos durante el mes											
							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!	
10	eficiencia, eficacia. Efectividad		GESTION DE EVENTOS ADVERSOS	100%	Mensual	MATRIZ DE CONSOLIDADO DE EVENTOS ADVERSOS, ANALISIS Y PLANES DE MEJORA	NUMERO DE EVENTOS GESTIONADOS	3	7											
							TOTAL DE EVENTOS REPORTADOS EN EL PERIODO	3	7											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	pendientes 2 analisis del mes de diciembre y 1 de enero	Se realizo el analisis de 7 eventos de los cuales 6 son eventos adversos y 1 es incidente. 3 son caidas, 1 por administarcion de medicamentos y 1 por zona de presion y 2 por lesion en piel											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
11	eficiencia, eficacia. Efectividad		% DE PERSONAS MAYORES CON LA ESTRATEGIA DE IDENTIFICACION COMPLETA	100%	Mensual	MEDIANTE LA APLICACIÓN DE LISTAS DE CHEQUEO , MEDICION DE ADHERENCIA, VERIFICAR MANILLAS, TABLEROS, HISTORIA CLINICA ETC.	NUMERO DE PERSONAS MAYORES CON LAS ESTRATEGIAS DE IDENTIFICACION COMPLETAS EN EL PERIODO	75	75											
							TOTAL DE PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS EN EL PERIODO	75	75											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Se tienen al 100% de los usuarios identificados por medio de tablero, cartelera y con foto en las historias clinica y carne obligatorio para salidas.	Se tienen al 100% de los usuarios identificados por medio de tablero, cartelera , con foto en las historias clinica, marcacion en la entrada a las habitaciones y cabecera de cama, y carne obligatorio para salidas.											
							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!	
12	eficiencia, eficacia. Efectividad	Asegurar la implementación de procesos de atención en salud seguros con la participación activa de los empleados , personas mayores y sus familias , a través de la implementación y evaluación de las practicas seguras desde la prevención y gestión del riesgo .	% DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA ADMINSITRACION DE MEDICAMENTOS	2%	SEMESTRAL	POR MEDIO DE LA APLICACIÓN DE LISTAS DE CHEQUEO DURANTE LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS CON EL FIN DE EVIDENCIAR LOS POSIBLES ERRORES QUE SE GENEREN DURANTE LA ADMINSTRACION. REPORTE DEL EVENTO REGISTROS EN LA HISTORIA CLINICA.	NUMERO DE EVENTOS ADVERSO RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS	0	1											
							TOTAL DE PERSONAS MAYORES CON TRATAMIENTO FARMACOLOGICO	75	75											
							CUMPLIMIENTO	0%	1%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	No se presentaron eventos adversos.	Durante el se me presenta1 un reporte por administracion de medicamentos. Medicamento administrado en hoira incorrecta											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	SI REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
13	eficiencia, eficacia. Efectividad		% DE CAIDAS REPORTADAS	25%	Mensual	Supervisión Diaria de las personas mayores, verificación por medio del sistema de reporte de eventos adversos	NUMERO DE CAIDAS REPORTADAS EN EL MES	2	3											
							TOTAL DE USUARIOS INSTITUCIONALIZADAS EN EL MES	75	75											
							CUMPLIMIENTO	3%	4%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Se presenta 2 caidas de Personas Mayores la mayoria en dormitorio y baño .	Se presenta 3 caidas de Personas Mayores. 2 en dormitorios y 1 en baño											
							PLAN DE MEJORA									#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
14	**eficiencia, eficacia. Efectividad**		Adherencia a la practica prevención de Caída de la persona mayor	100%	**Trimestral**	Aplicación lista de chequeo al paquete de prevención Sana	NUMERO ITEMS DE LA LISTA DE CHEQUEO CON CUMPLIMIENTO	0	0											
							TOTAL DE ITEMS DE LA LISTA DE CHEQUEO EVALUADOS	0	0											
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¿NOMBRE?	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	no se aplicaron listas de chequeo para el mes de enero	no se aplicaron listas de chequeo para el mes de febrero											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¿NOMBRE?	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
15	**eficiencia, eficacia. Efectividad**	Identificar el nivel de satisfacción de los usuarios con los servicios y trato recibido en la atencion recibida en el Centro Bienestar del Anciano Belmira	% de satisfacción global en usuario	100%	**ANUAL**	Realizar encuestas de satisfacción al usuario evaluando satisfacción a servicios prestados en el CBA	NUMERO DE COMITES REALIZADOS	6	6											
							NUMERO DE COMITES PROGRAMADOS	6	6											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/SEGUIMIENTO	se realizaron n 6 comites de calidad , historias clinicas , seguridad de la pwersona mayor , infecciones , emisora ,GAGAS	se realizaron 6 comites (calidad , historias clinicas , seguridad de la pwersona mayor , infecciones , emisora ,GAGAS) .											
							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!	

JASS
INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA

PROCESO

CENTRO BIENESTAR DEL ANCIANO BELEN

INFORME DE GESTION VIGENCIA 01 DE ENERO AL 31 DICIEMBRE DEL 2021

GESTION DE CALIDAD

CODIGO:GT-GC-01

VERSION:001

FECHA: 07/03/2019

CUADRO DE MANDO INTEGRAL DE LA FARMACIA Y PARA EN EMERGENCIA FARMACIA

CUADRO	TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGOSTO	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	GRAFICO DEL INDICADOR
1	EFICACIA	Adquisición, custodia y conservación óptima de los medicamentos, Y la Gestión sobre la PPTA entrega de medicamentos, para que se de cumplimiento con el tiempo adquirido por la Humanidad vigente	% de formulas generadas	verificación de los medicamentos ordenados por el medico tratante frente a lo entregado por la app, esto con el fin de asegurar la entrega del medicamento a la residente, para cupir las necesidades de 100 % de la población.	Numero de formulas generadas	88	84											% DE FÓRMULAS GENERADAS
					Numero de formulas entregadas	88	84											
					CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
					ANALISIS/SEGUIMIENTO	De medico verificacion de los medicamentos ordenados por el medico tratante frente a lo entregado por la app, esto con el fin de asegurar la entrega del medicamento a la residente, para cupir las necesidades de 100 % de la poblacion.	De medico verificacion de los medicamentos ordenados por el medico tratante frente a lo entregado por la app, esto con el fin de asegurar la entrega del medicamento a la residente, para cupir las necesidades de 100 % de la poblacion.											
					PLAN DE MEJORA	NO REQUERIDO	NO REQUERIDO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
2	EFICACIA	Revisar que se encuentre sensibilizada el 100% de los medicamentos que se encuentren en el punto farmacéutico, teniendo en cuenta procedimiento de sensibilización con que no cuente en Procedimiento nominal (Consenso vacios y almacenamiento de medicamentos esto con el fin de realizar la entrega de medicamentos a los residentes teniendo en cuenta el metodo PEPS (primeras en entrar primeras en salir) y en punto en dentro de redar acta de destrucción esto porteiner control en las evidencias que se manejaran la institucion.	% de medicamentos ingresados	actualizacion de la planilla de sensibilizacion con base a como medicamentos ya sensibilizados y los que se entregan cada mes de la cada y los ingresos como resultado el listado de los medicamentos proximos a vencer generando la alerta para su respectiva revision Este listado se lleva con el concocer el medico institucional para lugar su respectiva citacion	Total de medicamentos ingresados	146	153											% DE MEDICAMENTOS INGRESADOS
					Total de medicamentos sensibilizados	146	153											
					CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
					ANALISIS/SEGUIMIENTO	se realizaron la actualizacion de la planilla de sensibilizacion del mes de Enero con los medicamentos almacenados y los que le app entrego cada mes de la cada .ampicin como resultado el listado de los medicamentos proximos a vencer generando la alerta para su respectiva revision Este listado se lleva con el concocer el medico institucional para lugar su respectiva citacion	se realizaron la actualizacion de la planilla de sensibilizacion del mes de Febrero con los medicamentos almacenados y los que le app entrego cada mes de la cada .ampicin como resultado el listado de los medicamentos proximos a vencer generando la alerta para su respectiva revision Este listado se lleva con el medico institucional para lugar su respectiva citacion											
					PLAN DE MEJORA	NO REQUERIDO	NO REQUERIDO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
3	EFICACIA	Brindar consejo acerca de uso del medicamento, forma de aplicación y horario de ingesta, conservación adecuada del medicamento, hábitos higiénico-sanitarios que favorezcan el buen cumplimiento y cumplimiento de la pauta terapéutica.	% de charlas y talleres	capacitar al personal y usuarios frecuentemente para crear hábitos para una correcta administracion y asepsian de los instrumentos farmacologicos	N de charlas y talleres realizadas	0	2											% DE CHARLAS Y TALLERES
					Total de actividades programadas	0	2											
					CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
					ANALISIS/SEGUIMIENTO	para este mes no se programaron capacitaciones	se realizo 1 socializacion con el personal de enfermeria sobre el modulo de medicamentos, y 1 con las personas mayores sobre reacciones adversas a medicamentos											
					PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUERIDO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
4	EFICACIA	Participar en actividades de farmaco vigilancia y seguimiento farmaco terapéutico en el área de la salud, para asegurar y garantizar el uso adecuado de los medicamentos.	% de medicamentos administrados	realizar seguimiento al 100% de los tratamientos formulados y administrados a cada persona mayor, verificando los errores cometidos y registrando los eventos adversos (perjudicial o nulo)	Total de medicamentos administrados	75	76											% DE MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS
					Total de medicamentos requeridos	75	76											
					CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
					ANALISIS/SEGUIMIENTO	se realiza seguimiento al total de las personas mayores en la administracion de los medicamentos, logrando administrar el total de medicamentos ordenados por los medicos tratantes, tanto de consulta externa como de especialistas	se realiza seguimiento al total de las personas mayores en la administracion de los medicamentos, logrando administrar el total de medicamentos ordenados por los medicos tratantes, tanto de consulta externa como de especialistas											
					PLAN DE MEJORA	NO REQUERIDO	NO REQUERIDO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
5	EFICACIA	Promoción del uso racional del medicamento.	Porcentaje de charlas realizadas.	se trabaja con el 100% de usuarios funcionales, con el personal de enfermeria, capacitaciones frente al manejo de los medicamentos que tenga que ver con el manejo de los medicamentos para asi brindar garantia de seguridad de la persona mayor ,mientales consiencia del porque no se deben auditorizar y de esta manera indagar las interacciones farmacologicas.	N de usuarios con tratamientos farmacologicos	75	75											% DE CHARLAS Y TALLERES
					Total de la poblacion	75	75											
					CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
					ANALISIS/SEGUIMIENTO	se logro trabajar con el 100% de usuarios funcionales, con el personal de enfermeria, capacitaciones frente al manejo de los medicamentos que tenga que ver con el manejo de los medicamentos para asi brindar garantia de seguridad de la persona mayor ,mientales consiencia del porque no se deben auditorizar y de esta manera indagar las interacciones farmacologicas.	se realiza seguimiento farmacologico de todos los usuarios, con el proposito de disminuir una enfermeria a su tratamiento y estabilizacion de sus patologias de base											
					PLAN DE MEJORA	NO REQUERIDO	NO REQUERIDO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
6	EFICACIA	Vigilar la ejecución de órdenes médicas prevenientes del médico tratante con la participación de las demás profesionales.	% de medicamentos ingresados	realizar control al 100% de los medicamentos ordenados en el servicio, con el proposito de no tener sobrantes o faltantes en stock de medicamentos	N de medicamentos ingresados	146	153											% DE MEDICAMENTOS INGRESADOS
					N de medicamentos ingresados	146	152											
					CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
					ANALISIS/SEGUIMIENTO	De medico verificacion de los medicamentos ordenados por el medico tratante frente a lo entregado por la app, esto con el fin de asegurar la entrega del medicamento a la residente, para cupir las necesidades de 100 % de la poblacion. de los cuales se clasificaron en estabilizacion y se ingresa de acuerdo a las condiciones y el cubo respectivo de acuerdo a la ficha de vencimiento.	De medico verificacion de los medicamentos ordenados por el medico tratante frente a lo entregado por la app, esto con el fin de asegurar la entrega del medicamento a la residente, para cupir las necesidades de 100 % de la poblacion. de los cuales se clasificaron en estabilizacion y se ingresa de acuerdo a las condiciones y el cubo respectivo de acuerdo a la ficha de vencimiento.											
					PLAN DE MEJORA	PLAN DE MEJORA N°	NO REQUERIDO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
7	EFICACIA	el Registre siempre veloz porque se cumpla o calidad de los requerimientos relacionados con los procesos de suministro, adquisición, selección, recepción y almacenamiento, distribución y dispensación.	% de documentos elaborados	Realizar actualizacion de los documentos de acuerdo a los cambios normativos	N de documentos elaborados	14	14											% DE DOCUMENTOS ELABORADOS
					N de documentos revisados	14	14											
					CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
					ANALISIS/SEGUIMIENTO	Se cumple con el 100% dentro programada para el cronograma de revision de los 14 documentos de farmacia, documentos repartidos en el proceso de habilitacion	se realizo revision de los documentos de protocolo de manejo de medicamentos de control especial de la institucion de acuerdo a la vida de enfermeria de salud de cundinamarca y para la renovacion dentro resolucion de manejo de medicamentos de control especial de la que ahora nos concepto fiscalizar											
					PLAN DE MEJORA	NO REQUERIDO	NO REQUERIDO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
8	EFICACIA	Realizar la inspección, control y vigilancia de los medicamentos sometidos a fiscalización por parte del Invima Nacional De Estupefacientes	% de tratamientos formulados	Indagar en la consecucion del listado de los tratamientos de los medicamentos de control especial, inspeccion, vigilancia y control de los mismos.	N° de tratamientos formulados	10	14											% TRATAMIENTOS FORMULADOS
					Total de tratamientos despachados y auditados	10	14											
					CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
					ANALISIS/SEGUIMIENTO	se trabaja con el apoyo del medico general, especialistas de la ips, la auditor de los medicos con la formulacion de 100% de la poblacion con diagnostico psiquiatrico y con medicamentos de control especial y monopolio del estado, logrando la dispensacion de medicamentos en su totalidad para que el personal de enfermeria realice la administracion	se trabaja con el apoyo del medico general, especialistas de la ips, la auditor de los medicos con la formulacion de 100% de la poblacion con diagnostico psiquiatrico y con medicamentos de control especial y monopolio del estado, logrando la dispensacion de medicamentos en su totalidad para que el personal de enfermeria realice la administracion											
					PLAN DE MEJORA	NO REQUERIDO	NO REQUERIDO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
9	EFICACIA	participar de los espacios de capacitación ordinarios programados y dirigidos a los compañeros del CBA Belencito. Sobre diferentes temas de medicamentos, protocolos.	% cumplimiento con capacitación	Intervención y participación de las capacitaciones brindadas al personal buscando la actualizacion de conocimiento y practica de aciones seguras, en pro del cuidado de la atencion hacia las personas mayores	Numero total de capacitaciones participadas	5	12											% CUMPLIMIENTO DE CAPACITACIONES
					Numero total capacitaciones programadas	5	12											
					CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
					ANALISIS/SEGUIMIENTO	se asiste a 3 capacitaciones de los compañeros del equipo y 2 de tips para manejo de covid 19	respectivas de 12 capacitaciones de trabajo social, medicina, psicologia, enfermeria, seguridad y salud en el trabajo, lectura ambiental.											
					PLAN DE MEJORA	NO REQUERIDO	NO REQUERIDO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
10	EFICACIA	Apoyo en el elaboracion de plan casero mediante proceso informativo y fortalecimiento de habitos saludables en residentes e IPS CBA Belencito	% cumplimiento en elaboracion plan casero	Fortalecimiento sobre efectivo familiares y cuidado de adaptacion en las Personas Mayores	numero de planes casero elaborados	0	0											% ELABORACIÓN DE PLAN CASERO
					numero de personal que viaien al medio familiar familiares programadas	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!	
					ANALISIS/SEGUIMIENTO	Para este mes no se programaron	para este mes no se programaron por la pandemia											
					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!	
11	EFICACIA	Apoyo en la elaboracion de PAIDm con sus Base Consiente, planeado y monitoreado en el proceso institucional de la persona mayor en el CBA Belencito	% cumplimiento en elaboracion PAIDm y seguimiento al Mismo	Fortalecimiento y seguim iento del proceso de las Personas Mayores.	numero de Planes de Atención elaborados	26	29											% CUMPLIMIENTO EN ELABORACION DE PAIN Y SEGUIMIENTO
					numero de planes de atención individual programadas	26	29											
					CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
					ANALISIS/SEGUIMIENTO	para este mes se realizaron 1 piel- de domingo 26, mantenimiento de pila manuela, bellidita blanca, bellos ellitos belencitos, garrido jhere, eugenio,luis miguel,amigo gutierrez,lala, miguelgrue murillo,flores,nieves,jacinto,isabel,lamella,adela,luis carlos,ruvi,blanca silva	para este mes se realizaron 26 mantenimiento turnera, (belencito,pila ruvi, flores, luis,jigia,pregrina,lala,manuela,maceda,belencitos,adela,ne rimes,rubiela,manuel,noelia neumes,ruiz,carmen,amor,rosa,evangil,el nieves, alejandro, epifanio,ruiz marina.											
					PLAN DE MEJORA	NO REQUERIDO	NO REQUERIDO	NO APLICA PLAN	NO REQUERIDO	NO REQUERIDO	NO APLICA PLAN							
12	EFICACIA	participar de los estudios de casos y seguimiento a los compromisos establecidos en las por parte seguimiento por sucesidad de salud o alteracion a nivel comportamental	% de cumplimiento en elaboracion de los estudios de casos	conocimiento de la situacion de salud/dua, metas, conductas y comportamientos a partir de sus deficiencias	numero total de estudios de casos realizados	2	10											% ELABORACIÓN ESTUDIOS DE CASO
					nuemro total de estudios de casos programados	2	10											
					CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
					ANALISIS/SEGUIMIENTO	para este mes se realizaron 2 estudios de casos de mirriam, olga ,ada emma, luz stella, manuela turnera,bellidita,rosa belen, gregorio, victor jimenez.	para este mes se realizaron 10 estudios de casos de mirriam, olga ,ada emma, luz stella, manuela turnera,bellidita,rosa belen, gregorio, victor jimenez.											
					PLAN DE MEJORA	NO REQUERIDO	NO REQUERIDO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
13	EFICACIA	Participar en la realizacion de informes, reuniones administrativas, actividades de integración, Religiosas, Culturales, cumbre programadas por la Dirección y según requerimiento.	% ADUNCIONADO FORMATO TRATADO	asepsian con interven pronedel equipo y area administrativa en busca de cumplimiento de logros colectivos	numero total de reuniones y/o actividades realizadas	6	6											% REUNIONES ADMINISTRATIVAS
					nuemro total de reuniones y/o actividades programadas	6	6											
					CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
					ANALISIS/SEGUIMIENTO	Durante el mes de Enero se participo de 1 dia de, reunion de equipo, 4 talleres (1 de gestion, 1 de programa de farmacovigilancia en linea, 1 secretaria en salud de farmacovigilancia, 1 el dia reunion de equipo,talleres)	Durante el mes de Febrero se participo de 1 dia de, reunion de comite, 4 talleres (1 de gestion, 1 de programa de farmacovigilancia en linea, 1 secretaria en salud de farmacovigilancia, 1 el dia reunion de equipo,talleres)											
					PLAN DE MEJORA	PLAN DE MEJORA N°	NO REQUERIDO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
14	EFICACIA	participar de los ingresos de Personas mayores a la Institución	% de cumplimiento recepción de personas mayores	Conocer y dar continuidad a los ordenes medicas de personas que ingresen a la institución.	numero total de personas ingresadas	0	0											% PERSONAS INGRESADAS
					Numero de ingresos programados	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!	
					ANALISIS/SEGUIMIENTO	No se presentaron en el periodo	para este mes no hubo ingresos programados											
					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!	

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

PROCESO

CENTRO BIENESTAR DEL ANCIANO BELMIRA

INFORME DE GESTION VIGENCIA 01 DE ENERO AL 31 DICIEMBRE DEL 2021

GESTION DE CALIDAD

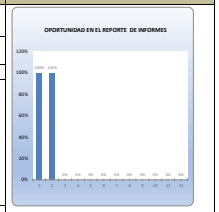
CODIGO:ET-GC-011

VERSION:001

FECHA: 27/01/2018

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION DEL AREA DE GESTION AMBIENTAL

N°	TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGO	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	GRAFICO DEL INDICADOR
1	OPORTUNIDAD	Diseñar y Presentar los informes de Gestión, segùn requerimientos de los entes de control y supervisión dentro del tiempo establecido dando cumplimiento a la Normatividad Ambiental Vigente	OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMES	100%	SEGÚN NECESIDAD DEL PROCESO ANUAL SEMESTRAL SEMANAL (Secretaria de Salud Gobernacion)		N° de informes entregados de forma Oportuna y/o solicitudes adicionales ante entidades externas.	4	2											
							N° de Total de Informes Requeridos por los entes de Control y supervisión y/o solicitudes adicionales ante entidades externas.	4	2											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Semafaxi reporte de información de generacion de residuos generados en el año 2020, conforme circular departamental 023 del 2017 ante la secretaria de salud de cundinamarca, adicionalmente el dia 15 de enero del 20201 se realizó reporte anual de generacion de RCD ante la Corporación Autonoma Regional de Cundinamarca y Adicionalmente se atendió requerimiento AUTO DRSU 1490 emitido por parte de la Corporación Autonoma Regional de Cundinamarca CAR, en conjunto de la Dirección y Coordinación del CBA, se atendió visita de la Secretaria de Salud de Fusagasugá oficinas de epidemiología. Por ultimo se realizó gestión con la empresa Greenfalt Colombia para la entrega de Aceite de Cocina Usado.	Se realizó gestión ante la empresa de servicios publicos ALCANOS DE COLOMBIA SAS ESP, para la generación de visita de revisión tecnica reglamentaria de seguridad El dia 25 de febrero se realizo gestión con el laboratorio UNID SALUD SAS para la toma de alicuotas de caracterización para parametros fisicoquimicos y microbiologicos en el agua para consumo humano conforme Decreto 2115 del 2007									
							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!	
2	EFICACIA	Garantizar el Acceso de agua potable para todas las Actividades de Atención Integral a las Personas Mayor	ACCESO DE AGUA POTABLE	100%	DIARIO	Diseño y Aplicación de Lista de Chequeo del suministro y/o acceso al Agua potable en los puntos hidraulicos del centro.	Numero de puntos hidraulicos verificados que cuentan con acceso agua potable de forma constante	21	21											
							Total de puntos hidraulicos definidos en el centro.	21	21											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	En el mes de enero se realizó verificacion de los puntos hidraulicos del centro se evidencia funcionamiento y control de fugas de agua, las cuales fueron atendidas dentro de las 24 horas siguientes.	Conforme a las estrategias propuestas en el plan de mantenimiento locativo se realizó inspección hidraulica a 21 puntos de acceso y/o suministro de agua potable del CBA Belmira, en donde se identificaron y atendieron en un tiempo no > a 24h las fugas de agua.									
							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!	
3	EFICACIA	Dar cumplimiento al decreto 351 del 2014, referente a la conformación y ejecución de las reuniones del comité G.A.G.A.S	%EJECUCIÓN DE LAS REUNIONES DEL COMITÉ G.A.G.A.S	Realizar el 100% de las Reuniones programadas del Comité G.A.G.A.S.	MENSUAL	Conformación del comité G.A.G.A.S. Programacion de reuniones mensuales Ejecución de las reuniones	N° de Reuniones Realizadas.	1	3											
							N. de Reuniones programadas	1	3											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/SEGUIMIENTO	Se realizó reunion de comité GAGAS el dia 26 de enero del 2021	Se realizó reunion de comité GAGAS el dia 23 de febrero, reunion de area con los auxiliares de mantenimiento el dia 9 de febrero y con el area de servicios generales el dia 18 de febrero del 2021, en donde se analizaron las estrategias de contención y mitigación del COVID-19 en el servicio.									
							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!	
4	EFICIENCIA	Mitigar los impactos a la salud de las personas y del medio Ambiente a partir de la Adecuada disposición de los residuos Hospitalarios, conforme a la Normatividad vigente	DISPOSICIÓN FINAL DE RESIDUOS HOSPITALARIOS Y PELIGROSOS	Disponer Adecuadamente el 100% de los Residuos hospitalarios Generados en el Centro.	MENSUAL	Contratación y entrega de los Residuos a la Empresa DESCONT SA ESP, Empresa autorizada para la Gestión final de residuos Hospitalarios	N. de Kg de Residuos Hospitalarios - Peligrosos Dispuestos Adecuadamente en el mes.	83	75											
							N. Total en kg de Residuos hospitalarios - Peligrosos Generados en el mes	83	75											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Se realizo la disposicion final con la empresa Descont SAS ESP bajo aprobacion de la Corporacion Autonoma Regional de Cundinamarca CAR y segùn formato R065 enero 2021 Manifiesto No. 31347/44	Se realizó entrega de residuos peligrosos a la empresa DESCONT SAS ESP segùn manifiesto No. 31352/80 y segùn R65 mes de febrero, a saber: RESANITARIOS 0 / 62 CORTOPUNZANTES 2 / 1 CONTRAPUNZANTES 2 / 2 ENVASES DE FARMACOS 1 / 9									
							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!	
5	IMPACTO	Sensibilizar a los funcionarios y contratistas acerca de las Politicas Ambientales y lineamientos del Plan Institucional de Gestión Ambiental PIGA	PROMOCION DE PRACTICAS AMBIENTALES	100% de las actividades programadas	MENSUAL	Vincular a los funcionarios y personas mayores en actividades ludico recreativas de promocion de las buenas practicas ambientales	Numero de Actividades desarrolladas	1	1											
							Total de Actividades Ejecutadas	1	1											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Se realizo la actividad el dia viernes 28 de enero del 2021 denominada "fortaleciendo tu dia" Normas de Bioseguridad en el CBA Belmira para la prevención del Covid-19"	Se realizo la actividad el dia 9 de febrero del 2021 denominada Cuidate y cuidamos a cuidarme en el marco de la pandemia por COVID-19									
							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!	
6	EFECTIVIDAD	Mejorar la prevención de los servicios de atención integral en funcion de la minimizacion de riesgos ambientales y sanitarios a partir de la capacitacion continua a los colaboradores del centro.	EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE CAPACITACION CONTINUA	Realizar al 100% de las capacitaciones programadas desde el area de gestión ambiental	Mensual	Disellar el cronograma de capacitaciones del Area Diseñar y brindar al personal del centro las capacitaciones en temas inherentes a la gestión ambiental.	Numero de capacitaciones ejecutadas	1	2											
							Numero de capacitaciones programadas	1	2											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	En el mes de enero se realizó capacitacion por medio de la emisora institucional a los funcionarios sobre "Socialización del protocolo de Bioseguridad frente al ingreso y salida del CBA Belmira"	El dia 9 de febrero se realizó la socialización del protocolo de aislamiento en el marco de la pandemia por COVID-19, asi mismo el dia 24 de febrero se realizó la socialización del plan de gestión integral de residuos peligrosos dirigida al 100% de los funcionarios del CBA.									
							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!	







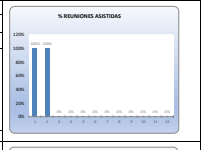
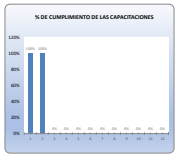
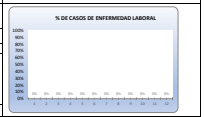






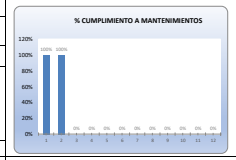
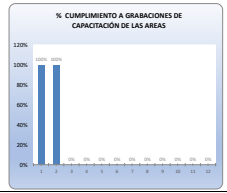
E.S.E. INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA	CENTRO BIENESTAR DEL ANCIANO BELMIRA	CODIGO:FT-GC-011
	INFORME DE GESTION VIGENCIA 01 DE ENERO AL 31 DICIEMBRE DEL 2025	VERSION:001
PROCESO	GESTION DE CALIDAD	FECHA: 27/01/2026

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE RESULTADOS DEL PROCESO 2025

CANTIDAD	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
1		PLANEAR EJECUTAR EL SISTEMA E GESTION SST DE LA SEDE FRENTE A LOS REQUISIMIENTOS 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 DOCUMENTOS PROPOS DEL SISTEMA ACTUALIZADOS	3	3											
							NUMERO DE DOCUMENTOS REQUERIDOS EN EL SISTEMA	3	3											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Para el mes de enero se evidencia cumplimiento en la meta establecida, ya que se cuenta con los registros del documento Plan de trabajo anual, evidenciando de Inspecciones de Seguridad y su cronograma anual, el documento Presupuesto.	Para el mes de febrero se evidencia cumplimiento en la meta establecida, ya que se cuenta con los registros del documento y la matriz legal, del documento y formato del Procedimiento de NO Conformidades, Acciones correctivas y preventivas y del documento Procedimiento Contratos.											
							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!	
2		LIDERAR LAS REUNIONES DE LOS COMITES CREADOS DANDO CUMPLIMIENTO AL SG SST	% Reuniones asistidas	100%	Mensual	ELABORAR CRONOGRAMA DE REUNIONES CON TEMAS ACTIVIDADES Y FECHAS	NUMERO DE REUNIONES ASISTIDAS EN EL MES	2	4											
							NUMERO DE REUNIONES PROGRAMADAS EN EL MES	2	4											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Para el mes de enero se evidencia cumplimiento en la meta establecida, ya que se realizo el acta mensual del COPASST con la definición de actividades y fechas propuestas para cada mes a desarrollar como integrantes del Comité Convivencia Laboral con el tema de Prevención del Comité de Convivencia Laboral con el tema de Solidaridad Laboral, seguiremos estableciéndo dentro de la programación de cada comité.	Para el mes de febrero el COPASST realiza las Inspecciones de Seguridad Locativa y de Herramientas y Equipos, la Brigada de Emergencias realiza la Inspección de Seguridad a Botiquines, se continua con el ingreso del ausentismo laborable cada mes.											
							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!	
3	**Eficacia**	EJECUTAR EL PROGRAMA DE CAPACITACION EN SGSST A TODO EL PERSONAL DE LA SEDE	% DE CUMPLIMIENTO DE LAS CAPACITACIONES	100%	A SUCESIVO	PLANEAR DIVULGAR Y ORGANIZAR CADA CAPACITACION CON TIEMPO	NUMERO DE CAPACITACIONES REALIZADAS EN EL MES	2	1											
							NUMERO DE CAPACITACIONES PROGRAMADAS	2	1											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/SEGUIMIENTO	Para el mes de enero se evidencia un porcentaje de cumplimeto del 100%, ya que se evidencias las capacitaciones situadas con los temas de Medidas Preventivas COVID - Limpieza y desinfección en la vivienda Limpieza y desinfección de vehículos, segùn cronograma anual.	Para el mes de febrero se evidencia cumplimiento en la meta establecida, ya que se realizo el acta mensual del COPASST con el tema de la ultila de Peligros (Biologico y Biomecanico) e Inspecciones de Seguridad, segùn cronogramas estableciidos dentro de la programación de los comité.											
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO RE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
4		PORCENTAJE DE INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO	% DE ACCIDENTES DE TRABAJO INVESTIGADOS	100%	A NECESIDAD	INVESTICAR CADA FURAT REGISTRADO.	NUMERO DE INCIDENTES DE TRABAJO INVESTIGADOS	0	0											
							NUMERO TOTAL ACCIDENTES DE TRABAJO REPORTADOS	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!	
							ANALISIS/SEGUIMIENTO	Para el mes de enero se evidencia que no se presentaron incidentes de trabajo.	Para el mes de febrero se evidencia que no se presentaron incidentes de trabajo.											
							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!	
5		EJECUTAR EL PLAN DE TRABAJO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	INDICE DE ACCIDENTALIDAD	1%	Mensual	INGRESAR LA INFORMACION DE LAS ESTADISTICAS MES A MES INCENTIVAR EL REPORTE DE LOS ACCIDENTES DE TRBAJO	NUMERO DE ACCIDENTES DE TRABAJO EN EL PERIODO	0	0											
							NUMERO TOTAL TRABAJADORES EN EL PERIODO	60	60											
							CUMPLIMIENTO	0%	0%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Para el mes de enero se evidencia que no se presentaron accidentes de trabajo.	Para el mes de enero se evidencia que no se presentaron accidentes de trabajo.											
							PLAN DE MEJORA	REQUIERE	SI REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
6		EJECUTAR EL PLAN DE TRABAJO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	% DE CASOS DE ENFERMEDAD LABORAL	25	Semestral	LLEVAR A CABO LAS INVESTIGACIONES DE CADA ACCIDENTE DE TRABAJO PRESENTADO.	NUMERO DE CASOS DE ENFERMEDAD LABORAL PRESENTADOS EN EL PERIODO	0	0											
							NUMERO TOTAL DE TRABAJADORES EN EL PERIODO	60	60											
							CUMPLIMIENTO	0%	0%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/SEGUIMIENTO	Para el mes de enero se evidencia que el porcentaje de casos por Enfermedad Laboral es del 0% ya que no se presentaron casos.	Para el mes de febrero se evidencia que el porcentaje de casos por Enfermedad Laborales del 0% ya que no se presentaron casa											
							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!	
7	**PROCESO**	PLANEAR EJECUTAR EL SISTEMA E GESTION SST DE LA SEDE FRENTE A LOS REQUISIMIENTOS DEL DECRETO 1072 DEL 2015	% DE CUMPLIMIENTO DE PLANEAR Y EJECUTAR SGSST	95%	MENSUAL	ELABORAR PLAN DE TRABAJO CON LAS ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENSION	NUMERO DE ACTIVIDADES EJECUTADAS	1	1											
							NUMERO DE ACTIVIDADES PLANTEADAS	1	1											
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/SEGUIMIENTO	Para el mes de enero se realiza el ingreso del ausentismo laborable/dias.	Para el mes de febrero se evidencia un porcentaje de cumplimeto del 100%, ya que se evidencia la capacitación virtual de Medidas Preventivas COVID - Sociales psicológicos, trastornos y traumas despues de vivir el coronavirus, segùn cronograma anual.											
							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!	
8	**IMPACTO**	EJECUTAR EL PLAN DE TRABAJO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	% ÍNDICE DE AUSENTISMO POR ENFERMEDAD DE ORIGEN LABORAL	95%	MENSUAL	INGRESAR LA INFORMACION DE LAS ESTADISTICAS MES A MES	NUMERO DE DÍAS DE AUSENCIA POR ENFERMEDAD DE ORIGEN LABORAL	0	0											
							NNUMERO TOTAL DE TRABAJADORES EN NUMERO TOTAL TRABAJADORES EN EL PERIODO	60	60											
							CUMPLIMIENTO	0%	0%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/SEGUIMIENTO	Para el mes de enero se evidencia que el indice de ausentismo por enfermedad laborales 0%, ya que no se reportaron casos de E.L.	Para el mes de febrero se evidencia que el indice de ausentismo por enfermedad laborales 0%, ya que no se reportaron casos de E.L.											
							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!	

I.H.S. INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA	CENTRO BIENESTAR DEL ANCIANO BELMIRA	CODIGO:FT-GC-011
	INFORME DE GESTION VIGENCIA 01 DE ENERO AL 31 DICIEMBRE DEL 2021	VERSION:001
PROCESO	GESTION DE CALIDAD	FECHA: 27/01/2018

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION DEL AREA DE TECNICO EN COMUNICACIÓN

CANTIDAD	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
1	EFICACIA	Mantener una programación musical variada para amenizar la estancia de las personas mayores y trabajadores del CBA Belmira,	% de cumplimiento a la emisión de programas	Dar cumplimiento a la parrilla de programación mensual en un 100%	mensual	crear cronograma de actividades asm horarios de grabación con el personal	total de programas trasmitidos en el mes	5	5											
							Total de programasdes proyectados para transmisión	5	5											
							CUMPLIMENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Para el mes de enero se da cumplimento a lo propuesto encuanto a los mantenimientos virtuales y físicos a los equipos del estudio de la emisora Belmira Radio	Para el mes de febrero se da cumplimento a lo propuesto encuanto a los mantenimientos virtuales y físicos a los equipos del estudio de la emisora Belmira Radio para evitar su reiteriacion y optimo funcionamiento										
							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!	
2		Realizar mantenimiento preventivo a los equipos de la emisora Belmira radio	% cumplimiento a mantenimientos	Dar cumplimiento a cronograma de mantenimiento de los equipos AL 100%	A necesidad	creacion de cronograma recorridos por la institución	Total profesionales vinculados	8	6											
							Total de profecionales programados	8	6											
							CUMPLIMENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	para el mes de enero se relalizaron en cada una de la visita a la initiucion mantenimiento a los equipos y chequeos de la emisora en la parte fisica y virtual para su optimo funcionamiento en los horarios de 6 am a 4 30 pm de domingo a domingo	En el mes de febrero se realizaron los mantenimientos físicos a los equipos de computo segun lo propuesto en cronograma de actividades										
							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!	
3		Mantener espacios de difusión de los profesionales para la constante, capacitación de todo el personal del CBA Belmira	% cumplimiento a grabaciones de capacitación de las areas	Dar cumplimiento al cronograma de grabaciones mensual al 100%	mensual	crear cronograma	Total de programas grabados en el periodo	5	6											
							Total de programas proyectados para grabación	5	6											
							CUMPLIMENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Para el mes de enero se evidencia cumplimiento a lo establecido desde la direccion con la vinculacion de las areas con campañas educativas, fracra, promocion de lavado de manos al igual que campañas informativas de covid -19 a manera de prevencion y conteccion de la misma,	En ebrero de 2021 se logra cumplir a cabalidad con los espacios de socializaciones y capacitaciones en la emisora como virtualmente segùn cronograma										
							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!	