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

## INSTRUMENTO DE SUPERVISION TECNICA INSTITUCIONES DE PROTECCION ADULTO MAYOR

| | | |
|---|---|---|
| **CENTRO DE PROTECCION** | **C.B.A. VILLETA** | **Nro CONVENIO: 008 de 2020** |
| **NOMBRE DEL ASOCIADO** | **INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA** | |
| **FECHA DE VISITA PRESENCIAL O VIRTUAL** | **NOVIEMBRE DE 2020** | |
| **NOMBRE DE PERSONA(S) QUE PARTICIPA(N) EN LA VISITA DE SUPERVISIÓN POR PARTE DEL ASOCIADO** | **DIRECTORA: HNA AMANDA BETANCUR**<br>**COORDINADORA: DRA MARCELA CADENA** | |
| **NOMBRE(S) SUPERVISOR(ES) TECNICO** | **ELDA ROCIO RODRIGUEZ CAJAMARCA** | |

**OBJETIVO DE LA VISITA: Realizar seguimiento a la Supervisión del Convenio de Asociación No. 008 de 2020, celebrado entre el Instituto de Hermanas Franciscanas y la Beneficencia de Cundinamarca, para la prestación de servicios de protección en el C.B.A. VILLETA.**

### ASPECTOS TECNICOS

### ADMINISTRACION

### 1. DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

| ASPECTO EVALUADO | CUMPLE | NO CUMPLE | CUMPLE PARCIALMENTE | EVIDENCIAS Y/O OBSERVACIONES | REQUERIMIENTO | FECHA DE CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Verificar la socialización del manual de inducción. | X | | | Actas de asistencia | | |
| Verificar la existencia de planes de acción por área profesional, incluída la dirección | X | | | Documento. | | |
| Verificar la aplicación de planes de acción | X | | | Historia Social, Informe de Gestión | | |
| Verificar que las Historias Clínicas y/o Sociales, los documentos relacionados con los planes, programas o proyectos estén organizados y se conserven de conformidad con la normatividad vigente de archivo, aplicando dicha norma a las tablas de retención documental. | X | | | Documento | | |

### 2. TALENTO HUMANO

| ASPECTO EVALUADO | CUMPLE | NO CUMPLE | CUMPLE PARCIALMENTE | EVIDENCIAS Y/O OBSERVACIONES | REQUERIMIENTO | FECHA DE CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Verificar el cumplimiento en la contratación del personal, según anexo técnico y propuesta: | | | X | Hojas de vida, Nómina y convenio de cooperación de trabajo | DE LA CUENTA MENSUAL SE DESCUENTA PERSONAL NO CONTRATADO | |
| Verificar la prestación de servicios profesionales los 7 días de la semana | X | | | Control de asistencia laboral. Cuadro de turnos | | |
| Verificar el pago de seguridad social | X | | | Documento | | |
| Verificar el pago de parafiscales | X | | | | | |
| Verificar la oportunidad en los pagos de la nómina, acorde a lo presupuestado por la Entidad. | | | X | | SE GENERA DEMORA EN EL PAGO A LOS TRABAJADORES EN RAZÓN AL NO DESEMBOLSO A TIEMPO POR PARTE DE LA BENEFICENCIA | |
| Verificar el cumplimiento del plan de capacitación institucional | X | | | Registro de asistencia | | |
| Verificar la entrega de dotación a empleados | X | | | Actas de entrega | | |
| Verificar actas de reuniones del SGSST | X | | | Controles de asistencia y actas de | | |
| Verificar plan de mejoramiento con base en el mapa | X | | | Documento | | |

### 3. REGISTROS CONTABLES

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

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Verificar seguimiento a la cartera morosa | X | | | Informe de Recaudo, planillas de seguimiento | | |
| Verificar la oportunidad en el pago a los empleados | X | | | Nómina, soportes contables | | |
| Verificar la oportunidad en el pago de seguridad social y parafiscales | X | | | Planilla Unica de pagos, certificación del contador o Revisor Fiscal | | |
| Verificar la oportunidad en la presentación de cuentas | | | X | Radicado de la cuenta | SE GENERA DEMORA EN LA RADICACION DE CUENTAS POR LA MISMA RAZON EN LA DEMORA DEL PAGO DE NOMINA | |
| Verificar existencia de registros contables en cada uno de los proyectos terapéuticos | X | | | Libros soporte | | |
| **PROTECCION** | | | | | | |
| **1. SERVICIOS DE ATENCION GENERAL** | | | | | | |
| **ASPECTO EVALUADO** | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** | **CUMPLE PARCIALMENTE** | **EVIDENCIAS Y/O OBSERVACIONES** | **REQUERIMIENTO** | **FECHA DE CUMPLIMIENTO** |
| Verificar las condiciones de organización y aseo, tanto de cama, servicio, baterías de baño, zonas comunes, oficinas y área de taller. | X | | | Observación directa | | |
| Verificar la organización y funcionamiento del servicio de lavandería | X | | | Observación directa | | |
| Verificar el aseo personal y presentación personal de los beneficiarios | X | | | Observación directa | | |
| Verificar la prestación del servicio funerario para los usuarios sin familia | X | | | Informe de gestión | | |
| **2. ALIMENTACION** | | | | | | |
| **ASPECTO EVALUADO** | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** | **CUMPLE PARCIALMENTE** | **EVIDENCIAS Y/O OBSERVACIONES** | **REQUERIMIENTO** | **FECHA DE CUMPLIMIENTO** |
| Verificar el cumplimiento de las minutas establecidas | X | | | Minuta propuesta, observación directa | | |
| Verificar la realización de exámenes bacteriológicos de los empleados de la cocina | X | | | Exámenes de laboratorio | | |
| Verificar vigencia del carnét de manipulación de alimentos | X | | | Carnét | | |
| Verificar la entrega de kits de aseo a los empleados (jabón antibacterial, toallas de papel) | X | | | Actas de entrega | | |
| Verificar ubicación y cumplimiento de dietas, según valoración médica y nutricional | X | | | Documento, valoraciones | | |
| Verificar suministro de los alimentos. | X | | | Observación Directa | | |
| Verificar preparación de alimentos | X | | | | | |
| Verificar presentación adecuada al servir | X | | | | | |
| Verificar temperatura adecuada de los alimentos | X | | | | | |
| Verificar aseo, organización del área de cocina, depósito de alimentos y comedor | X | | | | | |
| Verificar existencia y actualización de kárdex de alimentos. | X | | | | | |
| Verificar cumplimiento de los protocolos de manipulación | X | | | Documento, Observación Directa | | |
| Verificar adecuado almacenamiento de viveres. | X | | | Observación Directa | | |
| **3. SERVICIOS PROFESIONALES** | | | | | | |
| **ASPECTO EVALUADO** | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** | **CUMPLE PARCIALMENTE** | **EVIDENCIAS Y/O OBSERVACIONES** | **REQUERIMIENTO** | **FECHA DE CUMPLIMIENTO** |
| Verificar el oportuno suministro de materiales e insumos para el adecuado funcionamiento de programas profesionales y proyectos ocupacionales | X | | | Archivo de solicitudes (Formato pre diseñado) | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Verificar cumplimiento en la entrega de informes de las diferentes áreas | X | | | Documentos | | |
| Verificar la evolución trimestral del beneficiario en las historias sociales, realizada por cada profesional | X | | | Historias Sociales | | |
| Verificar el cumplimiento en la entrega de informe estadístico | X | | | Documentos | | |
| Verificar suministro de estímulos por labor realizada a los beneficiarios del programa | X | | | Actas de entrega con firma o huella usuario | | |
| Verificar la afiliación del total de beneficiarios al S.G.S.S.S. | X | | | Carnét afiliación | | |
| Verificar la oportuna utilización de los servicios del S.G.S.S.S. | X | | | Historia clínica, informes | | |
| Verificar la gestión para la consecución de medicamentos | X | | | Remisiones, prescripciones médicas y kardex de medicamentos. | | |
| Verificar el suministro oportuno de medicamentos | X | | | Historias clinicas | | |
| Verificar la reserva de medicamentos, elementos y materiales de curación por un mes | X | | | Kardex | | |
| Verificar remisión oportuna de urgencias médicas las 24 horas del día | X | | | Remisiones, historia social. | | |
| Verificar existencia y actualización del kárdex de farmacia. | X | | | Kardex | | |
| Informes de gestión | X | | | Documento vía e mail. **Actas de** | | |
| **4. SUMINISTROS DE ELEMENTOS E INSUMOS PARA LOS SERVICIOS** | | | | | | |
| **ASPECTO EVALUADO** | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** | **CUMPLE PARCIALMENTE** | **EVIDENCIAS Y/O OBSERVACIONES** | **REQUERIMIENTO** | **FECHA DE CUMPLIMIENTO** |
| Sobrecamas, manteles o Juegos de cama en algodón (sabana, sobre sábana y funda) de buena calidad, según necesidad de cada Centro de Protección, al total de usuarios que se atienden en la institución. | | | | Actas de entrega, firmadas por el usuario | ALLEGAR ACTA DE ENTREGA DE DOTACION Y LENCERIA A USUARIOS. | |
| 1 sudadera o vestido compuesto por 1 pantalón y una camisa, además se entregará 1 camiseta | | | | | | |
| 3 juegos de interiores, | | | | | | |
| 2 pares de medias, | | | | | | |
| 1 par de zapatos o tennis | | | | | | |
| 1 Toalla | | | | | | |
| Verificar oportuno suministro del KIT de aseo por usuario (Jabón, talcos, crema dental, papel higiénico, cepillo de dientes, | X | | | Actas de entrega, con firma o huella del usuario . | | |
| Verificar la compra de los elementos de aseo | X | | | Facturas | | |
| Verificar la entreta oportuna de 3 pañales diarios como mínimo a los usuarios con incontinencia moderada y 2 para leves. | X | | | Actas de entrega firmada por el coordinador del servicio | | |
| Verificar la participación de los beneficiarios en diferentes eventos culturales, deportivos, folclóricos, recreativos: UNA VEZ CADA DOS MESES | X | | | Cronograma, informe de gestión | | |
| Verificar el funcionamiento de los proyectos de trabajo propuestos | X | | | Informes de gestión | | |
| Medir el cumplimiento de metas acorde a lo proyectado en el Plan de Acción | X | | | Informes de gestión | | |
| Verificar el oportuno suministro de insumos y elementos que aseguren la correcta ejecución de estos servicios en la institución (Líquidos desinfectantes, jabón líquido y en polvo y odorizantes) | X | | | Kárdex | | |
| Verificar la existencia de computadores para el equipo profesional, con acceso a internet y programas actualizados. | X | | | Observación directa | | |
| Verificar la oportunidad en la entrega de insumos requeridos para desarrollar las funciones administrativas de la institución (Papelería) | X | | | Kárdex, archivos de solicitudes y actas de entrega | | |
| **C. MANTENIMIENTO** | | | | | | |
| **1. MAQUINARIA Y EQUIPOS** | | | | | | |

| ASPECTO EVALUADO | CUMPLE | NO CUMPLE | CUMPLE PARCIALMENTE | EVIDENCIAS Y/O OBSERVACIONES | REQUERIMIENTO | FECHA DE CUMPLIMIENTO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Verificar la existencia de hojas de vida de cada uno de los equipos. Dar cumplimiento al programa de Tecnovigilancia. | X | | | Documento físico | | |
| Verificar el funcionamiento de los equipos con su respectivo mantenimiento | X | | | Hoja de vida del equipo | | |
| **2. MANTENIMIENTO INSTITUCION** | | | | | | |
| **ASPECTO EVALUADO** | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** | **CUMPLE PARCIALMENTE** | **EVIDENCIAS Y/O OBSERVACIONES** | **REQUERIMIENTO** | **FECHA DE CUMPLIMIENTO** |
| Verificar la poda contínua de zonas verdes y mantenimiento de jardínes en la institución | X | | | Observación Directa | | |
| Verificar la realización de dos fumigaciones en la institución | X | | | Documeno Físico | | |
| **3. VEHICULOS** | | | | | | |
| **ASPECTO EVALUADO** | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** | **CUMPLE PARCIALMENTE** | **EVIDENCIAS Y/O OBSERVACIONES** | **REQUERIMIENTO** | **FECHA DE CUMPLIMIENTO** |
| Verificar el pago oportuno y mantener la vigencia del seguro obligatorio SOAT y seguro contra robo, daños y otros. | X | | | Documento físico | | |
| Verificar el mantenimiento del vehículo en buenas condiciones. | X | | | Observación Directa, Hoja de Vida. | | |
| **4. VIGILANCIA** | | | | | | |
| **ASPECTO EVALUADO** | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** | **CUMPLE PARCIALMENTE** | **EVIDENCIAS Y/O OBSERVACIONES** | **REQUERIMIENTO** | **FECHA DE CUMPLIMIENTO** |
| Verificar la existencia de los puestos de vigilancia 24 horas, según lo propuesto | X | | | convenio con empresa y observación directa | | |
| Verificar la correcta presentación personal del servicio de vigilancia | X | | | Observación Directa | | |
| **5. SERVICIOS PUBLICOS** | | | | | | |
| **ASPECTO EVALUADO** | **CUMPLE** | **NO CUMPLE** | **CUMPLE PARCIALMENTE** | **EVIDENCIAS Y/O OBSERVACIONES** | **REQUERIMIENTO** | **FECHA DE CUMPLIMIENTO** |
| Verificar pago de servicio de agua | X | | | Documento | | |
| Verificar pago de servicio de energía | X | | | Documento | | |
| Verificar pago de recolección de basuras (Riesgo Biológico) | X | | | Documento | | |
| Gas Natural | X | | | Documento | | |
| Verificar pago de servicio de Teléfono | X | | | Documento | | |
| **MEDIDAS DE PREVENCION DE COVID-19** | | | | | | |
| Verificar existencia de Protocolo de Bioseguridad | X | | | Documento | | |
| Verificar socialización de Protocolo de Bioseguridad | X | | | Actas Firmadas | | |
| Verificar cumplimiento Protocolos de Bioseguridad | X | | | Informes. Observación | | |
| Verificar envío informe y evidencias de aplicación Normas de Bioseguridad | X | | | Informe vía e mail | | |
| Verificar envío informe semanal Reporte Estado de Salud de Usuarios y Trabajadores | X | | | Informe vía e mail | | |

**OBSERVACIONES:** Se genera por parte de la Ingeniera Botón Usuario y Contraseña para el ingreso al Sistema Orfeo para radicación de cuentas de cobro.
La Hna Directora, manifiesta preocupación por la demora en el pago por parte de la Beneficenica, adicional, el área de bienes realiza amenazas de no cerrtificar cuenrtas sin tener presente que si no se realizan mantenimientos mayores es por falta de dinero que la Beneficencia les adeuda.
A la fecha no se han presentado casos de Covid positivo.
Informan cambio de profesional de Calidad, revisada la hoja de vida cumple con el perfil solicitado por el anexo técnico.
Se realiza compra de torre de medicamentos. Se realiza adecuación del área de medicamentos y zona de aislamiento.
Se registran novedades de habilitación en la página web, pendiente firma del Gerente y radicado en la S:S:C:
Se requieren adecuaciones urgentes como son: Resane de humedades, cambios de ventanas. La Hermana expresa que si la Beneficencia no paga lo más probable es que el Instituto no continúe en la administración del C.B.A.
Se genera certificación técnica de la cuenta del mes de octubre (Nov. 18) generando descuentos de cuotas de corresponsabilidad, aporte del asociado, personal no contratado: Regente de Farmacia (7 días) auxiliar serv. grales (7 días).

## VERIFICACION DE REQUERIMIENTOS

| REQUERIMIENTO | FECHA DE CUMPLIMIENTO | FECHA DE VERIFICACION | CUMPLE/NO CUMPLE/CUMPLE PARCIALMENTE | EVIDENCIAS | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|
| ALLEGAR HOJA DE VIDA DE PROFESIONAL DE CALIDAD. | NOVIEMB DE 2020 | NOVIEM DE 2020 | CUMPLE | DOCUMENTO VIA E MAIL | CUMPLE CON EL PERFIL SOLICITADO POR EL ANEXO. |
| INFORMAR COMPRA DE TORRE DE MEDICAMENTOS AREA DE INVENTARIOS CON COPIA A ESTA SUPERVISION. | FEBR DE 2021 | FEBR DE 2021 | CUMPLE | DOCUMENTO VIA E MAIL | |
| ALLEGAR ACTA DE ENTREGA DE DOTACION Y LENCERIA A USUARIOS. | FEBR DE 2021 | FEBR DE 2021 | CUMPLE | DOCUMENTO VIA E MAIL | |
| | | | | | |

**ELDA ROCIO RODRIGUEZ CAJAMARCA**
**SUPERVISOR TECNICO CONVENIO DE ASOCIACION C.B.A.**