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. BELMIRA**	**Nro CONVENIO: 007 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 MABEL ARROYAVE** **COORDINADORA: DRA MELIDA LOPEZ**	
NOMBRE(S) SUPERVISOR(ES) TECNICO	**ELDA ROCIO RODRIGUEZ CAJAMARCA**	

OBJETIVO DE LA VISITA: Realizar seguimiento a la Supervisión del Convenio de Asociación No. 007 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. BELMIRA.

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		
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					
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		
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		

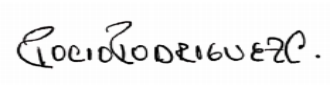
Verificar la afiliación del total de beneficiarios al S.G.S.S.S.	X			Carnét afiliación		
Verificar la oportuna utilización de los servicios del S.G.S.S.S.	X			Historia clínica, informes		
Verificar la gestión para la consecución de medicamentos	X			Remisiones, prescripciones médicas y kardex de medicamentos.		
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		
Verificar la existencia de Plan de Acción	X			Documento vía e mail. **Actas de Socialización pre y post test**		
Manual de Bioseguridad	X					
Manual de Procesos y Procedimientos	X					
Manual de Calidad	X					
Plan Integral de Manejo de Residuos	X					
Base de Datos Usuarios: Medio Magnético	X					
Informes de gestión	X					
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 VIA E MAIL ACTAS DE ENTREGA**	
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				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 el suministro durante el primer mes de ejecución del Convenio de los insumos y elementos necesarios a cada área profesional, los cuales serán determinados por el respectivo profesional con aprobación del supervisor del Convenio.	X			Acta de entrega firmada por el profesional del área, documento de adquisición.		
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 tiene comunicación con la Coordinadora del C.B.A. quien informa de cumplimiento estricto a los protocolos de bioseguridad, lo que ha permitido minimizar los riesgos de contagio; aislamiento por contacto estrecho con hospital local, lavado de manos, aislamiento en actividades diarias. Se informa de las diferentes novedades generadas con los Usuarios protegidos en el C.B.A. Se solicita estudio de caso MARCELNA GOMEZ (Responsabilidad Familiar). Por parte de la supervisión, se hace énfasis en que el Equipo Profesional es autónomo en la toma de decisiones respecto a los tratamientos y seguimiento profesional a los Usuarios.
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.
Se certifica cuenta de cobro correspondiente al mes de Octubre, generando descuento de cuotas de corresponsabilidad y aporte del asociado. No se genera descuento por personal no contratado (Nov. 10).

VERIFICACION DE REQUERIMIENTOS

REQUERIMIENTO	FECHA DE CUMPLIMIENTO	FECHA DE VERIFICACION	CUMPLE/NO CUMPLE/CUMPLE PARCIALMENTE	EVIDENCIAS	OBSERVACIONES
ALLEGAR VIA E MAIL ACTAS DE ENTREGA DOTACION A USUARIOS	DICIEM DE 2020	DICIEM DE 2020	CUMPLE	DOCUMENTO VIA E MAIL	
ESTUDIO DE CASO MARCELINA GOMEZ..	DICIEM DE 2020	DICIEM DE 2020	CUMPLE	DOCUMENTO VIA E MAIL	



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