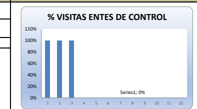
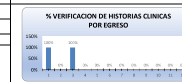
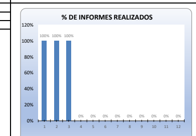
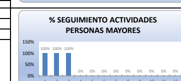
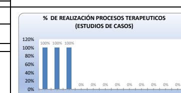
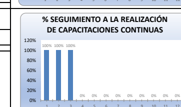
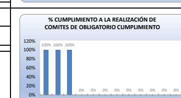
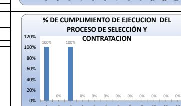
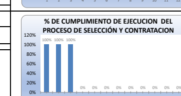
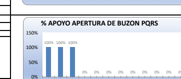
J.H.S. INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA	CENTRO BIENESTAR DEL ANCIANO BELMIRA INFORME DE GESTION VIGENCIA 01 DE ENERO AL 31 DICIEMBRE DEL 2021	CODIGO:FT-GC-011 VERSION:001
PEOCESO	GESTION DE CALIDAD	FECHA: 27/01/2018

COMPORTAMIENTO 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	6										
							Numero de visitas de entres de control anunciadas	8	5	6										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Se atendienron 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 llamada del señor Leonidas Padilla de la Beneficencia, y se recibe visita de la secretaria de salud municupal	Se asiste a reuniones con Secretaria de Salud y Desarrollo del Departamento, dos reuniones con la Dra Maritza Ascuntar 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 41 personas mayuores	Se asiste a tres reuniomnmes con secretaria de desarrollo e inclusion social Gobernacion de Cundinamarca, se atiende llamada de la Doctora Elda supervisora del convenio y se apoyan dos jornadas de vacunacion asi: Segunda dosis para las personas mayores de 80 y mas y primera dosis para los de 60 a 79										
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
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 revisión en conjunto con el area de trabjo social del cierre adecuado de las historias en las diferentes areas	Número de historias verificadas en el mes	2	0	1										
							Total de egresos en el mes	2	0	1										
							CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Se reviso 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	Se verifica cierre de historia clinica por parte del Equipo por defuncion de la señora Maria Ligia Espinosa										
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
3	**EFICACIA**	Planear y ejecutar los procedimientos de tipo operativo y administrativo relacionados con la atención de la población y descritos en el anexo técnico	% de informes realizados	100%	Mensual	Entrega oportuna de Informes solicitados por supervisión y demas dependencias de Benefencia de Cundinamarca	N° informes realizados	25	30	22										
							N° informes solicitados	25	30	22										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡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 según requerimiento asi: Beneficencia de cundinamarca Estrategias de comunicación, informe semanal estado salud personas mayores, convenios con municipios, informe covid, informes talento humano, aperturas buzon , informes nutricion, ingresos, estadistico, cronograma anual actividades, medidas preventivas, informe familias aceptacion o no de la vacuna, noivedades estadisticas, y a secretaria de salud municioal y departamental se atiende visita y se envian bases de datos de las ersonas mayores sobre tamizajes tomados y resultados de los mismos al igual que base de datos para posible vacunacion, Igual se envia solicitud a convidad para la toma del tercer tamizaje el cual esta pendiente	Se dios cumplimiento a informes solicitados por la Beneficencia en diferentes dependencias, a Secretara de Salud Departamental y Municipal relacionadas con vacunacion contra covid 19	Se dio cumplimiento a los informes solicitados por Beneficencia y demas entidades										
							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!	
4	**EFICACIA**	Programar, convocar y participar en las reuniones de equipo, areas de trabajo y demás actividades grupales.	% de reuniones	100%	Mensual	Cumplir según cronograma con las reuniones mensuales programadas de las diferentes áreas	No. Reuniones realizadas	8	8	8										
							No. Reuniones programadas	8	8	8										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Se realizan reuniones de areas para programar actividades 2021	Reuniones por areas de acuerdo a cronograma y programacion reforzando actividades para mejora del servicio.	Dando cumplimiento se realizan las reuniones de areas de trabajo buscando reforzar funciones y mejorar actividades										
							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	**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 según anexo se requieran	No. de actividades realizadas	7	5	6										
							No. actividades programadas	7	5	6										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡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 fisica y ocupacional en las 4 caminatas 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.	A causa de la pandemia son pocas las actividades que se pueden realizar sin embargo se cumplieron con las caminatas internas, adoracion eucaristica y celebracion dia del genero.										
							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!	
6	**EFICACIA**	Vigilar la ejecución de órdenes médicas provenientes 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, fisicas emocionales y mentales de los usuarios	N° de procesos terapeuticos realizados en el mes	3	10	9										
							N° Total de procesos terapeuticos programados	3	10	9										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Según cronograma se realizaron 2 estudios de caso y el Pain del ultimo ingreso de la persona mayor	Por organización de trabajo social y según cronograma se verifica y acompaña en la realizacion de estudios de caso programados	Equipo profesional cumple estudios de caso programados en uno de ellos se invito a la Persona Mayor										
							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!	
7	**EFICACIA**	Promover jornadas de Capacitación 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	12										
							N° Capacitaciones programadas en el mes	5	13	12										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Verificando programa de capacitacion continua desarrolaron las mismas la profesional del Sistema de Gestiuo, 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	Se verifica cumplimiento de cronogramas de los profesionales y capacitaciones brindadas con sus respectivas actaas y Asistencia.										
							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!	
8	**EFICACIA**	Coordinador y apoyar en la implementación y creación de los diferentes comités 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	1										
							total comites programados en el mes	1	1	1										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Reunion de comites donde se abordan todos con los que cuenta el Centro	Realizacion de la reunion de comites de Calidad, Gagas, Historias Clincas, Seguridad de la Persona Mayor, Infecciones, Copastt, convivencia Laboral, Emisora de acuerdo a cronograma establecido.	Comites reglamentarios, reuniones realizadas										
							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!	
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 según perfil y necesidad Institucional	N° de proceso de talento humano realizados	6	0	1										
							N° procesos requeridos	6	0	1										
							CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	100%	#¡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 con él apoya del área de Psicología, se aplicaron pruebas psicotécnicas, pruebas de conocimiento y entrevista a una enfermera Jefe quien fue seleccionada y a 5 candidatos para el cargo de auxiliares de enfermería, quedando seleccionado tres de ellos por cumplir con el perfil requerido	No se presento la necesidad	Se realiza entrevista con aplicación de pruebas psicotecnicas y de conocimiento a vacante de auxiliar de servicios generales										
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
10	**EFICACIA**	Realizar seguimiento al cumplimiento de cronograma en estudios de caso, PAIN y monitoreandos	% de cumplimiento en elaboracion de estudios de caso, PAIN y monitoreandos	100%	**SEGÚN CRONOGRAMA**	Seguimiento al cumplimiento del diligenciamiento del formato PAIN donde se realaciona el estudio de caso- conociendo, planeando, y seguimiento al monitoreando.	N° total de PAIINy/o monitoreando realizados	26	24	26										
							N° total de PAIINy/o monitoreando programado	26	24	26										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	El equipo bajo la orientacion de trabajo social realizo los 26 seguimiento a monitoreando que por cronograma estaban programados	Verificacion del cumplimiento	De acuerdo al anexo tecnico y cronograma establecido se realizaron los seguimiento a monitoreando										
							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**	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	3										
							numero de seguimiento programados	3	3	3										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	En seguimiento a los programas de PGHIR, GAGAS Y SG-SST, a la fecha cumplimiento en lo relacionando a reuniones, y organización cronograma 2021	Se continua seguimiento a los programas de PGHIR, GAGAS Y SG-SST, a la fecha cumplimiento en reuniones y capacitaciones	Cumplimiento 100 por ciento l trabajo en estos tres programas.										
							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!	
12	**EFICACIA**	Brindar apoyo en apertura del buzon PQRS, según directriz de Beneficenia	% apoyo apertura buzon	100%	**Quincenal**	Cumplir con apertura del buzon PQRS, según cronograma	Numero total de aperturas	2	2	2										
							Numero total programadas	2	2	2										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	De acuerdo a cronograma el cual se envio 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.	Apertura y envio de informes del buzon de sugerencias.										
							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

PEOCESO

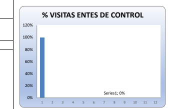
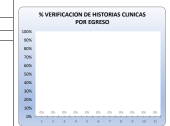
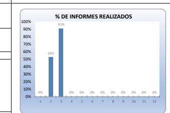
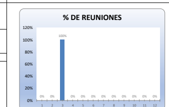
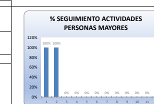
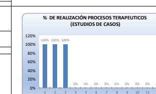
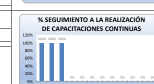
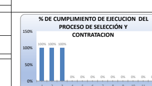
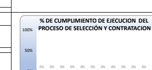
CENTRO BIENESTAR DEL ANCIANO BELMIRA

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 CALIDAD

Nº	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	0										
							NUMERO DE AUTO EVALUACIONES PROGRAMADAS EN EL PERIODO	1	0	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	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	0										
							TOTAL DE ITEMS EVALUADOS	103	0	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	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	10										
							NUMERO ITEMS EVALUADOS	0	38	11										
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	53%	91%	#¡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	PARA EL MES DE MARZO SE REALIZO AUDITORIA A LOS SOPORTES DE LA ISO 9001 PARA LA VISITA DE CONTROL INTERNO.										
							PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	SI REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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	2										
							NUMERO DE SALIDAS O SERVICIOS NO CONFORMES REPORTADOS EN EL PERIODO	0	0	2										
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	#¡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	PARA EL MES D EMARZO SE REPORTARON DOS SALIDAS NO CONFORMES RELACIONADAS CON EL AREA D EALIMENTOS Y CONTIGENCIAS CON LOS REGISTROS ASISTENCIALES										
							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	0										
							NUMERO DE DOCUMENTOS REQUERIDOS POR LAS DIFERENTES AREAS Y/O PROCESOS	1	1	0										
							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	NA										
							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	14										
							TOTAL DE AREASVERIRICADAS QUE REPORTAN INDICADORES DE GESTION	14	14	14										
							CUMPLIMIENTO	100%	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	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO POR ENCIMA D ELA META ESTABLECIDA										
							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!	
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	0										
							NÚMERO DE CAPACITACIONES PROGRAMADAS	0	1	0										
							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	NA										
							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	1										
							TOTAL DE PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADASs	75	75	1										
							CUMPLIMIENTO	3%	0%	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 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	PARA EL MES D EMARZO SE PRESENTO UNA DEFUNCION , MUERTE NATURAL INTRAAINSTITUCIONAL MORBILIDAD CA GASTRICO										
							PLAN DE MEJORA	SI REQUIERE	SI REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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	1										
							NUMERO DE COMITES DE CALIDAD Y DE GPC PROGRAMADOS EN EL PERIODO	1	1	1										
							CUMPLIMIENTO	100%	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 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	PARA EL MES DE MARZO SE DIO CUMPLIMIENTO A LA REALIZACION DEL COMITÉ DE CALIDAD										
							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!	
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	0										
							NUMERO DE VISITAS DE ENTES DE CONTROL ANUNCIADAS Y NO ANUNCIADAS	0	0	0										
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							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	EMARZO NO SE RECIBIERON VISITAS DE ENTES DE CONTROL POR PARTE DE CALIDAD.										
							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	1										
							NUMERO DE INFORMES REQUERIDOS EN EL PERIODO	1	1	1										
							CUMPLIMIENTO	100%	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 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	PARA EL MES D EMARZO SE REALIZO ENTREGA OPORTUNA DEL INFORME DE GESTION DEL AREA DE CALIDAD.										
							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!	

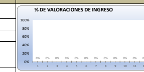
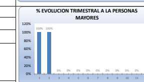
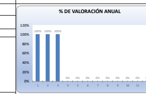
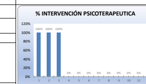
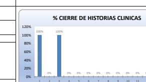
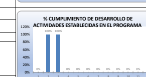
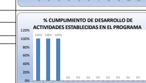
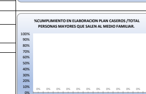
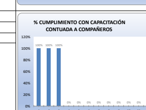
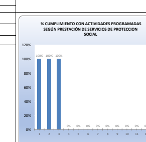
J.H.S.
INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA

PEOCESO

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	0										
							total de las personas mayores convocadas	0	0	0										
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	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.	durante el mes no se presento ningun ingreso de personas mayores										
							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	0										
							Numero toal de evoluciones trimestrales programadas	41	36	0										
							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 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.	durante el mes de marzo no se programo evoluciones trimestrales al estar al 100% hombres y 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	3										
							Numero total de valoraciones anuales programadas	2	6	3										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	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).	Durante el mes de marzo se realizo valoracion anual de: Emma Jiménez, Jacinto Páez Castillo, Blanca Rosa Varón de Enciso. clasificados en discapacidad mental grave (1), discapacidad mental moderada (2), según aplicación de test de minimental, Yasevage y Pfeiffer.										
							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!	
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	75										
							Numero total de intervenciones psicoterapeuticas programadas	72	39	75										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡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.	durante el mes de marzo se realizo 75 intervenciones psicoterapeutica a las personas mayores institucionalizadas brindando apoyo afectivo, cognitiva, y comportamental, estimulación multisensorial.										
							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	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	26										
							Numero total de PAIIN programados	26	24	26										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡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 Rios, Sixto Rios, 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.	durante el mes de marzo se realiza 26 seguimientos a monitoreando a: Mirian Alfonso, Olga Ardila, Luz Atuesta, Gregorio Beltran, Angel hernandez, Mercedes Herrera, Arturo Herrera, Victor julio Jimenez, Angel Jimenez, Emma Jimenez, Estela Juneme, nicasio laguna, Clara Elvira Lemoine, Ana Isabel Lozano Rubio, Arturo Malo Escobar, Abelardo martinez Montenegro, leopoldo Monroy, Marco Mora, Alfonso Morales, Modesto Muestradientes, Rogelio Ramirez, Javier Sandoval, Roberto Teuta, Blanca Varon, Fideligna Velasquez, Maria Helena Villa.										
							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!	
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	1										
							Numero total de egresos de Personas Mayores	2	0	1										
							CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	100%	#¡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	durante el mes se realiza un cierre de hisotira clinica de la señora María Ligia Espinosa Fresneda quien fallece el día 14/03/2021.										
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
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	1										
							Numero total de talleres o actividades programadas	1	1	1										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡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	se evidencia cumplimiento a la meta establecida mediante el cumplimiento con el desarrollo del taller sobre formacion en valores, respeto en pareja.										
							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!	
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	1										
							Numero toal de talleres o actividades programadas	0	1	1										
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	100%	#¡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.	se evidencia cumplimiento a la meta establecida mediante el cumplimiento con el desarrollo del taller sobre formacion en valores, respeto en pareja.										
							PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
9	EFICACIA	Realizar interevenciones 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	0										
							Numero total de talleres o actividades programadas.	0	2	0										
							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.	durante el mes no se programo ninguna actividad.										
							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	1										
							Numero total de talleres o actividades programadas	1	2	1										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡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.	Se evidencia cumplimiento a la meta establecida mediante el cumplimiento con el desarrollo del taller sobre tecnica de estimulación multisensorial y habilidades mentales.										
							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	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	2										
							Numero de talleres o actividades programadas	2	3	2										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡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.	Se evencia cumplimiento de la meta establecida mediante el desarrollo de un taller sobre tipos de maltrato - factores protectores y el de reunion de comité de convivencia seguimiento trimestral.										
							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!	
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	0										
							numero de personar que salen al medio familiar familiares programadas	0	0	0										
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							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.	no se presenta aun salidas al medio familiar por protocolos pandemia covid-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	12										
							Numero total capacitaciones programadas.	5	13	12										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡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, Psicologia: 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.	Participación de capacitación continua por cada una de las áreas: total: 12 MCO: Socialización sobre hipertensión arterial, PSICO: Sintomatología - manejo depresivo por covid-19, capacitación sobre manual de historias clinicas para el área de profesionales y enfermería, adherencia a la capacidad sobre discapacidad intelectual. NUT: Valoración y seguimiento nutricional. RF: Disposición final de medicamentos. SST: Capacitación sobre la resolución 223 de 2021 y la resolución 661 de 2020 sobre protocolo pandemia covid-19. TA: cartelera virtual sobre manual de bioseguridad, socialización sobre el nuevo código de colores en la clasificación de residuos no peligrosos, cartelera vritual sobre plan de vacunación covid-19, capacitación sobre la resolución 223 de 2021 y la resolución 661 de 2020 sobre										
							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!	
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	12										
							Número total de reuniones y/o actividades programadas	15	11	12										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡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.	Durante el mes de marzo se apoya en la selección de personal realizando la aplicacion y análisis de 1 pruebas de personalidad: 30/03/2021 a María Fernanda Villalba Infante para el área de servicios generales. se apoyo psosocial en la organizacion de documentacion para la vacunación covid-19, la actualizaacion de la caracterización, informe sobre el estado mental del señor Arturo Herrera, 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. 2 analisis de evento adverso. 1 informe de seguimiento para valoracion por psiquiatria.										
							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!	
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	9										
							Número total de estudios de casos programados.	2	10	9										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡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	durante el mes se realizo (9) estudios de casos a: Alfonso Benavides, Gonzalo Borda, Irene Bustos, José Clodomiro Castro Cuellar, María Eugenia Céspedes, Juan de Jesús Cruz Beltrán, José Tomas Cubillos León, Iván Díaz, Luis Miguel Galindo Álvarez.										
							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

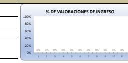
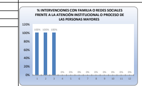
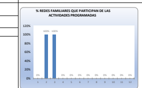
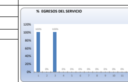
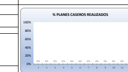
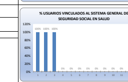
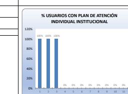
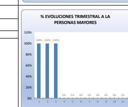
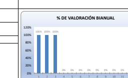
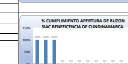
CENTRO BIENESTAR DEL ANCIANO BELMIRA

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 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	0										
							Numero Total de Personas Mayores que ingresaron	0	0	0										
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS / SIGUIMIENTO	Durante el periodo no ingresan usuarios a la institucion	En el mes de febrero no se presentaron ingresos	Durante el periodo no ingresan usuarios a la institucion										
							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	90										
							Numero de intervenciones solicitadas	82	115	90										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡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, Resurrección Pulido. Se realiza gestión con las redes familaires 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 consenitmiento	Durante este mes se mantuvo contacto permanente con los referentes familiares y sociales a través del grupo de Whatsapp que cuenta con 82 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, Manuela Ávila, Fideligna Velasquez, Resurrección Pulido, Gregorio Beltran, Blanca Beltran.										
							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!	
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	18										
							Número de redes familiares identificadas	0	21	18										
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	100%	#¡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.	Se realiza convocatoria para la reunión virtual con las familias y redes familiares a través del grupo e whatsapp, la reunión fue desarrollada por la profesional de psicología.. Conto con la participación virtual de 21 asistentes										
							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!	
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	1										
							Numero total de egresos de Personas Mayores	2	0	1										
							CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	100%	#¡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 egrsos 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 fisica 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	Durante el mes hubo 1 egreso por fallecimiento de la persona mayor Maaria Ligia Espinosa el 14/03/2021, se realiza cierre de la historia fisica y digital, e 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 Cabrera, se anexa certificado de defuncion y acta de convenio.										
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
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	0	0	0										
							numero de personas mayores con salidas solicitadas por red de apoyo	0	0	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 aislaminto 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 aislaminto preventivo para las personas mayores de 70 años para este mes no se programan salidas a medio familiar	Por motivo de la cuarentena, el aislaminto preventivo y las medidas de bioseguridad adoptadas a la fecha la Beneficencia de Cundinarca no ha autorizado visitas y salidas a medio familiar para las personas mayores.										
							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	74										
							Número de peronas mayores institucionalizadas	1	75	74										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡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.	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 70 en la Eps-s Convida y en el contributivo 4 personas mayores 3 en la nueva eps y 1 en compensar.										
							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!	
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	26										
							Número de PAIIN y MonitoreandosProgramados	27	24	26										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡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 Ramirez, Calixto Rios, Sixto Rios, 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	En el mes se realizaron 26 seguimientos al PAIN (Monitoriando) según tiempos establecido en el anexo tecnico: Miriam Nelly Alfonso, Maria Olga Ardila, Luz Atuesta, Gregorio Beltran, Angel Hernandez, Mercedes Herrera, Arturo Herrera, Victor Julio Jimenez, Angel Jimenez, Emma Jimenez, Estella Juneme, Nicasio Laguna, Clara Lemoine, Isabel Lozano, Arturo Malo, Abelardo Martinez, Leopoldo Monrroy, Marco Mora, Alfonso Morales, Modesto Muestradientes, Rogelio Ramirez, Javier Sandoval, Roberto Teuta, Blanca Rosa Varon, Fideligna Velasquez, Maria Helena Villa.										
							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!	
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	25										
							Numero total de evoluciones trimestrales programadas	33	25	25										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡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 Ramirez Vda De Escobar, Ambrosio Ramirez Domínguez, Rogelio Ramírez Cortes, Santos Robayo Rodríguez, Blanca Nubia Silva De Bernal, Georgina Silva, Salomón Tolentino, María Fidedigna Velásquez Baquero. . Notas de personas mayores en aislamiento por presentar síntomas respiratorios. Tomas Cubillos, JuliaAriza, Jose Luis Ardila, Felix Castañeda, Loelia Quevedo, Angel Jimenez, Arturo Malo, Maria 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 Ramirez, Juvenal Ramirez, Numa Sierra, Nicolas Pinzón, Mercedes Herrera, Nieves Ortiz. Notas de procesos de hospitalización e intervenciones con familia.	En el mes se realizan 25 evoluciones trimestrales y notas de trabajo social de novedades presentadas durante el mes: Blanca Cecilia Beltran, Ivan Diaz, Luis Miguel Galindo, Macedonio Guevara, Narcizo Hernandez, Angel Hernandez, Mercedes Herrera, Victor Julio Jimenez, Ncasio Laguna, Luz Marina Lopez, Ana Isabel Lozano, Arturo Malo, Leopoldo Monrroy, Guillermo Moreno, Maria del Carmen Moreno, Ana Tulia Moreno, Modesto Muestradientes, Adela Pachon, Manuel Porras, Vicente Pulido, Calixto Rios, Sixto Rios, Gil Mesia, Javier Sandaval, Alejandro Sierra, Roberto Teuta, Blanca Varon, Maria Helena Villa.										
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
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	1										
							Numero total de valoraciones bianuales programadas	3	6	1										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡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 realzia 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	Para este mes se realizo la actualización de 1 estudio socio familiar bianual de la persona mayor Blanca Rosa Varon de Encizo										
							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!	
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 continua	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	12										
							Numero total capacitaciones programadas.	5	12	12										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡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.	En el mes se participa de las diferentes capacitaciones realizadas por el equipo profesional: Psicologia, Historias clinicas, Regente de farmacia, nutrición, Medicina, Gestión Ambiental, Seguridad y salud en el trabajo.										
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
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	1										
							Núemero total de reuniones y/o actividades programadas	1	1	1										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡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.	Se realizo una reunión de equipo convocada por la Dirección y coordinacion del centro.										
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
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	12										
							Número total de informes programados	12	10	12										
							CUMPLIMIENTO	100%	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 se realizaron 12 Caracterización de la población, novedades estadísticas, listado de personas mayores, informe estadistico, 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 estadistico, 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.	Para el mes se realizaron 12 informes: Caracterización de la población, novedades estadísticas, Formato de nuevos ingresos, listado de personas mayores, informe estadistico, informe de egresos, Informe de matriz de defunción para el área de calidad, informe de comunicación, Plan de acción y programa de Trabajo Social										
							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!	
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	9										
							Numero total de estudios de casos programados.	2	10	9										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡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 espinsoa 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	Para el mes se realizaon 9 estudios de caso de las personas mayores Alfonso Benavides, Gonzalo Borda, Irene Bustos, Clodomiro Castro, Maria Eugenia Cespedes, Juan Cruz, Ivan Díaz, Tomas Cubillos, Miguel Galindo.										
							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!	
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	6										
							Numero de informes de personas mayores ingresadas por Convenio	5	10	6										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡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	Para el mes se generaron 6 actas de informe de convenio: 1 Quetame, 1 La Calera, 4 de pasca (enero y ferero de 2021)										
							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!	
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	2										
							Número de apertura de buzon ejecutada	2	2	2										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡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 dias 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 dias 10 y 24 de febrero de 2021, no se encontraron PQRS.	En este mes se realizaron 2 aperturas de buzón loes dias 10 y 24 de marzo de 2021, no se encontraron PQRS. Se envia las respectivas acta a la Beneficencia										
							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!	
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	0										
							Número de encuestas programadas	0	20	0										
							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 conteestar.	No se tienen programado										
							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	6										
							Número de encuestas programadas	0	20	6										
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	100%	#¡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.	En el mes se aplicaron 6 encuentas de satisfaccion virtuales, se envian a la Beneficencia de Cundinamarca.										
							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!	
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 garantia de derechos de las personas mayores	Número de redes contactadas	6	6	6										
							Número de redes con gestión	6	6	6										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡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	Durante el mes se realizó gestión de redes con Entidades como: Eps Convida, Hospital San Rafael de Fusagasuga Oxy Expres, Medisalud.Secretaria de salud Departamental.Drogueria Disfarma.										
							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!	

ESE
INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA
PEI/2020

CENTRO: HERMITAS DEL ANCIANO BELMIRA
PERIODO DE CALIFICACIÓN: 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2021
DEPARTAMENTO: CALIDAD
RESPONSABLE DEL INDICADOR: ENFERMERA JEFE

CODIGO:FT-GC-017
VERSIÓN:01
FECHA: 27/01/2020

CONSECUTIVO	TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	FRMC	ESTRATEGIAS	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGO.	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	GRAFICO DEL INDICADOR
1	ESEC.SOCIAL	Realizar valoracion integral a las personas mayores que ingresan a la institucion con el fin de evaluar su estado fisico y cognitivo y asi tomar medidas preventivas.	% de valoraciones realizadas	1 MES CERRADO	Realizar valoracion Funcionespecifica a las personas mayores que ingresan con el fin de conocer condiciones de su estado musculoesqueletico	Numero de valoraciones ingreso realizadas en el periodo	0	0	0										% DE VALORACIONES INGRESO REALIZADAS
						Numero de ingresos presentados	0	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%	
						ANALISIS / SEGUIMIENTO	No se presentaron ingresos en el periodo		No se presentaron durante el mes.		No se presentaron en el periodo								
						PLAN DE MEJORAMIENTO	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	ESEC.SOCIAL	se realizan valoraciones anuales a las personas mayores segun fecha de ingreso al IDA Belmira	% de valoracion anual	1 MES ANUAL	Se realizan valoraciones anuales a las personas mayores segun fecha de ingreso al IDA Belmira	Numero de valoraciones anuales realizadas en el periodo	2	4	6										% DE VALORACIONES ANUALES REALIZADAS
						Numero de valoraciones que cumplen segun fecha de ingreso	2	4	6										
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
						ANALISIS / SEGUIMIENTO	Se realiza valoración anual ocuantos Ancianos/Hombres,Juan Diaz		Se realiza valoración ocuantos		Emma Jimenez,Jacinto Pérez,Blanca Valdez								
						PLAN DE MEJORAMIENTO	No aplica para este mes	No aplica para este mes	No aplica para este mes	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
3	ESEC.SOCIAL	Realizar Seguimiento trimestral a las personas mayores con el fin de explorar estrategias de mantenimiento y/o rehabilitación.	% de cumplimiento a seguimientos trimestrales.	1 TRIMESTRAL	Se realizan evaluaciones trimestral segun corresponda	Numero de seguimientos trimestrales realizados	27	54	27										% DE CUMPLIMIENTO A SEGUIMIENTOS TRIMESTRALES
						Numero de seguimientos programados.	27	54	27										
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
						ANALISIS / SEGUIMIENTO	Se diligencia en sistema evaluaciones correspondientes, al paciente		Se realizan 28 evaluaciones, somos pocoHombres al mes.		realizan 27 seguros, somos pocoHombres.								
						PLAN DE MEJORAMIENTO	No aplica para este mes	No aplica para este mes	No aplica para este mes	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
4	ESEC.SOCIAL	Identificar alteraciones de origen neuromuscular de las personas mayores, que afectena su funcionalidad	% de personas mayores atendidas.	1 MES CERRADO	Realizar intervencion segun cadres clinicos segun el dx de cada paciente dicho mejoran ,mantengan o no mejoran su estado funcional segun corresponda por medio de terapia grupal	Numero de personas atendidas de manera individual	18	36	18										% DE PERSONAS MAYORES ATENDIDAS
						total de personas mayores en el mes individual	18	36	18										
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
						ANALISIS / SEGUIMIENTO	Rogelio Ramirez,Gil Romero,Blanca Nieto,Gregorio Beltran,Nuna Sierra,Isabel Lozano,Julia Arias,Maria Mesa,Marcelino Serrano,José Murillo,Lourdes Mele,, Ligia Espinosa,Martelina Gómez,Luis Elias,Elsa Cano Lorenzo,Nicolás Pineda,Modesto Garcia,Bertilda Beltrán,Blanca Ariza,Helena Villa,Arcesio Mejía	Arturo Mafo,Cholomete Castro,Nuna Sierra,Leopoldo Montoya,Lizeje Espinosa,Isaiyed Ramirez,Gil Romero,Isabel Lozano,Julia Arias,Jose Luis Lopez,Gregorio Garcia,Jose Murillo,Angel Ramirez,Gregorio Castro,Fidelgloa Velasquez,Martelina Gómez,Manuela Avila,Marcelmino Carrasa,Bertilda Beltrán,Blanca Beltran	Lorlia Quevedo,Jose Murillo,Luis Ariestra,Nicolas Pineda,Rosamercia Ramirez,Gil Romero,Isabel Lozano,Carlos Leal,Gonzalo Rueda,Julia de Dios Helena Villa,Gregorio Beltran,Jesus Ricardo,,Blanca Varela,Helena Villa,Gregorio Beltran,Guillermo Castro,Bertilda Beltran,Angeles Fitzpatrik,,								
						PLAN DE MEJORAMIENTO	No aplica para este mes	No aplica para este mes	No aplica para este mes	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
5	ESEC.SOCIAL	Aplicar medalidades físicas y artisticas terapeuticas a cinco personas mayores por semana para mejorar su estado de animo, coordinacion motriz gruesa que permitan mejorar o mantener su funcionalidad teniendo capacidades psicosocial de terapia grupal	% de personas mayores participando	1 Mensual	Ejecucion de programa de actividad fisica encaminado a mejorar o mantener actividad articulatoria y de flexibilidad,fuerza muscular,estimulacion de equilibrio y propiocepcion	Numero de personas que participan	67	66	65										% DE GIMNASIA GRUPAL A PERSONAS MAYORES
						Numero de personas en cronograma de realizar actividad dirigida	67	66	65										
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
						ANALISIS / SEGUIMIENTO	Poblacion funcional,cumplen,funcional y que requieren asistencia		Poblacion funcional,cumplen,funcional y que requieren asistencia,se participaron por periodo de hospitalización y aislamiento.		Se continua la vinculación de personas mayores funcionales,cumplen,funcio y que requieren asistencia								
						PLAN DE MEJORAMIENTO	No aplica para este mes	No aplica para este mes	No aplica para este mes	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
6	ESEC.SOCIAL	prevenir la aparicion de ulceras por presion en la permanencia mayores con uso dispositivos ortesis.	% cumplimiento a la realizacion de cambios de posiciones	1 Mensual	Aplicar medalidades terapeuticas las cuales mejoran el estado psiquico y fisico de los residentes y deficientes.	Numero de personas vinculadas en programa de cumplimiento a prevencion de ulceras	8	14	14										% CUMPLIMIENTO A LA REALIZACION DE CAMBIOS DE POSICION
						Total personas programadas	8	14	14										
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
						ANALISIS / SEGUIMIENTO	Bertilda Beltrán,Jose Jaramillo,Carmen Moreno,,Florinda Ordoñez,Ambrosio Ramirez,Rogelio Ramirez,Jacinto Pena,Guillermo Moreno		Florinda Ordoñez,Guillermo Moreno,Jaramillo,Carmen Moreno,Ambrosio Ramirez,Rogelio Ramirez,Jacinto Pena,Bertilda Beltrán,Carmen Moreno,Leonardo Maria,Herminia Pena,Blas Gonzalez,		Florinda Ordoñez,Guillermo Moreno,Jaramillo,Carmen Moreno,Ambrosio Ramirez,Rogelio Ramirez,Jacinto Pena,Bertilda Beltrán,Carmen Moreno,Leonardo Maria,Blas Gonzalez,Rogelio Ramirez,Ocasion sin jefeda								
						PLAN DE MEJORAMIENTO	No aplica para este mes	Ninguna	No aplica para este mes	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
7	ESEC.SOCIAL	Realizar actividades que mejoren las condiciones musculo esqueleticas de las personas mayores funcionales.	% DE CAMINATAS	1 mensual	Realizar caminatas semanal segun corresponda recorriendo a personas mayores de acuerdo a su condicion de caminata larga y/o corta	numero de caminatas realizadas	2	4	4										% DE CAMINATAS
						numero de caminatas programadas	2	4	4										
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
						ANALISIS / SEGUIMIENTO	Se realizan de acuerdo a cronograma	Se realizan segun cronograma	Se realizan segun cronograma										
						PLAN DE MEJORAMIENTO	No aplica para este mes	No aplica para este mes	No aplica para este mes	0,00%	No aplica para este mes	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
8	ESEC.SOCIAL	Participar en estudios de caso para el manejo conjunto de situaciones presentadas con personas mayores.	% de Realizacion de estudios de caso	1 MES CERRADO	Socializar con el equipo interdisciplinario y coordinar el plan de manejo a brindar,todo atencion integral	Numero de estudios de casos realizados	3	10	3										% DE REALIZACION DE ESTUDIOS DE CASO
						Numero de estudios de casos programados	3	10	3										
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
						ANALISIS / SEGUIMIENTO	Domingo Guzman,Ligia Espinosa		Manuela Avila,Lucrecia Figueroa,Bertilda Beltrán,Blanca Beltrán,Gregorio Beltrán,Victor Julio Jaramo		Alfonso Benavides,Gonzalo Rueda,Irene Becerra,,Jose Cuevas,Eugenia Chiquito,,Juan Cruz,Fermin Valvilla,,Juan Mauricio Miguel Galeano								
						PLAN DE MEJORAMIENTO	No aplica para este mes	No aplica para este mes	No aplica para este mes	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
9	ESEC.SOCIAL	Realizar cierre de historia clinica con diligenciamiento adecuado y oportuno hasta	% DE cierre de historias clinicas por egreso	1 MES CERRADO	Realizar registro de cierre en la historia segun necesidad	Numero de historias clinicas cerradas con el periodo	1	1	1										% DE CIERRE DE HISTORIA CLINICA POR EGRESO
						Total de egresos en el periodo	1	1	1										
						CUMPLIMIENTO	100%	0,00%	100%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
						ANALISIS / SEGUIMIENTO	Cierre por fallecimiento. Jose Luis Avella,Nel Covarrubia		No se presentaron egresos en el periodo		Se realizar 1 cierre de historia clinica por fallecimiento de paciente Maria Ligia Espinosa								
						PLAN DE MEJORAMIENTO	No aplica para este mes	0,00%	No aplica para este mes	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
10	ESEC.SOCIAL	Entregar oportunamente informes administrativos solicitados al area	% cumplimiento en la entrega de informes	1 MENSUAL	Realizar estos informes solicitados.	Numero de informes realizados en el mes	3	1	2										% CUMPLIMIENTO EN LA ENTREGA DE INFORMES
						total de informes solicitados en el mes	3	1	2										
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
						ANALISIS / SEGUIMIENTO	Informe de gestión ,Caracterizacion,accesibilidad,vi pensacion,de manejo Intervenga covid 19		Informe de gestión		Informe de gestión ,Caracterizacion								
						PLAN DE MEJORAMIENTO	No aplica para este mes	No aplica para este mes	No aplica para este mes	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
11	ESEC.SOCIAL	Apoyo el equipo interdisciplinario en la realizacion de actividades en programas en la institucion tecnicas, ludicas, y culturales	%actividades programadas	1 MENSUAL	Participacion en actividades organizadas en la institucion	Numero de actividades programadas en el mes	3	6	6										% ACTIVIDADES PROGRAMADAS
						Numero de actividades realizadas	3	6	6										
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
						ANALISIS / SEGUIMIENTO	Adecuación Encuentro,apoyo= visita de cercanía,apoyo organizacion fabric para cambio de saya del personal		Adecuación encuentro,Apoyo jornada de vacunación,celebracion dia de la mujer, y dia de la madre,celebracion dia de la mujer Hermana Mabel Arango,dia								
						PLAN DE MEJORAMIENTO	No aplica para este mes	No aplica para este mes	No aplica para este mes	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
12	ESEC.SOCIAL	capacitar y participar en capacitaciones a empleados de la institucion para el mejoramiento y cubrir mensual de sistema.	% capacitaciones programadas	1 MENSUAL	Actualizacion de conocimientos en diferentes areas y tematicas, diando cumplimiento al cronograma	Numero de capacitaciones realizadas en el mes	7	15	15										% CAPACITACIONES PROGRAMADAS
						numero de capacitaciones programadas segun cronogramadas para el mes	7	15	15										
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
						ANALISIS / SEGUIMIENTO	Se participa en capacitaciones de SOMOS sanidad,,prevencion covid lenguas,y desinfectores de la vivienda,disfagia,en pacein de fotorgrafia,disfagia,y desinfeccion de superficies,,Se participa en capacitacion sus personas que son primera vacuna AIDS, AMBIENTALcapacitan virtual Covid, ,SOMOS capacitacion sobre Covid		TS: contrapsicosalidad- familias,AMBIENTAL:2 tips sanchez virtual,manual de procedimientos de limpieza y desinfeccion,,Se realizo capacitacion sobre manejo a pacientes,sanidad, psicologia mayores y somos drogues del covid, encuesta de vacunacion,tic del riesgo individual,programa de vacunacion y revacunacion,tips sobre cuarentena ,Se realizo capacitacion sobre covid 19 sobre aspectos,de auxiliar de area sobre medio lavado de manos	Capacitaciones auxiliar de area sobre programa de manejo palliativo y protocolo frente al covid,legislacion ambiental codigo de colores ,Se realizo capacitacion sobre Ambiental,Concentracion psicologicas del confinamiento Area MATC Valoracion,y seguimiento nutricional,Hipertensión Arterial Medica,,Campaña de promoción y prevención de la salud,Se realizo capacitacion sobre concentracion,con pensamientos para familias con adultos mayores, prompt ,Se realizo capacitacion sobre Manejo de aseguramiento social,Actualizacion de protocolo de bioseguridad by ,321 de 2021,1 ,Se realizo capacitacion sobre Psicologia concentracion,Manejo de basuras ,Habitat Psicologia								
						PLAN DE MEJORAMIENTO	No aplica para este mes	No aplica para este mes	No aplica para este mes	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
13	ESEC.SOCIAL	Asistir y apoyar en las reuniones de familia	% reuniones programadas DE FAMILIA	1MENSUAL	Participar en reuniones ,dia a dia y cumplir con segun cronograma	Numero de actividades programadas realizadas en el mes	4	8	8										% REUNIONES PROGRAMADAS DE FAMILIA
						numero de actividades ejecutadas	4	8	8										
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
						ANALISIS / SEGUIMIENTO	Reunion de area,Reunión Equipo ,Equipo,cumple,,reunion,reunionfamilia,reunion directiva		Reunion de area,Reunión Equipo		Reunion de area,Reunión Equipo								
						PLAN DE MEJORAMIENTO	No aplica para este mes	No aplica para este mes	No aplica para este mes	No aplica para este mes	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
14	ESEC.SOCIAL	Realizacion de PAIPs y monitoreado	% DE REALIZACION DE PAIN Y MONITOREADO	1MENSUAL	se ligan participes en PAIPs y mentenimiento programados	numero de PAIPs realizados en el mes	26	54	28										% DE REALIZACION DE PAIN Y MONITOREADO
						numero de PAIPs programados en el mes	26	54	28										
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
						ANALISIS / SEGUIMIENTO	Se realizan 25 monitoreos, y 1 PAIN DE José Domingo Gamido		Se realizan 24monitoreos, correspondientes al periodo		Se han registro respectivo de 28monitoreos correspondientes al periodo								
						PLAN DE MEJORAMIENTO	No aplica para este mes	No aplica para este mes	No aplica para este mes	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
15	ESEC.SOCIAL	se valan personas mayor,y segin condicion fisica se le asigna alluamento	% de asignacion de ayudas externas alluamentos	1 MENSUAL	se valan personas mayor,y segin condicion fisica se le asigna alluamento	Numero de personas mayores que requieren alluamento	2	1	1										% DE ASIGNACION DE E AYUDAS EXTERNAS
						Totalde personas mayores que requieren alluamento	2	1	1										
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
						ANALISIS / SEGUIMIENTO	Caminador- Victoria Pulido,Silla de ruedas Ligia Espinosa		Silla de ruedas ,bano cesa		Caminador usuario Marcelino o Carrasa								
						PLAN DE MEJORAMIENTO	No aplica para este mes	No aplica para este mes	No aplica para este mes	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
16	ESEC.SOCIAL	Ejecutar programa de desvinculacion Actividad con el fin de mantener nuevos usuarios	% de usuarios vinculados al programa desvinculacion Actividad	1 MENSUAL	Vinculacion de usuarios en programa que conservan gustos de nuevos con nuevas actividades que se consideren de realizar hipotecisacion con apoyo	Numero de personas mayores vinculadas al programa	20	20	20										% DE USUARIOS VINCULADOS AL PROGRAMA DESINVALIDACION ASISTIDA
						Total de personas mayores en condiciones de participar	20	20	20										
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
						ANALISIS / SEGUIMIENTO	Usuarios con capacidad vis hipodesarrollo y gusto de nuevas con asistencia		Modesto Montealvarez, Clara Lemuno, Julia Arias, Arturo Mafo, Maximiliano Carrasa, José Murillo, Nuna Sierra, Cholomete Castro, Stella Sierrme ,Blanca Silva, , Stella Sierrme ,Helena Villa, Olga Avella, Juan Cruz, Elisa Gonzalez, Lorlia Quevedo, Luis Grijon, Julia Ramirez, Nuna Sierra, Tula Moreno	Modesto Montealvarez, Clara Lemuno, Julia Arias, Arturo Mafo, Maximiliano Carrasa, José Murillo, Nuna Sierra, Cholomete Castro, Stella Sierrme ,Blanca Silva, , Stella Sierrme ,Helena Villa, Olga Avella, Juan Cruz, Elisa Gonzalez, Lorlia Quevedo, Luis Grijon, Julia Ramirez, Alejandro Montalvo, Tula Moreno								
						PLAN DE MEJORAMIENTO	No aplica para este mes	No aplica para este mes	No aplica para este mes	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
17	ESEC.SOCIAL	Realizar intervencion en usuarios dependientes mediante programa de cuidado paliativo y jornada de terapia integral	% de usuarios vinculados al programa de cuidado paliativo y jornada de terapia integral	1 MENSUAL	Vincular usuarios dependientes en programa de cuidado paliativo y jornada de terapia integral con el fin de evitar mayor compromiso y la diversion mediante actividades que mejoren la autonomia de las escalas de interelacion.	Numero de personas mayores vinculadas al programa	12	12	12										% DE USUARIOS VINCULADOS AL PROGRAMA CUIDADO PALEATIVO Y JORNADA DE TARAPIA INTEGRAL
						Total de personas mayores en condiciones de dependencia	12	12	12										
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
						ANALISIS / SEGUIMIENTO	Usuarios en silla de ruedas ,y dependientes.		Usuarios dependientes		Usuarios dependientes								
						PLAN DE MEJORAMIENTO	No aplica para este mes	No aplica para este mes	No aplica para este mes	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
18	ESEC.SOCIAL	Realizar programa de Musicoterapia como plan complementario de procesos de rehabilitacion	% de usuarios vinculados al programa de Musicoterapia	1 MENSUAL	Vinculacion en programa de musicoterapia	Numero de jornadas realizada	2	5	3										% DE USUARIOS VINCULADOS AL PROGRAMA DE MUSICOTERAPIA
						Total de Jornadas programadas	2	5	3										
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	
						ANALISIS / SEGUIMIENTO	Se realizan dos jornadas ,el mes		Se realizan dos jornadas ,el mes correspondiente a los dos ultimos viernes de mes		Se llevan a cabo los dos ultimos viernes de mes								
						PLAN DE MEJORAMIENTO	No aplica para este mes	No aplica para este mes	No aplica para este mes	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	

I.B.S.A.
INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA
PSICOSO

CENTRO RESIDENCIAL DEL SACSIO BELMIRA
INFORME DE GESTION VIGENCIA 01 DE ENERO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2021
GESTION DE CALIDAD

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 CDA. Belmira	% de Valoraciones de ingreso	100%	Mes a a	Realizar valoración Nutricional Integral a la Persona Mayor que ingresa a por primera vez al CDA-D.	Numero de valoraciones por ingreso realizadas de el mes.	6	6	6										% DE VALORACIONES DE INGRESO
							Numero total de ingresos en el mes.	6	6	6										
							CUMPLIMIENTO	6,00/6	6,00/6	6,00/6	6,00/6	6,00/6	6,00/6	6,00/6	6,00/6	6,00/6	6,00/6	6,00/6	6,00/6	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	No se presentaron ingresos de personas mayores durante el mes.	No se presentaron ingresos de personas mayores durante el mes.	No se presentaron ingresos de personas mayores durante el mes.										
							PLAN DE MEJORA	NA/NA/NA/NA	NA/NA/NA	NA/NA/NA	NA/NA/NA	NA/NA/NA	NA/NA/NA	NA/NA/NA	NA/NA/NA	NA/NA/NA	NA/NA/NA	NA/NA/NA	NA/NA/NA	
2	Eficacia	Identificar y detectar tempranamente los cambios presentados en la Situación Nutricional de la Persona Mayor	% de seguimiento al Estado Nutricional	100%	Trimestral	Desarrollar proceso de Seguimiento al Estado Nutricional de las personas mayores residentes en el CDA.SL	Numero de seguimientos al estado nutricional realizados en el mes.	27	24	24										% DE SEGUIMIENTOS AL ESTADO NUTRICIONAL
							Total de personas mayores que les corresponde seguimientos en el mes.	27	24	24										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	En el mes de Enero de 2021 se realizaron 27 seguimientos internados al estado nutricional, correspondientes al 100% de la totalidad de 75 personas mayores residentes en el CDA. Belmira	Durante el mes de Febrero de 2021 se realizaron 24 seguimientos internados al estado nutricional, correspondientes al 100% de la totalidad de 75 personas mayores residentes en el CDA. Belmira	En el mes del Marzo de 2021 se realizaron 24 seguimientos internados al estado nutricional, correspondientes al 32,0% de la totalidad de 74 personas mayores residentes en el CDA. Belmira									
							PLAN DE MEJORA	NA/NA/NA/NA	NA/NA/NA/NA	NA/NA/NA/NA	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	
3	Eficacia	Fortalecer la atención integral de la Persona Mayor a través del Estudio de caso integral.	% de estudios de caso clínico realizados	100%	Mensual	Participar en planeación y ejecución de los Estudios de Caso Clínicos para manejo integral.	Numero de estudios de caso integrales realizados	3	10	9										% DE ESTUDIOS DE CASO CLINICO REALIZADO.
							Total de personas mayores programadas	3	10	9										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Se participa en Estudios de caso Interdisciplinario programado de las personas mayores: Gigia Espinosa, Jose Domingo Gamero, con el propósito de realizar atención integral en salud, adaptación al medio institucional y mejoras en el comportamiento.	Se participa en Estudios de caso Interdisciplinario programado de las personas mayores: Hilmen Ribiera, Olga Ardila, Julia Arias, Luz Alarcon, Manuela Avila, Gigia Espinosa, Jose Domingo Gamero, Maria Gregoria Beltran, Alfonso Bermudez y Victor Antonio por motivo a la dieta encontrada, con el propósito de realizar atención integral en salud, adaptación al medio institucional y mejoras en el comportamiento.	Se participa en Estudios de caso Interdisciplinario programado de las personas mayores: Hilmen Ribiera, Olga Ardila, Julia Arias, Luz Alarcon, Manuela Avila, Gigia Espinosa, Jose Domingo Gamero, Maria Gregoria Beltran, Alfonso Bermudez y Victor Antonio por motivo a la dieta encontrada, Luz Dary, Luis Miguel Gallard, con el propósito de realizar atención integral en salud, adaptación al medio institucional y mejoras en el comportamiento.									
							PLAN DE MEJORA	NA/NA/NA/NA	NA/NA/NA/NA	NA/NA/NA/NA	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	
4	Eficacia	Realizar atención dietoterapéutica a las Personas Mayores que presentan enfermedades relacionadas con la alimentación	% indicaciones dietoterapeuticas realizadas	100%	Mensual	Desarrollar estrategias individuales de atención dietoterapeutica a las Personas Mayores que presentan enfermedades relacionadas con la alimentación	Numero de personas mayores con alguna dificultad en Disfagia	48	46	44										% INDICACIONES DIETOTERAPEUTICAS REALIZADAS
							Total de personas mayores que presentan dieta según orden médica o nutricional	48	46	44										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Durante el mes, se continua con modificación texturas en la dieta, de las personas mayores con alguna modificación en la alimentación como: soft vegetales modificados, hipocalorica, sin sal, triturados y indicaciones nutricional y médica, con actualización de la carrilera del comedor y servicio de alimentos , vigilancia en horas de alimentación para evitar de aseguarcia de platos dietarios y seguimiento al consumo.	De la totalidad de personas mayores (75) se tienen con atención dietoterapeutica al 62%, por indicación médica y terapéutica, con publicación socializativa y vigilancia en el consumo de la dieta prescrita	Durante el mes, se mantienen modificaciones texturas en la dieta, de las personas mayores con el 59,4% de la totalidad de ocupados, atendiendo a indicación nutricional de salud. Lecturando carrilera del comedor y servicio de alimentos, entre de alimentación por prescripción. EPS local siempre de fuerza de Sinaselfas. HS hospitalario funcionando en 0 camas, para un total de 1000 cecilia									
							PLAN DE MEJORA	NA/NA/NA/NA	NA/NA/NA/NA	NA/NA/NA/NA	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	
5	Eficacia	Organizar y socializar en plan dietario individual a las Personas Mayores que presentan Malnutrición, favoreciendo la recuperación y mantenimiento adecuado del Estado Nutricional	% de usuarios con delgadez	100%	Mensual	Intervenciones individual/educativas con plan dietario Hipocalorico, Hipoglucido que favorezca a su Situación Nutricional	Numero de usuarios identificados con Diagnostico de delgadez	7	7	6										% DE USUARIOS CON DELGADEZ
							Total de usuarios con diagnostico de delgadez	7	7	6										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Indicadores de Delgadez corresponpondiente al 9,3% del total de 75 personas mayores residentes. Continuan en delgadez las personas mayores: Leonilde Mole, Jacinto Pava, Bertilda Beltran, Carmen Moreno, Arturo Herrera, Florinda Ordoñez Olga Ardila, presentan patrones de inapetencia, alteraciones en la deglución. La cua Gigia Espinosa con ingesta en la preparación de los alimentos, quien como nueva en cuanto de observancia. Se realiza preparación, distribución y vigilancia del consumo de bebidas hipercaloricas y Suplemento multivitaminico tipo Procasy en crea y refrigerio nocturno	Para el mes de Febrero se continua con Indicadores de Delgadez correspondiente al 9,3% del total de 75 personas mayores residentes. Continuan en delgadez las personas mayores: Leonilde Mole, Jacinto Pava, Bertilda Beltran, Carmen Moreno, Arturo Herrera, Florinda Ordoñez Olga Ardila, presentan patrones de inapetencia y alteraciones en la deglución. La cua Gigia Espinosa con ingesta en la preparación de los alimentos, quien como nueva en cuanto de observancia. Se realiza preparación, distribución y vigilancia del consumo de bebidas hipercaloricas y Suplemento multivitaminico tipo Procasy en crea y refrigerio nocturno	En el mes de Marzo el Indicadore de Delgadez corresponpondiente al 9,3% del total de 75 personas mayores residentes. Continuan en delgadez las personas mayores: Leonilde Mole, Jacinto Pava Bertilda Beltran, Carmen Moreno, Arturo Herrera Luz cua Florinda Ordoñez y Olga Ardila.									
							PLAN DE MEJORA	NA/NA/NA/NA	NA/NA/NA/NA	NA/NA/NA/NA	NA/NA/NA	NA/NA/NA	NA/NA/NA	NA/NA/NA	NA/NA/NA	NA/NA/NA	NA/NA/NA	NA/NA/NA	NA/NA/NA	
6	Eficacia		% de usuarios con Sobrepeso / Obesidad	100%	Mensual	Intervenciones individual/educativas con plan dietario Hipocalorico, Hipoglucido que favorezca a su Situación Nutricional	Numero de usuarios con diagnostico de Sobrepeso/Obesidad	8	8	8										% DE USUARIOS CON SOBREPESO / OBESIDAD
							Total de usuarios con diagnostico de Sobrepeso/Obesidad	8	8	8										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Indicadore de Obesidad. 1,3% con una persona mayor "Irene Julia Ibarrez, quien acepta alimentos de poco, ya abordaje y cambio de menu. Indicador de Sobrepeso del 6,5% : viendo Campesino Jose Domingo Gamero, Maria Beltran, Alfonso Bermudez Ramirez, Sancio Rebaza, Alejandro Sierra, Estella Quevedo, Se continua con menejo vigilo de consumo de alimentos hipocaloricos, en cuanto a cantidad, una sola harina, educación incidental con apoyo de Fisioterapia y Psicologia evidenciando buenos resultados al control trimestral.	En el mes de febrero el Indicadore de Obesidad corresponpondiente al 1,3% con una persona mayor "Irene Julia Ibarrez, quien acepta alimentos de poco, ya abordaje y cambio de menu. Indicador de Sobrepeso del 6,5% : viendo Campesino Jose Domingo Gamero, Maria Beltran, Alfonso Bermudez Ramirez, Sancio Rebaza, Alejandro Sierra, Estella Quevedo, Se continua con menejo vigilo de consumo de alimentos hipocaloricos, en cuanto a cantidad, una sola harina, educación incidental con apoyo de Fisioterapia y Psicologia evidenciando buenos resultados al control trimestral.	Para el mes de Marzo el Indicadore de Obesidad corresponpondiente al 1,3%, a la persona mayor "Irene Julia Ibarrez, quien acepta alimentos de poco, ya alimentos hipocaloricos Hipoglucido. Indicador de Sobrepeso en 6,6%,4% , correspondiente a 3 personas mayores: Domingo Gamero, Jose Murillo, Julia Ramirez, Teresita Ramirez, Sancio Rebaza, Alejandro Sierra, Estella Quevedo, se continua con menejo vigilo de consumo de alimentos, educación incidental con apoyo de Fisioterapia y Psicologia evidenciando buenos resultados al control correspondientes.									
							PLAN DE MEJORA	NA/NA/NA/NA	NA/NA/NA/NA	NA/NA/NA/NA	NA/NA/NA	NA/NA/NA	NA/NA/NA	NA/NA/NA	NA/NA/NA	NA/NA/NA	NA/NA/NA	NA/NA/NA	NA/NA/NA	
7	Eficacia		% de usuarios en Riesgo o Normalidad Nutricional	100%	Mensual	Intervencion que favorezca el mejoramiento del Adecuado Estado Nutricional, con plan dietario individual de alimentacion normal y vigilancia del consumo	Numero de usuarios en Riesgo o Normalidad nutricional	60	60	60										% DE USUARIOS EN RIESGO O NORMALIDAD NUTRICIONAL
							Total de usuarios en Riesgo o Normalidad nutricional	60	60	60										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Durante el mes se evidencia indicador de Riesgo Nutricional 26,6% en 20 personas mayores e Indicador de Normalidad nutricional en 54,8% en 41 personas mayores, evidenciando en estas personas mayores, avalidencia en la institución, con evalidad en su peso corporal y estado nutricional.	Durante el mes se Poltiene se continua con indicador de Riesgo Nutricional 26,6% en 20 personas mayores e Indicador de Normalidad nutricional en 54,8% en 41 personas mayores, evidenciando en estas personas mayores, avalidencia en la institución, con evalidad en su peso corporal y estado nutricional.	En el mes de Marzo se tiene indicador de Riesgo Nutricional 27,0% en 20 personas mayores e Indicador de Normalidad nutricional en 54,2% en 40 personas mayores, evidenciando en su intervencion, con evalidad en su peso corporal y estado nutricional									
							PLAN DE MEJORA	NA/NA/NA/NA	NA/NA/NA/NA	NA/NA/NA/NA	NA/NA/NA	NA/NA/NA	NA/NA/NA	NA/NA/NA	NA/NA/NA	NA/NA/NA	NA/NA/NA	NA/NA/NA	NA/NA/NA	
8	Eficacia	Fomentar consumo de preparaciones caseras a partir de indicaciones alimentarias dadas en Planes Caseros	% Planes caseros realizados	100%	Mes ual	Socializar a las familias en el fomento de habitos alimentarios adecuados	Numero de Planes caseros realizados y socializados	0	0	0										% PLANES CASEROS REALIZADOS
							Estudio de Usuarios que salen con familia	0	0	0										
							CUMPLIMIENTO	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Se da continuidad a restricción de visitas de las personas mayores, dado los protocolos de seguridad frente a la pandemia del Covid 19.	Se da continuidad a restricción de visitas de las personas mayores, dado los protocolos de seguridad frente a la pandemia del Covid 19.	No se realizan planes caseros teniendo en la restricción de visitas a ingreso de familias a accidentes de las personas mayores, dado los protocolos de bioseguridad frente a la pandemia del Covid 19									
							PLAN DE MEJORA	NA/NA/NA/NA	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	NA/NA/NA/NA	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	
9	Eficacia	Registrar en Historia Clinica las actividades asistenciales de valoracion y seguimiento nutricional	% Registros Historia Clinica de actividades de valoracion y seguimiento Nutricional realizadas	100%	Trimestral	Registros claros y concisos del seguimiento nutricional realizado en la historias clinicas correspondientes	Numero de registros realizados y ambitados	27	24	24										% REGISTRO HISTORIA CLINICA DE ACTIVIDADES DE VALORACION O SEGUIMIENTO
							Total de registros programados	27	24	24										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Se cumple con el 100% de los registros en sistema de los seguimientos programados para este mes.	Se cumple con el 100% de los registros en sistema de los seguimientos programados para este mes.	Se cumplio con el 100% de los registros en sistema de los seguimientos nutricionales de la personas mayores programados para este mes.									
							PLAN DE MEJORA	NA/NA/NA/NA	NA/NA/NA/NA	NA/NA/NA/NA	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	
10	Eficacia	Realizar el cierre de historias clinicas de las personas mayores fallecidas, incluido y archivo en el medio familiar, segun requerimientos.	% cierre de historias clinicas	100%	Mensual	Registros del cierre de Historias Medico de Personas Mayores en caso de Fallecimiento, Traslado o Retiro por Familia	Numero total de cierres de registros en las historias clinicas	2	0	1										% CIERRE DE HISTORIAS CLINICAS
							Numero total de ingresos de Personas Mayores	2	0	1										
							CUMPLIMIENTO	100%	0,00/0/0	100%	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Durante el mes de Enero, no presentes fallecimientos de las personas mayores Nilda Aurora Carvajalino (11/01/2021) y Jose Luis Ardila (13/01/2021).	Durante el mes, no se presentaron ingresos de personas mayores por traslado o fallecimiento.	El dia 14/03/2021, se presento fallecimiento de las personas mayor Maria Gigia Espinosa, se realiza cierre de historia sensitiva de historia y archivo.									
							PLAN DE MEJORA	NA/NA/NA/NA	NA/NA/NA/NA	NA/NA/NA/NA	0,00/0/0	NA/NA/NA/NA	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	
11	Eficacia	Realizar el seguimiento al Plan de Atencion Integral Individual de las Personas Mayores (PAIN	% seguimientos al PAIN	100%	Mensual	Obligacion humana de conocimiento, atencion y movimiento del PAIN de todas personas mayor.	Numero de PAIN realizados	26	24	26										% SEGUIMIENTOS AL PAIN.
							Numero de PAIN programados	26	24	26										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	En el mes de Enero se realizaron 26 monitoreos de PAIN y 3 Comunicado Planeando de la persona mayor, con el propósito de realizar atención integral en salud por Trabajo Social, registros en medio magnetico- sistematizado.	En el mes de Enero se realizaron 24 monitoreos de PAIN, mayor programados diariamente Trabajo Social, registros en medio magnetico- sistematizado.	Para el mes de Marzo se participa en 26 monitoreos de PAIN de personas mayores, mayor programados del area de Trabajo Social con registros en medio magnetico- sistematizado									
							PLAN DE MEJORA	NA/NA/NA/NA	NA/NA/NA/NA	NA/NA/NA/NA	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	
12	Eficacia	Participar activamente en las actividades culturales, religiosas, recreativas o entre instituciones programas, en pro del bienestar de las Personas Mayores.	% de participación en actividades institucionales	100%	Mes ual	Incrementar las diferentes actividades programadas por las areas profesionales y Administrativas, en pro de alcanzar logros colectivos	Numero de actividades realizadas en el mes.	4	4	4										% DE PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES INSTITUCIONALES
							numero de actividades programadas en el mes.	4	4	4										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Se participa en Reunión de área de Servicio con Auxiliares del Servicio de Alimentos, Reunion de Equipo, Dia a Dia y Comida,	Se participa en Reunión de área de Servicio con Auxiliares del Servicio de Alimentos, Reunion de Area, Dia a Dia y Comida,	Se participa en reuniones programadas de Equipo, Area con auxiliares de Alimentación Comites, Celebracion dia del Genero, a personas mayores.									
							PLAN DE MEJORA	NA/NA/NA/NA	NA/NA/NA/NA	NA/NA/NA/NA	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	
13	Eficacia	Participar en jornadas de capacitacion dirigidas a funcionarios del CDA. Belmira dentro del programa de capacitacion continua	% de participación en actividades educativas	100%	Mensual	Participacion y actualizacion de conocimientos a cuerpo de las diferentes actividades educativas programadas por las areas profesionales y/o entes externos.	Numero capacitaciones participadas en el mes.	5	15	11										% DE PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES EDUCATIVAS
							numero de capacitaciones realizadas en el mes	5	15	11										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Se participa en capacitacion virtual de las areas: SGSST: Medidas preventivas Covid-19 Limpieza y Desinfeccion en la Vivienda, Medidas preventivas Covid-19 Lavado de manos, Medidas preventivas Covid-19 Aplicacion del protocolo de Bioseguridad. Tecnoasistencial: Cuidados Paliativos. Area de Alimentos: Enfermedad. Politica de Seguridad de la Persona Mayor, Y Social: Corresponsabilidad Familiar	Se participa en capacitacion virtual de las areas: SGSST: Tips de Pyf, Programa de Inducion y Retroinduccion, Recursos movilizadores del Riesgo, Protocolo de Bioseguridad, Medidas Vacunacion Covid 19, Tecnoasistencial: Cuidados Paliativos, Cuidados Cardiacos Vascular, Preconfinamiento Area de Alimentos: Enfermedad. Politica de Seguridad de la Persona Mayor, Y Social: Corresponsabilidad Familiar	Se participo de capacitacion virtual de las areas: Psicol: Manejo Depresion y Manual de Historias Clinicas, Medicina: Hipertension Arterial, Enfermedad Parquin: IAAA, Gerias Audiovisual: 5 Cuentitos Vascular, Fisilgia: Cultura de Bioclinica, en poligonos. SGSST: 1 Tips de Pyf, Programa de Inducion y Actualizacion: promocion Bioseguridad									
							PLAN DE MEJORA	NA/NA/NA/NA	NA/NA/NA/NA	NA/NA/NA/NA	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	
14	Eficacia	Brindar espacios de capacitacion al personal auxiliar y Personas mayores en Jornadas y recibo de habitos saludables	% de ejecución actividades educativas continua	100%	Mensual	Capacitacion a funcionarios y Personas mayores del CDA. Belmira desde el area de nutricion	Numero de actividades educativas realizadas en el mes	1	1	1										% DE EJECUCIÓN ACTIVIDADES EDUCACION CONTINUA
							numero desactividades educativas programadas en el mes.	1	1	1										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	El dia 14/01/2021 se realiza reunion de area con auxiliares del servicio de alimentos, y capacitacion de evitemos sobre el Preconfinamiento del lavado adecuado de manos.	El dia 04/02/2021 se realiza reunion de area con auxiliares del servicio de alimentos, y capacitacion de Protocolo de Compras y Preconfinm. del Servicio de Alimentos.	Se realiza graduacion y entrega de capacitacion sobre el Preconfinamiento de Valoracion y Seguimiento Nutricional, con registros de asistencia y firmas porte y posters, dirigidos a todo el personal asistencial									
							PLAN DE MEJORA	NA/NA/NA/NA	NA/NA/NA/NA	NA/NA/NA/NA	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	0,00/0/0	

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

COMPONENTE(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	EFICACIA	Realizar valoración ocupacional inicial centrada en la implementación 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 o independencia.	Numero total de personas valoradas en el periodo	1	0	0										% DE VALORACIONES OCUPACIONALES DE INGRESO REALIZADAS
							numero total de personas ingresado	1	0	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	Ingreso de la persona mayor jose domingo guzman	No se presento durante el mes	En el mes de marzo 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!	
2		Realizar valoracion anual a las Personas Mayores, segùn Cronograma por fecha de ingreso al Centro	% de valoracion anual	100%	Mensual	Se realizan valoraciones anual a las personas mayores segùn fecha de ingreso al CBA Belmira	numero de valoraciones integrales realizadas en el periodo	2	6	3										% DE VALORACION ANUAL
							numero de valoraciones integrales programadas en el periodo	2	6	3										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Se dio cumplimiento a los valoraciones de las personas mayores; ivan diaz. Juneral ramirez.	Se realiza valoraciones anuales de acuerdo a cronograma: Bertilda Beltràn, Alfonso Benandes, Marco Antonio Mora, José Murillo, Nuna Sierra, Fidelgira Velasquez.	Se realiza valoraciones anuales de acuerdo a cronograma: Emma Jimenez, Jacinto Pare, Blanca Varon.									
							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!	
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. PAIN elaborados	27	24	26										% DE ELABORACION DEL PLAN DE ATENCION INTEGRAL
							Total de Paines	27	24	26										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Se hace seguimiento a monitoreos a las personas mayores jose luis ardila, julia arias, manuela avila, bertilda beltran, blanca cecilia beltran, alfonso benandes, gonzalo bertla, irene bastos, maricu eugenia cespedes, luis miguel gallodo, cultivo rios, jose domingo guzman, guillermo moreno, maria del carmen moreno, ana talia moreno, miguel moreno, jose murillo, florinda ordoñez, maria steven ortiz, jacinto pare, lisella quesseda, teresita ramirez, sixto rios, santos robayo, nuna sierra, blanca nubia silva, jose domingo guzman.	Se realiza seguimiento a monitoreos de las siguientes personas mayores: Lucrecia Bejaranu, Clodomiro Cuellar, Juan Cruz, Tomas Cubillos, Maria Olga Ardila, Julia Arias, Gregoria Garzón, Elisa Gonzalez, Marcolino Colorez, Marcodonio Guevara, Luz Marina López, Leosilde Melo, Adela Pachón, Herminia Parra, Nicolás Pinzón, Manuel Parzon, Vicente Pulido, Resurrección Pulido, Julia Ramírez, Ambrosio Ramirez, Juneral Ramirez, Gil Romero, Alejandro Sierra, Salomón Tolentino.	Se realiza seguimiento a monitoreos de las siguientes personas mayores: Miriam Alfonso, Olga Ardila, Luz Anaeva, Bertilda Beltran, Angel Hernandez, Mercedes Herrera, Arturo Herrera, Victor Julio Jimenez, Angel Jimenez, Emma Jimenez, Stella Jaramie, Nicasio Laguna, Clara Leonisse, Isabel Lozano, Arturo Malo, Abelardo Martinez, Leopoldo Monroy, Marco Mora, Alfonso Morales, Modesto Marcelofuneros, Rogelio Ramirez, Javier Sandoval, Roberto Testa, Blanca Varón y María Helena Villa.									
							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!	
4		Propender por la participacion de las personas mayores en talleres ocupacion.as 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 semindependientes	44	44	49										% DE CUMPLIMIENTO DE PERSONAS MAYORES QUE ASISTENA TALLERES
							Total usuarios independientes y semidependientes vinculados	44	44	49										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡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, moderado e independencia total; ballo, vestido y aciclados, desplazamientos, traslados y alimentacion	Se conserva número de usuarios participantes en Talleres terapéuticos con dependencia leve, moderado e independencia total; ballo, vestido y aciclados, desplazamientos, traslados y alimentación.	Se integra personas mayores en condicion de severidad (dependencia en ballo, vestido, alimentacion, aciclados,traslados) en peralleron y en estimulacion sensorial.									
							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		Promover la participacion de las personas mayores independientes y con dependencia 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	25										% DE PERSONAS MAYORES QUE PERMANECEN TALLERES PRODUCTIVOS
							Total de la población apta	28	28	25										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Se dio cumplimiento al cronograma para talleres productivos.	Se dí cumplimiento al cronograma para talleres productivos.	Se de cumplimiento al cronograma para talleres productivos.										
							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!	
6		Realizar actividades socioculturales, ludica, recreativas y deportivas con la participacion de las personas mayores institucionalidades a nivel intra y extramural	Porcentaje de charlas mensuales.	100%	Mensual	Mantener activa las red de participacion intra y extramuldes, promoviendo calidad de vida	No. de eventos culturales realizados	1	1	3										PORCENTAJE DE CHARLAS MENSUALES.
							Total eventos culturales programados.	1	1	3										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/SEGUIMIENTO	adoracion eucaristica,	Adoración Eucarística	Adoracion Eucaristica , celebracion dia del genero, actividad deportiva juego de tejo y bolirana.										
							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!	
7		Realizar evolución del seguimiento comportamental ocupacional de forma trimestral y aste novedades presentadas	% de evolucion trimestral programadas	100%	Trimestral	Mantener las evoluciones actualizadas cubriendo meses segùn cronograma mensual para luego la cobertura de la misma.	Nº evoluciones realizadas	19	23	25										% DE EVOLUCION TRIMESTRAL PROGRAMADAS
							total evoluciones programadas	19	23	25										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	se realizo seguimiento trimestral; gonzalo bertla, ivan diaz, marcelina gutiers, nella jaramie, luz marina lopez, an isabel lozano, leosilde melo, modesto marcelofuneros, florinda ordoñez, adela pachon, manuel arcadio porras, veronica ramirez, ambrosio ramirez, juneral ramirez, cultivo rios, sixto rios, santos robayo, alejandro sierra, nubia silva.	Se realiza las valoraciones trimestrales programadas para la fecha: Manuela Avila, Lucrecia Bejaranu, Blanca Cecilia Beltràn de Cuellar, Alfonso Benandes, Irene Bastos, José Tomás Cubillos, María Ligia Espinosa, Luis Miguel Galindo, Gregoria garzón, Elisa Gonzales, Marcodonio Guevara, Leopoldo Monroy, José Murillo, Nieves Ortiz, Jacinto Pare, Herminia parra, Nicolas Pinzón, Vicente Pulido, Lisella Quesada, Rogelio Ramírez, Gil Romero, Nuna Sierra, Salomón Tolentino.	Se realiza las valoraciones trimestrales programadas para la fecha: Miriam Alfonso, Olga Ardila, Julia Arias, Luz Anaeva, Bertilda Beltran, Gregorio Beltran, Eugenia Cespedes, Juan Cruz, Angel Hernandez, Mercedes Herrera, Arturo Herrera, Victor Jimenez, Angel Jimenez, Emma Jimenez, Nicasio laguna, Clara Leonisse, Arturo Malo, Abelardo Martinez, Marco Mora, Resurreccion Pulido, Javier Sandoval, Roberto Testa, Blanca Varon, Maria Velasquez, Helena Villa.									
							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!	
8		Generar espacios sinerciales 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 diligenciamiento oportuno de planes caseros para salidas a medio familiar	Nº Planes Caseros realizados	0	0	0										% DE PLANES CASEROS
							Total solicitud	0	0	0										
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	no se realizo por medida preventiva COVID	No se realizó por medidas preventivas COVID 19.	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 diligenciamiento oportuno del cierre de historias clínicas.	Nº cierre de historias clinicas realizadas	2	0	1										% DE CIERRE DE HISTORIA CLINICA POR EGRESO
							Total solicitud	2	0	1										
							CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Se dio cierre de historia ocupacional por fallecimiento a jose luis ardila.	No se presenta cierre de historias.	Se realiza cierre de historia ocupacional por fallecimiento de la persona mayor: Ligia Espinosa.									
							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, cumites programados por la Dirección y segùn requerimiento	% cumplimiento con reuniones programadas segùn presentación de servicios de proteccion social.	100%	Mensual	Garantizar la asistencia a las reuniones de equipo para la realización de estudios de caso de las personas mayores ya sea por salud, comportamental o segùn necesidad	Nº de reuniones de equipo realizados	3	3	1										% CUMPLIMIENTO CON REUNIONES PROGRAMADAS
							Nº de reuniones programadas	3	3	1										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	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. (Cuenta), Reunión de estudios de caso (9-16 febrero).	Reunion equipo interdisciplinario: socializacion del nuevo consenso(30/03/2021)									
							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		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 asistencia a las reuniones de equipo para la realización de estudios de caso de las personas mayores ya sea por salud, comportamental o segùn necesidad	Nº de estudios de caso realizados	9	10	9										% DE CUMPLIMIENTO EN LA REALIZACION DE ESTUDIOS DE CASO
							Nº de estudios de caso programados	9	10	9										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	se reanio equipo profesional el dia 19 de enero, estudios el caso de jose domingo. ligia espinosa. 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 Arias, Luz Anaeva, Manuela Avila, Lucrecia Bejaranu, Bertilda Beltràn, Blanca Cecilia Beltràn de Cuellar, José Gregorio Beltràn, Alfonso Benaides.	El equipo profesional se reune para realizar los estudios de caso de las siguientes personas mayores: Alfonso Benandes, Gonzalo Bertla, Irene Bastos, Clodomiro Castro, Eugenia Cespedes, Juan Cruz, Tomas Cubillos, Juan Diaz, Miguel Galindo.									
							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!	
12		Participar de los espacios de capacitación continuada programadas y dirigidos a los compañeros del CBA Belmira. Saber divulgación, de guías, procedimientos, protocolos	% cumplimiento con capacitación continua	100%	Mensual	Intervención y participación de las capacitaciones brindadas por el talento humano de la institucion o de conocimientos y practica de acciones seguras, en pro de la calidad de la atencion hacia los personas mayores	Nº capacitaciones asistidas	0	13	12										% CUMPLIMIENTO CON CAPACITACIÓN CONTINUA
							Total capacitaciones programadas	0	13	12										
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	No estaba programada.	Tips PyP 3, Carrulera Virtual 2, Programa reducción y Re-inducción. SGSST, Vacunacion Covid 19: Medicina, Guia de discapacidad y Guia de Riesgo Psicosocial, Socializacion identificación del riesgo. SGSST, Manual procedimiento-aislamiento. Gestión ambiental, Protocolo Bio-seguridad. SGSST, Programa y Politica de Seguridad de la Persona Mayor. Enfermeria, Corresponsabilidad familiar. Trabajo Social.	Socializacion disposicion final de medicamentos, Sintomatologia y manejo depresivo por covid 19, Manual de historia clinica, Valoracion y seguimiento nutricional, paquete instrucional IAAS, Hipertension Arterial, Socializacion Manual de Aislamiento, Capacitacion virtual TIPS para prevenir el contagio por COVID 19 en el trabajo y en el hogar, Legislacion ambiental y sanitaria, medidas preventivas covid y consecuencias psicologicas del confinamiento, Distanciamiento social, Protocolo de bioseguridad en C.B.A Belmira, Reporte diario de registro de temperatura y encuesta de autovaloracion COVID 19.									
							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** **PEOCESO**				**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	0										PORCENTAJE DE INGRESO NUEVOS.
				Numero Total de Personas Mayores que ingresaron	0	0	0										
				CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
				ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Durante el mes de enero no se presentaron ingresos	Durante el mes de febrero no se presentaron ingresos	Durante el mes de marzo no se presentaron nuevos 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 institucionalizada 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	50										PORCENTAJE EQUITATIVO MENSUAL DE POBLACION VALORADA.
				Numero Total de Personas Mayores ves seguimientos en el periodo	25	25	25										
				CUMPLIMIENTO	300%	300%	200%	#¡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	Se habia programamado la valoracion control de 25 usuarios para el mes de marzo e se logra cubrir valorar usuarios, pero en atencion a libre demanda pendiente registrar aparte de los cincuenta usuario atendidos en sistema los pendientes en los dias del 25 de marzo al 30 del mismo mes del 2021 por dato en sistema.								
				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!	
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	18										PORCENTAJE DE CONSULTA / ATENCION PRIORITARIA.
				Numero Total de Personas Mayores programadas	25	15	18										
				CUMPLIMIENTO	284%	100%	100%	#¡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 requirieron 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 requirieron controles y reconsultas a necesidad durante el periodo de mes de febrero	En el mes de marzo se realiza consulta prioritaria a 18 usuarios a solicitud del mismo usuario por cuadro de dolor articular, rinolaringitis, dermatomicosis, lumbago, malestar general. Y pies que requirieron controles y reconsultas a necesidad durante el periodo de mes de marzo y pendientes en los dias del 25 de marzo al 30 del mismo mes del 2021 por dato en sistema.								
				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!	
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	25										PORCENTAJE DE USUARIOS INSCRITOS A PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCION
				Numero Total de Personas Mayores institucionalizados	25	25	25										
				CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡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.	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	NO REQUIERE	#¡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	2										PORCENTAJE DE CHARLAS MENSUALES.
				Numero total de actividades programadas	0	1	2										
				CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	100%	#¡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 graba programa de capacitacion. mitos y verdades vacunacion covid 19	En el mes de febrero se graba programa de capacitacion, las I.A.A.S (infeccion es asociadas a la atencion en salud) e HTA (HTA)	En el mes de marzo se graba programa de capacitacion, las I.A.A.S (infeccion es asociadas a la atencion en salud) e HTA (HTA)								
				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!	
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	25										PORCENTAJE DE ORDENES MÉDICAS PROVENIENTES DE SU IPS.
				Numero total de ordenes médicas emitidas en el mes.	25	25	25										
				CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡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 del Adulto Mayor Institucionalizado con especialistas y apoyo de medico de servicio social obligatorio procedentes de hospital san rafael en sus actividades programa de control de cronicos en evolucion medica diarie se registra analisis y recomendaciones dadas en valoraciones medicas externas. Se cumple seguimiento de las recomendaciones externas de los medicos hacia nuestros usuarios	En el mes de febrero se cumplen ordenes dadas desdemedicos posterior a citas control de Adulto Mayor institucionalizado 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 recomendaciones dadas en valoraciones medicas externas. se cumple seguimiento de las recomendaciones externas de los medicos hacia nuestros usuarios	En el mes de marzo se cumplen ordenes dias desdemedicos posterior a citas control de Adulto Mayor institucionalizado 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 diaria se registra analisis y recomendaciones 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	NO REQUIERE	#¡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	12										PORCENTAJE CUMPLIMIENTO PRESENTACION DE INFORMES
				numero total de reuniones y/o actividades programadas	3	2	12										
				CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡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 partcipa de capacitacion de programa en favor de la persona mayor ,dia a dia y comites segùn cronograma .	Se cumple partcipa de capacitacion de programas en favor de la persona mayor ,dia a dia y comites segùn cronograma .								
				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!	
8		Realizacion de estudios de caso.	porcentaje en la realizacion de estudios de caso.	numero total de estudios de casos realizados	2	2	35										PORCENTAJE EN LA REALIZACION DE ESTUDIOS DE CASO.
				numero total de estudios de casos programados	2	2	35										
				CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡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	Durante el mes de marzo se realizan 26 mesdemendo y 9 estudios de caso								
				PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	

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

PEOCESO

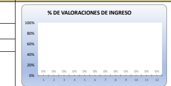
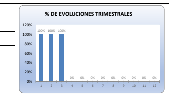
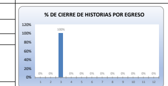
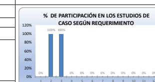
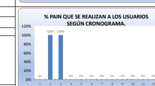
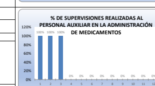
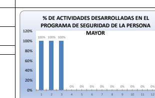
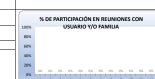
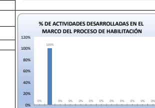
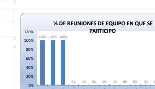
CENTRO BIENESTAR DEL ANCIANO BELMIRA

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 ENFERMERIA

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**	Realizar valoración de enfermería a todos lo usuarios que ingresan a la institución con el fin de determinar su estado actual y definir el cuidado de enfermería requerido según necesidad.		100%	Mensual	Realizar valoración de enfermería inicial a las Personas que ingresan por primera vez al CBA Belmira	Numero total de valoraciones de primera vez	0	0	0										
							Total de usuarios que ingresaron por primera vez a la institución	0	0	0										
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Durante el mes de enero no se realizan ingresos de personas mayores al Centro de bienestar del anciano belmira	Durante el mes de enero no se realizan ingresos de personas mayores al Centro de bienestar del anciano belmira	Durante el mes de marzo no se realizan ingresos de personas mayores al Centro de bienestar del anciano belmira										
							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	Realizar evoluciones trimestralmente en la historia clínica de cada usuario según semaforización de la misma.	% de evoluciones trimestrales	100%	Mensual	Según la semaforización de las evoluciones así mismo se realizaran para dar cobertura a la totalidad de la población institucionalizada	Numero total de evoluciones trimestrales realizadas	6	7	14										
							Numero total de evoluciones trimestrales programadas	6	7	14										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡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 realizan 6 evoluciones trimestrales de acuerdo a las programadas	Durante el mes de ferbrero se realizan 7 evoluciones trimestrales programadas para este mes.	Durante el mes de ferbrero se realizan 14 evoluciones trimestrales programadas para este mes.										
							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!	
3	eficiencia, eficacia. Efectividad	Realizar el cierre de historias clínicas de egresos institucionales	% de cierre de historias por egreso	100%	Mensual	Se realizara cierre de historia clínica de usuarios institucionalizados según presencia de eventos por los siguientes motivos: fallecimiento, traslado o reintegro familiar	Numero total de cierres de historias clínicas	0	0	1										
							Numero total de egresos	0	0	1										
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	No se prersentaron egresos , ni cierre de historias clinicas	No se presentaron egresos ni cierre de historias clinicas	Se presenta 1 egereso y cierre de historia clinica por fallecimiento										
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
4	eficiencia, eficacia. Efectividad	Participar en la elaboración de estudios de caso y seguimientos por salud, alteración comportamental, por ingreso o de acuerdo a su esfera física mental. Se requerimiento.	% de participación en los estudios de caso según requerimiento	100%	Mensual	Asistir en la fecha y hora indicada para estudios de caso según cronograma administrativo	Numero total de estudios de caso realizados	0	10	9										
							Numero total de casos programados	0	10	9										
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/SEGUIMIENTO	Durante el mes no participe en los estudiso 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 equi´po profesional	Durante el mes de febrero se realizaron 9 estudios de caso en reunion con equipo profesional										
							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	eficiencia, eficacia. Efectividad	Participar en la elaboración del PAIN a las personas mayores que ingresan y su respectivo seguimiento	% PAIN que se realizan a los usuarios según cronograma.	100%	Mensual	Apoyo en el diligenciamiento del formato PAIN donde se relaciona el estudio de caso- conociendo, planeando, monitoreando, y seguimiento al monitoreando.	Numero total de PAIIN realizados	0	24	26										
							Numero total de PAIIN programados	0	24	26										
							CUMPLIMIENTO	#:DIV/0!	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Durante el mes no realice debido a fecha de ingreso a la institucion	Durante el mes se realzan 24 PAIN monitoreando a los 24 usuarios programados	Durante el mes se realzan 26 PAIN monitoreando a los 24 usuarios programado										
							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!	
6	ficiencia, eficacia. Efectividad	Realizar supervisión al personal auxiliar de enfermería antes, durante y posterior a la administración de medicamentos según orden medica.	% de supervisiones realizadas al personal auxiliar en al administración de medicamentos	100%	Mensual	Se debe verificar los puntos de control y enfatizar siempre los 10 correctos de la administración de los medicamentos incluido el oxigeno	Numero total de supervisiones realizadas	5	25	28										
							Número de supervisiones programadas	5	25	28										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡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 loas auxiliares de enfermeria	se realizaron 25 supervisiones a las actividades que desarrollan los auxiliares de enfermeria, según plan de cuidado de las personas mayores.	se realizaron 28 supervisiones a las actividades que desarrollan los auxiliares de enfermeria, según plan de cuidado de las personas mayores.										
							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!	
7	eficiencia, eficacia. Efectividad	Realizar supervisión al personal auxiliar de enfermería antes, 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 citas medicas y exámenes según necesidad del programa de salud sexual y reproductivo	Numero de actividades desarrolladas del programa de salud sexual	3	3	3										
							Numero de actividades programadas del programa de salud sexual	3	3	3										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Se realizo cambio de sonda vesical a 3 usuarios , y se les brido educacion sobre el manejo y la necesidad de la misma e higiene	Se realizo cambio de sonda vesical a 3 usuarios , y se les brido educacion sobre el manejo y la necesidad de la misma e higiene	Se realizo cambio de sonda vesical a 3 usuarios , y se les brido educacion sobre el manejo y la necesidad de la misma e higiene										
							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!	
8	eficiencia, eficacia. Efectividad	Desarrollar el programa de seguridad de paciente	% de actividades desarrolladas en el programa de seguridad de la persona mayor	100%	Mensual	Dar cumplimiento estricto a las actividades de seguridad del paciente	Numero de actividades desarrolladas del programa de seguridad de la persona mayor	1	7	12										
							Numero de actividades programadas del programa de seguridad de la persona mayor	1	7	12										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡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 realiza una ronda de seguridad.	Durante el mes de febrero se realiza socializacion del programa y la politica con funcionarios y taller con personas mayores, se realizan 3 rondas de seguridad, analsis de incidentes y eventos adversos y comité de seguridad de la persona mayor	Durante el mes de marzo se realiza cpacitacion de pawuete instruccional de IAAS con funcionarios , taller con personas mayores y red familair y/o social sobre paquete instruccional de enfermdade mentales y aplicacion y analisis de lista de chequeo de paquete instrucciona de IAAS , se realizan 4 rondas de seguridad, analsis de incidentes y eventos adversos y comité de seguridad de la persona mayor										
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
9	eficiencia, eficacia. Efectividad	Participar en las Intervención familiares para el fortalecimiento de tratamiento terapéutico	% 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 en las que se participa	0	0	0										
							Numero de reuniones de familia y/o usuarios programadas	0	0	0										
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Durante el ems no se programan actividades con familias	Durante el mes no se programan actividades con familias para el area de enfermeria	Durante el mes no se programan actividades con familias para el area de enfermeria										
							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!	
10	eficiencia, eficacia. Efectividad	Apoyo al proceso de habilitación de servicios de salud según la norma vigente.	% de actividades desarrolladas en el marco del proceso de habilitación	100%	Mensual	Cumplir con el cronograma de actividades establecidas en cronograma por la lider de calidad en el proceso de habilitación	Numero de actividades propias del proceso de habilitación desarrolladas	0	1	0										
							Numero de actividades propias de habilitación programadas	0	1	0										
							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	Se esta en proceso de induccion y conocimieto del tema	Se realiza reunion con Jefe Paola Maldonado Lider de Calidad	Se continua revision de documentos										
							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	eficiencia, eficacia. Efectividad	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	13										
							Numero de capacitaciones programadas en el mes	0	1	13										
							CUMPLIMIENTO	#:DIV/0!	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	se realizaron retroalimemntacion de los temas realacionados con la seguridad en las entregas de turno	se realiza capacitacion a personal auxiliar de enfermeria sobre Protocolo de lavado e higienizacion de manos y retroalimemntacion de temas realacionados al area en las entregas de turno	Medico: Hipertension Arterial, psicologia: manejo depresivo y manual de HC, nutricion: valoracion y seguimiento nutricional, Enfermeria: Paquete instruccional de IAAS y Capacitacion protocolo de Signos vitales, Regente: disposicion final de medicamentos, Ingeniero ambiental: 2 Cartelera virtual, manual de bioseguiridad, plan de vacunacion covid 19 y resolucion 223/2021, SST: resolucion 223/2021										
							PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
12	eficiencia, eficacia. Efectividad	Participar en las reuniones del equipo interdisciplinario.	% de reuniones de equipo en que se participo	100%	Mensual	Verificar mensualmente las reuniones programadas por el equipo profesional de la institución y asistir.	Numero de reuniones de equipo en las cuales se asiste	10	3	2										
							Numero de reuniones de equipo programadas	10	3	2										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	se realizo1 reunion de equipo y 9 reuniones de recibo y entrtega de turno con el personal de enfermeria	Se realiza 1 reunion de area y 2 reuniones de equipo durante el mes	Se realiza 1 reunion de area y 1 reunio de equipo dia a dia										
							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!	
13	eficiencia, eficacia. Efectividad	Participar los comités institucionales que sea haga parte	% de asistencia a los comités institucionales	100%	Mensual	Verificar mensualmente el cronograma y convocatoria de los comités y programar asistencia	Numero de reuniones de comités institucionales a las cuales se asiste	1	1	1										
							Numero de reuniones de comités institucionales programadas	1	1	1										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	se realizo 1 comité programado y realizado	se realiza 1 reunion de comités programados, (Calidad, Historias Clinicas, IAAS, Seguridad de la persona mayor, Gagas y Comites de SST)	se realiza 1 reunion de comités programados, (Calidad, Historias Clinicas, IAAS, Seguridad de la persona mayor, Gagas y Comites de SST)										
							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!	
14	**eficiencia, eficacia. Efectividad**	Participar activamente en las actividades culturales, religiosas, integrativas e entra institucionales.	% de actividades culturales, religiosas, integrativas e entra institucionales en las que se participo	100%	**Mensual**	Asistir y o participar de cada actividad programada en la institución	Numero de actividades culturales y religiosas en las cuales se participa	0	1	1										
							Numero de actividades culturales y religiosas programadas	0	1	1										
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	No se realizaron actividades	Se programa para el mes de febrero reunion de eucaristia, en la cual participa el equipo auxilair de enfermeria	Se programa para el mes de marzo 2 reunion culturales del dia de la mujer y del hombre										
							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!	
15	**eficiencia, eficacia. Efectividad**	Garantizar que el área de enfermería tenga los elementos y 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	1										
							Numero de pedidos programados	1	0	1										
							CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	100%							#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/SEGUIMIENTO	Por medio del personal auxiliar y la secretaria de dirección se solicita y se recepcionan los elementos e insumos requeridos para brindar los cuidados necesarios a los usuarios institucionalizados	En el mes de enero se realizo pedido para los dos meses, se cuenta con todo lo necesario para la ejecucion de las actividades.	En el mes de marzo se realizo pedido de insumos y papeleria, se cuenta con todo lo necesario para la ejecucion de las actividades.										
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	SI REQUIERE	SI REQUIERE	SI REQUIERE	SI REQUIERE	SI REQUIERE	SI REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	

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

PEOCESO

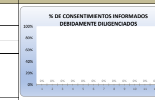
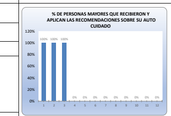
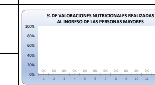
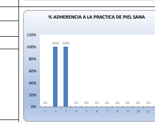
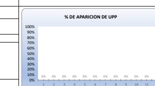
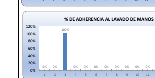
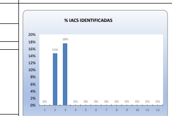
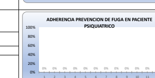
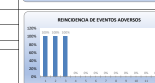
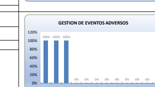
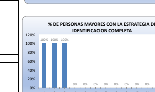
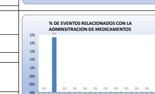
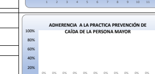
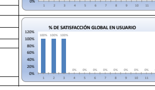
CENTRO BIENESTAR DEL ANCIANO BELMIRA

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	0										
							TOTAL DE PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS	0	0	0										
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Durante este periodo de tiempo no se presentaron ingresos de usuarios.	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	52										
							NUMERO DE PERSONAS MAYORES INTITUCIONALIZADAS CON UN NIVEL	52	54	52										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡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	Se realizan actividades de seguimiento a las actividades propias de autocuidado a 52 usuarios y se asiste en esta actividad por su alteración cognitiva 39 usuarios										
							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!	
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	0										
							TOTAL DE PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS	0	0	0										
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	No se realizaron ingresos en el periodo	No se realizaron consentimientos informados , por que no hubo ingresos	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	28										
							TOTAL DE CRITERIOS EVALUADOS	0	28	28										
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	100%	#¡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.	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 , 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	NO REQUIERE	#¡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	0										
							TOTAL DE PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS	0	0	0										
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							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 .	Durante el mes de febrero no se presentan UPP en ningun usuario, se realiza limpieza de heridas a 1 usuario 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	16										
							TOTAL DE ITEMS EVALUADOS	0	0	16										
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	#¡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	Se aplican listas de chequeo al 18 auxilaires de enfermeria, con 16 item evaluados con cumplimiento del 100%										
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
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	13										
							TOTAL DE USUARIOS INSTITUCIONALIZADOS EN EL PERIODO	0	75	74										
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	15%	18%	#¡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.	Durante el mes de marzo 13 usuarios presentan diagnostico medico de infeccion con orden de manejo con antibiotico: 12 por infeccion de vias urinarias y 1 por infeccion en piel. Lo cual representa que el 18 % de la poblacion institucionalizada han presentado algun tipo de infeccion										
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	SI REQUIERE	SI REQUIERE	#¡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	0										
							TOTAL DE ITEMS EVALUADOS	0	0	0										
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Durante este periodo de tiempo no se presentaros episodios de fuga.	Durante el mes de febrero 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	2										
							TOTAL DE EVENTOS REPORTADOS EN EL PERIODO	1	7	2										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡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	En el mes de febrero se realizaron 4 rondas de seguridad por parte del equipo porfesional. Enfermeria 1, terapia ocupacional 1 y psicologia 1. Todas con un cumplimiento del 100%. Se evidencia reporte de 1 inicdente y 1 evento adveso durante el mes										
							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!	
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	2										
							TOTAL DE EVENTOS REPORTADOS EN EL PERIODO	3	7	2										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡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	Se realizo el analisis de 2 eventos de los cuales 1 es evento adverso y 1 es incidente. Los 2 por caida.										
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
11	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 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	74										
							TOTAL DE PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS EN EL PERIODO	75	75	74										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡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 clínica y carne obligatorio para salidas.	Se tienen al 100% de los usuarios identificados por medio de tablero, cartelera , con foto en las historias clínica, marcacion en la entrada a las habitaciones y cabecera de cama, y carne obligatorio para salidas.	Se tienen al 100% de los usuarios identificados por medio de tablero, cartelera , con foto en las historias clínica, marcacion en la entrada a las habitaciones y cabecera de cama, y carne obligatorio para salidas.										
							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!	
12	eficiencia, eficacia. Efectividad		% 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	0										
							TOTAL DE PERSONAS MAYORES CON TRATAMIENTO FARMACOLOGICO	75	75	74										
							CUMPLIMIENTO	0%	1%	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	No se presentaron eventos adversos por administracion de medicamentos										
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	SI REQUIERE	SI REQUIERE	#¡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	2										
							TOTAL DE USUARIOS INSTITUCIONALIZADAS EN EL MES	75	75	74										
							CUMPLIMIENTO	3%	4%	3%	#¡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	Se presenta 2 caidas de Personas Mayores. 1 en comedor y 1 en vestier										
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE						#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
14	**eficiencia, eficacia. Efectividad**		Adherencia a la practica prevención de Caida 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	0										
							TOTAL DE ITEMS DE LA LISTA DE CHEQUEO EVALUADOS	0	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	no se aplicaron listas de chequeo para el mes de marzo										
							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	1										
							NUMERO DE COMITES PROGRAMADOS	6	6	1										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡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) .	se realizaron 6 comites (calidad , historias clinicas , seguridad de la pwersona mayor , infecciones , emisora ,GAGAS) .										
							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

PEOCESO

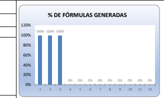
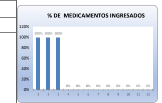
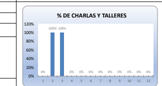
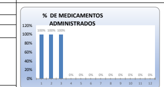
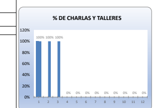
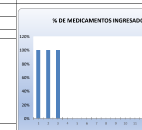
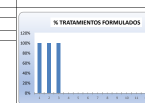
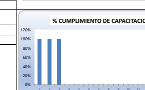
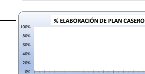
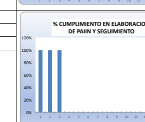
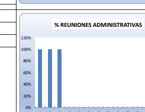
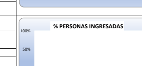
CENTRO BIENESTAR DEL ANCIANO BELMIRA

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

GESTION DE CALIDAD

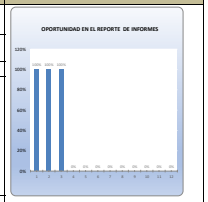
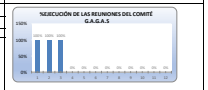
CODIGO:FT-GC-011
VERSION:001
FECHA: 27/01/2018

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION DEL AREA DE REGENCIA FARMACIA

CANTIDAD	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 Gestion ante la EPS la entrega de medicamentos; para que se dé cumplimiento con el tiempo estipulado por la Normatividad vigente	% de fórmulas generadas	verificacion de los medicamentos ordenados por el medico tratante frente a lo entregado por la eps, esto con el fin de asegurar la entrada del medicamento a la institución, paraa suplir las necesidades de 100 % de la población.	Numero de formulas generadas	88	84	171										
					Numero de formulas entregadas	88	84	171										
					CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
					ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Se realizo verificacion de los medicamentos ordenados por el medico tratante frente a lo entregado por la eps, esto con el fin de asegurar la entrada del medicamento a la institución, para suplir las necesidades de 100 % de la población.	Se realizo verificacion de los medicamentos ordenados por el medico tratante frente a lo entregado por la eps, esto con el fin de asegurar la entrada del medicamento a la institución, para suplir las necesidades de 100 % de la población.	Se realizo verificacion de los medicamentos ordenados por el medico tratante frente a lo entregado por la eps, esto con el fin de asegurar la entrada del medicamento a la institución, para suplir las necesidades de 100 % de la población.										
					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!	
2	EFICACIA	Revisar que se encuentre semaforizados el 100% de los medicamentos que se encuentran en el punto farmacéutico, teniendo en cuenta procedimiento de semaforización con que se cuenta en Procedimientos numeral 3 Conservación y almacenamiento de medicamentos esto con el fin de realizar una correcta distribución de medicamentos teniendo en cuenta el metodo PEPS (primeras en entrar primeras en salir)y el el punto se debe de realiar acta de destruccion esto para tener control en las existencias que se manejan en la institucion.	% de medicamentos ingresados	actualizacion de la planilla de semaforizacion del mes con los medicamentos almacenados y los que la eps entrega cada mes de la cuales arrojarón como resultado el listado de los medicamentos proximos a vencer generando la alerta para su respectiva rotacion.Este listado se da a conocer al medico institucional para lograr su respectiva rotacion.	Total de medicamentos ingresados	144	153	124										
					Total de medicamentos semaforizados	144	153	124										
					CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
					ANALISIS/ SIGUIMIENTO	se realizaron la actualizacion de la planilla de semaforizacion del mes de Enero con los medicamentos almacenados y los que la eps entrega cada mes de la cuales arrojarón como resultado el listado de los medicamentos proximos a vencer generando la alerta para su respectiva rotacion.Este listado se da a conocer al medico institucional para lograr su respectiva rotacion.	se realizaron la actualizacion de la planilla de semaforizacion del mes de Febrero con los medicamentos almacenados y los que la eps entrega cada mes de la cuales arrojarón como resultado el listado de los medicamentos proximos a vencer generando la alerta para su respectiva rotacion.Este listado se le informa al medico institucional para lograr su respectiva rotacion.	se realizaron la actualizacion de la planilla de semaforizacion del mes de Marzo con los medicamentos almacenados y los que la eps entrega cada mes de la cuales arrojarón como resultado el listado de los medicamentos proximos a vencer generando la alerta para su respectiva rotacion.Este listado se le informa al medico institucional para lograr su respectiva rotacion.										
					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!	
3	EFICACIA	Brindar consejo acerca de: uso del medicamento, forma de aplicación u horario de ingesta, conservación adecuada del medicamento, hábitos higiénico-sanitarios que deben acompañar al tratamiento, comprensión y cumplimiento de la pauta terapéutica.	% de charlas y talleres	capacitar al personal y usuarios frecuentemente para crear habitos para una correcta administracion y aceptacion de los tratamientos farmacologicos	N de charlas y talleres realizados	0	2	1										
					Total de actividades programadas	0	2	1										
					CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	100%	#¡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	se realizo la socializacion del procedimiento de disposicion final de medicamentos a todo el personal.										
					PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
4	EFICACIA	Participar en actividades de fármaco vigilancia y seguimiento fármaco 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 que puedan surgir	Total de medicamentos administrados	75	75	74										
					Total de medicamentos requeridos	75	75	74										
					CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡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	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 REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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 mensuales.	se trabaja con el 100% de usuarios funcionales, con el personal de enfermeria, capacitandolos frente al manejo de los medicamentos que se les administra, aclarandole dudas y haciendolos parte del programa de seguridad de la persona mayor,creandoles conciencia del porque no se deben autoformular y de esta manera mitigar las interracciones farmacologicas.	N de usuarios con tratamientos farmacologicos	75	75	74										
					Total de la población	75	75	74										
					CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
					ANALISIS/ SIGUIMIENTO	se logro trabajar con el 100% de usuarios funcionales, con el personal de enfermeria, capacitandolos frente al manejo de los medicamentos que se les administra, aclarandole dudas y haciendolos parte del programa de seguridad de la persona mayor,creandoles conciencia del porque deben de aceptar los tratamiento y evitar la autoformulacion y de esta manera mitigar las interracciones farmacologicas.	se realiza seguimiento farmacologico de todos los usuarios, con el proposito de obtener una adherencia a su tratamiento y estabilidad de sus patologias de base	serealiza seguimiento farmacologico de todos los usuarios, con el proposito de obtener una adherencia a su tratamiento y estabilidad de sus patologias de base										
					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!	
6	EFICACIA	Vigilar la ejecución de órdenes médicas provenientes del médico tratante con la participación de los demás profesionales.	% de medicamentos ingresados	realizar conteos al 100% de los medicamentos almacenados en el servicio, con el proposito de no tener sobrantes ni faltantes en stock de medicamentos	N de medicamentos ingresados	144	153	124										
					N de medicamentso egresados	144	153	124										
					CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
					ANALISIS/SEGUIMIENTO	Se realizo verificacion de los medicamentos ordenados por el medico tratante frente a lo entregado por la eps, esto con el fin de asegurar la entrada del medicamento a la institución, para suplir las necesidades de 100 % de la población, de los cuales se clasificaron,se semaforizaron y se ingreso de acuerdo a las cantidades y el color respectivo de acuerdo a la fecha de vencimiento.	Se realizo verificacion de los medicamentos ordenados por el medico tratante frente a lo entregado por la eps, esto con el fin de asegurar la entrada del medicamento a la institución, para suplir las necesidades de 100 % de la población, de los cuales se clasificaron,se semaforizaron y se ingreso de acuerdo a las cantidades y el color respectivo de acuerdo a la fecha de vencimiento.	Se realizo verificacion de los medicamentos ordenados por el medico tratante frente a lo entregado por la eps, esto con el fin de asegurar la entrada del medicamento a la institución, para suplir las necesidades de 100 % de la población, de los cuales se clasificaron,se semaforizaron y se ingreso de acuerdo a las cantidades y el color respectivo de acuerdo a la fecha de vencimiento.										
					PLAN DE MEJORA	'PLAN DE MEJORA'!A1	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
7	EFICACIA	el Regente siempre velará porque se cumplan a cabalidad 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	14										
					N de documentos revisados	14	14	14										
					CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
					ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Se cumple con el 100% de lo programado para este semestre en la revision de los 14 documentos de habilitacion, documentos requeridos en el proceso de habilitacion	se realizo la revision de los documentos de protocolo de manejo de medicamentos de control especial realizando modificaciones de acuerdo a la visita de secretaria de salud de cundinamarca para la renovacion de la resolucion de manejo de medicamentos de control especial de la que obtuvimos concepto favorable	se siguen realizando ajustes de los documentos de acuerdo a la visita realizada de la secretaria de salud de cundinamarca										
					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!	
8	EFICACIA	Realizar la inspección, control y vigilancia de los medicamentos sometidos a fiscalización por parte del Fondo Nacional De Estupefacientes	% de tratamientos formulados	trabajar en la consecucion del total de los tratameintos de los medicamentos de control especial, inspeccion, vigilancia y control de los mismos.	N° de tratamientos formulados	10	14	14										
					Total de tratamientos despachados y auditados	10	14	14										
					CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
					ANALISIS/ SIGUIMIENTO	se trabajo con el apoyo del medico general, especialistas de la eps, la auxiliar de citas medicas con la formulacion del 100% de la poblacion con diagnostico psiquiatrico y con medicamentos de control especial y monopolio del estado, logrando la disponibilidad del medicamentos en la institucion para que el personal de enfermeria realice la administrada	se trabajo con el apoyo del medico general, especialistas de la eps, la auxiliar de citas medicas con la formulacion del 100% de la poblacion con diagnostico psiquiatrico y con medicamentos de control especial y monopolio del estado, logrando la disponibilidad del medicamentos en la institucion para que el personal de enfermeria realice la administrada	se trabajo con el apoyo del medico general, especialistas de la eps, la auxiliar de citas medicas con la formulacion del 100% de la poblacion con diagnostico psiquiatrico y con medicamentos de control especial y monopolio del estado, logrando la disponibilidad del medicamentos en la institucion para que el personal de enfermeria realice la administrada										
					PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
9	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	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	12	12										
					Numero total capacitaciones programadas.	5	12	12										
					CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
					ANALISIS/ SIGUIMIENTO	se asistio a 3 capacitaciones de los compañeros del equipo y 2 de tips para manejo de covid 19	se participo de 12 capacitaciones de trabajo social, medicina, psicologia, enfermeria, seguridad y salud en el trabajo, tecnico ambiental.	se participo de 12 capacitaciones de medicina, psicologia, nutricion,regente, seguridad y salud en el trabajo, tecnico ambiental.										
					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!	
10	EFICACIA	Apoyar en la elaboracion de plan casero mediante proceso informativo y fortalecimiento del proceso adaptación instituciona al CBA Belmira.	%cumplimiento en elaboracion plan caseros .	Fortalecimiento lazos afectivos familiares y proceso de adaptación en las Personas Mayore.	numero de planes caseros elaborados	0	0	0										
					numero de personar que salen al medio familiar familiares programadas	0	0	0										
					CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
					ANALISIS/ SIGUIMIENTO	Para este mes no se programaron	para este mes no se programaron por la pandemia	para este mes no se programaron										
					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	Apoyar en la elaboracion de PAIIN ern sus fases Conociendo, planeando y monitoreando en el proceso instiucional de la persona mayor en el CBA Belmira	%cumplimiento en elaboracion PAIIN y Seguimiento al Mismo .	Fortalecimiento y seguim iento del proceso de las Personas Mayores.	numero de Planes de Atención elaborados	26	24	26										
					numero de planes de atención individual programadas	26	24	26										
					CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!		
					ANALISIS/ SIGUIMIENTO	para este mes se elaborao 1 pain de domingo y 26 monitoreando de julia,manuela, bertilda,blanca beltran,alfonso benavides, gonzalo,irene, eugenia,luis miguel,omingo,guillermo,tulia, miguel,jose murillo,florinda,nieves,jacinto,loelia,teresita,calixto,sixto ,santos,num,blanca silva	para este mes se realizaron 26 monitoreando lucrecia, clodomiro,juan cruz, tomas, ivan,ligia,gregoria,eisa,marcelina,macedonio,leonilde,adela,herminia,nicolas,manuel,vicente,resurreccion,julia ramirez,ambrosio,juvenal,gil mesias, alejandro, sqalomon,luz marina.	para este mes se realizaron 26 monitoreando miriam,olga, luz atuesta, gregorio beltran, angel hernandez,mercedes,arturo herrera, victor,angel jimenez, emma jimenez,estella,helena nicasio,clara,isabel,arturo malo,abelardo,leopoldo,marcos,alfonso morales,modesto,rogelio,javier,roberto,blanca varon,fideligna,										
					PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE						
12	EFICACIA	participar de los estudios de casos y seguimiento a los compromisos establecidos ya sea por parte seguimiento por su estado de salud o alteracion a nivel comportamental	% de cumplimiento en la realizacion de los estudios de casos	conocimiento de la situacion de salud fisica, mental, conductas y comportamientos a partir de sus deficiencias	numero total de estudios de casos realizados	2	10	9										
					nuemro total de estudios de casos programados.	2	10	9										
					CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
					ANALISIS/ SIGUIMIENTO	para este mes se realizo el de Domingo y ligia espinosa	para este mes se realizaron 10 estudios de casos de mirriam, olga, julia arriza, luz atuesta, manuela,lucrecia,bertilda,blanca beltran, gregorio, victor jimenez.	para este mes se realizan 9 estudios de casos de alfonso benavides,gonzalo,irene,clodomiro,eugenia,juan cruz,tomas,ivan,luis miguel.										
					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!	
13	EFICACIA	Participar en la realizacion de informes, reuniones administrativas, actividades de integración, Religiosas, Culturales, comites programadas por la Dirección y según requerimiento.	% REUNIONES ADMINISTRATIVAS	cooperación con intervencionesdel equipo y área administrativo en busca de cumplimiento de logros colectivos	numero total de reuniones y/o actividades realizadas	6	6	10										
					nuemro total de reuniones y/o actividades programadas	6	6	10										
					CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡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 de 1 dia dia, reunion de equipo, 4 informes (1 de gestion, 1 de programa de farmacovigilancia invima, 1 secretaria de salud de farmacovigilancia, 1 al fondo nacional de estupefacientes).	Durante el mes de Febrero se participo de 1 dia dia, reunion de comites, 4 informes (1 de gestion, 1 de programa de farmacovigilancia invima, 1 secretaria de salud de farmacovigilancia, 1 al fondo nacional de estupefacientes).	Durante el mes de marzo se participo en 1 dia a dia, 1 reunion de comites,1 dia del genero,1 informe de gestion,1 informe de medicameentos de control, 1 informe de farmacovigilancia al inviama, 1 informe de farmacovigilancia a secretaria de salud de cundinamarca, 1 informe al invima de tecnovigilancia, 1 ronda de seguridad, 1 visita de inspeccion, vigilancia y control de secretaria de salud para la resolucion de medicamentos de control especial.										
					PLAN DE MEJORA	'PLAN DE MEJORA'!A1	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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 Insntitución	% de cumplimiento recepción de personas mayores	Conocer y dar continuidad a las ordenes medicas de personas que ingresen a la institución.	numero total de personas ingresadas	0	0	0										
					Número de ingresos programados	0	0	0										
					CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
					ANALISIS/ SIGUIMIENTO	No se presentaron en el periodo	para este mes no hubo ingresos programados	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!	

IJHS. 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 MEJORAMIENTO AMBIENTAL

N°	TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC.	TENDENCIA	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, según 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%	MENSUAL (ACCIÓN NECESARIA EJECUTADO EN EL MES) (ENTRADA) (Oportuna en la Salud ambiental)		N° de informes entregados de forma Oportuna y/o solicitados adelantados ante entidades externas.	4	2	3										
							N° de Total de Informes Requeridos por los entes de Control y supervisión y/o solicitudes adelantadas ante entidades externas.	4	2	3										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Semaldel 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 día 15 de enero del 2020L se realizó reporte anual de generacion de ACU ante la Corporación Autonoma Regional de Cundinamarca CAR, cumpliendo con los requerimientos ACUO 2000-1-1406 emitido por parte de la Corporación Autonoma Regional de Cundinamarca-CAR, en cuiquato de la Dirección y Coordinación del CBA, se asesoró visita de la Secretaria de Salud de Fusagasugá oficina de epidemiologia. Por ultimo se realizó gestión con la empresa Greenfull 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 realiza gestión con el laboratorio UNIDAS 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	Durante el mes de marzo se realizó gestión ante la empresa COORNAS SAS ESP, con el fin de validar las constantes ficticias de las vigencias anteriores, toda vez que se ha identificado una anomalia en la lectura registrada, por lo anterior se radico derecho de petición. El dia 29 de marzo se presentó ante el IDEAM logo en el aplicativo KUNA, los periodos de Julioo de 2020 respecto a la generación de RESPEL conforme Dto. 1076 del 2015 Asi mismo se formulo el plan de accion para la vigencia 2021, en el marco de la suscripción de los convenios de asociación con la Beneficencia de Cundinamarca.									
							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!	
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 sanitario 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	21										
							Total de puntos hidraulicos definidos en el centro.	21	21	21										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡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 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 sanitarios de agua potable del CBA Belmira, en donde se identificaron y atendieron en su tiempo no > a 24h las fugas de agua.	Durante el mes de marzo se realizaron controles preventivos, mediante la verificación del inventario hidrosanitario del CBA, con lo cual se atendieron de forma oportuna las fugas de agua presentadas conforme a los registros del plan de mantenimiento locativo.									
							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!	
3	EFICACIA	Dar cumplimiento al decreto 351 del 2014, referente a la conformacion 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	3										
							N. de Reuniones programadas	1	3	3										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡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 9 de febrero, reunion de area con los auxiliares de mantenimiento el dia 9 de febrero y con el area de servicios generales el dia 10 de febrero del 2021, en donde se analizaron las estrategias de contención y mitigación del COVID-19 en el servicio.	Durante el mes de marzo del 2021, se llevó a cabo reunión de comité GAGAS para la adopción de la resolución 223 del 2021, asi mismo se efectuó reunión de area con los auxiliares de servicios generales y de mantenimiento									
							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!	
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 DESCONTAMINA 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	68										
							N. Totales kg de Residuos hospitalarios - Peligrosos Generados en el mes	83	75	68										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Se realiza la disposicion final con la empresa Descont SAS ESP bajo aprobación de la Corporacion Autonoma Regional de Cundinamarca CAR y segun formato RHS enero 2021 Manifiesto No. 313474	Se realizó entrega de residuos peligrosos a la empresa DESCONTAMINA ESP segùn manifiesto No. 313299 y segùn RHS mes de febrero, a saber: BIOSANITARIOS 0 /63 CONTAMINADOS 0 / 1 COSTOPUNZANTES 2 / 2 ENVASES DE FARMACOS 1 / 9	Se realizó la gestión integral de los RESPEL generados en el periodo conforme manifiesto No. 313676 RESIDUO CANTAG BIOSANITARIOS 3 / 7 COSTOPUNZANTES 1 / 1 ENVASES DE FARMACOS 1 / 10 TOTAL Cantidad 5 TOTAL Kilos 18.60									
							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	IMPACTO	Sensibilizar a los funcionarios y contratistas sobre el de los Politicas Ambientales y Inventario 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 protección de los buenas practicas ambientales	Numero de Actividades desarrolladas	1	1	1										
							Total de Actividades Ejecutadas	1	1	1										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!
							ANALISIS/ SEGUIMIENTO	Se realizo la actividad el dia viernes 28 de enero del 2021 denominada "Sembrando es dia" Nuevas 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 cuidame a cuidarme en el marco de la pandemia por COVID-19	Se realizó una campaña de Semana ambiental, orientada al fortalecimiento de la cultura del autocuidado en el marco de la pandemia por COVID-19, asi mismo la implementación de las buenas practicas ambientales por medio de la radioemisora institucional.									
							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!	
6	EFECTIVIDAD	Mejorar la prestación 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	Diseñar 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	3										
							Numero de capacitaciones programadas	1	2	3										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡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 realizó capacitacion por medio de la entidad 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.	Durante el mes de marzo se realizaron las siguientes capacitaciones por parte del area ambiental: 1. Legislación ambiental y sanitaria 2. Plan de Saneamiento Básico con enfoque en el COVID-19 3. Manual de Bioseguridad adaptado de la resolución 223 del 2021, por la cual se modifica el anexo técnico de la resolución 666 del 2020. Adicionalmente se realizaron 2 campañas de prevención del COVID-19 en el marco de la ejecución del plan nacional de vacunación.									
							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!	

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 GESTION DEL MES DE AGOSTO

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	PLANEAR EJECUTAR EL SISTEMA DE GESTION SST DE LA SEDE FRENTE A LOS REQUERIMIENTOS DEL DECRETO 1072 DEL 2015	% DE CUMPLIMIENTO DE PLANEAR Y EJECUTAR SGSST	100%	Mensual	ELABORAR PLAN DE TRABAJO CON LAS ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENSION	NUMERO DE DOCUMENTOS PROPOS DEL SISTEMA ACTUALIZADOS	3	3	3										% DE CUMPLIMIENTO DE PLANEAR Y EJECUTAR SGSST
							NUMERO DE DOCUMENTOS REQUERIDOS EN EL SISTEMA	3	3	3										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡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, el documento 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 Contratistas.	Para el mes de marzo se evidencia cumplimiento en la meta establecida, ya que se cuenta con los registros del documento manual SG-SST, el documento procedimiento de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos, maquinas, herramientas y el formato de Actividades Criticas, sentinticas y no Rutinarias.									
							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!	
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	4										% REUNIONES ASISTIDAS
							NUMERO DE REUNIONES PROGRAMADAS EN EL MES	2	4	4										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡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 realiza el acta mensual del COPASST con la definicion de actividades y fechas, propuestas para cada mes a desarrollar como integrante del Comité de Convivencia Laboral con el tema de Solidaridad Laboral, seguiremos estableciendo dentro de la programacion 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 Inspeccion de Seguridad a Botiquines; se continua con el ingreso del ausentismo laboral de cada mes.	Para el mes de marzo el COPASST realiza las Inspecciones de Seguridad de Sustancias Quimicas y la de Orden y Aseo, la Brigada de Emergencias realiza la Inspeccion de Seguridad a Extintores; se continua con el ingreso del ausentismo laboral de cada mes.									
							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!	
3		EJECUTAR EL PROGRAMA DE CAPACITACION EN SGSST A TODO EL PERSONAL DE LA SEDE	% DE CUMPLIMIENTO DE LAS CAPACITACIONES	100%	ANUALMENTE	PLANEAR DIVULGAR Y ORGANIZAR CADA CAPACITACION CON TIEMPO	NUMERO DE CAPACITACIONES REALIZADAS EN EL MES	2	1	1										% DE CUMPLIMIENTO DE LAS CAPACITACIONES
							NUMERO DE CAPACITACIONES PROGRAMADAS	2	1	1										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡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 evidencian las capacitaciones sitiadas con los temas de Medidas Preventivas COVID - Limpieza y desinfección en la vivienda Limpieza y desinfección de vehículos; segun 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, segun cronogramas establecidos dentro de la programacion de los comité.	Para el mes de marzo se evidencia cumplimiento en la meta establecida, ya que se realizo el acta mensual del COPASST con el tema de la ultila de Peligros (Fisicos y Fenomenos naturales) e Inspecciones de Seguridad; no se realizo reunión con el Comite de Convivencia, la Brigada de Emergencias, se con el Comité de investigaciones de accidentes de trabajo, ni de enfermedad laboral, segun cronogramas establecidos dentro de la programacion de los comité									
							PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡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%	ANUALMENTE	INVESTICAR CADA FURAT REGISTRADO.	NUMERO DE INCIDENTES DE TRABAJO INVESTIGADOS	0	0	0										% DE ACCIDENTES DE TRABAJO INVESTIGADOS
							NUMERO TOTAL ACCIDENTES DE TRABAJO REPORTADOS	0	0	0										
							CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
							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.	Para el mes de marzo 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	0										INDICE DE ACCIDENTALIDAD
							NUMERO TOTAL TRABAJADORES EN EL PERIODO	60	60	60										
							CUMPLIMIENTO	0%	0%	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.	Para el mes de marzo se evidencia que no se presentaron accidentes de trabajo.									
							PLAN DE MEJORA	REQUIERE	SI REQUIERE	SI REQUIERE	#¡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	0										% DE CASOS DE ENFERMEDAD LABORAL
							NUMERO TOTAL DE TRABAJADORES EN EL PERIODO	60	60	60										
							CUMPLIMIENTO	0%	0%	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 Laboral es del 0% ya que no se presentaron caso	Para el mes de marzo se evidencia que el porcentaje de casos por Enfermedad Laboral es del 0% ya que no se presentaron caso									
							PLAN DE MEJORA	SI REQUIERE	SI REQUIERE	SI REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
7	PROCESO	PLANEAR EJECUTAR EL SISTEMA DE GESTION SST DE LA SEDE FRENTE A LOS REQUERIMIENTOS 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	2										% DE CUMPLIMIENTO DE PLANEAR Y EJECUTAR SGSST
							NUMERO DE ACTIVIDADES PLANTEADAS	1	1	2										
							CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡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 laboral/clinicos.	Para el mes de febrero se evidencia un porcentaje de cumplimeto del 100%, ya que se evidencia la capacitación sitiadas de Medidas Preventivas COVID - Sociales psicológicos, síntomas y reunion despues de visit el coronavirus; segun cronograma anual.	Para el mes de marzo se evidencia un porcentaje de cumplimeto del 100%, ya que se evidencian las capacitaciones sitiadas de medidas Preventivas COVID - Consecuencias psicológicos del confinamiento coronavirus (COVID-19) y medidas Preventivas - COVID 19 y jóvenes; segun cronograma anual.									
							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!	
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	% INDICE 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	0										% ÍNDICE DE AUSENTISMO POR ENFERMEDAD DE ORIGEN LABORAL
							NNUMERO TOTAL DE TRABAJADORES EN NUMERO TOTAL TRABAJADORES EN EL PERIODO	60	60	60										
							CUMPLIMIENTO	0%	0%	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 laboral es 0%, ya que no se reportaron casos de E.L.	Para el mes de febrero se evidencia que el indice de ausentismo por enfermedad laboral es 0%, ya que no se reportaron casos de E.L.	Para el mes de marzo se evidencia que el indice de ausentismo por enfermedad laboral es 0%,									
							PLAN DE MEJORA	SI REQUIERE	SI REQUIERE	SI REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	

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**
PEOCESO	**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		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 ams horarios de grabación con el personal	total de programas trasmitidos en el mes	5	5	6										
							Total de programadas proyectados para transmitido	5	5	6										
							CUMPLIMIENTO	100%	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 da cumplimeto a lo proyuesto encuanto a los mantenimientos virtuales y fisicos a los equipos del estudio de la emisora Belmira Radio	Para el mes de febrero se da cumplimeto a lo proyuesto encuanto a los mantenimientos virtuales y fisicos a los equipos del estudio de la emisora Belmira Radio para evitar su inteririacion y optimo funcionamiento	en marzo se cumplio con procesos de mantenimiento y actualizaciones del sistema de computo de la emisora, segùn lo proyuesto mediante el cronograma y se actualizo sistema operativo de la computadora principal									
							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!	
2	**EFICACIA**	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 institucion	Total profesionales vinculados	8	6	6										
							Total de profecionales programados	8	6	6										
							CUMPLIMIENTO	100%	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 relalizaron en cada una de la visita a la imtiuctos 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 fisicos a los equipos de computo segùn lo proyuesto en cronograma de actividades	la realizacion de los mantenimientos y limpieza de equipos se dio cumplimiento para este mes de marzo segùn lo proyuesto									
							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!	
3		Mantener espacios de difusión de los profesionales para la contcatto, 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 período	5	6	6										
							Total de programas proyectados para grabación	5	6	6										
							CUMPLIMIENTO	100%	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 a lo establecido desde la direccion con la vinculacion de las areas con campañas educativas, fracos, promocion de lavado de manos al igual que campañas informativas de covid -19 a manera de prevencion y conocion 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	marzo se di cumplimiento al cronoograma de capacitaciones segùn lo proyuesto con las areas que dentro de sus cronogramas tienias ajendado capacitaciones									
							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!	



