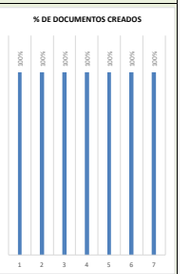
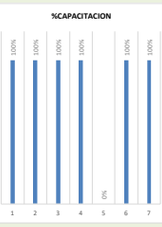
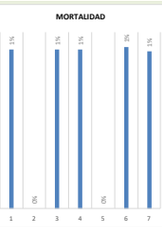
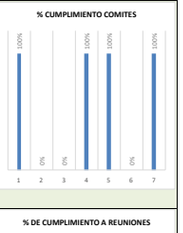
I.H.S. INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA	CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO SAN JOSE DE FACATATIVA	CODIGO:FT-GC-011
	MATRIZ DE INDICADORES 2018	VERSION:02
PROCESO	GESTION DE CALIDAD	FECHA: 27/01/2017

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE CALIDAD

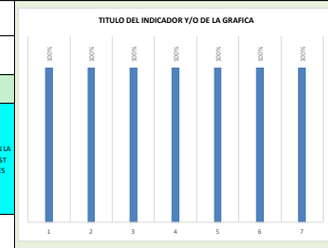
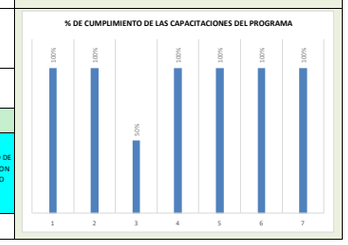
TIPO DE INDICADOR	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAYO	JUN.	JUL.	GRAFICO DEL INDICADOR
EFICACIA		% DE CUMPLIMIENTO PROCESO DE HABILITACION	100%	SEMESTRAL	REALIZAR AUTOEVALUACION DEL PROCESO DE HABILITACION UTILIZANDO EL MANUAL DE AUTO EVALUACION DE LA RESOLUCION 2003 DE 2014	NUMERO DE AUTO EVALUACION REALIZADAS EN EL PERIODO	1	0	0	0	0	0	1	% DE CUMPLIMIENTO PROCESO DE HABILITACION
						NUMERO DE AUTO EVALUACIONES PROGRAMADAS	1	0	0	0	0	0	1	
						CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	
						SEGUIMIENTO	EN EL MES DE ENERO SE REALIZO AUTO EVALUACION DE LA RESOLUCION 2003 DE 2014 Y SE REALIZO RENOVACION DE LA CERTIFICACION DEL PROCESO DE HABILITACION QUEDANDO CON VIGENCIA HASTA EL 30 DE ENERO DE 2019	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	EN EL MES DE JULIO SE REALIZO AUTO EVALUACION EN EL MANUAL DE LA RESOLUCION 2003 DE 2014 LA CERTIFICACION DEL PROCESO DE HABILITACION TIENE UNA VIGENCIA HASTA EL 30 DE ENERO DE 2019 CON LO ANTERIOR SE DIO CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL PLAN DE ACCION PROPUESTO PARA LA VIGENCIA DEL CONVENIO.	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	
EFECTIVIDAD		% DE CUMPLIMIENTO PROCESO DE HABILITACION	100%	SEMESTRAL	APLICAR LISTA DE CHEQUEO DISEÑADA POR EL AREA DE CALIDAD Y REALIZAR INFORME DIAGNOSTICO DEL PROCESO DE HABILITACIÓN.	NUMERO DE ITEMS DE LA LISTA DE CHEQUEO CON CUMPLIMIENTO	65	0	0	0	0	0	80	% DE CUMPLIMIENTO PROCESO DE HABILITACION
						TOTAL DE ITEMS EVALUADOS	70	0	0	0	0	0	84	
						CUMPLIMIENTO	93%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	95%	
						SEGUIMIENTO	EN EL MES DE ENERO SE APLICO LA LISTA DE CHEQUEO DISEÑADA POR EL AREA DE CALIDAD DONDE SE CONTEMPLAN LOS ESTANDARES DE LA RESOLUCION 2003 DE 2014 Y QUE LE APLICAN A LAS ENTIDADES CON OBJETO SOCIAL DIFERENTE, SE EVIDENCIA UN CUMPLIMIENTO DEL 93%, EL 7 % RESTANTE HACE REFERENCIA A LA INSCRIPCION Y REPORTE DE LOS PROGRAMAS DE REACTIVO , FARMACO Y TECNO VIGILANCIA, DADO QUE A LA FECA NO SE TIENE DIRECTRIZ POR PARTE DE EBEFICENCIA PARA DICHO TRAMITE.	N.A	N.A	N.A	NA	N.A	EN EL MES DE JULIO SE APLICO LA LISTA DE CHEQUEO DISEÑADA POR EL AREA DE CALIDAD DONDE SE CONTEMPLAN LOS ESTANDARES DE LA RESOLUCION 2003 DE 2014 Y QUE LE APLICAN A LAS ENTIDADES CON OBJETO SOCIAL DIFERENTE, SE EVIDENCIA UN CUMPLIMIENTO DEL 95%, EL 5% RESTANTE RELACIONADO CON LAS ADECUACIONES DE INFRAESTUCTURA PENDIENTE RELACIONADAS CON EL CUARTO DE ASEO GENERAL Y LOS AUXILIARES, COLOCACION DEL LLAMADO DE ENFERMERIA Y EL STAR DE ENFERMERIA.,SE RECOMIENDA DAR CONTINUAIDAD A LA ADOPCION DE GPC CON EL RESTO DE PATOLOGIAS PRESENTES EN LA POBLACION PARA ALS AREAS DE NUTRICION, PSICOLOGIA Y PSIQUIATRIA Y CONTINUAR CON EL LA IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE , ES DE RESALTAR QUE EL AREA DE CONSULTA EXTERNA SE ENCUENTRA DIVIDIDA EN DOS SECCIONES SE RECOMIENDA DEJARLAS EN UN MISMO LADO O GARANTIZAR LA LA ENTRADA NO SEA COMPARTIDA CON LAS HABILITACIONES DE LOS USUARIOS. .	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	
EFECTIVIDAD		%CUMPLIMIENTO AUDITORIAS INTERNAS	100%	MENSUAL	ESTABLECER CRONOGRAMA PARA SU REALIZACIÓN	NUMERO DE ITEM QUE CUMPLEN DE LA LISTA DE CHEQUEO	0	41	0	18	32	96	1	%CUMPLIMIENTO AUDITORIAS INTERNAS
						TOTAL DE ITEM EVALUADOS	0	45	0	20	34	106	1	
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	91%	#¡DIV/0!	90%	94%	91%	100%	
						SEGUIMIENTO	CRONOGRAMA INICA A PARTIR DEL MES DE FEBRERO	SE EVIDENCIACUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA PARA EL MES DE FEBRERO SE REALIZO LA AUDITORIA AL AREA DE REGENCIA ,DANDO CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA	PARA EL MES D EMARZO NO SE TENIAN CONTEMPLADAS AUDITORIAS INTERNAS	PARA EL MES DE ABRIL SE REALIZA AUDITORIA AL SERVICIO DE PSIQUIATRIA	PARA EL MES DE MAYO SE REALIZO AUDITORIA INTERNA AL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	PARA EL MES DE JUNIO SE REALIZO AUDITORIA AL AREA DE GESTION AMBIENTAL. EVIDENCIANDO UN CUMPLIMIENTO DEL 82Y ENFERMERIA CON UN CUMPLIMIENTO DEL 85- SE SOLICITA PLAN DE MEORA A LAS DOS AREAS TENIENDO EN CUENTA LOS HALLAZFGOS DE LA AUDITORIA.	PARA EL MES DE JULIO SE REALIZO AUDITORIA AL AREA TERAPIA OCUPACIONAL EVIDENCIANDO UN CUMPLIMIENTO DEL 90% LOS FALTANTES SON RELACIONADAS CON LA CONSOLIDACION Y ANALISIS DE LAS LISTAS DE CHEQUEO APLICADAS AL AREA.	
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	SI REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
		GESTION DE SERVICIOS NO CONFORMES	100%	MENSUAL	DILIGENCIAR LA MATRIZ DISEÑADA PARA ALIMENTAR LAS POSIBLES SALIDAS NO CONFORMES	NUMERO DE SALIDAS O SERVICIOS NO CONFORMES GESTIONADAS EN EL PERIODO	1	1	0	1	0	1	0	GESTION DE SERVICIOS NO CONFORMES
						NUMERO DE SALIDAS O SERVICIOS NO CONFORMES REPORTADOS EN EL PERIODO	1	1	0	1	0	1	0	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDAD, SE REPORTO UN SERVICIO NO CONFORME RELACIONADO CON LA NO REALIZACION DEL COMITÉ DEL GAGAS	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	EN EL MES DE MARZO NO SE PRESENTARON SERVICIO O SALIDAS NO CONFORMES	PARA EL MES DE ABRIL SE REPORTO UNA SALIDA NO CONFORME RELACIONADA CON UNA CAAPCITACIO DEL AREA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, LA CUAL SE REPROGRAMAO	PARA EL MES DE MAYO NO SE PRESENTARON SALIDAS NO CONFORMES	PARA EL MES DE JUNIO SE PRESENTO UNA SALIDA NO CONFORME RELACIONADA CON EL CUMPLIMIENTO DEL CRONOGRAMA ESTABLECIDO CON EL AREGLO DE HISTORIAS CLINICAS.	PARA EL MES DE JULIO NO SE PRSENTARON SALIDAS NO CONFORMES	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	
						NÚERO DE DOCUMENTOS APROBADOS EN EL PERIODO	1	0	0	2	0	14	1	%DOCUMENTOS APROBADOS
						TOTAL DE DOCUMENTOS PENDIENTES DE APROBACION EN EL PERIODO	1	0	0	2	0	14	1	
						CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	100%	100%	

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE CALIDAD														
TIPO DE INDICADOR	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAYO	JUN.	JUL.	GRAFICO DEL INDICADOR
EFICACIA	DISEÑAR Y PROPONER ESTRATEGIAS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS EN EL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD QUE SEAN APLICABLES A LAS INSTITUCIONES CON OBJETO SOCIAL DIFERENTE	%DOCUMENTOS APROBADOS	100%	A NECESIDAD	DURANTE LA EMISION DEL COMITÉ DE CALIDAD SE REVISARAN Y APROBARAN LOS DOCUMENTOS CREADOS POR LAS DIFERENTES AREAS	SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	NA	NA	PARA EL MES DE ABRIL SE APROBARON DOS DOCUMENTOS DEL AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL , RELACIONADOS CON LAS SALIDAS EXTRAMURALES. (LISTA DECHEQUEO VERIFICACION DE CONDICIONES DE SALUD ETC)	PARA EL MES DE MAYO NO SE REALIZO APROBACION DE DOCUMENTOS POR EL AREA DE CALIDAD	PARA EL MES DE JUNIO SE REALIZO AJUSTE AL PROTOCOLO DE SAUDAS EXTRAMURALES,AJUSTE A LA HERRAMIENTA DE CONSOLIDACIÓN DE ADHERENCIAS AJUSTE Y APROBACION DE 6 ACTAS DEL COMITÉ DE SEGURIDAD PACIENTE Y 6 ACTAS CON SEGUIMIENTO AL COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS	PARA EL MES DE JULIO SE REALIZO A APROBACION AL INFORME DE HISTORIAS CLINCIAS ENTREGADO POR EL COMITÉ	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
		% DE DOCUMENTOS CREADOS	100	A NECESIDAD	REALIZAR REVISION DE LITERATURA QUE PERMITA LA CREACION DE LOS DIFERENTES DOCUMENTOS	NÚMERO DE DOCUMENTOS CREADOS POR EL PROFESIONAL DE CAUDAD EN EL PERIODO	3	1	2	1	1	1	1	
						NÚMERO DE DOCUMENTOS REQUERIDOS POR LAS DIFERENTES AREAS EN EL PERIODO	3	1	2	1	1	1	1	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	EN EL MES DE ENERO SE CREA LA MATRIZ DE INDICADORES LA CUAL PERITIRA CONSOLIDAR LA INFORMACION DE LAS DIFERENTES AREAS, GARANTIZANO UN SEGUIMIENTO CONTINUO. AJUSTE LISTA DE AUDITORIA INTERNA PARA LAS DIFERENTES AREAS CREACION INFORME DIAGNOSTICO PROCESO DE HABILITACION	EN EL MES DE FEBRERO SE REALIZO AJUSTE AL FORMATO DE LISTADO MAESTRO DE DOCUMENTOS	SE REALIZO DE CALIDAD AJUSTE Y ACTUALIZACION A LA MATRIZ DE RIESGO DE LA INSTITUCION SE CREO EL NUEVO FORMATO PARA EL REGISTRO Y CONTROL DE LAS SALIDAS NO CONFORMES	CREACION INFORME DE GESTION CORRESPONDIENTE AL MES DE ABRIL	PARA EL MES DE MAYO SE CREA EL INSTRUCTIVO DE DILIGENCIAMIENTO DE LA MATRIZ DE LAS SALIDAS NO CONFORMES	PARA EL MES DE JUINO SE TRABAJO EN LA CREACION SEL MANUAL DE CALIDAD CREACION INFORME DE GESTION DELMES DE JUIO	PARA EL MES DE JULIO SE REALIZO AJUSTE A LA HERRAMIENTA DISEÑADA PARA LA PRESENTACION DEL CONSOLIDAD DEL COMITÉ DE HISTORIAS CLINICAS.	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
EFICACIA		INDICE DE EFICACIA DE LOS PROCESOS	95%	MENSUAL	PROPORCION DE PROCESOS QUE CUMPLEN CON 90% DE CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA EN SUS INDICADORES DE GESTION	NUMERO DE PROCESSES CON CUMPLIMIENTO EN SUS INDICADORES DE GESTION POR ENCIMA DEL 90%	10	10	10	10	10	10	10	
						TOTAL DE PROCESSOS QUE REPORTAN INDICADORREES DE GESTION	10	10	10	10	10	10	10	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDAD,	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA , TODOS LOS PROCESOS MANTIENE UN CUMPLIMIENTO POR ENCIMA DE LA META ESTABLECIDA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA , TODOS LOS PROCESOS MANTIENE UN CUMPLIMIENTO POR ENCIMA DE LA META ESTABLECIDA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA , TODOS LOS PROCESOS MANTIENE UN CUMPLIMIENTO POR ENCIMA DE LA META ESTABLECIDA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA , TODOS LOS PROCESOS MANTIENE UN CUMPLIMIENTO POR ENCIMA DE LA META ESTABLECIDA	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
EFICACIA		%CAPACITACION	100%	A NECESIDAD	ESTABLECER CRONOGRAMA PARA SU REALIZACIÓN	NÚMERO DE CAPACITACIONES REALIZADAS	1	1	2	2	0	1	1	
						NÚMERO DE CAPACITACIONES PROGRAMADAS	1	1	2	2	0	1	1	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DEL 100% A LA REALIZACION DE LAS CAPACITACIONES PROGRAMADAS EN EL MES SE SOCIALIZO LA RESOLUCION 2003 DEL 2014 PARA EL EQUIPO DE PROFESIONALES.	EN EL MES DE FEBRERO SE EVIDENCIA DE CUMPLIMIENTO DEL 100% SE SOCIALIZO LA RESOLUCION 1995 VS 0839 DE 2017	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LO PROGRAMADO PARA EL MES DE MARZO. SE REALIZARON CAPACITACIONES DE SERVICIOS NO CONFORMES, Y LOS AVANCES DEL PROGRA DE SEGURIDAD DEL APACIENTE, EVIDENCIANDO UN CUMPLIMIENTO DEL 91.2%	PARA EL MES DE ABRIL SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LO ESTABLECIDO EN EL CRONOGRAM DE CAPACITACIÓN (SE REALIZO CAPCITACION DE LOS TEMAS DE ISO 9001:2015, SALIDAS NO CONFORMES)	SEGÚN CRONOGRAMA PARA EL MES DE MAYO NO SE REALIZA CAPACITACION POR EL AREA DE CALIDAD	SE REALIZA CAPACITACION AL AREA DE TRABAJO SOCIAL SOBRE LA FORMA DE REALIZAR LAS ACTAS DEL COMITÉ HISTORIAS CLINICAS Y EL ADECUADO DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO ESTABLECIDO PARA LAS ACTAS DE REUNIONES QUE REQUIEREN SEGUIMIENTO.	PARA EL MES DE JULIO SE REALIZO LA CAPACITACION AL EQUIPO PROFESIONAL RELACIONADA CON LA APLICACIÓN DE LA AUTO EVALUACIÓN DE LA RESOLUCION 2003 DE 2014 LA CUAL NOS PERMITE VERIFICAR EL % DE CUMPLIMIENTO DEL PROCESO DE HABILITACION DANO ASI CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL PLAN DE ACCION DEL AREA DE CLAIDAD.	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
		MORTALIDAD	<2%	MENSUAL	DILIGENCIAR LA MATRIZ DISEÑADA PARA EL CONTROL DE LAS DEFUNCIONES QUE SE PRESENTAN DE ANERA MENSUAL	NÚMERO DE DEFUNCIONES PRESENTADAS	1	0	1	1	0	1	1	
						TOTAL DE PERSONAS MAY ORES INSTITUCIONALIZADAS	79	79	79	79	79	78	80	
						CUMPLIMIENTO	1%	0%	1%	1%	0%	1%	1%	
						SEGUIMIENTO	PARA EL MES DE ENERO SE PRESENTO UNA DEFUNCION EVIDENCIANDOSE CUMPLIMIENO EN LA META ESTABLECIDA	PARA EL MES DE FEBRERO SE PRESENTO UNA DEFUNCION.	27 DE MARZO SE PRESENTO UNA DEFUNCION (PACIENTE DE CON DX NEUMNIA BACTERIAN, SEPSIS, IVU) SE SOLICITA ANALISIS POR COMITÉ DE SEGURIDAD EL PACIENTE	PARA EL MES DE ABRIL SE PRESENTO UNA DEFUNCION (PARA CARDIO RESPIRATORIO.)	EN EL MES DE MAYO NO SE PRESENTARON DEFUNCIONES	PARA EL MES DE JUNIO SE PRESENTO UNA DEFUNCION DE CAUSA NO VIOLENTA EN EL HOSPITA(PARO CARDIORESPIRATORIO)L	PARA EL MES DE JULIO S EPRESENTO UNA DEFUNCION A NIVEL HOSPITALRARIO.	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	SI REQUIERE	
		% CUMPLIMIENTO COMITES	100%	TRIMESTRAL	CREAR CRONOGRAMA PARA ESTABLECER LAS FECHAS DE REALIZACIÓN	NUMERO DE COMITES REALIZADOS	1	0	0	1	1	0	1	
						NÚMERO DE COMITES PROGRAMADOS	1	0	0	1	1	0	1	
						CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	100%	#¡DIV/0!	100%	
						SEGUIMIENTO	PARA EL MES DE ENERO SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA, SE REALIZO REACTIVACION DEL COMITÉ DE CAUDAD CON UNA PERIODICIDAD TRIMESTRAL	N.A	N.A	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL CRONOGRAM,(PARA EL MES DE ABRIL SE REALIZO COMITÉ DE CALIDAD Y ADOPCION DE GUIAS DE PRACTICA CUNICA,)	PARA EL ME DE MAYO SE REALIZO COMITÉ EXTRAORDINARIO DE CALIDAD CON EL FIN DE EVIDENCIAR LOS AVANCES DEL PROCESO DEADOPCION DE GUIAS DE PREACTICA CUNICA	N.A	PARA EL MES DE JULIO SE REALIZO COMITÉ DE CALIDAD EN EL CUAL SE REALIZO SOCIALIZACION DEL ACTA DE LA VISITA DE CONTROL INTERNO Y PREPARACION DEL EQUIPO PARA LA VISITA DE ICONTEC	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	
						NUMERO DE REUNIONES Y COMITES ASISTIDOS	6	9	9	9	9	8	7	
						NUMERO DE REUNIONES PROGRAMADAS	6	9	9	9	9	8	7	

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE CALIDAD														
TIPO DE INDICADOR	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAYO	JUN.	JUL.	GRAFICO DEL INDICADOR
EFICACIA		% DE CUMPLIMIENTO A REUNIONES	90%	MENSUAL	ESTABLECER CRONOGRAMA VIGENCIA 2018 PARA LAS REUNIONES DE EQUIPO Y COMITES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO	CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	PARA EL MES DE ENERO SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA SE PARTICIPO DE LAS REUNIONES PROGRAMADAS	PARA EL MES DE FEBRERO SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA SE PARTICIPO DE LAS REUNIONES PROGRAMADAS	PARA EL MES DEMARZO SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA SE PARTICIPO DE LAS REUNIONES PROGRAMADAS	PARA EL MES DE ABRIL SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA SE PARTICIPO DE LAS REUNIONES PROGRAMADAS	PARA EL MES DE MAYO SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA SE PARTICIPO DE LAS REUNIONES PROGRAMADAS	PARA EL MES DE JUNIO SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA SE PARTICIPO DE LAS REUNIONES PROGRAMADAS	PARA EL MES DE JUU SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA SE PARTICIPO DE LAS REUNIONES PROGRAMADAS	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
EFICACIA		% DE CUMPLIMIENTO A REALIZACION Y ENTREGA OPORTUNA DE INFORMES	100%	A NECESIDAD	ESTABLECE METODOLOGIA Y FORMATOS PARA LA REALIZACION DE INFORMES OBLIGATORIOS POR ANEXO TECNICO Y LOS REALIZADOS A NECESIDAD DEL SERVICIO	2	1	2	1	2	2	3	3	% DE CUMPLIMIENTO A REALIZACION Y ENTREGA OPORTUNA DE INFORMES
						2	1	2	1	2	2	3	3	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMINETO EN LA META ESTABLECIDA, PARA EL MES DE ENERO SE REALIZA EL INFORME DE GESTION DEL AREA DE CALIDAD.	SE EVIDENCIA CUMPLIMINETO EN LA META ESTABLECIDA, PARA EL MES DE FEBRERO SE REALIZO INFORME DE GESTION, AUDITORIA DEL AREA DE REGENCIA DE FARMACIA	SE EVIDENCIA CUMPLIMINETO EN LA META ESTABLECIDA, PARA EL MES DE MARZO SE REALIZO INFORMDE GESTION	SE EVIDENCIA CUMPLIMINETO EN LA META ESTABLECIDA, PARA EL MES DE ABRIL SE REALIZO INFORME DE GESTION, AUDITORIA DEL AREA DE PSIQUIATRIA	SE EVIDENCIA CUMPLIMINETO EN LA META ESTABLECIDA, PARA EL MES DE MAYO SE REALIZO INFORME DE GESTION, AUDITORIA DEL AREA DE PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTEA	SE EVIDENCIA CUMPLIMINETO EN LA META ESTABLECIDA, PARA EL MES DE JUNIO SE REALIZO INFORME DE GESTION, AUDITORIA DEL AREA DE MEDIO AMBIENTE Y ENFERMERIA	SE EVIDENCIA CUMPLIMINETO EN LA META ESTABLECIDA, PARA EL MES DE JULIO SE REAUZO INFORME DE GESTION, AUDITORIA DEL AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL E INDFORME DIAGNOSTICO DEL PROCESO DE HABILITACION.	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	

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

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE L SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

TIPO DE INDICADOR	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	GRAFICO DEL INDICADOR
EFICACIA	PLANEAR EJECUTAR EL SISTEMA E GESTION SST DE LA SEDE FRENTE A LOS REQUERIMIENTOS DEL DECRETO 1072 DEL 2015	% DE CUMPLIMIENTO DE PLANEAR Y EJECUTAR SGSST	100%	MENSUAL	ELABORAR PLAN DE TRABAJO CON LAS ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENSION	NUMERO DE ACTIVIDADES EJECUTADAS	4	3	5	3	7	1	5	
						NUMERO DE ACTIVIDADES PLANEADAS	4	3	5	3	7	1	5	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LAS ACTIVIDADES REALIZADAS	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LAS ACTIVIDADES REALIADAS	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LAS ACTIVIDADES REALIZADAS	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN EL MES DE ABRIL DE ACUERDO AL PLAN DE TRABAJO PROGRAMADO	SE EVIDENCIAN LOS REGISTROS DOCUMENTALES DE LA REVISIÓN, PUBLICACIÓN Y DIVULGACIÓN DE LA POLÍTICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO - REVISIÓN, PUBLICACIÓN Y DIVULGACIÓN DE LA POLÍTICA DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y	SE EVIDENCIA EL REGISTRO DE LA INSPECCIÓN PLANEADA DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL.	PARA EL MES DE JULIO SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTBALECIDA, YA SE CUENTA CON LOS REGISTROS DOCUMENTALES DE LOS PROCEDIMIENTOS PARA CONTROL DE CAMBIOS, LA MATRIZ DE IDENTIFICACION DE PELIGROS, VALORACION DE RIESGOS Y DETERMINACION DE CONTROLES Y EL DOCUMENTO PROCEDIMIENTO REVISION POR LA DIRECCION, DE IGUAL MANERA LISTA DE CHEQUEO DE LA INSPECCION DE ORDEN Y ASEO Y LA DE VEHICULOS	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
EFICACIA	LIDERAR LAS REUNIONES DE LOS COMITES CREADOS DANDO CUMPLIMIENTO AL SG SST	TITULO DEL INDICADOR Y/O DE LA GRAFICA	100%	MENSUAL	ELABORAR CRONOGRAMA DE REUNIONES CON TEMAS ACTIVIDADES Y FECHAS	NUMERO DE REUNIONES ASISTIDAS EN EL MES	1	1	2	1	1	2	1	
						NUMERO DE REUNIONES PROGRAMADAS EN EL MES	1	1	2	1	1	2	1	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LAS ACTIVIDADES REALIZADAS	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DEL 100% DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LAS ACTIVIDADES REALIZADAS	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN EL MES DE ABRIL DE ACUERDO AL PLAN DE TRABAJO PROGRAMADO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DEL 100% CON EL REGISTRO DEL ACTA SOPORTE DE LA REUNION DEL COPASST.	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DEL 100% CON EL REGISTRO DEL ACTA SOPORTE DE LA REUNION DEL COPASST Y LA DEL COTEME DE CONVIVENCIA LABORAL.	PARA EL MES DE JULIO SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA REUNION MENSUAL DEL COPAST CON EL TEMA DE INSPECCIONES DE SEGURIDAD.	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
	EJECUTAR EL PROGRAMA DE CAPACITACION EN SGSST A TODO EL PERSONAL DE LA SEDE	% DE CUMPLIMIENTO DE LAS CAPACITACIONES DEL PROGRAMA	100	A NECECIDAD	PLANEAR DIVULGAR Y ORGANIZAR CADA CAPACITACION CON TIEMPO	NUMERO DE CAPACITACIONES REALIZADAS EN EL MES	1	5	1	3	1	1	1	
						NUMERO DE CAPACITACIONES PROGRAMADAS	1	5	2	3	1	1	1	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	50%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LAS ACTIVIDADES REALIZADAS	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	SE REPROGRAMA CAPACITACION DEL DIA 15 DE MARZO PARA EL DIA 26 DE ABRIL	SE EVIDENCUMPLIMIENTO DE ACUERDO A CRONOGRAMA ESTABLECIDO	SE EVIDENCIA EL CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA CON LA CAPACITACION EN RIESGO BIOMECANICO EN	SE EVIDENCIA EL CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA CON LA CAPACITACION EN ORDEN Y ASEO.	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE ACUERDO A CRONOGRAMA CON LA CAPACITACION DE RIESGO PUBLICO	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	SI REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	

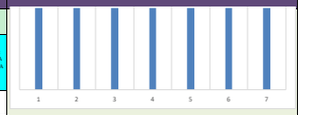
JJES. **INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA**	**CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO SAN JOSE DE FACATATIVA**	**CODIGO:IT-GC-011**
	MATRIZ DE INDICADORES 2018	**VERSION: 02**
PROCESO	**GESTION DE CALIDAD**	**FECHA: 27/01/2017**

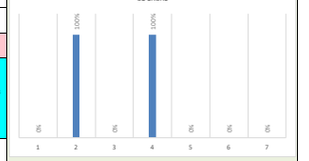
COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE OORDENACION Y GESTION HUMANA

TIPO DE INDICADOR	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	GRAFICO DEL INDICADOR
EFICACIA	PLANEAR EJECUTAR EVALUAR AJUSTAR Y ARTICULAR CADA UNA DE LAS ACCIONES DEL PROYECTO JUNTO CON EL EQUIPO INTERDICIPLINARIO Y LA SUPERVISION DEL CONVENIO,CON EL FIN DE QUE SE GARANTICE LA EJECUCION DE LOS DIFERENTES PROGRAMAS ADELANTADOS EN EL C.B.A. FACATATIVA, EN EL MARCO DE LOS DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LA ATENCION PARA LA PROTECCION INTEGRAL DE LAS PERSONAS MAYORES CON DISCAPACIDAD MENTAL, FISICA Y O EN CONDICIONES DE VULNERABILIDAD	% DE CUMPLIMIENTO EN LAS REVISIONES REALIZADAS DE HISTORIAS CLINICAS	10%	MENSUAL	Revisión de Historias Clínicas de manera aleatoria	NUMERO DE HISTORIAS CLINICAS REVISADAS EN EL PERIODO	8	8	8	8	7	7	8	% DE CUMPLIMIENTO EN LAS REVISIONES REALIZADAS DE HISTORIAS CLINICAS
						EL NUMERO DE HISTORIAS CLINICAS EVALUADAS ALEATORIAMENTE	8	8	8	8	7	7	8	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	PARA ELMES DE ENERO SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	PARA EL MES DE FEBRERO SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	PARA EL MES DE MARZO SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	PARA EL MES DE ABRI SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	SE EVIDENCIA EN EL MES DE MAYO CUMPLIMIENTO EN LA REVISION ESTBALECIDA	SE EVIDENCIA EN EL MES DE JUNIO CUMPLIMIENTO EN LA REVISION ESTABLECIDAD	SE EVIDENCIA EN EL MES DE JULIO CUMPLIMIENTO EN LA REVISION REALIZADA	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
EFICACIA		% DE CUMPLIMIENTO EN LAS REVISIONES DE ACTAS DE INGRESOS	100%	ANUALIDAD	Verificacion de la documentación y registro de los nuevos documentos	NUMERO DE VERIFICACIONES REALIZADAS	0	0	2	2	1	O	35	% DE CUMPLIMIENTO EN LAS REVISIONES DE ACTAS DE INGRESOS
						NUMERO DE INGRESOS EN EL PERIODO	0	0	2	2	1	0	35	
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	100%	100%	#¡VALOR!	100%	
						SEGUIMIENTO	PARA EL MES DE ENERO NO SE PRESENTARON INGRESOS	PARA EL MES DE FEBRERO NO SE PRESENTARON INGRESOS	PARA EL MES DE MARZO SE PRESENTARON 2 INGRESOS	PARA EL MES DE ABRIL SE PRESENTARON DOS INGRESOS DE USUSARIOS	PARA EL MES DE MAYO SE PRESENTO UN INGRESO DE USUARIO	PARAEL MES DE JUNIO NO HUBO INGRESO DE USUARIO	PARA EL MES DE JULIO INGRESARON TEMPORALMENTE 35 NUEVOS USUARIOS	
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡VALOR!	NO REQUIERE	
EFICACIA		% DE CUMPLIMIENTO EN LA ELABORACION DE PAIN O ESTUDIOS DE CASOS	100%	ANTICIPADO	Elaborar cronograma para realización de PAIN'S vigencia 2018. Apoyo en la formulación de estrategias. Coordinar la elaboración de estudios de casos a necesidad planteados por el equipo interdisciplinario.	NUMERO DE PAIN O ESTUDIOS DE CASO ELABORADOS EN EL PERIODO	12	11	12	11	6	10	12	% DE CUMPLIMIENTO EN LA ELABORACION DE PAIN O ESTUDIOS DE CASOS
						TOTAL DE USUARIOS PROGRAMADSO EN EL PERIODO	12	11	12	11	6	10	12	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	PARA EL MES DE FEBRERO SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	PARA EL MES DE MARZO SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	PARA EL MES DE ABRIL SEVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META	PARA EL MES DE MAYO SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META	PARA EL MES DE JUNIO SE EVIDNECIA CUMPLIMIENTO EN LA ELABORACION DE ACUERDO A CRONOGRAMA	PARA EL MES DE JULIO SE REALIZAN 2 ESTUDIOS DE CASOS A NECESIDAD Y 1 0 PAIN	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
EFICACIA		% DE CUMPLIMIENTO DE LOS INFORMES REVISADOS	100%	ANTICIPADO	Establecer metodología para todas las áreas. Definir fecha para entrega, revisión y envío de informe final	NUMERO DE INFORMES REVISADOS EN EL PERIODO	4	22	12	11	12	15	14	% DE CUMPLIMIENTO DE LOS INFORMES REVISADOS
						TOTAL DE INFORMES SOLICITADOS	4	22	12	11	12	15	14	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	PARA EL MES DE ENERO SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDO	PARA EL MES DE FEBRERO SE EVIENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	PARA EL MES DE MARZO SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	PARA EL MES DE ABRIL SE REVISAN 11 DOCUMENTOS MATRIZ DE INDICADORES DE GESTION	PARA EL MES DE MAYO SE REVISAN 12 DOCUEMTNOS	PARA EL MES DE JUNIO SE REVISAN 15 DOCUMENTOS: 1 PERFIL EPIDEMIOLOGICO 14 INFORMES DE GESTION	PARA EL MES DE JULIO SE REVISAN 13 INFORMES DE GESTION Y 1 PERFIL EPIDEMIOLOGICO	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
EFICACIA		% DE CUMPLIMIENTO A VISITAS DE ENTES DE CONTROL	100%	ANTICIPADO	Atencion oportuna a los diferentes entes de control	NUMERO DE VISITAS ATENDIDAS EN EL PERIODO	2	2	2	1	1	1	2	% DE CUMPLIMIENTO A VISITAS DE ENTES DE CONTROL
						NUMERO DE VISITAS RECIBIDAS	2	2	2	1	1	1	2	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO		SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA ATENCIÓN OPORTUNA	VISITA DE SUPERVISION BENEFICENCIA	SE RECIBE VISITA DE SUPERVISION BENEFICENCIA	SE RECIBE VISITA DE SUPERVISION BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA	SE RECIBE VISITA SUPERVISION BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
EFICACIA		% DE CUMPLIMIENTO A REUNIONES	100%	MENSUAL	ESTABLECER CRONOGRAMA VIGENCIA 2018 PARA LAS REUNIONES DE EQUIPO Y COMITES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO	NUMERO DE REUNIONES Y COMITES RELAIZADAS	6	9	9	9	9	8	7	% DE CUMPLIMIENTO A REUNIONES
						NUMERO DE REUNIONES PROGRAMADAS	7	9	9	9	9	8	7	
						CUMPLIMIENTO	86%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	PARA EL MES DE ENERO SE EVIDENCIA UN CUMPLIMIENTO DEL 86%DADO POR LA NO REALIZACION DEL COMITÉ DE GAGAS	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA: REUNION EQUIPO RADIEMISORA, COMITE GAGAS, COMITE PACIENTE SEGURO, COMITÉ HISTORIA CLINICAS, COMITE COPASST, COMITE CONVIVENCIA LABORAL, COVE AMBIENTAL, SOCIALIZACION PAIN.	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE ACUERDO A CRONOGRAMA ESTABLECIDO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE ACUERDO ACRONOGRAMA ESTABLECIDO	SLEVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE A CUERDO A CRONOGRAMA ESTABLECIDO ASI: COMITE GAGAS, PACIENTE SEGURO, HISTORIAS CLINICAS, CULTURAL, REUNION EQUIPO, RADIO EMISORA, COMITE CONVIVENCIA LABORAL COMITE ADULTO MAYOR SECRETARIA DE DESARROLLO, REUNION DE EQUIPO INTERDISCIPLINARIOS	SE DA CUMPLIMIENTO DE ACUERDO A CRONOGRAMA ESTABLECIDO ASI: 6 COMITES: CALIDAD, HISTORIAS CLINICAS, GAGAS, PACIENTE SEGURO, SE ASISTE A COMITÉ ADULTO MAYOR SECRETARIA DE DESARROLLO, REUNION DE EQUIPO INTERDISCIPLINARIOS	
						PLAN DE MEJORA	SJREQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
					ESTABLECER CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES VIGENCIA 2018	NUMERO DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL MES	3	1	3	2	7	10	9	% DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES
						NUMERO DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN EL MES	3	1	3	2	7	10	9	

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE COORDINACION Y GESTION HUMANA

TIPO DE INDICADOR	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	GRAFICO DEL INDICADOR
EFICACIA	PLANIFICAR EJECUTAR COORDINAR DISEÑAR Y REALIZAR SEGUIMIENTOS A LAS ACTIVIDADES DEL AREA DE GESTION UMANA	% DE CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES	100%	MENSUAL	COORDINAR CON LAS DIFERENTES AREAS LAS ACTIVIDADES A REALIZA LAS CUALES SE DEFINENE EN LA REUNION DE EQUIPO COORDINAR LA PROGRAMACION DE LAS ACTIVIDADES A REALIZAR EN LA BASDOMUNSNA VIGENCIA 2018	CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA. SALIDA EXTRAMURAL, CAMINATA, CINE FORO.	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO 2 SALIDAS: 1 EXTRAMURAL, 1 CAMINATA 1 USUARIOS	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO- SALIDA A LA FINCA EXTRAMURAL, CAMINATA DE USUARIOS, CINE FORO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO: SALIDA EXTRAMURAL 2, FINCA 4, CAMINATA 1, CINE FORO 1, FERIA DE PUEBLO 1 CELEBRACION FAMILIA 1	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN: SALIDA EXTRAMURAL 1, CAMINATA 1, FERIA DE PUEBLO 1, SALIDA FINCA 5, CINE FORO 1	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
EFICACIA		% DE CUMPLIMIENTO A JORNADAS MANTENIMIENTO DE LOCKERS	100%	BIMENSUAL	ESTABLECER CRONOGRAMA VIGENCIA 2018 COORDINAR CON EL EQUIPO LA ASIGNACION DE LOS PABELLONES A VERIFICAR	NUMERO DE JORNADAS DE MANTENIMIENTO DE LOCKERS REALIZADAS EN EL PERIODO	0	1	0	1	0	0	0	
						NUMERO E JORNADAS PROGRAMADAS	0	1	0	1	0	0	1	
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	0%	
						SEGUIMIENTO	PARA EL MES DE ENERO NO SE PROGRAMO JORNADA DE ACUERDO A CRONOGRAMA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	PARA EL MES DE MARZO NO SE PROGRAMO JORNADA DE ACUERDO A CRONOGRAMA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE ACUERDO AL CRONOGRAMA ESTABLECIDO	PARA EL MES DE MAYO NO SE PROGRAMO JORNADA DE MANTENIMIENTO	PARA EL MES DE JUNIO NO SE PROGRAMO JORNADA DE MANTENIMIENTO	PARA EL MES DE JULIO NO SE REALIZO LA JORNADA DE LOCKER POR INGRESO DE 15 USUARIOS NUEVOS, LO QUE DIFICULTO SU REALIZACION	
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	SI REQUIERE	
EFICACIA		% DE CUMPLIMIENTO DE EJECUCION DEL PROCESO DE SELECCIÓN Y CONTRATACION	100%	A NECESIDAD	CONVOCACION A PRUEBAS APLICACIÓN DE TES REALIZACION DE ENTREVISTAS SELECCIÓN DE CANDIDATO CONTRATACION APLICACIÓN DE ENTREVISTA DESPEDIDA VALORACION DE LA INFORMACION ACCIONES DE MEJORA SI SE REQUIEREN	NUMERO DE CARGOS PROVISTOS EN EL PERIODO	2	1	1	1	2	1	4	
						NUMERO DE CARGOS A PROVEER	2	1	1	1	2	1	4	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	PARA EL MES DE FEBRERO SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA A NECESIDAD: 1 VINCULACION LABORAL	PARA EL MES DE MARZO SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA A NECESIDAD 1 VINCULACION LABORAL	PARA EL MES DE ABRIL S EVIDENCIA, 1 DESVINCULACION LABORAL	PARA EL MES DE MAYO SE EVIDENCIA: 2 DESVINCULACION LABORALES	SE GARANTIZA CONSECUSION DE PERSONAL EN EL M TIEMPO SOLICITADO PERO PRESENTO RENUNCIA ANTES DE TERMINACION DEL MES POR LO QUE SE REALIZO NUEVA PROVISION DE VACANTE.	SE GARANTIZA CONSECUSION DEL PERSONAL EN EL TIEMPO ESTABLECIDO.	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
EFICACIA		%CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES PROGRAMAS DEL PLAN DE BIENESTAR LABORAL	100%	MENSUAL	DETECTAR NECESIDADES DEL PERSONAL APLICACIÓN DE ENCUESTA TABULACION DE DATOS Y ANALISIS DISEÑO DE PLAN LABORAL ESTABLECER CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES RE INDUCCION PARA EL PERSONAL	NUMERO DE ACTIVIDADES DE BIENESTAR EJECUTADAS EN EL MES	4	1	6	2	6	2	1	
						NUMERO DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN EL MES	4	1	6	2	6	2	1	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA: CELEBRACION DIA DE SAN JOSE SETIMO ESPIRITUAL (2), ADORACION EUCARISTICA, CELEBRACION DIA DEL HOMBRE Y DIA DE LA MUJER (2)	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE ACUERDO A CRONOGRAMA. I CAPACITACION NORMATIVIDAD LEGAL Y 1 ADORACION EUCARISTICA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE ACUERDO A CRONOGRAMA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE ACUERDO A CRONOGRAMA : ADORACION EUCARISTICA, CELEBRACION DIA DE LA FAMILIA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE ACUERDO A CRONOGRAMA	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
EFICACIA		% DE DOCUMENTOS CREADOS Y/O AJUSTADOS	100%	A NECESIDAD	REALIZAR AJUSTE A LOS DOCUMENTOS QUE LO REQUIERE SEGÚN NORMATIVIDAD VIGENTE	NUMERO DE DOCUMENTOS CREADOS Y/O AJUSTADOS	1	0	1	0	1	0	0	
						NUMERO DE DOCUMENTO QUE REQUIEREN AJUSTE	1	0	1	0	1	0	0	
						CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DEL 100% EN LA META ESTABLECIDA. SE DISEÑO EL PLAN DE BIENESTAR LABORAL Y EL DISEÑO DE LA ENCUESTA DE NECESIDADES PARA FORMULACION PLAN DE BIENESTAR A REALIZAR	PARA EL MES DE FEBRERO NO SE PRESENTARON AJUSTES NI DISEÑOS DE DOCUMENTOS	SE DISEÑA ENCUESTA DE SATISFACCION ACTIVIDADES DE BIENESTAR SOCIAL	EN EL MES DE ABRIL NO SE REQUIRIO AJUSTE DE DOCUMENTOS	EN EL MES DE MAYO SE AJUSTA DOCUMENTO DE EVALUACION DE DESEMPEÑO	EN EL MES DE JUNIO NO SE REALIZA AJUSTE A DOCUMENTOS DEL AREA	EN EL MES DE JULIO NO SE REQUIRIO AJUSTE DE DOCUMENTOS	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
EFICACIA		% DE CUMPLIMIENTO DE CAPACITACIONES CONTINUAS Y PERMANENTES	100%	A NECESIDAD	APLICACIÓN DE FORMATO PARA LA DETECCION DE NECESIDADES ESTABLECER CRONOGRAMA DE CAPACITACIONES VIGENCIA 2018 DIFUCION Y EXPOSICION DEL TEMA APLICACIÓN DEL PRE Y POS TES	NUMERO DE CAPACITACIONES REALIZADAS EN EL MES	7	19	10	15	10	10	8	
						NUMERO DE CAPACITACIONES PROGRAMADAS EN EL MES	7	20	11	15	10	10	8	
						CUMPLIMIENTO	100%	95%	91%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	PARA ELMES DE ENERO SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DEL 100% DE LA META ESTABLECIDA	PARA EL MES DE FEBRERO SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA, QUEDANDO PENDIENTE UN TALLER COMANOS BIEN SE REPROGRAMO PARA EL 12 DE MARZO	PARA EL MES DE MARZO SE REPROGRAMA LA CAPACITACION DEL SISTEMA DE GESTION Y SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN EL RESTO DE CAPACITACIONES PROGRAMADAS	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE ACUERDO A CRONOGRAMA ESTABLECIDO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE ACUERDO A CRONOGRAMA ESTABLECIDO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE ACUERDO A CRONOGRAMA ESTABLECIDO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA REALIZACION DE LAS CAPACITACIONES PROGRAMADAS	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
EFECTIVIDAD	REALIZAR SEGUIMIENTO A LAS AREAS QUE NO APRUEBAN LA EVALUACION DE DESEMPEÑO CON EL FIN REFORZAR CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y APTITUDES QUE GARANTICE UNA ATENCION DE CAPILLADA A LOS USUARIOS.	SEGUIMIENTO A EVALUACION DE SEMPEÑO	100%	ANUAL	APLICACIÓN DE EVALUACION DE DESEMPEÑO A LAS AREAS QUE ARROJARON RESULTADOS DEFICIENTES EN LA ANTERIOR EVALAUCION; TABULACION DE LA INFORMACION ANALISIS E INTERPRESTACION DE LOS RESULTADOS Y SEGUIMIENTO A PLANES DE ACCIÓN	NÚMERO DE FUNCIONARIOS QUE NECESARIOS O FORTALECERON SUS COMPETENCIAS SATISFACTORIA MENTE EN LA EVALUACION DE DESEMPEÑO APLICADA	0	0	0	0	0	3	0	
						TOTAL DE EVALUACIONES DE DESEMPEÑO APLICADAS A LAS AREAS	0	0	0	0	0	3	0	
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	
						SEGUIMIENTO						SE EVIDENCIA UN NIVEL SATISFACTORIO EN LA EVALUACION DE DESEMPEÑO REALIZADA EN EL 2018 A LAS AREAS DE MANTENIMIENTO , SERVICIOS GENERALES Y ALIMENTOS.	EL INDICADOR DE EFECTIVIDAD SERA MANEJADO ANUALMENTE	
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	SI REQUIERE	#¡DIV/0!	
EFECTIVIDAD	MEJORAR EL NIVEL DE SATISFACCION DE LOS FUNCIONARIOS CON EL FIN DE LOGRAR UN AMBIENTE LABORAL POSITIVO	% DE SATISFACCION LABORAL	100%	SEMESTRAL	APLICAR ENCUESTA DE SATISFACCION ACTIVIDADES REALIZADAS PLAN DE BIENESTAR	NUMERO DE ITEM QUE CUMPLEN ENTRE EXCELENTE Y SOBRESALIENTE EN LA ENCUESTA DE SATISFACCION APLICADAA LOS FUNCIONARIOS DE LA INSTITUCION EN EL PERIODO	0	0	0	0	0	1465	0	
						TOTAL DE ITEMS EVALUADOS EN LA ENCUENTA DE SATISFACCION APLICADA A LOS FUNCIONARIOS EN EL PERIODO	0	0	0	0	0	1465	0	
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	
						SEGUIMIENTO	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	EL 100% DE LOS FUNCIONARIOS ECUESTADOS PRESENTA UN INDICE DE SATISFACCION ALTO DE ACUERDO A LAS ACTIVIDADES REALIZADAS DEL PLAN DE BIENSTAR EN EL ENTORNO ORGANIZACIONAL, PROFESIONAL Y FAMILIAR.	N.A	
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	











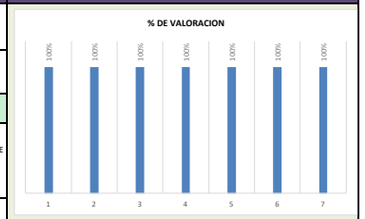
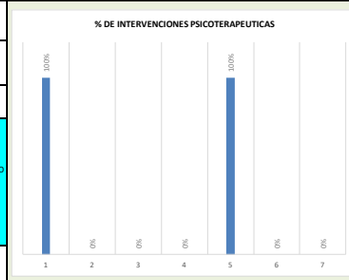
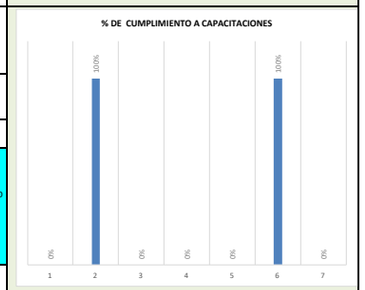
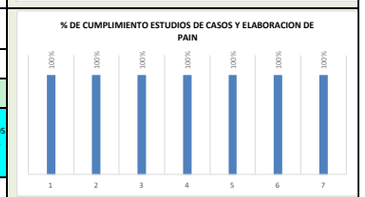
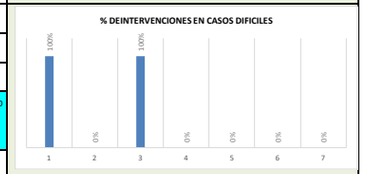


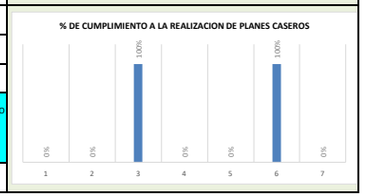




J.H.S. INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA	CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO SAN JOSE DE FACATATIVA	CODIGO:FT-GC-011
	MATRIZ DE INDICADORES 2018	VERSION-02
PROCESO	GESTION DE CALIDAD	FECHA: 27/01/2017

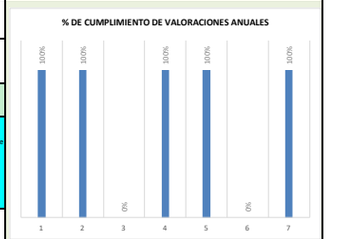
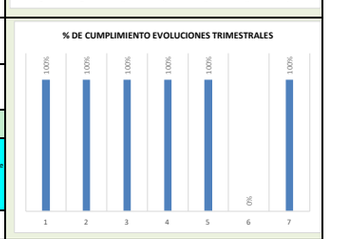
COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE PSIQUIATRIA

TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	GRAFICO DEL INDICADOR
EFICIENCIA	MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS DESDE LA INTERVENCION INDIVIDUAL Y GESTIONES ADMINISTRATIVAS DESDE EL AREA DE PSIQUIATRIA, TENIENDO EN CUENTA LAS DIVERSAS PATOLOGIAS MENTALES Y LA IMPLEMENTACION TERAPEUTICA, FARMACOLOGICA ACORDE A LA MISMA QUE PERMITAN FAVORECER LA CONVIVENCIA Y EL DESARROLLO PERSONAL DEL USUARIO.	% DE VALORACION	100%	MENSUAL	VALORAR PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIADAS EN EL CBA SAN JOSE DE FACATATIVA	NUMERO DE PERSONAS MAYORES VALORADAS EN EL MES	79	79	79	80	79	78	80	
						NUMERO DE INTERVENCIONES SOLICITADAS EN EL MES	79	79	79	80	79	78	80	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	SE VALORA EL 100% DE LA POBLACION	SE VALORA EL 100% DE LA POBLACION	SE VALORA AL 100% DE LA POBLACION	SE VALORA AL 100% DE LA POBLACION	SE VALORA AL 100% DE LA POBLACION	SE VALORA AL 100% DE LA POBLACION ATENDIDA	SE VALORA AL 100% DE LA POBLACION ATENDIDA	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
		% DE INTERVENCIONES PSICOTERAPEUTICAS	100%	A NECESIDAD	LLEVAR A CABO INTERVENCIONES PSICOTERAPEUTICAS SOLICITAS O PROGRMADAS CO LOS USUARIOS	NUMERO DE INTERVENCIONES PSICOTERAPEUTICAS REALIZADAS EN EL PERIODO	12	0	0	0	5	0	0	
						ONUMERO DE INTERVENCION PSICOTERAPEUTICAS REQUERIDAS EN EL PERIODO	12	0	0	0	5	0	0	
						CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LAS VALORACIOES SOLICITADAS EN EL MES	NEN EL MES DE FEBRERO NO SE SOLICITARON INTERVENCIONES	EN EL MES DE MARZO NO SE SOLICITARON INTERVENCIONES	EN EL MES DE ABRIL NO SE SOLICITARON INTERVENCIONES	SE REALIZO INTERVENCION TERAPEUTICA	EN EL MES DE JUNIO NO SE SOLICITARON INTERVENCIONES	EN EL MES DE JULIO NO SE SOLICITARON INTERVENCIONES	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
		% DE CUMPLIMIENTO A CAPACITACIONES	100%	TRIMESTRAL	CAPACITAR AL PERSONAL Y FAMILIA EN EL CUIDADO Y ATENCION EN ASPECTOS RELACIONADOS CON EL MANEJO DE LAS DIFICULTADES EMEOCIONALES Y LOS TRANSTORNOS PSIQUIATRICOS EN LA POBLACION	NUMERO DE CAPCITACIONES REALIZADAS EN EL PERIODO	0	1	0	0	0	1	0	
						TOTDAL DE CAPACITACIONES PROGRAMADAS EN EL PERIODO	0	1	0	0	0	1	0	
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	
						SEGUIMIENTO	PARA EL MES DE ENEO NO SE PROGRAMO CAPACITACION	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA DE CAPACITACION	PARA EL MES DE MARZO NO SE PROGRAMO CAPACITACION DE ACUERDO A CRONOGRAMA	PARA EL MES DE ABRIL NO SE PROGRAMARON CAPACITACIONES DE ACUERDO A CRONOGRAMA	PARA EL MES MAYO NO SE HA PROGRAMADO CAPACITACION	PARA EL MES DE JUNIO SE CUMPLIO CON LA CAPACITACION PROGRAMADA.	PARA EL MES DE JULIO NO SE PROGRAMO CAPACITACION	
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	
		% DE CUMPLIMIENTO ESTUDIOS DE CASOS Y ELABORACION DE PAIN	100%	MENSUAL	REALIZAR PAIN Y ESTUDIOS DE CASOS PARA INTERVENCION INTEGRAL Y MANEJO INTERDICIPLINARIO	NUMERO DE ESTUDIOS DE CASO Y PAIN REALIZADO EN EL MES	12	11	12	11	1	10	12	
						NUMERO DE ESTUDIOS DECASOS Y PAIN PROGRAMADS EN EL MES	12	11	12	11	1	10	12	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DEL 100% DE LO PROGRAMADO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DEL 100% DE LO PROGRAMADO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA REALIZACION DE LOS PAIN PROGRAMADOS	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA ELABORACION DE PAIN DE ACUERDO A PROGRAMADO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA ELABORACION DE PAIN DE ACUERDO A PROGRAMADO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LOS PAIN Y/O ESTUDIOS DE CASOS ELABORADOS	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LOS PAIN Y / O ESTUDIOS DE CASOS ELABORADOS	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
		% DEINTERVENCIONES EN CASOS DIFICILES	100%	A NECESIDAD	VALORACION E INTERVENCION DE MANERA OPORTUNA A LAS DIFICULTADES EMOCIONALES Y TRANSTORNOS PSIQUIATRICOS DE LOS USUARIOS.	NUMERO DE INTERVENCIONES PSIQUIATRICAS EN CASOS DIFICILES EN EL MES	5	0	1	0	0	0	0	
						NUMERO DE INTERVENCIONES PSIQUIATRICAS REQUERIDAS EN EL MES	5	0	1	0	0	0	0	
						CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA EL CUMPLIMIENTO DEL 100% DE LAS INTERVENCIONES REQUERIDAS	PARA EL MES DE FEBRERO NO SE REQUIERIO DE INTERVENCIONES PSIQUIATRICAS	SE EVIDNECIA INTERVENCION A UNA (1) PERSONA MAYOR	PARRA EL MES DE ABRIL NO SE RQUIERIEON INTERVENCIONES PSIAQUIATRICAS	PARRA EL MES DE ABRIL NO SE RQUIERIEON INTERVENCIONES PSIAQUIATRICAS	PARA EL MES DE JUNIO NO SE REQUIEREN INTERVENCIONES PSIQUIATRICAS	PARA EL MES DE JULIO NO SE REQUIRIERON INTERVENCIONES PSIQUIATRICAS	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
						NUMERO DE CIERRES DE HISTOIAS EN EL MES	1	0	1	1	1	1	32	

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE PSIQUIATRIA														
TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	GRAFICO DEL INDICADOR
		% DE CUMPLIMIENTO DE CIERRE DE HISTORIAS CLINICAS	100%	A NECESIDAD	REALIZAR CIERRE DE CASOS DE LAS PERSONAS MAYORES EGRESADAS DEL SERVICIO.	NUMERO DE EGRESOS PRESENTADOS EN EL MES	1	0	1	1	1	1	32	
						CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA EL100% DE CUMPLIMIENTO EN CIERRE DE HISTORIAS CLINICAS EN PERSONAS MAYORES EGRESADAS DEL SERVICIO	EN EL MES DE FEBRERO NO SE PRESENTARON EGRESOS DE PERSONAS MAYORES	EN EL MES DE MARZO SE PRESENTARON EGRESOS DE PERSONAS MAYORES DEL SERVICIO	EN EL MES DE ABRIL SE PRESENTO UN EGRESO DE PERSONA MAYOR DEL SERVICIO	EN EL MES DE ABRIL SE PRESENTO UN EGRESO DE PERSONA MAYOR DEL SERVICIO	EN EL MES DE JUNIO SE PRESENTO UN EGRESO DE LA PERSONA MAYOR DEL SERVICIO	EN EL MES DE JULIO SE CIERRAN HISTROIAS CLINICAS POR EGRESOS DE USUARIOS	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
		% DE CUMPLIMIENTO A LA REALIZACION DE PLANES CASEROS	100%	A NECESIDAD	PLASMAR RECOMENDACIONES A LOS USUARIOS QUE SALEN A MEDIO FAMILIAR	NUMERO DE PLANES CASEROS REALIZADOS E EL MES	0	0	3	0	0	1	0	
						TOTAL DE DE SAIDAS A MEDIO FAMILIAR	0	0	3	0	0	1	0	
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	
						SEGUIMIENTO	EN EL MES DE ENERO NO SE PRESENTAROS SALIDAS A MEDIO FAMILIAR	EN EL MES DE FEBRERO NO SE PRESENTARON SAUDAS A MEDIO FAMILIAR	EN EL MES DE MARZO SE PRESENTARON 3 SALIDAS A MEDIO FAMILIAR EN SEMANA SANTA	EN EL MES DE ABRIL NO SE PRESENTARON SALIDAS A MEDIO FAMILIAR	EN EL MES DE ABRIL NO SE PRESENTARON SALIDAS A MEDIO FAMILIAR	PARA EL MES DE JUNIO SE PRESENTO UNA SALIDA A MEDIO FAMILIAR.	EN EL MES DE JULIO NO SE PRESENTARON SALIDAS A MEDIO FAMILIAR	
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	

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

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE PSICOLOGIA

TIPO DE INDICADOR	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	GRAFICO DEL INDICADOR
		% DE CUMPLIMIENTO DE VALORACIONES DIAGNOSTICAS AL INGRESO D ELAS PERSONAS MAYORESS	100%	A NECEIDAD	APLICACIÓN DE TES DE MIMIMENTAL Y EL YESAVAGE FORMATO DE VALORACION PSICOLOGICA	NUMERO DE VALORACIONES DE INGRESO REALIZADAS EN PERIODO	0	0	0	2	1	0	35	
						NUMERO DE PERSONAS MAYORES QUE INGRESAN EN EL PERIODO	0	0	0	2	1	0	35	
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	100%	#¡DIV/0!	100%	
						SEGUIMIENTO	PARA EL MES DE ENERO NO SE PRESENTARON INGRESOS	PARA EL MES DE FEBRERO NO SE PRESENTARON INGRESOS	PARA EL MES DE MARZO NO SE PRESENTARON INGRESOS	INGRESO A: DOLORES MAICERO, LUIS TRIVIÑO	INGRESO DE ADULTA MAYOR. ROSARIO DIAZ	PARA EL MES DE JUNIO NO SE PRESENTARON INGRESOS	Para el mes de julio se realizaron ingresos al hogar de manera provicional desde diferentes sedes geriatricas..	
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	
		% DE CUMPLIMIENTO DE VALORACIONES ANUALES	100%	ANUAL	ESTABLECER CRONGRAM DE VALORACIONES ANUALES CON VIGENIA 2018	NUMERO DE VALIDACIONES ANUALES REALIZADAS	1	1	0	11	3	0	14	
						T TOT AL DE LEGAJOS PROGRAMADOS	1	1	0	11	3	0	14	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	100%	100%	#¡DIV/0!	100%	
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA REALIZACION DE LAS VALORACIONES SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL CRONOGRAMA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA REALIZACION DE LAS VALORACIONES SEGÚN LO ESTABLECIDO POR CRONOGRAMA	PARA EL MES DE MARZO NO ESTABA PROGRAMADA VALORACIONES ANUALES	SE DIO CUMPLIMIENTODE ACUERDO A CRONOGRAMA ESTABLECIDO	SE DIO CUMPLIMIENTODE ACUERDO A CRONOGRAMA ESTABLECIDO	NO SE REALIZAN VALORACIONES POR PROCESO DE CONTRATACION DE PROFESIONAL EN PSICOLOGIA	se realizan diez valoraciones anuales correspondientes al mes de julio, mas cuatro valoraciones pendientes del mes de junio para dar cumplimiento a los pendientes que surgen	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	
		% DE CUMPLIMIENTO EVOLUCIONES TRIMESTRALES	100%	TRIMESTRAL	ESTABLECER CRONOGRAMA DE EVOLUCION TRIMESTRAL	NUMERO DE EVOLUCIONES REALIZADAS EN EL T RIMESTRE	13	22	45	23	22	0	39	
						NUMERO DE EVOLUCIONES PROGRAMADAS PARA EL PERIODO	13	22	45	23	22	0	39	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	100%	
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA REALIZACION DE LAS VALORACIONES SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL CRONOGRAMA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA REALIZACION DE LAS VALORACIONES SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL CRONOGRAMA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA REALIZACION DE LAS VALORACIONES SEGÚN LO ESTABLECIDO EN EL CRONOGRAMA	SE DIO CUMPLIMIENTODE ACUERDO A CRONOGRAMA ESTABLECIDO	SE DIO CUMPLIMIENTODE ACUERDO A CRONOGRAMA ESTABLECIDO	NO SE REALIZAN EVOLUCIONES POR PROCESO DE CONTRATACION DE PROFESIONAL EN PSICOLOGIA	se realizan dieciocho seguimientos trimestrales correspondientes al mes de julio, mas veinte evoluciones trimestrales pendientes del mes de junio para dar	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	
		% CUMPLIMIENTO EN LA ELABORACION DE PAIN Y ESTUDIOS DE CASO	100%	A NECESIDAD	REALIZAR PAIN Y ESTUDIOS DE CASOS PARA INTERVENCION INTEGRAL Y MANEJO INTERDICIPLINARIO ESTABLECER CRONOGRAMA PARA LA ELABORACION DEL PAIN CON VIGENCIA 2018	NUMERO DE ESTUDIOS DE CASO Y PAIN REALIZADOS EN EL PERIODO	12	11	12	11	6	0	10	
						NUMERO DE ESTUDIOS DE CASO Y PAIN PROGRAMADO EN EL PERIODO	12	11	12	11	6	0	10	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LO ESTABLECIDO EN EL CRONOGRAMA: SE REALIARON 10 PAIN Y 2 ESTUDIOS DE CASO	SE EVIEENCIA CUMPLIMIENO A LO ESTABLECIDO EN EL CRONOGRAM : SE REALIZO 9 PAIN Y 2 ESTUDIOS DE CASO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENO A LO ESTABLECIDO EN EL CRONOGRAM : SE REALIZO 12 PAIN	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENO A LO ESTABLECIDO EN EL CRONOGRAM : SE REALIZO 11 PAIN	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENO A LO ESTABLECIDO EN EL CRONOGRAM : SE REALIZO 11 PAIN	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL CRONOGRAMA: SE REALIZARON 8 PAIN	Se evidencia cumplimiento de las actividades programadas	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	

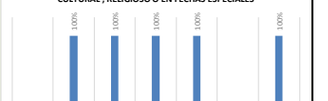
COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE PSICOLOGIA

TIPO DE INDICADOR	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	GRAFICO DEL INDICADOR
EFICACIA	BRINDAR A LAS PERSONAS MAYORES ESPACIOS INTEGRALES BUSCANDO ESTRATEGIAS DE PROMOCION, PREVENCION E INTERVENCION, INDIVIDUAL Y COLECTIVAS QUE LE PERMITAN DESARROLLARSE EN TODAS SUS DIMENCIONES : PSICOLOGICAS, FISICAS, SOCIALES, FAMILIARES, ESPIRITUALES Y AFECTIVA-EMOCIONALES FACILITANDO EL NIVEL DE ADAPTACION DE LAS PERSONAS MAYORES A LA INSTITUCION	% DE CUMPLIMIENTO PLANES CASEROS	100%	A NECEIDAD	PLASMAR RECOMENDACIONES A LOS USUARIOS QUE SALEN A MEDIO FAMILIAR	NUMERO DE PLANES CASEROS REALIZADOS EN EL PERIOD	0	0	3	0	1	0	0	% DE CUMPLIMIENTO PLANES CASEROS
						NUMERO DE PLANES CASEROS REQUERIDOS EN EL PERIODO	0	0	3	0	1	0	0	
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
						SEGUIMIENTO	EN EL MES DE ENERO NO SE PRESENTARON SALIDAS A MEDIO FAMILIAR	EN EL MES DE FEBRERO NO SE PRESENTARON SALIDAS A MEDIO FAMILIAR	En el mes de marzo se realizaron 4 salidas .3 a medio familiar (Rosa Jimenez - Isabel Camargo Ignacia Hernandez) y 1 a otro centro (Alvaro Bobadilla)	EN EL MES DE ABRIL NO SE PRESENTARON SALIDAS A MEDIO FAMILIAR	EN EL MES DE MAYO SE REALIZO SALIDAS TEMPORAL A MIRGUNDO A ALEJANDRO BERNAL	NO SE REALIZA PLAN CACERO DEBIDO AL PROCESO DE CONTRATACION DEL PROFESIONAL EN PSICOLOGIA		
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
		% DE CUMPLIMIENTO AL CIERRE DE HISTORIAS CLINICAS	100%	A NECESIDAD	REALIZAR CIERRE DE HISTORIAS DE LAS PERSONAS MAYORES EGRESADAS DE LA INSTITUCION	NUMERO DE HISTORIAS CLINICAS CERRADAS EN EL PERIODO	1	0	1	1	1	0	33	% DE CUMPLIMIENTO AL CIERRE DE HISTORIAS CLINICAS
						NUMERO DE EGRESOS POR DIFERENTES CAUSAS EN EL PERIODO	1	0	1	1	1	0	33	
						CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	100%	
						SEGUIMIENTO	EN EL MES DE ENERO SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA: SE PRESTO CIERRE DE HISTORIA CLINICA POR FALLECIMIENTO (Sildana Velasquez)	EN EL MES DE FEBRERO NO SE PRESENTARON CIERRE DE HISTORIAS	EN EL MES DE MARZO SE REALIZO 1 CIERRE DE HISTORIA CLINICA POR FALLECIMIENTO (Maria Aixa Cifuentes (29 de Abrilo/18)	EN EL MES DE ABRIL SE REALIZO 1 CIERRE DE HISTORIA CLINICA POR FALLECIMIENTO (Maria Aixa Cifuentes (29 de Abrilo/18)	Para el mes de Mayo se realizo cierre de historia clinica de la adulta mayor Oliva Castro	NO SE REALIZA CIERRE DE HISTORIA CLINICA POR PROCESO DE CONTRATACION DEL PROFESIONAL EN PSICOLOGIA	Para el mes de Julio se realizaron treinta y dos egresos provicionales a diferentes sedes de cundinamarca, mas el cierre de una historia clinica por el fallecimiento del usuario.	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	
		% DE CUMPLIMIENTO EN LA EJECUCION DE ACTIVIDADES DE ESTIMULACION SENSORIAL CON ADULTOS DEPENDIENTES	100%	MENSUALMENTE	SELECCIONAR LA POBLACION DE USUARIOS A PARTICIPAR EN ESTA ACTIVIDAD DAR CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA ESTBALECIDO MEDIANTE INTERVENCION GRUPAL	NUMERO DE ACTIVIDADES EJECUTADAS DE ESTIMULACION SENSORIAL EN EL MES	6	6	7	9	7	7	8	% DE CUMPLIMIENTO EN LA EJECUCION DE ACTIVIDADES DE ESTIMULACION SENSORIAL CON ADULTOS DEPENDIENTES
						NUMERO DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN EL MES	6	6	7	9	7	7	8	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS DE ACUERDO A CRONOGRAMA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS DE ACUERDO A CRONOGRAMA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS DE ACUERDO A CRONOGRAMA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS DE ACUERDO A CRONOGRAMA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS DE ACUERDO A CRONOGRAMA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO A LO ESTABLECIDO EN EL CRONOGRAMA.	Se evidencia cumplimiento de las actividades programadas	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
		% DE CUMPLIMIENTO EN LA EJECUCION DE ACTIVIDADES DE PROCESOS MENTALES	100%	MENSUALMENTE	SELECCIONAR LA POBLACION DE USUARIOS A PERTICIPAR EN ESTA ACTIVIDAD DAR CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA ESTBALECIDO MEDIANTE INTERVENCION GRUPAL	NUMERO DE ACTIVIDADES EJECUTADAS EN PROCESOS MENTALES Y PSICOMOTRICIDAD EN EL MES	6	6	7	7	7	7	8	% DE CUMPLIMIENTO EN LA EJECUCION DE ACTIVIDADES DE PROCESOS MENTALES
						NUMERO TOTAL DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN EL MES	6	6	7	7	7	7	8	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS DE ACUERDO AL CRONOGRAMA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA REALIZACION DE LAS VALORACIONES SEGUN LO ESTABLECIDO EN EL CRONOGRAMA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA REALIZACION DE LAS VALORACIONES SEGUN LO ESTABLECIDO EN EL CRONOGRAMA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA REALIZACION DE LAS VALORACIONES SEGUN LO ESTABLECIDO EN EL CRONOGRAMA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA REALIZACION DE LAS VALORACIONES SEGUN LO ESTABLECIDO EN EL CRONOGRAMA	NO SE REALIZAN ACTIVIDADES EJECUTADAS DEBIDO AL PROCESO DE CONTRTACION DEL PROFESIONAL EN PSICOLOGIA	Se evidencia cumplimiento de las actividades programadas	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
		%CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES FISICAS Y DE INTERACCION SOCIAL	100%	MENSUALMENTE	CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE ACUERDO ACRONOGRAMA	NUMERO DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL MES	14	20	17	20	16	19	4	%CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES FISICAS Y DE INTERACCION SOCIAL
						TOTAL DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN EL MES	14	20	17	20	16	19	4	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS DE ACUERDO A CRONOGRAMA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS DE ACUERDO A CRONOGRAMA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS DE ACUERDO A CRONOGRAMA (14 act de acondic. Fisico y 3 act de interacción social)	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS DE ACUERDO A CRONOGRAMA (16 act de acondic. Fisico y 4 act de interacción social)	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS DE ACUERDO A CRONOGRAMA (12 act de acondic. Fisico y 4 act de interacción social)	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDACDES PROGRAMADAS DE ACUERDO A CRONOGRAMA	Se evidencia cumplimiento de las actividades programadas	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	

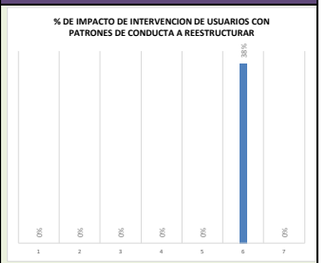
COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE PSICOLOGIA

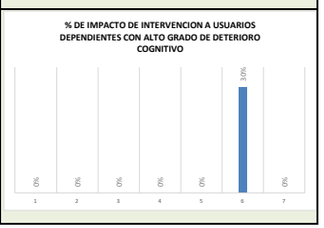
TIPO DE INDICADOR	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	GRAFICO DEL INDICADOR
		% DE CUMPLIMIENTO DE TALLERES PARA PERSONAS MAYORES EN PROGRAMA DE PREVENCION y REFORZAMIENTO DE NORMAS DE CONVIVENCIA	100%	A NECESIDAD	EJECUTAR ACTIVIDADES DE ACUERDO AL CRONOGRAMA	NUMERO DE TALLERES REALIZADOS EN EL PERIODO	0	0	0	2	1	0	0	% DE CUMPLIMIENTO DE TALLERES PARA PERSONAS MAYORES EN PROGRAMA DE PREVENCION y REFORZAMIENTO DE NORMAS DE CONVIVENCIA
						TOT AL DE TALLERES PROGRAMADOS EN EL PERIODO	0	0	0	2	1	0	0	
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
						SEGUIMIENTO	PARA EL MES DE ENERO NO SE ENCUENTRAN PROGRAMADAS ACTIVIDADES	PARA EL MES DE FEBRERO NO SE ENCUENTRAN PROGRAMADS ACTIVIDADES	PARA EL MES DE MARZO NO SE ENCUENTRAN PROGRAMADS ACTIVIDADES	CUMPLIMIENTO DE TALLERES DE ACUERDO AL CRONOGRAMA DEL AREA (Normas de Convivencia Autoestima y	PARA EL MES DE MAYO SE REALIZO TALLER DE PROMOCION Y PREVENCION DEL BUEN TRATO Y SALUD SEXUAL	NO SE REALIZAN TALLERES DEBIDO AL PROCESO DE CONTRATACION DEL PROFESIONAL EN PSICOLOGIA	para el mes de julio no se programaron actividades	
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
		%CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE REMINISCENCIAS BIOGRAFIA Y SENTIDO DE VIDA	100%	A NECESIDAD	ESTABLECER CRONOGRAMA EJECUTAR ACTIVIDADES	NUMERO DE ACTIVIDADES DE REMINISCENCIAS REALIZADAS EN EL PERIODO	0	0	2	1	1	0	0	%CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA DE REMINISCENCIAS BIOGRAFIA Y SENTIDO DE VIDA
						TOT AL DE ACTIVIDADES DE REMINISCENCIA PROGRAMADAS EN EL PERIODO	0	0	2	1	1	0	0	
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
						SEGUIMIENTO	PARA EL MES DE ENERO NO SE ENCUENTRA PROGRAMADO ACTIVIDADES	PARA EL MES DE FEBRERO NO SE ENCUENTRAN PROGRAMADAS ACTIVIDADES	PARA EL MES DE MARZO SE DA CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA	ENCUENTRO INTERGENERACIONAL CON POLICIA DE CARABINEROS Y GRUPO DE JOVENES DEL GRUPO DE DANZAS	CELEBRACION DIA DE LA MADRE CON POLICIA DE CARABINEROS Y GRUPO DE JOVENES DEL GRUPO DE DANZAS - ENCUENTRO INTERGENERACIONAL	DURANTE EL MES DE JUNIO SE REALIZABA EL PROCVESO DE CONTRATACION DEL PROFESIONAL EN PSICOLOGIA	para el mes de julio no se programaron actividades	
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
		% DE CUMPLIMIENTO EN LA PROGRMACION DE JORNADADE MANTENIMIENTO DE LOCKERS	100%	BIMENSUAL	ESTABLECER CRONOGRAMA VIGENCIA 2018 COORDINAR CON EL EQUIPO LA ASIGNACION DE LOS PABELLONES A VERIFICAR	NUMERO DE JORNADAS DE MANTENIMIENTO REALIZADAS EN EL PERIODO	0	1	0	1	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO EN LA PROGRMACION DE JORNADADE MANTENIMIENTO DE LOCKERS
						NUMERO DE JORNADAS PROGRAMADAS EN EL PERIODO	0	1	0	1	0	0	0	
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
						SEGUIMIENTO	PARA EL MES DE ENRO NO SE ENCONTRABA PROGRAMADO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LO ESTABLECIDO EN EL CRONOGRAMA	PARA EL MES DE MARZO NO SE ENCONTRABA PROGRAMADO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LO ESTABLECIDO EN EL CRONOGRAMA	PARA EL MES DE MAYO NO SE ENCONTRABA PROGRAMADO	NO SE REALIZA JORNADA DE ACUERDO A CRONOGRAMA	Para el mes de julio por cronograma no se encuentra programado	
						PLAN DE MEJORA	x	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
		% DE CUMPLIMIENTO EN LA PARTICIPACION DE REUNIONES DE FAMILIA	100%	BIMENSUAL	ESTABLECER CRONOGRAMA	NUMERO DE REUNIONES DE FAMILIA ASISTIDAS EN EL PERIODO	0	1	0	1	0	1	0	% DE CUMPLIMIENTO EN LA PARTICIPACION DE REUNIONES DE FAMILIA
						NUMERO DE REUNIONES FAMILIAS PROGRAMADAS EN EL PERIODO	0	1	0	1	0	1	0	
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	
						SEGUIMIENTO	POR CRONOGRAMA NO ESTA PROGRAMADO EN ESTE MES	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE ACUERDO A CRONOGRAMA ESTABLECIDO	POR CRONOGRAMA NO ESTA PROGRAMADO EN ESTE MES	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE ACUERDO A CRONOGRAMA ESTABLECIDO	POR CRONOGRAMA NO ESTA PROGRAMADO EN ESTE MES	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO REALIZANDO CELEBRACION DIA DE LA FAMILIA	para el mes de julio no se realizan reuniones	
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	
		% DE CUMPLIMIENTO A CAPACITACIONES	100%	A NECESIDAD	DIVULGACION DEL TEMA ENVIO DE MATERIAL DE APOYO REALIZACION DE PRE Y POS DE MANERA VIRTUAL	NUMERO DE CAPACITACIONES REALIZADAS EN EL MES	0	1	0	0	0	0	0	% DE CUMPLIMIENTO A CAPACITACIONES
						NUMERO DE CAPACITACIONES PROGRAMADAS EN EL MES	0	1	0	0	0	0	0	
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
						SEGUIMIENTO	EN EL MES DE ENERO NO SE ENCUENTRA PROGRAMADAS	EN EL MES DE FEBRERO SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA ETA ESTABLECIDA DE ACUERDO A CRONOGRAMA: SE REALIZO TALLER DE SENSIBILIZACION DE LAS FAMILIAS.	EN EL MES DE MARZO NO SE ENCUENTRA PROGRAMADAS CAPACITACIONES POR ESTA AREA	EN EL MES DE ABRIL NO SE ENCUENTRA PROGRAMADAS	EN EL MES DE MAYO NO SE ENCUENTRA PROGRAMADAS	EN EL MES DE JUNIO NO SE PROGRAMAN CAPACITACIONES DEBIDO AL PROCESO DE CONTRATACION DEL PROFESIONAL EN PSICOLOGIA	para el mes de julio no se realizan capacitaciones	
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE PSICOLOGIA

TIPO DE INDICADOR	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	GRAFICO DEL INDICADOR
		% DE CUMPLIMIENTO EN ENTREGA OPORTUNA DE INFORMES	100%	A NECESIDAD	ESTABLECER METODOLOGIA DEL INFORME ELABORACION Y ENTREGA	NUMERO DE INFORMES REALIZADOS EN EL PERIODO	3	3	3	1	1	2	1	
						NUMERO DE INFORMES SOLICITADOS EN EL PERIODO	3	3	3	1	1	2	1	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTIO EN LA META ESTABLECIDA	Para el mes de Julio se realiza informe de matriz de indicadores.	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
		% CUMPLIMIENTO EN LA PARTICIACION DE REUNIONES Y COMITES	100%	A NECESIDAD	ESTABLECER CRONOGRAMA ASISTIR A LAS REUNIONES PROGRAMADAS	NUMERO DE REUNIONES ASISTIDAS EN EL PERIODO	4	4	4	2	2	0	6	
						NUMERO DE REUNIONES PROGRAMADAS EN EL PERIODO	4	4	4	2	2	0	6	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#DIV/0!	100%	
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO A LA SISTENCIA DE REUNIONES Y COMITES	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO A LA ASISTENCIAA REUNIONES Y COMITES	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO A LA ASISTENCIA A REUNIONES Y COMITES	CUMPLIMIENTO DE ACUERDO A CRONOGRAMA	CUMPLIMIENTO DE ACUERDO A CRONOGRAMA	NO SE EVIDENCIAN ASISTENCIAS DEBIDO AL PROCESO DE CONTRATACION DEL PROFESIONAL EN PSICOLOGIA	Se evidencia cumplimiento de las actividades programadas	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#DIV/0!	NO REQUIERE	
		% DE CUMPLIMIENTO EN REUNIONES DE CARÁCTER CULTURAL , RELIGIOSO O EN FECHAS ESPECIALES	100%	MENSUALMENTE	PLANIFICACION DE LAS ACTIVIDAES	NUMERO DE CELEBRACIONES Y ACTIVIDADES ASISTIDAS EN EL MES	0	2	4	1	3	0	1	
						NUMERO DE CELEBRACIONES Y ACTIVIDADES PROGRAMADAS	0	2	4	1	3	0	1	
						CUMPLIMIENTO	#DIV/0!	100%	100%	100%	100%	#DIV/0!	100%	
						SEGUIMIENTO	PARA EL MES DE ENERO NO SE TIENE PROGRAMACION	PARA EL MES DE FEBRERO SE EVIDENCIA EL CUMPLIMIENTO	PARA EL MES DE MARZOSE DIO CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA (Celebración Dia de San Jose,Dua del Hombre,Dia de la Mujer y Retiro Espiritual)	PARA EL MES DE ABRIL SE EVIDENCIO CUMPLIMIENTO (Hora Santa)	Se evidencia cumplimiento de las actividades programadas (Hora Santa,celebracion virgen de fatima,celebracion cumpleaños,)	NO SE REALIZAN ASISTENCIAS DEBIDO AL PERDIODO DE CONTRTACION DEL PROFESIONAL EN PSICOLOGIA	se evidencia cumplimiento de las actividades programadas	
						PLAN DE MEJORA	#DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#DIV/0!	NO REQUIERE	
		% DE CUMPLIMIENTO DE INTERVENCION DE USUARIOS CON ALTERACIONES COMPORTAMENTALES	100%	MENSUALMENTE	CUMPLIMIENTO DE INTERCONSULTAS O ATENCION A NECESIDAD DE FORMA OPORTUNA	NUMERO DE USUARIOS CON INTERVENCION PSICOTERAPEUTICA REALIZADA	4	5	4	3	4	0	1	
						NUMERO DE USUARIOS QUE LO REQUERIAN A NECESIDAD	4	5	4	3	4	0	1	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#DIV/0!	100%	
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS	NO SE EVINCIAN INTERVENCIONES REALIZADAS DEBIDO AL PROCESO DE CONTRTACION DEL PROFESIONAL EN PSICOLOGIA	se evidencia cumplimiento de las actividades programadas	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#DIV/0!	NO REQUIERE	
		% DE CUMPLIMIENTO DE INTERVENCION EN APOYO PSICOTERAPEUTICO CON FAMILIAS	100%	MENSUALMENTE		NUMERO DE INTERVENCIONES PSICOTERAPEUTICAS FAIOMILIAR REALIZADA	2	1	1	3	1	0	0	
						NUMERO DE INTERVENCIONES PSICOTERAPEUTICAS PROGRAMADAS	2	1	1	3	1	0	0	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS (Familiar de:Hermanas Velasquez)	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS (Familiar de: Merardo Diaz)	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS (Familiar de: Isabel Camargo)	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS (Familia de:Felipe Saldaña, Blanca Silva, Oliva Castro)	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS (Familia de:Oliva Castro)	NO SE EVIDENCIAN INTERVENCIONES REALIZADAS DEBIDO AL PROCESO DE CONTRTACION DEL PROFESIONAL EN PSICOLOGIA	para el mes de julio no se tenian programadas intervenciones psicoterapeuticas con familiares	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	

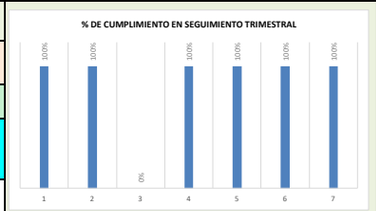
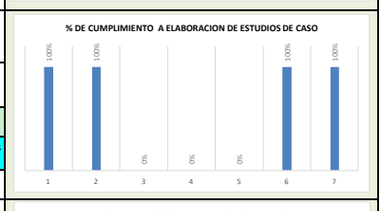
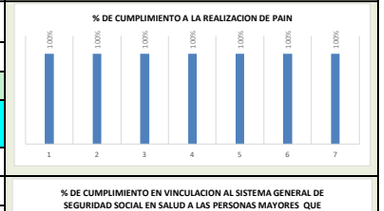
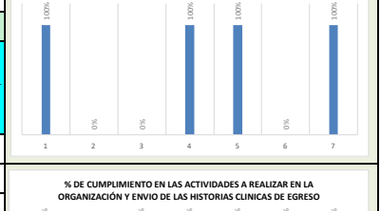
COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE PSICOLOGIA														
TIPO DE INDICADOR	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	GRAFICO DEL INDICADOR
	MEJORAR PATRONES COMPORTAMENTALES EN USUARIOS REINCIDENTES FOMENTANDO LA PREVENCION DEL MALTRATO Y PROMOCION DEL BUEN TRATO	% DE IMPACTO DE INTERVENCION DE USUARIOS CON PATRONES DE CONDUCTA A REESTRUCTURAR	38%	TRIMESTRALMENTE	SE APLICA LISTA DE CHEQUEO Y RE TEST CON EL FIN DE MEDIR PATRONES DE CONDUCTA Y FRECUENCIAS.	NUMERO DE USUARIOS REINCIDENTES QUE MEJORAN PATRONES COMPORTAMENTALES	0	0	0	0	0	3	0	% DE IMPACTO DE INTERVENCION DE USUARIOS CON PATRONES DE CONDUCTA A REESTRUCTURAR
						NUMERO DE USUARIOS QUE REINCIDEN EN PATRONES COMPORTAMENTALES	0	0	0	0	0	8	0	
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	38%	#¡DIV/0!	
						SEGUIMIENTO	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	PARA EL MES DE JUNIO SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA LOGRANDO LA MEJORIA EN LOS DIFERENTES PATRONES CONDUCTUALES EN TRES USUARIOS. (ES DE RESALTAR QUE PARA EL MES DE JUNIO DEBIDO AL CAMBIO DE PROFESIONAL EL IMPACTO SE MEDIRA DESDE LAS EVOLUCIONES TRIMESTRALES. Y A PARTIR DEL MES DE JUUIO SE APLICARA LA LISTA DE CHEQUEO Y EL RE TEST SEMESTRALMENTE).		
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	
	ACTIVAR PROCESOS NEUROLOGICOS A LOS USUARIOS DEPENDIENTES, CON ALTO GRADO DE DETERIORO COGNITIVO, A TRAVES DE ACTIVIDADES DE ESTIMULACION SENSORIAL	% DE IMPACTO DE INTERVENCION A USUARIOS DEPENDIENTES CON ALTO GRADO DE DETERIORO COGNITIVO	30%	SEMESTRAL	SE APLICA LISTA DE CHEQUEO Y RE TEST CON EL FIN DE MEDIR PATRONES DE CONDUCTA Y FRECUENCIAS.	NÚMERO DE ITEMS QUE EVIDENCIAN AVANCES EN LA ESTIMULACION SENSORIAL	0	0	0	0	0	248	0	% DE IMPACTO DE INTERVENCION A USUARIOS DEPENDIENTES CON ALTO GRADO DE DETERIORO COGNITIVO
						NUMERO DE ITEMS EVALUADOS	0	0	0	0	0	840	0	
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	30%	#¡DIV/0!	
						SEGUIMIENTO	N.A	N.A	N.A	N.A		SE HAN EVIDENCIADO LEVES AVANCES EN LA PERCEPCION SENSORIAL Y DE LOS PRECESOS COGNITIVOS DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE ESTIMULACION SENSORIAL; A NIVEL COGNITIVO SE MUESTRAN NIVELES DE ALERTA Y LUCIDEZ POSITIVOS EN REFERENCIA A LA PRIMERA LISTA DE CHEQUEO APLICADA. SE HA NOTADO IMPACTO EN LOS USUARIOS AUNQUE		
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	





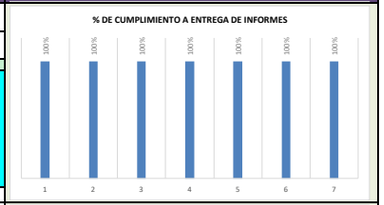
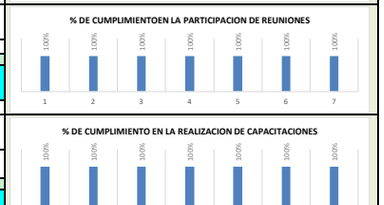
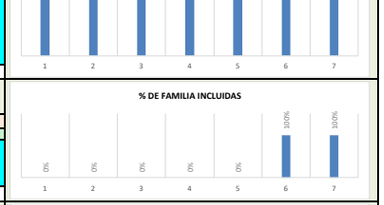
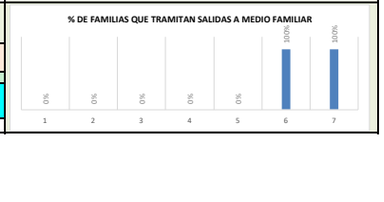
J.H.S. INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA	CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO SAN JOSE DE FACATATIVA	CODIGO:FT-GC-011
	MATRIZ DE INDICADORES 2018	VERSION:02
PROCESO	GESTION DE CALIDAD	FECHA: 27/01/2017

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE TRABAJO SOCIAL

TIPO DE INDICADOR	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	GRAFICO DEL INDICADOR
EFICACIA	GARANTIZAR LOS ADECUADOS PROCESO DE INGRESO , PERMANENCIA Y EGRESO DE LAS PERSONA MAYORES INSTITUCIONALIZADAS EN EL CBA FACATATIVA RESTITUYENDOLES SUS DERECHOS FUNDAMENTALES	% DE CUMPLIMIENTO DE VALORACIONES REALIZADAS	100%	A NECESIDAD	APLICAR LAS RECOMENDACIONES DE LA RESOLUCION 032 DE 2011 APLICAR EL ACTA DE INGRESO	NUMERO DE USUSARIOS VALORADOS EN EL PERIODO	0	0	0	2	1	0	35	
						TOTAL DE USUARIOS INGRESADOS EN EL PERIODO	0	0	0	2	1	0	35	
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	100%	#¡DIV/0!	100%	
						SEGUIMIENTO	EN EL MES DE ENERO NO SE PRESENTARON INGRESOS	EN EL MES DE FEBRERO NO SE PRESENTARON INGRESOS	EN EL MES DE MARZO NO SE PRESENTARON INGRESOS	EN EL MES DE ABRIL SE PRESENTARON DOS INGRESOS LOSA CUALES FUERON VALORADORS EN EL TIEMPO ESTIPULADO.	EN EL MES DE MAYO SE PRESENTO UN INGRESO LOS CUALES FUERON VALORADOS EN EL	EN EL MES DE JUNIO NO HUBO INGRESOS	EN EL MES DE JULIO SE RECIBIERON 35 PERSONA MAYORES EN TRASLADO PROVISIONAL DE LA SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL	
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	
EFICACIA		% DE CUMPLIMIENTO EN SEGUIMIENTO TRIMESTRAL	100%	TRIMESTRAL	REALIZAR SEGUIMIENTO A LAS PERSONAS MAYORE CONSIGNAR EN LA HISTORIA EL RESUMEN DE LA ATENCION	NUMERO DE SEGUIMIENTOS REALIZADOS EN EL PERIODO	40	39	0	40	20	25	27	
						NUMERO DE SEGUIMIENTOS PROGRAMADOS	40	39	0	40	20	25	27	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA SEGÚN CRONOGRAMA	SE EVIDENCIA SEGUIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA SEGÚN CRONOGRAMA	DE ACUERDO A CRONOGRAMA NO SE REALIZO SEGUIMIENTO EN ESTE MES	DE ACUERDO AL CRONOGRAMA SE REALIZO EL 100% DE LOS SEGUIMIENTOS	DE ACUERDO AL CRONOGRAMA SE REALIZO EL 100% DE LOS SEGUIMIENTOS	SE REALIZA EL 100% DEL SEGUIMIENTO A LAS PERSONAS MAYORES	SE REALIZA EL 100% DEL SEGUIMIENTO A LAS PERSONAS MAYORES	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
EFICACIA		% DE CUMPLIMIENTO A ELABORACION DE ESTUDIOS DE CASO	100%	A NECESIDA	CONVOCATORIA ANALISIS SISTEMATIZACION Y PARTICIPACION EN LOS ESTUDIOS DE CASO	NUMERO DE ESTUDIOS DE CASO REALIZADOS EN EL PERIODO	2	2	0	0	0	2	2	
						NUMERO DE ESTUDIOS DE CASOS REQUERIDOS EN EL PERIODO	2	2	0	0	0	2	2	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	EN ESTE MES NO HUBO ESTUDIOS DE CASO	EN ESTE MES NO HUBO ESTUDIOS DE CASO	EN ESTE MES NO HUBO ESTUDIOS DE CASO	SE REALIZA EL 100% DE LOS ESTUDIOS DE CASOS	SE REALIZA EL 100% DE LOS ESTUDIOS DE CASOS	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
EFICACIA		% DE CUMPLIMIENTO A LA REALIZACION DE PAIN	100%	MENSUAL	CONCOCAR AL EQUIPO PROFESIONAL ESTABLECER CRONOGRAMA ELABORACION DEL PAIN EN SUS FASES DE COMOCIENDO, PLANEANDO Y MONITOREANDO	NUMERO DE PAIN REALIZADOS EN EL MES	10	9	12	11	6	8	10	
						NUMERO DE PAIN PROGRAMADOS EN EL MES	10	9	12	11	6	8	10	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN AL ELABORACION DE LOS PAIIN PROGRAMADOS	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE LOS PAIIN PROGRAMADOS	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE LOS PAIIN PROGRAMADOS	SE EVIDENCIA EL CUMPLIENTO DE LOS PAIIN PROGRAMADOS	SE EVIDENCIA EL CUMPLIENTO DE LOS PAIIN PROGRAMADOS	SE REALIZA EL 100% DE LOS PAIIN JPROGRAMADOS EN EL MES	SE REALIZA EL 100% DE LOS PAIIN JPROGRAMADOS EN EL MES	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
EFICACIA	GARANTIZAR LA VINCULACION OPORTUNA AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD PARA LA ATENCION REQUERIDA EN PREVENCION DE LA ENFERMEDAD Y PROMOCION E LA SALUD	% DE CUMPLIMIENTO EN VINCULACION AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD A LAS PERSONAS MAYORES QUE INGRESAN	100	A NECESIDAD	VERIFICACION DE LA RED DE AENCION EN SALUD REALIZAR TRASLADO DE EPS AFILIACION AL SISTEMA DESALUD	NUMERO DE PERSONAS MAYORES VINCULADAS AL SGSS EN EL PERIODO	79	78	78	80	79	78	80	
						TOTAL DE PERSONAS MAYORES QUE INGRESAN EN EL PERIODO	79	78	78	80	79	78	80	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	EN EL MES DE ENERO NO SE PRESENTERON INGRESOS	EN EL MES DE FEBRERO NO SE PRESENTARON INGRESOS	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE ESTE INDICADOR	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE ESTE INDICADOR	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE ESTE INDICADOR	EL 100% DE LA POBLACION SE ENCUENTRA VINCULADA AL SGSS	EL 100% DE LA POBLACION SE ENCUENTRA VINCULADA AL SGSS	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
EFICACIA		INTERVENCIONES REALIZADAS A LAS PERSONAS MAYORES POR PRESENCIAS DE PATRONES CONPORTAMENTALES INADECUADOS FRENTE AL INCUMPLIMIENTO EN EL MANUAL DE CONVIVENCIA	100%	A NECESIDAD	REALIZAR INTERVENCION A LA PERSONA MAYOR JUNTO CON SU FAMILIA CUANDO AMERITE	NUMERO DE INTERVENCIONES REALIZADAS EN EL PERIODO	2	0	0	5	10	0	5	
						NUMERO DE INTERVENCIONES REQUERIDAS EN EL PERIODO	2	0	0	5	10	0	5	
						CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	100%	#¡DIV/0!	100%	
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN EL ACOMPAÑAMIENTO REQUERIDO POR LAS PERSONAS MAYORES	EN EL MES DE FEBRERO NO SE PRESENTARON FALTAS AL MANUAL DE CONVIVIENCIA	EN EL MES DE FEBRERO NO SE PRESENTARON FALTAS AL MANUAL DE CONVIVIENCIA	EN ESTE MES SE REALIZARON 5 INTERVENCION INDIVIDUALES Y/O FAMILIARES QUE QUEDARON REGISTRADAS EN LA HISTORIA CLINICA	EN ESTE MES SE REALIZARON 10 INTERVENCION INDIVIDUALES Y/O FAMILIARES QUE QUEDARON REGISTRADAS EN LA HISTORIA CLINICA	EN ESTE MES DE JUNIO NO SE REALIZARON INTERVENCIONES	SE EVIDENCIA EL CUMPLIMIENTO DEL 100%	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	
		% DE CUMPLIMIENTO			DEPURAR FOLIAR	NUMERO DE ACTIVIDARES REALIZADAS EN EL DIEERE DE HISTORIAS CINICAS E EGRESO E EL PERIODO	1	0	1	1	1	1	33	
						NUMERO DE HISTORIAS CLINICAS ENVIADS A BENEFICENCIA EN EL PERIODO	1	0	1	1	1	1	33	

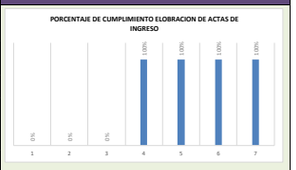
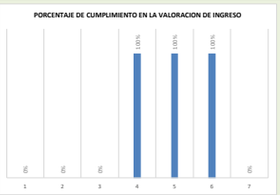
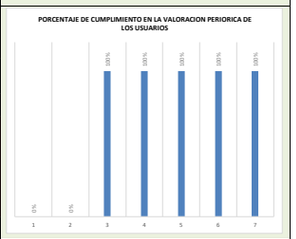
COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE TRABAJO SOCIAL

TIPO DE INDICADOR	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	GRAFICO DEL INDICADOR
EFICACIA		EN LAS ACTIVIDADES A REALIZAR EN LA ORGANIZACIÓN Y ENVIO DE LAS HISTORIAS CLINICAS DE EGRESO	100%	A NECESIDAD	SISTEMATIZAR ORAGNIZAR VERIFICAR EL CIERRE DE LAS DIFERENTES AREAS CUSTODIA ENVIO AL ARCHIVO DE LA BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA	CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABECIDA, EN EL MES DE ENERO SE REALIZO CIERRE Y ARREGLO DE LA HISTORIA CLINICA DE L USUARIO FALLECIDO	EN EL MES DE FEBRERO NO SE REQUERIIO DE LA ACTIVIDAD DE CIERRE	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABECIDA, EN EL MES DE ENERO SE REALIZO CIERRE Y ARREGLO DE LA HISTORIA CLINICA DE L USUARIO FALLECIDO	EN ESE MES FALLECIO UNA PERSONA MAYOR Y SE REALIZO EL PROCESO REQUERIDO CON LA HISTORIA CLINICA DEL USUARIO DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS DE LEY	SE TRASLADO UN USUARIO DE INSTITUCION	EN EL MES DE JUNIO SE REALIZO UN CIERRE DE HISTORIA POR FALLECIMIENTO	EN EL MES DE JULIO FALLECIO UN USUARIO Y SE REALIZO EL PROCESO DE ENTREGA A HISTORIA CLINICA DE 17 CAJAS DE HISTORIAS CLINICAS	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
EFICACIA		% DE CUMPLIMIENTO EN LA INCLUCION DE FAMILIAS	100%	A NECESIDAD	SEGUIMIENTO DE LA ASISITENCIA DE LOS EVENTOS , REUNIONES DE FAMILIA MOTIVACION A LAS FAMILIA SEGUIMIENTO TELEFONICAMENTE	NUMERO DE FAMILIAS QUE SE LOGRARON INCLUIR EN EL PROCESOS DE CORRESPONSABILIDAD EN EL PERIODO	30	30	0	36	36	36	36	
						TOTTAL DE FAMILIAS ACTIVAS EXISTENTES	30	30	0	36	36	36	36	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	EN EL MES DE ENERO SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO: DE LOS 80 PERSOANAS MAYORES INSTITUCIONALES SE CUENTA CON 30 FAMILIAS ACTIVAS 10 PARCIALMENTE INACTIVAS Y 10 INACTIVAS LAS 30USUARIOS NO CUENTAN CON RED FAMILIARSE	EN EL MES DE FEBRERO SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO: DE LOS 80 PERSOANAS MAYORES INSTITUCIONALES SE CUENTA CON 30 FAMILIAS ACTIVAS 10 PARCIALMENTE INACTIVAS Y 10 INACTIVAS LAS 30USUARIOS NO CUENTAN CON RED FAMILIARSE	EN EL MES DE MARZO NO HAY REUNIONES PROGRAMADAS	EN EL MES DE ABRIL SE REALIZA REUNION DE FAMILIAS CON UNA ASISTENCIA DEL 100% DE FAMILIAS CONVOCADAS.	EN EL MES DE MAYO SE REALIZA SEGUIMIENTO A LAS FAMILIAS ACTIVAS	EN EL MES DE MAYO SE REALIZA SEGUIMIENTO A LAS FAMILIAS ACTIVAS	EN EL MES DE MAYO SE REALIZA SEGUIMIENTO A LAS FAMILIAS ACTIVAS	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
EFICACIA		% DE CUMPLIMIENTO AL NUMERO DE INTERVENCIONES FAMILIARES REALIZADAS	100%	A NECESIDAD	VISITAS DOMICILIARIAS GENOGRAMA VALORACION ATRAVES DE SUS INSTRUMENTOS DE APLICACIÓN	NUMERO DE INTERVENCIONES FAMILIARES REALIZADAS EN EL PERIODO	0	30	0	10	10	5	0	
						NUMERO DE VISITAS FAMILIARES PROGRAMADAS	0	30	0	10	10	5	0	
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	
						SEGUIMIENTO	EN ELMES DE NERO NO SE PROGRAMO VISITA	EN EL MES DE FEBRERO SE EVIDENCIA EL 100% DE LAS INTERVENCIONES PLANEADAS	EN EL MES DE MARZO NO SE REALIZARON VISITAS O VALORACIONES	EN EL MES DE ABRIL SE REALIZARON VISITAS DOMICIIARIAS, GENOGRAMAS A 10 USUARIOS DEL CENTRO	EN EL MES DE MAYO SE REALIZARON VISITAS DOMICIARIAS, GENOGRAMAS A 10 USUARIOS DEL CENTRO	EN EL MES DE JUNIO SE REALIZARON VISITAS DOMICIARIAS, GENOGRAMAS A 5 USUARIOS DEL CENTRO	EN ESTE MES NO HUBO INTERVENCIONES FAMILIARES	
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	
		% DE CUMPLIMIENTO DE PLANES CASEROS	100%	A NECESIDAD	SISTEMATIZAR ORGANIZAR Y EVALUAR LAS SALIDAS TEMPORALES CON LAS FAMILIAS	NUMERO DE SALIDAS Y/O PLANES CASEROS REALIZADOS EN EL PERIODO	15	30	38	31	31	1	32	
						NUMERO DE SALIDAS Y/O PLANES CASEROS PROPUESTAS	15	30	38	31	31	1	32	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	EN ESTE MES SE REALIZARON 15 SALIDAS POR 1, 2 O MAS DIAS Y SE REALIZA SEGUIMIENTO POR EL AREA EN UN 100%	EN ESTE MES SE REALIZARON 15 SALIDAS POR 1, 2 O MAS DIAS Y SE REALIZA SEGUIMIENTO POR EL AREA EN UN 100%	EN ESTE MES SE REALIZARON 15 SALIDAS POR 1, 2 O MAS DIAS Y SE REALIZA SEGUIMIENTO POR EL AREA EN UN 100%	EN EL MES ABRIL 31 USUARIOS REALIZARON SALIDAS POR 1 O 2 DIAS DANDO CUMPLIENDO EN EL 100% A ESTE INDICADOR	EN EL MES MAYO 31 USUARIOS REALIZARON SALIDAS POR 1 O 2 DIAS DANDO CUMPLIENDO EN EL 100% A ESTE	EN EL MES DE JUNIO SE REALIZO UN PLAN CASERO	EN EL MES DE JULIO SE REALIZARON 32 SALIDAS PROVISIONALES A LOS CENTROS BIENESTAR DEL ANCIANO SAN JOSE FACATATIVA	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
		% DE CUMPLIMIENTO EN LA ACTUALIZACION DE PAGARES Y COMPROMISOS DE CORESPONSABILIDAD	100%	BIMENSUAL	ACTUALIZACION DE PAGARES Y COMPROMIOSS DE CORRESPONSABILIDAD ADQUIRIDOS CON LA BENEFICENCIA	NUERO DE FAMILIAS CON COMPROMISIS ACTUALIZADOS EN EL PERIODO	0	30	0	10	1	2	0	
						NUMERO DE FAMILIAS ACTIVAS	0	30	0	10	1	2	0	
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	
						SEGUIMIENTO	ENE ENERO NO SE REALIZALA ACTIVIDAD	EN EL MES DE FEBRERO SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA ATUALIZACION DEL COMPROMISO	EN EL MES DE MARZO NO SE REALIZA LA ACTIVIDAD	TRABAJO SOCIAL LOGRO QUE 10 FAMILIAS MAS FIRMARAN COMPROMISOS DANDO CUMPLIMIENTO AL ESTE INDICADOR.	LA USUARIA QUE INGRESO NUEVA FIRMA COMPROMISOS	TRABAJO SOCIAL LOGRO QUE 2 FAMILIAS MAS FIRMARAN COMPROMISOS DANDO CUMPLIMIENTO AL ESTE INDICADOR	EN EL MES DE JULIO SE CUMPLIO EL OBJETIVO DE FIRMA DE ACTUALIZACION DE PAGARES Y COMPROMISOS	
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	
		% DE CUMPLIMIENTO A JORNADA DE MANTENIMIENTO DE LOCKERS	100%	BIMENSUAL	ESTABLECER CRONOGRAMA VIGENCIA 2018 COORDINAR CON EL EQUIPO LA ASIGNACION DE LOS PABELLONES A VERIFICAR	NUMERO DE JORNADAS DE MANTENIMIENTO DE LOKERS REALIZADAS EN EL PERIODO	0	1	0	1	0	0	0	
						NUMERO DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN EL PERIODO	0	1	0	1	0	0	0	
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
						SEGUIMIENTO	EN EL MES DE ENERO NO SE ENCONTRABA PROGRAMADA DICHA ACTIVIDAD	EN EL MES DE FEBRERO SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DEL 100% A LO ESTABLECIDO EN EL CRONGRAMA	EN ESTE MES NO SE TIENE PROGRAMADO DICHA ACTIVIDAD	EN EL MES DE ABRIL SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DEL 100% A LO ESTABLECIDO EN EL CRONGRAMA	EN EL MES DE MAYOR NO HAY EL CRONOGRAMA DE JORNADA DE LOCKER	EN ESTE MES JUNIO NO SE REALIZARON JORNADA DE MANTENIMIENTO DE LOKERS	EN EL MES JULIO NO SE REALIZARON JORNADA DE MANTENIMIENTO DE LOKERS	
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
	ORIENTAR A LAS FAMILIAS DE LOS BENFICIARIOS PARA QUE IDENTIFIQUEN CONVOQUE Y MOVILICEN LAS REDES SOCIALES PRIMARIAS CONFORMADAS POR LA FAMILIA EXTENSA LOS BECINOS Y LAS MISMAS FAMILIAS	% DE SEGUIMIENTO DE ORIENTACION A LAS FAMILIAS	100%	A NECESIDAD	ORIENTAR A LAS FAMILIAS PARA QUE MOVILICEN REDES SOCIALES: EN SALUD LEGAL EDUCACION Y VIVIENDA	NUMERO DE FAMILIAS ACTIVAS ORIENTADAS	0	0	4	3	3	35	0	
						NUMERO DE FAMILIAS ACTIVAS PROGRAMADAS	0	0	4	3	3	35	0	
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	
						SEGUIMIENTO	EN EL MES DE ENERO NO SE TIENE ESTABLECIDO	EN EL MES DE FEBRERO NO SE TIENEN ESTABLECIDO	EN ESTE MES NO SE TIENE ESTABLECIDO	EN ESTE MES SE ORIENTO A 3 FAMILIAS FRENTE A PROCESOS LEGALES (INTERDICCION).	EN ESTE MES SE ORIENTO A 3 FAMILIAS FRENTE A PROCESOS LEGALES (INTERDICCION).	EN EL MES DE JUNIO SE CONVOCA A CELEBRAR EL DIA DE LA FAMILIA, POR LO TANTO SE REALIZA ENTREVISTAS A LAS MISMAS PARA HACER SEGUIMIENTO A COMPROMISOS	EN ESTE MES DE JULIO NO SE ORIENTO FAMILIAS PARA REMISION A REDES SOCIALES	
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	
		% DE CUMPLIMIENTO PARA ELMANTENIMIENTO DE REDES SOCIALES	100%	A NECESIDAD	CONSECUCION DE UN REFERENTE AFECTIVO	NUMERO DE PERSONAS MAYORES APADRINADAS	22	22	22	30	30	30	30	
						SOBRE NUMERO DE PERSONAS MAYORES SIN RED SOCIAL NI FAMILIAR	22	22	22	30	30	30	30	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	EL MES DE ENERO SE LOGRO MANTENER LOS PADRINOS AFECTIVOS A LAS 22 PERONAS MAYORES QUE SE ENCUENTRAN EN ABANDONO	EN EL MES DE FEBRERO SE SIGUEN MANTENIENDO LOS 22 PADRINOS AFECTIVOS	EN EL MES DE MARZO SE SIGUEN MANENIENTO LOS 22 PADRINOS	EN EL MES DE ABRIL AUMENTO EL NUMERO DE PERSONAS SIN RED FAMILIAR POR LO TANTO SE REALIZO LA CONSECUSION DE PADRINOS AFECTIVOS EN UN 100%	EN EL MES DE MAYO AUMENTO EL NUMERO DE PERSONAS SIN RED FAMILIAR POR LO TANTO SE REALIZO LA CONSECUSION DE PADRINOS AFECTIVOS EN UN 100%	LAS PERSONA MAYORES EN ABANDONO CUENTAN CON UN ACUDIENTE AFECTIVO	LAS PERSONA MAYORES EN ABANDONO CUENTAN CON UN ACUDIENTE AFECTIVO	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE TRABAJO SOCIAL														
TIPO DE INDICADOR	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	GRAFICO DEL INDICADOR
		% DE CUMPLIMIENTO A ENTREGA DE INFORMES	100%	A NECESIDAD	ESTABLECER METODOLOGIA ESTABLECER TIEMPOS DE ENTREGAREALIZACION Y ENVIO DEL INFORME A LA BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA	NUMERO DE INFORMES REALIZADOS EN EL PERIODO	10	9	12	18	15	50	15	
						NUMERO DE INFORMES REQUERIDOS EN EL PERIODO	10	9	12	18	15	50	15	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO AL 100% DE LOS ENVIOS DE LSO EINFORMES	PARA EL MES DE FEBRERO SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DEL 100% DE LOS ENVIOS DE LOS INFORMES	SE EVIDENCIA EL CUMPLIENTO EN UN 100% DE LOS ENVIOS DE LOS INFORMES	EN EL MES DE ABRIL SE ENVIARON INFORMES ASI: 4 A BENECUN, INFO EGRESOS: 4 A ENTIDADES DIFERENTES, 2 BASE DE DATOS ALCALDIA Y MATRIZ DEFUNCIONES. 4 INFO ADMINISTRATIVOS AL INSTITUTO, 3 AL COMITE DE HISTORIAS Y 1 INFORME DE INDICADORES	EN EL MES DE MAYO SE REALIZARON 15 INFORMES A DIFERENTES ENTIDADES	40 INFORMES DE ALCALDIAS, 9 INFOMES MENSUALES DE ESTADISTICA. 1 BASE DATOS ENVIADA AL DANE (CENSO)	SE ENVIARON INFORMES QUE SOLICITAN LA BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
		% DE CUMPLIMIENTOEN LA PARTICIPACION DE REUNIONES	100%	MENSUAL	ESTABLECER CONOGRAMA ASISTIR A LAS REUNONES PROGRAMADAS ASISTENCIA A CAPACITACION CONTINUAS ASISTENCIA A COMITES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO LIDERAR EL COMITÉ DEH ISTORIAS CLINICAS	NUMERO DE REUNIONES ASISTIDAS E EL PERIODO	9	15	18	6	6	5	5	
						NUMERO DE REUNIONES PROGRAMADAS	9	15	18	6	6	5	5	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
		% DE CUMPLIMIENTO EN LA REALIZACION DE CAPACITACIONES	100%	A NECESIDAD	ESTABLECER CRONOGRAMA METODOLOGIA PUBLICACION	NUMERO DE CAPACITACIONES REALIZADAS EN EL MES	1	1	2	1	1	5	1	
						NUMERO DE CAPACITACIONES PROGRAMADAS EN EL MES	1	1	2	1	1	5	1	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO AL 100% EN LA REALIZACION DE CAPACITACIONES DEL AREA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DEL 100% DE LAS CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR EL AREA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DEL 100% DE LAS CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR EL AREA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DEL 100% DE LAS CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR EL AREA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DEL 100% DE LAS CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR EL AREA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DEL 100% DE LAS CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR EL AREA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DEL 100% DE LAS CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR EL AREA	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
IMPACTO	VERIFICAR COMPOMISOS DE CORRESPONSABILIDAD FAMILIAR	% DE FAMILIA INCLUIDAS	100%	SEMESTRAL	INCLUSION DE LAS FAMILIAS EN LOS PROGRAMAS INSTICUIONES SEGUIMIENTO A LAS FAMILIAS ACTIVAS Y MOTIVACION A LAS FAMILIAS PARCIALMENTE ACTIVAS	NUMERADOR	0	0	0	0	0	35	35	
						DENOMINADOR	0	0	0	0	0	35	35	
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	100%	
						SEGUIMIENTO						SE EVIDENCIA EL 100% DE CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR DE IMPACTO	SE EVIDENCIA EL 100% DE CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR DE IMPACTO	
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
IMPACTO	VERIFICAR COMPOMISOS DE CORRESPONSABILIDAD FAMILIAR	% DE FAMILIAS QUE TRAMITAN SALIDAS A MEDIO FAMILIAR	100%	SEMESTRAL	REALIZAR SEGUIMIENTO AL PROCESO DE CORRESPONSABILIDAD FAMILIAR	Nº. DE FAMILIAS QUE TRAMITAREN SALIDAS AL MEDIO FAMILIAS (ACTIVAS Y PARTICIALMENTE ACTIVAS	0	0	0	0	0	35	20	
						TOTAL DE FAMILIAS ACTIVAS Y PARCIALMENTE ACTIVAS	0	0	0	0	0	35	20	
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	100%	
						SEGUIMIENTO						SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DEL 1200	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DEL 1200	
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	

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

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE NUTRICION

TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	GRAFICO DEL INDICADOR
EFICACIA	REALIZAR EL PROCESO ADECUADO DEL INGRESO ACTA DE INGRESO NUEVO USUARI	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO ELOBRACION DE ACTAS DE INGRESO	100%	MENSUAL	DILIGENCIAR EL ACTA DE INGRESO DE FORMA INMEDIATA	NUMERO DE ACTAS DE INGRESO DILIGENCIADAS	0	0	0	2	1	1	34	
						NUMERO DE USUARIOS QUE INGRESAN EN EL CBA	0	0	0	2	1	1	34	
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	DURANTE EL MES NO SE PRESENTARON INGRESOS	DURANTE EL MES NO SE PRESENTARON INGRESOS	DURANTE EL MES NO SE PRESENTARON INGRESOS	DOLORES MAICERO, LUIS TRIVIÑO	JOSE BACHILLER	ROSARIO DIAZ	SE REALIZAN 34 ACTAS DE INGRESO DE LAS USUARIAS DE LA SECREATARIA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
EFICACIA	REALIZAR VALORACION INICIAL A LOS USUARIOS QUE INGRESAN A LA INSTITUCION	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA VALORACION DE INGRESO	100%	MENSUAL	REALIZAR LA VALORACION DE INGRESO DE LOS USUARIOS CONSIDERANDO EL TIEMPO LIMITE ESTABLECIDO EN LA VBENEFICENCIA DE CUNDINAMCAR	NUMERADOR	0	0	0	2	1	1	0	
						NUMERO DE VALORACION DE INGRESO REALIZADA	0	0	0	2	1	1	0	
						NUMERO DE USUARIO QUE INGRESAN AL CB	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	
						SEGUIMIENTO	DURANTE EL MES NO SE PRESENTARON INGRESOS	DURANTE EL MES NO SE PRESENTARON INGRESOS	DURANTE EL MES NO SE PRESENTARON INGRESOS	DOLORES MAICERO, LUIS TRIVIÑO	JOSE BACHILLER	ROSARIO DIAZ	DURANTE EL MES NO SE PRESENTARON INGRESOS . PENDIENTE DEFINIR NECESIDAD DE VALORACIÓN DE USUARIAS DE SECRETARIA CUANDO SE DEFINA TIEMPO DE PERMANENCIA	
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	
FEFICACIA	REALIZAR VALORACION CADA DOS AÑOS DE LOS USUAIROS INSTITUCIONALIZADOS EN EL CENTRO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA VALORACION PERIORICA DE LOS USUARIOS	100%	MENSUAL	REALIZA VALORACION PERIODICA DE LOS USUARIOS DE ACUERDO CON ANEXEO TECNICO DE LA BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA CADA DOS AÑOS	NUMERO DE VALORACIONES PERIODICAS REALIZADAS	O	O	6	9	3	4	9	
						NUMERO DE VALORACION NUTRICIONALES PROGRAMADAS	O	O	6	9	3	4	9	
						CUMPLIMIENTO	#¡VALOR!	#¡VALOR!	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	DE ACUERDO A PROGRAMACION Y PERIODICIDAD DESCRITA NINGUN USUARIO TIENE VALORACION EN ESTE MES	DE ACUERDO A PROGRAMACION Y PERIODICIDAD DESCRITA NINGUN USUARIO TIENE VALORACION EN ESTE MES	SE REALIZAN VALORACIONES DE ACUERDO CON CRONOGRAMA	SE REALIZAN VALORACIONES DE ACUERDO CON CRONOGRAMA AJUSTADO SEGÚN PLAN DE MEJORA EN COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS	SE REALIZAN VALORACIONES DE ACUERDO CON CRONOGRAMA AJUSTADO SEGÚN PLAN DE MEJORA EN COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS	SE REALIZAN VALORACIONES DE ACUERDO CON CRONOGRAMA AJUSTADO SEGÚN PLAN DE MEJORA EN COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS	SE REALIZAN VALORACIONES DE ACUERDO CON CRONOGRAMA AJUSTADO SEGÚN PLAN DE MEJORA EN COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS	
						PLAN DE MEJORA	#¡VALOR!	#¡VALOR!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
EFICACIA	REALIZAR EVOLUCIONES DE LOS USUARIOS A NECESITAD	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA EVOLUCION DE LOS USUAIROS QUE LA REQUIERAN	100%	MENSUAL	REALIZAR EVOLUCION A NECESIDAD DE LOS USUARIOS	NUMERO DE EVOLUCION REALIZADAS	3	1	2	1	2	1	0	
						NUMERO DE EVOLUCIONES REQUERIDAS	3	1	2	1	2	1	0	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	
						SEGUIMIENTO	SE REALIZA EVOLUCION A NECESIDAD DE LOS USUAIROS LAURANTINO CAMNARGO, CILDANA VELASQUEZ Y AQUILINA TORRES	SE EVIDENCIA LA REALIZACION DE EVOLUCIONES A NECESIDAD	SE REALIZA EVOLUCION A NECESIDAD	EVOLUCION CRISANTO HERRERA PARA REMISIÓN A INTERCONSULTA	EVOLUCIÓN HUMBERTO WALTEROS Y AGUSTÍN GARCÍA	EVOLUCION ALVARO BOBADILLA	NO SE REQUIEREN EVOLUCIONES EN EL MES	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	
EFICACIA	PARTICIPAR EN LAS ESTUDIOS DE CASO A NECESIDAD Y /O PROGRAMACION POR INGRESO, ALTERACION DE COMPORTAMIENTO Y SALUD	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO SEGÚN NECESIDAD	100%	MENSUAL	REALIZAR ESTUDIOS DE CASO JUNTO CON EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO SEGÚN PROGRAMACION Y/O NECESIDAD	NUMERO DE ESTUDIOS DE CASO REALIZADOS	2	2	0	0	0	2	0	
						NUMERO DE ESTUDIOS DE CASO PROGRAMADOS Y/O NECESIDAD	2	2	0	0	0	2	0	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	
						SEGUIMIENTO	SE REALIZA ESTUDIO DE CASO A LAS USUARIAS SILDANA Y GUMERSINDA VELESQUEZ	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA REALIZACION DE ESTUDIOS DE CASO	NO SE PROGRAMAN ESTUDIOS DE CASO	NO SE PROGRAMAN ESTUDIOS DE CASO	NO SE PROGRAMAN ESTUDIOS DE CASO	BERENICE, ALEJANDRO	NO SE PROGRAMAN ESTUDIOS DE CASO	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE NUTRICION														
TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	GRAFICO DEL INDICADOR
EFICACIA	PARTICIPAR EN LA ELABORACION DEL PAIIN DE LOS USUARIOS INSTITUCIONALIZADOS	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA ELABORACION DE PAIIN	100%	MENSUAL	PARTICIPAR EN LA ELABORACION DE LOS PAIIN DE ACUERDO CON LA PROGRAMACION Y PERIODICIDAD DESCRITA EN ANEXO TECNICO	NUMERO DE PAIIN REALIZADOS	10	9	12	11	6	8	9	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA ELABORACION DE PAIIN
						NUMERO DE PAIIN PROGRAMADOS	10	9	12	11	6	8	9	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	SE EVIVENCIA CUMPLIMIENTO EN LA ELABORACION DE LOS PAIIN	SE EVIDENCIA CUMPLIENTO EN LA ELABORACION DE LOS PAIIN	SE EVIDENCIA CUMPLIENTO EN LA ELABORACION DE LOS PAIIN	SE EVIDENCIA CUMPLIENTO EN LA ELABORACION DE LOS PAIIN	SE EVIDENCIA CUMPLIENTO EN LA ELABORACION DE LOS PAIIN	SE EVIDENCIA CUMPLIENTO EN LA ELABORACION DE LOS PAIIN	SE EVIDENCIA CUMPLIENTO EN LA ELABORACION DE LOS PAIIN	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
EFICACIA	DILIGENCIAR EL CIERRE DE HISTORIAS CLINICAS DE EGRESO SEGÚN LINEAMIENTO DE BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN EL CIERRE DE HISTORIAS CLINICAS	100%	A NECESIDAD	REALIZAR CIERRE DE HISTORIAS CLINICAS DE LOS USAUARIOS EGRESADOS	NMERO DE CIERRE DE HIST ORIAS	1	0	1	1	1	1	1	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN EL CIERRE DE HISTORIAS CLINICAS
						NUMERO DE EGRESOS	1	0	1	1	1	1	1	
						CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	SE REALIZA CIERRE DE HISTORIA CLINICA DE SILDANA VELASQUEZ POR FALLECIMIENTO	EN ESTE MES NO HUBO EGRESOS	SE REALIZA CIERRE DE HISTORIA DE LAURENTINO GAMARGO POR FALLECIMIENTO	SE REALIZA CIERRE DE HISTORIA DE AIXA CIFUENTES POR FALLECIMIENTO	SE REALIZA CIERRE DE HISTORIA DE OLIVA CASTRO POR TRASLADO	CIERRE DE HISTORIA CLINICA DE JOSE TORRES POR FALLECIMIENTO	SE REALIZA CIERRE DE LA HISTORIA CLÍNICA DE NICOLÁS CRUZ POR FALLECIMIENTO.	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
EFICACIA	REALIZAR SEGUIMIENTO NUTRICIONAL PERIODICO DE LOS USUAIROS	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA EJECUCION DE SEGUIMIENTOS NUTRICIONALES	100%	MENSUAL	CUMPLIR CON LA PERIODICIDAD DE EJECUCION DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL DESCRITA EN EL ANEXO TECNICO	NUMERO DE SEGUIMIENTOS NUTRICIONALES REALIZADOS	4	55	5	23	17	34	16	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA EJECUCION DE SEGUIMIENTOS NUTRICIONALES
						NUMERO DE SEGUIMIENTOS NUTRICIONALES PROGRAMADOS	4	55	5	23	17	35	17	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	97%	94%	
						SEGUIMIENTO	SE REALIZA SEGUIMIENTO NUTRICIONAL DE LOS USUARIOS DE ACUERDO CON PERIODICIDAD DESCRITA EN EL ANEXO TECNICO	SE REALIZA SEGUIMIENTO NUTRICIONAL DE LOS SUAIROS DE ACUERDO CON PERIODICIDAD DESCRITA EN EL ANEXO TECNICO	SE REALIZA SEGUIMIENTO NUTRICIONAL DE LOS SUAIROS DE ACUERDO CON PERIODICIDAD DESCRITA EN EL ANEXO TECNICO	SE REALIZA SEGUIMIENTO NUTRICIONAL DE LOS USUARIOS DE ACUERDO CON PROGRAMACION Y DE ACUERDO CON PLAN DE MEJORA ESTABLECIDO EN HISTORIAS CLÍNICAS	SE REALIZA SEGUIMIENTO NUTRICIONAL DE LOS USUARIOS DE ACUERDO CON PROGRAMACIÓN Y DE ACUERDO CON PLAN DE MEJORA ESTABLECIDO EN HISTORIAS CLÍNICAS	NO SE PUEDE REALIZAR SEGUIMIENTO DE ALVARO BOBADILLA PUES SE ENCUENTRA EN VACACIONES. SE REALIZA EVOLUCION	NO SE PUEDE REALIZAR SEGUIMIENTO DE LUIS BARRAGAN YA QUE ES REUBICADO DE FORMA TEMPORAL EN OTRO CENTRO POR CONVENIO CON LA SECRETARIA DE INTEGRACIÓN SOCIAL. SE VALORARA TAN PRONTO RETORNE AL CBA SAN JOSE	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
EFICACIA	REALIZAR SUPERVISION EN COMEDOR EN LOS TIEMPOS DE COMIDA QUE LA PROFESIONAL SE ENCUENTRA EN EL HOGAR	PORCENTAJE DE CUMPLIENTO EN LA SUPERVISION DEL COMEDOR	100%	MENSUAL	OBSERVACION DIRECTA DE LOS USARIOS EN EL SERVICIO DE ALIMENTOS	NUMERO DE SUPERVISIONES REALIZADAS EN LOS DIFERENTES TIEMPOS	18	15	16	16	17	17	17	PORCENTAJE DE CUMPLIENTO EN LA SUPERVISION DEL COMEDOR
						NUMERO DE SUPERVISIONES PROGRAMADAS EN EL COMEDOR EN LOS DIFERENTES TIEMPOS	18	15	16	16	17	17	17	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	SE REALIZAR SUPERVISION EN LOS TIEMPOS DE COMIDA QUE LA NUTRICIONISTA SE ENCUENTRA EN EL HOGAR	SE REALIZA SUPERVISION EN LOS TEIMPOS DE COMIDA QUE LA NUTRICIONISTA DSE ENCUENTRA EN EL HOGAR	SE REALIZA SUPERVISION EN LOS TEIMPOS DE COMIDA QUE LA NUTRICIONISTA DSE ENCUENTRA EN EL HOGAR	SE REALIZA SUPERVISION EN LOS TEIMPOS DE COMIDA QUE LA NUTRICIONISTA DSE ENCUENTRA EN EL HOGAR	SE REALIZA SUPERVISION EN LOS TEIMPOS DE COMIDA QUE LA NUTRICIONISTA DSE ENCUENTRA EN EL HOGAR	SE REALIZA SUPERVISION EN LOS TEIMPOS DE COMIDA QUE LA NUTRICIONISTA DSE ENCUENTRA EN EL HOGAR	SE REALIZA SUPERVISION EN LOS TEIMPOS DE COMIDA QUE LA NUTRICIONISTA DSE ENCUENTRA EN EL HOGAR	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
EFICACIA	ESTABLECER LA DIETO TERAPIA CORRESPONDIENTE PAR LOS ADULTOS MAYORES	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA PRESCRIPCION DIETO TERAPEUTICA DE LOS USUARIOS	100%	MENSUAL	EJECUTAR LOS CAMBIOS NECESARIOS EN LA PRESCRIPCION DIETO TERAPEUTICA DE LOS USUARIOS DE ACUERDO CON SU EVOLUCION	NUMERO DE DIETAS APLICADAS	6	18	6	8	8	17	15	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA PRESCRIPCION DIETO TERAPEUTICA DE LOS USUARIOS
						NUMERO DE DIETAS PRESCRITAS	6	18	6	8	8	17	15	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	SE REALIZA AJUSTE A LA DIETOTERAPEUTICA DE LOS USUARIOS DE ACUERDO CON SU EVOLUCION	SE REALIZA AJUSTE A LA DIETOTERAPEUTICA DE LOS USUARIOS DE ACUERDO CON SU EVOLUCION	SE REALIZA AJUSTE A LA DIETOTERAPEUTICA DE LOS USUARIOS DE ACUERDO CON SU EVOLUCION	SE REALIZA AJUSTE A LA DIETOTERAPEUTICA DE LOS USUARIOS DE ACUERDO CON SU EVOLUCION Y SE PRESCRIBE REGIMEN A USUARIOS NUEVOS	SE REALIZA AJUSTE A LA DIETOTERAPEUTICA DE LOS USUARIOS DE ACUERDO CON SU EVOLUCION Y SE PRESCRIBE REGIMEN A USUARIOS NUEVOS	SE REALIZA AJUSTE A LA DIETOTERAPEUTICA DE LOS USUARIOS DE ACUERDO CON SU EVOLUCION Y SE PRESCRIBE REGIMEN A USUARIOS NUEVOS	SE REALIZA AJUSTE A LA DIETOTERAPIA SEGÚN LA EVOLUCIÓN DE LOS USUARIOS ANTIGUOS Y POR CONTINGENCIA SE AJUSTA PLAN DIETOTERAPEUTICO A 9 USUARIAS DE SECRETARIA QUE SE OBSERVAN CON DELGADEZ POR BAJO CONSUMO DE ALIMENTOS	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	

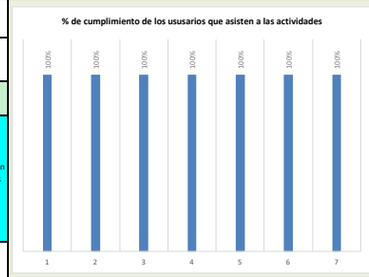
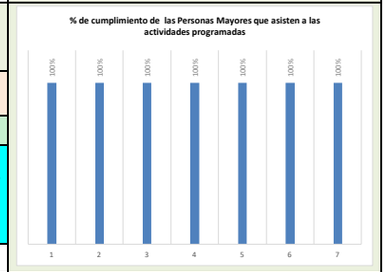
COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE NUTRICION

TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	GRAFICO DEL INDICADOR
EFICACIA	REALIZAR SEGUIMIENTO CORRESPONDIENTE AL CICLO DE ALIMENTOS QUE CORRESPONDEN AL PROTOCOLO DEL BPM	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA APLICACIÓN DE LISTAS DE CHEQUEO DEL MANUAL DE BPM	100%	MENSUAL	DILIGENCIAS LAS LISTAS DE CHEQUEO DESCRITAS EN EL PROTOCOLO DE BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA	NUMERO DE LISTAS DE CHEQUEO DE BPM DILIGENCIADAS	8	8	8	8	8	8	8	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA APLICACIÓN DE LISTAS DE CHEQUEO DEL MANUAL DE BPM
						NUMERO DE LISTAS DE CHEQUEO DE BPM PROGRAMADAS	8	8	8	8	8	8	8	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	SE REALIZA EL DEBIDO DILIGENCIAMIENTO DE LAS LISTAS DE CHEQUEO	SE REALIZA EL DEBIDO DILIGENCIAMIENTO DE LAS LISTAS DE CHEQUEO	SE REALIZA EL DEBIDO DILIGENCIAMIENTO DE LAS LISTAS DE CHEQUEO	SE REALIZA EL DEBIDO DILIGENCIAMIENTO DE LAS LISTAS DE CHEQUEO	SE REALIZA EL DEBIDO DILIGENCIAMIENTO DE LAS LISTAS DE CHEQUEO	SE REALIZA EL DEBIDO DILIGENCIAMIENTO DE LAS LISTAS DE CHEQUEO	SE REALIZA EL DEBIDO DILIGENCIAMIENTO DE LAS LISTAS DE CHEQUEO	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
EFICACIA	REALIZAR EL SEGUIMIENTO A LOS PROGRAMAS DEL PLAN DE SANEAMIENTO QUE APLICA AL SERVICIO DE ALIMENTOS	PORCENTAJE DE LA APLICACIÓN DE LISTAS DE CHEQUEO DE PSB	100%	MENSUAL	DILIGENCIAS LAS LISTAS DE CHEQUEO CON LA PERIODICIDAD DESCRITA EN EL PLAN DE SANEAMIENTO BASICO	NUMERO DE LISTAS DE CHEQUEO DE PSB DILIGENCIADAS	8	8	8	8	8	8	8	PORCENTAJE DE LA APLICACIÓN DE LISTAS DE CHEQUEO DE PSB
						NUMERO DE LISTAS DE CHEQUEO DE PSB PROGRAMADAS	8	8	8	8	8	8	8	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	SE REALIZA EL DEBIDO DILIGENCIAMIENTO DE LAS LISTAS DE CHEQUEO	SE REALIZA EL DEBIDO DILIGENCIAMIENTO DE LAS LISTAS DE CHEQUEO	SE REALIZA EL DEBIDO DILIGENCIAMIENTO DE LAS LISTAS DE CHEQUEO	SE REALIZA EL DEBIDO DILIGENCIAMIENTO DE LAS LISTAS DE CHEQUEO	SE REALIZA EL DEBIDO DILIGENCIAMIENTO DE LAS LISTAS DE CHEQUEO	SE REALIZA EL DEBIDO DILIGENCIAMIENTO DE LAS LISTAS DE CHEQUEO	SE REALIZA EL DEBIDO DILIGENCIAMIENTO DE LAS LISTAS DE CHEQUEO	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
EFICACIA	PARTICIPAR EN LAS CAPACITACIONES PERMANENTES Y CONTINUAS DIRIGIDAS AL PERSONAL	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO ASISTENCIA A CAPACITACIONES CONTINUAS Y PERMANENTES	100%	MENSUAL	PARTICIPAR EN LAS CAPACITACIONES ELECTRONICAS Y PRESENCIALES PROGRAMADAS	NUMERO DE CAPACITACIONES ASISTIDAS	5	5	2	2	2	4	1	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO ASISTENCIA A CAPACITACIONES CONTINUAS Y PERMANENTES
						NUMERO DE CAPACITACIONES PROGRAMADAS	5	5	2	2	2	4	1	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO	CAPACITACION TERAPIA FISICA, CAPACITACION AMBIENTAL	CAPACITACION COMITE DE PACIENTE SEGURO Y CAPACITACION HISTORIAS CLÍNICAS	SE REALIZA CAPACITACION VIRTUAL DE AMBIENTAL Y DE TRABAJO SOCIAL	SE REALIZA CAPACITACION VIRTUAL DE ENFERMERÍA, TERAPIA FISICA, TERAPIA OCUPACIONAL Y BIOMEDICO	SE REALIZA CAPACITACIÓN VIRTUAL DE TRABAJO SOCIAL QUE SE HABILITA EN HORARIO QUE LA PROFESIONAL DE NUTRICION SE ENCUENTRA EN EL CENTRO	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
EFICACIA	REALIZAR CAPACITACIONES CONTINUAS	PROCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA EJECUCION DE CAPACITACIONES	100%	MENSUAL	REALIZAR CAPACITACION SEGÚN PROGRAMACION	NUMERO DE CAPACITACIONES REALIZADAS	1	0	2	1	2	0	2	PROCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA EJECUCION DE CAPACITACIONES
						NUMERO DE CAPACITACIONES PROGRAMADAS	1	1	2	1	2	0	2	
						CUMPLIMIENTO	100%	0%	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	100%	
						SEGUIMIENTO	CAPACITACION MANUAL DE DIETAS	NO SE REALIZA POR NO DISPONIBILIDAD DE AREA ADECUADA. SE REPROGRAMA PARA MARZO CON READECUACION DEL COMEDOR	TALLER COMAMOS BIEN USUARIOS, CAPACITACION BPM	MANEJO NUTRICIONAL DE DIABETES E HIPERTENSIÓN TALLER CON FAMILIAS	SE REALIZA CAPACITACIÓN A USUARIOS AERCA DE EXCESO DE PESO Y OBESIDAD Y A ENFERMERÍA SOBRE LA GPC. SE RESOCALIZA PSB CON ALIMENTOS Y SERVICIOS GENERALES	EN EL MES NO SE ENCUENTRAN CAPACITACIONES	SE REALIZA CAPACITACION SOBRE ESTANDARIZACION DE UTENSILIOS AL PERSONAL DE COCINA Y SOBRE EL MANUAL DE BPM DE LA BENEFICENCIA A TODO EL PERSONAL	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	SI REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	
EFICACIA	ELABORAR Y APOYAR LA ENTREGA OPORTUNA DE LOS INFORMES SOLICITADOS POR BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA	PORCENTAJE DE CUMPLIENTO EN LA ENTREGA DE INFORMES	100%	MENSUAL	ELABORAR Y ENTREGAR CON LA OPORTUNIDAD REQUERIDAD LOS INFORMES	NUMERO DE INFORMES REALIZADOS Y ENTREGADOS	4	4	1	3	3	2	1	PORCENTAJE DE CUMPLIENTO EN LA ENTREGA DE INFORMES
						NUMERO DE INFORMES SOLICITADOS	4	4	1	3	3	2	1	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO	INFORME DE GESTION	SE APOYA DESARROLLO MANUAL DE BPM, INFORME DE GESTION, SE PRESENTA AUDITORIA DE CONTROL INTERNO	INFORME DE GESTION, CRONOGRAMA MENSUAL DE PEDIDO, COMPLETAR DOCUMENTACIÓN Y MATRIZ PROVEEDORES	SE ENVIA PROGRAMA DE ESTANDARIZACION, SE REALIZA INFORME DE GESTION	INFORME DE GESTION	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
EFICACIA	PARITICPAR ACTIVAMENTE EN LAS REUNIONES DE EQUIPO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LAS REUNIONES DE EQUIPO	100%	MENSUAL	PARTICIPAR EN LAS REUNIONES DE EQUIPO EN LAS QUE LA NUTRICIONISTA SE ENCUENTRA EN EL HOGAR	NUMERO DE REUNIONES DE EQUIPO A LAS QUE ASISTE	0	1	1	1	0	0	0	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LAS REUNIONES DE EQUIPO
						NUMERO DE REUNIONES PROGRAMADAS EN LOS 7 JUEVES EN QUE LA NUTRICIONISTA SE ENCUENTRA	0	1	1	1	0	0	0	
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
						SEGUIMIENTO	LA REUNION DE EQUIPO SE REALIZA EL DIA 4 DE ENERO DE 2018 (JUEVES) DIA EN EL QUE LA PROFESIONAL NO ASISTE AL HOGAR	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO	LA REUNION DE EQUIPO SE REALIZA EL DIA 2 DE MAYO (MIERCOLES) DIA EN EL QUE LA PROFESIONAL NO ASISTE AL HOGAR EN HORAS DE LA MAÑANA	LA REUNION DE EQUIPO SE REALIZA EL DIA S DE JUNIO (MARTES DIA EN EL QUE LA PROFESIONAL NO ASISTE AL HOGAR EN HORAS DE LA MAÑANA	LA REUNION DE EQUIPO FUE REALIZADA EL DÍA 04/07/2018 DIA EN QUE LA PROFESIONAL DE NUTRICION NO SE ENCUENTRA EN EL CENTRO	
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
	PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LAS	PORCENTAJE DE		AL		NUMERO DE CELEBRACIONES Y /O ACTIVIDADES ASISTIDAS	2	2	2	0	1	1	0	PORCENTAJE DE CUMPLIENTO EN LA PARTICIPACION ACTIVIDADES
						NUMERO DE CELEBRACIONES Y /O ACTIVIDADES PROGRAMADAS	2	2	2	0	1	1	0	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	100%	100%	#¡DIV/0!	

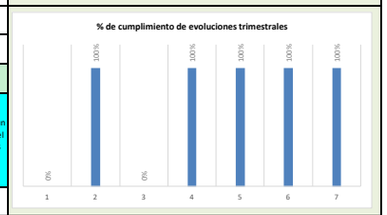
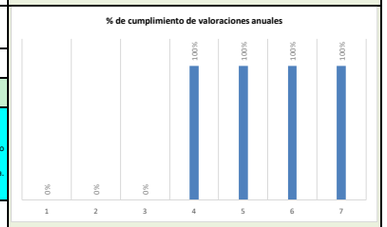
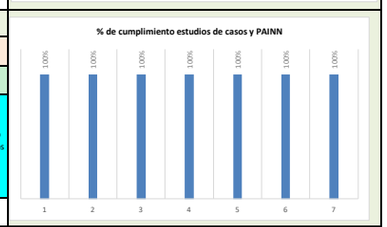
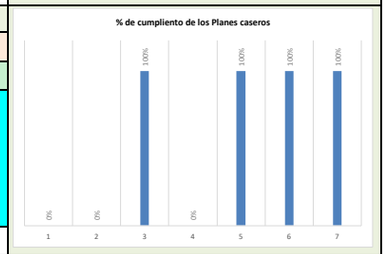
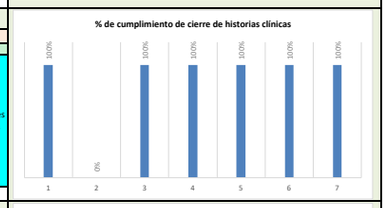
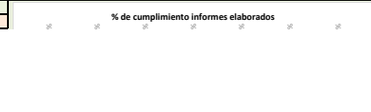
COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE NUTRICION														
TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	GRAFICO DEL INDICADOR
EFICACIA	ACTIVIDADES CULTURALES, INTERINSTITUCIONALES SEGÚN CRONOGRAMA	CUMPLIMIENTO EN LA PARTICIPACION ACTIVIDADES	100%	MENSUAL	PARTICIPAR EN LAS DIVERSAS ACTIVIDADES REALZADAS	SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO	RETIRO ESPIRITUAL, DIA DE SAN JOSE	EN ESTE MES NO SE ENCUENTRAN PROGRAMADAS ACTIVIDADES DENTRO DE ASISTENCIA DE LA NUTRICIONISTA AL CENTRO	CUMPLEAÑOS, DIA DE LA MADRE, DIA DEL ENFERMERO, DIA DEL PADRE	DIA DE LA FAMILIA	EN ESTE MES NO SE ENCUENTRAN PROGRAMADAS ACTIVIDADES DENTRO DE ASISTENCIA DE LA NUTRICIONISTA AL CENTRO	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	
EFICACIA	PARTICIPAR EN LOS COMITES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA PARTICIPACION DE COMITES OBLIGATORIOS	100%	MENSUAL	CUMPLIR CON LAS TAREAS ASIGNADAS EN EL COMITÉ	NUMERO DE ACTIVIDADES REALIZADAS	0	0	1	2	2	3	2	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA PARTICIPACION DE COMITES OBLIGATORIOS
						NUMERO DE ACTIVIDADES DE COMITÉ PROGRAMADAS	0	0	1	2	2	3	2	
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	DURANTE EL MES DE ENERO NO LE SON ASIGNADAS ACTIVIDADES	DURANTE EL MES DE FEBRERO NO LE SON ASIGNADAS ACTIVIDADES	SE REALIZA ENTREGA DE CRONOGRAMA DE VALORACIONES Y SE AJUSTA DE ACUERDO CON REQUERIMIENTO DE LA BENEFICENCIA	SE REALIZA DESENGORDE DE HISTORIAS CLÍNICAS SEGÚN CRONOGRAMA	SE REALIZA DESENGORDE DE HISTORIAS CLÍNICAS SEGÚN CRONOGRAMA	SE REALIZA DESENGORDE DE HISTORIAS CLÍNICAS Y AUDITORIA SEGÚN CRONOGRAMA	SE REALIZA DESENGORDE Y AUDITORIA DE HISTORIAS CLÍNICAS SEGÚN PROGRAMACIÓN	
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
EFICACIA	REALIZAR PLAN CASERO A LOS USUARIOS QUE LO DEMANDEN	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE PLAN CASERO	100%	MENSUAL	REALIZAR LOS PLANES CASEROS PLANTEADOS	NO DE PLANES CASEROS REALIZADOS	0	0	4	0	1	1	0	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE PLAN CASERO
						NO DE PLANES CASEROS PROGRAMADOS	0	0	4	0	1	1	0	
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	100%	100%	#¡DIV/0!	
						SEGUIMIENTO	NO SE PROGRAMAN	NO SE PROGRAMAN	SE REALIZAN SEGÚN PROGRAMACION	NO SE PROGRAMAN	SE REALIZA SEGÚN PROGRAMACIÓN	SE REALIZA SEGÚN PROGRAMACIÓN		
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	
IMPACTO	REALIZAR INTERVENCION NUTRICIONAL OPORTUNA A LOS USUARIOS CON EL OBJETIVO DE PROMOVER UN ESTADO NUTRICIONAL ADECUADO	PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES CON ESTADO NUTRICIONAL NORMAL	60%	TRIMESTRAL	VALORAR EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS USUARIOS DE ACUERDO CON LA PERIODICIDAD DESCRITA EN EL ANEXO TECNICO	NO DE PERSONAS MAYORES CON EST ADO NUT RICIONAL NORMAL	0	0	49	50	47	51	50	PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES CON ESTADO NUTRICIONAL NORMAL
						NO. T OT AL DE PERSONAS MAYORES	0	0	78	79	79	78	77	
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	63%	63%	59%	65%	65%	
						SEGUIMIENTO	NO SE MIDE EL INDICADOR	NO SE MIDE EL INDICADOR	DEL TOTAL DE USUARIOS 49 TIENEN UN ESTADO NUTRICIONAL NORMAL	DEL TOTAL DE USUARIOS 50 TIENEN UN ESTADO NUTRITIVO NORMAL	DEL TOTAL DE USUARIOS 47 TIENEN UN ESTADO NUTRITIVO NORMAL	DEL TOTAL DE USUARIOS 51 TIENEN UN ESTADO NUTRICIONAL NORMAL	DEL TOTAL DE USUARIOS 50 MANTIENEN UN ESTADO NUTRITIONAL NORMAL	
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	SI REQUIERE	SI REQUIERE	SI REQUIERE	SI REQUIERE	SI REQUIERE	
IMPACTO	REALIZAR INTERVENCION NUTRICIONAL OPORTUNA A LOS USUARIOS CON EL OBJETIVO DE PROMOVER UN ESTADO NUTRICIONAL ADECUADO	PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES CON ESTADO NUTRICIONAL DE BAJO PESO	25%	TRIMESTRAL	VALORAR EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS USUARIOS DE ACUERDO CON LA PERIODICIDAD DESCRITA EN EL ANEXO TECNICO	NO DE PERSONAS MAYORES CON EST ADO NUT RICIONAL DE BAJO PESO	0	0	19	18	20	16	16	PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES CON ESTADO NUTRICIONAL DE BAJO PESO
						NO. T OT AL DE PERSONAS MAYORES	0	0	78	79	79	78	77	
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	24%	23%	25%	21%	23%	
						SEGUIMIENTO			DEL TOTAL DE USUARIOS 19 TIENEN UN ESTADO NUTRICIONAL DE BAJO PESO. 17 SE ENCUENTRAN EN RIESGO NUTRICIONAL Y 3 CON DELGADEZ LEVE	DEL TOTAL DE USUARIOS 18 TIENEN UN ESTADO NUTRICIONAL DE BAJO PESO. 17 SE ENCUENTRAN EN RIESGO NUTRICIONAL Y 1 CON DELGADEZ MODERADA	DEL TOTAL DE USUARIOS 20 TIENEN UN ESTADO NUTRICIONAL DE BAJO PESO. 19 SE ENCUENTRAN EN RIESGO NUTRICIONAL Y 1 CON DELGADEZ MODERADA	DEL TOTAL DE USUARIOS 16 TIENEN UN ESTADO NUTRICIONAL DE BAJO PESO. 14 SE ENCUENTRAN EN RIESGO NUTRICIONAL Y 2 CON DELGADEZ LEVE	DEL TOTAL DE USUARIOS 16 MANTIENEN UN ESTADO NUTRICIONAL DE BAJO PESO DE LOS CUALES 14 SE ENCUENTRAN EN RIESGO NUTRICIONAL Y 2 CON DELGADEZ LEVE	
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	SI REQUIERE	SI REQUIERE	SI REQUIERE	SI REQUIERE	SI REQUIERE	
IMPACTO	REALIZAR INTERVENCION NUTRICIONAL OPORTUNA A LOS USUARIOS CON EL OBJETIVO DE PROMOVER UN ESTADO NUTRICIONAL ADECUADO	PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES CON ESTADO NUTRICIONAL DE EXCESO DE PESO	16%	TRIMESTRAL	VALORAR EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS USUARIOS DE ACUERDO CON LA PERIODICIDAD DESCRITA EN EL ANEXO TECNICO EL INDICADOR DEBE TENDER A DISMINUIR CON LA INTERVENCIÓN NUTRICIONAL	NO DE PERSONAS MAYORES CON EST ADO NUT RICIONAL DE EXCESO DE PESO	0	0	10	11	12	11	11	PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES CON ESTADO NUTRICIONAL DE EXCESO DE PESO
						NO. T OT AL DE PERSONAS MAYORES	0	0	78	79	79	78	77	
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	13%	14%	15%	14%	14%	
						SEGUIMIENTO	N.A	N.A	DEL TOTAL DE USUARIOS 10 TIENEN UN ESTADO NUTRICIONAL DE EXCESO DE PESO. 5 SE ENCUENTRAN EN SOBREPESO. 4 EN OBESIDAD TIPO 1 Y 1 EN OBESIDAD TIPO 2	DEL TOTAL DE USUARIOS 11 TIENEN UN ESTADO NUTRICIONAL DE EXCESO DE PESO. 6 SE ENCUENTRAN EN SOBREPESO, 3 EN OBESIDAD TIPO 1 Y 1 EN OBESIDAD TIPO 2	DEL TOTAL DE USUARIOS 12 TIENEN UN ESTADO NUTRICIONAL DE EXCESO DE PESO.86 SE ENCUENTRAN EN SOBREPESO, 3 EN OBESIDAD TIPO 1 Y 1 EN OBESIDAD TIPO 2	DEL TOTAL DE USUARIOS 11 TIENEN UN ESTADO NUTRICIONAL DE EXCESO DE PESO. 7 SE ENCUENTRAN EN SOBREPESO, 3 EN OBESIDAD TIPO 1 Y 1 EN OBESIDAD TIPO 2	DEL TOTAL DE USUARIOS 11 TIENEN UN ESTADO NUTRICIONAL DE EXCESO DE PESO. 7 SE ENCUENTRAN EN SOBREPESO, 3 EN OBESIDAD TIPO 1 Y 1 EN OBESIDAD TIPO 2	
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	SI REQUIERE	
IMPACTO	REALIZAR INTERVENCION NUTRICIONAL OPORTUNA A LOS USUARIOS CON EL OBJETIVO DE PROMOVER UN ESTADO NUTRICIONAL ADECUADO	PERSONAS MAYORES CON BAJO PESO QUE MEJORAN SU ESTADO NUTRICIONAL	28%	SEMESTRAL	REALIZAR PRESCRIPCIÓN DIETARIA EN PRO DE MEJORAR EL ESTADO NUTRICIONAL DE LAS PERSONAS MAYORES CON BAJO PESO SEGÚN SU RESPUESTA AL TRATAMIENTO Y SU EVOLUCIÓN	NUMERO DE PERSONAS MAYORES CON BAJO PESO QUE MEJORAN SU EST ADO NUT RICIONAL	0	0	0	0	0	12	0	PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES CON ESTADO NUTRICIONAL DE EXCESO DE PESO
						NO. T OT AL DE PERSONAS MAYORES CON BAJO PESO	0	0	0	0	0	20	0	
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	60%	#¡DIV/0!	
						SEGUIMIENTO	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	DE UN TOTAL DE 20 USUARIOS 12 MEJORAN SU ESTADO NUTRICIONAL MEDIANTE EL INCREMENTO DE PESO. SE SUPERO LA META PROPUESTA		
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	
IMPACTO	REALIZAR INTERVENCION NUTRICIONAL OPORTUNA A LOS USUARIOS CON EL OBJETIVO DE PROMOVER UN ESTADO NUTRICIONAL ADECUADO	PERSONAS MAYORES CON BAJO PESO QUE RECUPERAN SU ESTADO NUTRICIONAL	14%	SEMESTRAL	REALIZAR PRESCRIPCIÓN DIETARIA EN PRO DE MEJORAR EL ESTADO NUTRICIONAL DE LAS PERSONAS MAYORES CON BAJO PESO SEGÚN SU RESPUESTA AL TRATAMIENTO Y SU EVOLUCIÓN	NUMERO DE PERSONAS MAYORES CON BAJO PESO QUE RECUPERAN SU EST ADO NUT RICIONAL	0	0	0	0	0	7	0	PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES CON ESTADO NUTRICIONAL DE EXCESO DE PESO
						NO. T OT AL DE PERSONAS MAYORES CON BAJO PESO	0	0	0	0	0	20	0	
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	35%	#¡DIV/0!	
						SEGUIMIENTO	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	DE UN TOTAL DE 20 USUARIOS 6 RECUPERARON SU ESTADO NUTRICIONAL UN USUARIO CON DELGADEZ LEVE PASO A RIESGO NUTRICIONAL Y 6 USUARIOS CON RIESGO NUTRICIONAL PASARON A LA NORMALIDAD, SE SUPERO LA META PROPUESTA	NA		
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	
IMPACTO	REALIZAR INTERVENCION NUTRICIONAL OPORTUNA A LOS USUARIOS CON EL OBJETIVO DE PROMOVER UN ESTADO NUTRICIONAL ADECUADO	PERSONAS MAYORES CON EXCESON DE PESO QUE MEJORAN SU ESTADO NUTRICIONAL	30%	SEMESTRAL	REALIZAR PRESCRIPCIÓN DIETARIA EN PRO DE MEJORAR EL ESTADO NUTRICIONAL DE LAS PERSONAS MAYORES CON EXCESO DE PESO SEGÚN SU RESPUESTA AL TRATAMIENTO Y SU EVOLUCIÓN	NUMERO DE PERSONAS MAYORES CON EXCESO DE PESO QUE MEJORAN SU EST ADO NUT RICIONAL	0	0				9	0	PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES CON ESTADO NUTRICIONAL DE EXCESO DE PESO
						NO. T OT AL DE PERSONAS MAYORES CON EXCESO DE PESO	0	0				12	0	
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	75%	#¡DIV/0!	
						SEGUIMIENTO						DE UN TOTAL DE12 USUARIOS 9 MEJORAN SU ESTADO NUTRICIONAL MEDIANTE LA DISMINUCIÓN DE PESO. SE SUPERO LA META PROPUESTA		
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	
IMPACTO	REALIZAR INTERVENCION NUTRICIONAL OPORTUNA A LOS USUARIOS CON EL OBJETIVO DE PROMOVER UN ESTADO NUTRICIONAL ADECUADO	PERSONAS MAYORES CON EXCESO DE PESO QUE RECUPERAN SU ESTADO NUTRICIONAL	15%	SEMESTRAL	REALIZAR PRESCRIPCIÓN DIETARIA EN PRO DE MEJORAR EL ESTADO NUTRICIONAL DE LAS PERSONAS MAYORES CON EXCESO DE PESO SEGÚN SU RESPUESTA AL TRATAMIENTO Y SU EVOLUCIÓN	NUMERO DE PERSONAS MAYORES CON EXCESO DE PESO QUE RECUPERAN SU EST ADO NUT RICIONAL	0	0				7	0	PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES CON ESTADO NUTRICIONAL DE EXCESO DE PESO
						NO. T OT AL DE PERSONAS MAYORES CON EXCESO DE PESO	0	0				20	0	
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	35%	#¡DIV/0!	
						SEGUIMIENTO	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	DE UN TOTAL DE 12 USUARIOS 3 RECUPERAN SU ESTADO NUTRICIONAL. 1 USUARIO EN OBESIDAD PASA A SOBREPESO Y UN USUARIO EN SOBREPESO Y UN O EN OBESIDAD PASAN A UN ESTADO NUTRICIONAL NORMAL. SE SUPERO LA META PROPUESTA	N.A		
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	

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

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL

TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	GRAFICO DEL INDICADOR
eficacia	Ejecutar actividades programadas por el area de Terapia ocupacinal mediante la intervención grupal con las Personas Mayores	% de cumplimiento actividades realizadas	100%	mensual	Seleccionar la Población de usuarios a participar en esta actividad y dar cumplimiento según cronograma establecido mediante intervención grupal	No de actividades ejecutadas en el periodo	33	45	40	57	47	42	42	
						No de actividades programadas en el periodo	33	45	40	57	47	42	42	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	Se da cumplimiento a las actividades programads	Se da cumplimiento en las actividades programadas	Se da cumplimiento de las actividades programadas	Se da cumplimiento de las actividades programadas	Se da cumplimiento de las actividades programadas	Se da cumplimiento de las actividades programadas	Se da cumplimiento de las actividades programadas	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
eficacia	Participacion de usuarios en actividades terapeuticas grupales basadas en la integración sensorial con el objetivo de activar sensorialmente a las Personas Mayores	% de cumplimiento de los ususarios que asisten a las actividades	100%	Mensual	Se realiza cronograma de actividades y clasificación de las Personas Mayores a participar en cada una de las salas, brindar estimulos a los organos de los sentidos	Numeros de Personas Mayores que participan en las actividades del periodo	31	34	25	26	25	24	24	
						Numeros de Personas mayores programadas en el periodo	31	34	25	26	25	24	24	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	Seevidencia cumplimiento en la participación de Personas Mayores programadas	Se evidencia cumplimiento en la participación de Personas Mayores programadas	Se evidencia cumplimiento en la participacion de Personas Mayores en las actividades progamadas	Se evidencia cumplimiento en la participacion de Personas Mayores en las actividades progamadas	Se evidencia cumplimiento en la participación de Personas Mayores programadas	Se evidencia cumplimiento en la participación de Personas Mayores programadas	Seevidencia cumplimiento en la participación de Personas Mayores programadas	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
eficiacia	Fomentar las participación de las Personas Mayores en actividades terapeuticas de procesos mentales y psicomotricidad para el mantenimiento y entrenamiento de habilidades	% de cumplimiento de las Personas Mayores que asisten a las actividades programadas	100%	Mensual	Realizar cronograma de actividades, lsiatado de Personas Mayores a participar y brindar actividades motoras finas y de entrenamiento cerebral y cognitivas	Numero de Personas Mayores que participan en el periodo	45	49	50	50	48	55	55	
						Numero de Personas Mayores programadas en el periodo	45	49	50	50	48	55	55	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	Se evidencia cumplimiento en la participación de los usuarios en las actividades programadas	Se evidencia cumplimiento en la participación de Personas Mayores programadas	Se evidencia cumplimiento en la participacion de Personas Mayores en las actividades progamadas	Se evidencia cumplimiento en la participacion de Personas Mayores en las actividades progamadas	Se evidencia cumplimiento en la participación de Personas Mayores programadas	Se evidencia cumplimiento en la participación de Personas Mayores programadas	Se evidencia cumplimiento en la participación de Personas Mayores programadas	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
eficiacia	Fomentar la participación de las Personas Mayores en los Talleres Productivos	% de cumplimiento de los usuarios que asisten a los Talleres productivos	100%	Mensual	Etablecer cronograma de trabajo, realizar listados de acuerdo a intereses y habilidades, Organizar espacio de trabajo y brindar instrucciones para el desempeño de las tareas	Numeros de Personas Mayores que participan en los talleres en el mes	23	32	31	45	22	13	29	
						Numero de Personas Mayores programados por talleren el mes	23	32	31	45	22	13	29	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	Se evidencia cumplimiento en la participación de los usuarios en los talleres productivos programados	Se evidencia cumplimiento en la participación de Personas Mayores en los talleres productivos programados	Se evidencia cumplimiento en la participacion de Personas Mayores en las actividades progamadas	Se evidencia cumplimiento en la participacion de Personas Mayores en las actividades progamadas	Se evidencia cumplimiento en la participación de Personas Mayores en los talleres productivos programados	Se evidencia cumplimiento en la participación de Personas Mayores en los talleres productivos programados	Se evidencia cumplimiento en la participación de los usuarios en los talleres productivos programados	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
Eficacia	Participacion de Personas Mayores en las actividades de manjeo de tiempo libre y ocio	% de cumplimiento de los Personas mayores que asisten a las actividades de manejo de tiempo libre y ocio	100%	Mensual	Establecer cronograma , Listado de Personas mayores según participación y asistencia a las actividades programadas	Numero de Personas Mayores que participan de las actividades en el periodo	66	62	51	79	54	66	66	
						Numero de Personas Mayores que participan de las actividades en el periodo	66	62	51	79	54	66	66	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	Se evidencia cumplimiento en las actividades de: cine foro, caminatas recreativas, juegos ludicos recreativos, salidas extramurales	Se evidencia cumplimiento en las actividades de: cine foro, caminatas rereativas, juegos ludicos recreativos, salidas extramurales	Se evidencia cumplimiento en la participacion de Personas Mayores en las actividades progamadas	Se evidencia cumplimiento en la participacion de Personas Mayores en las actividades progamadas	Se evidencia cumplimiento en las actividades de: cine foro, caminatas rereativas, juegos ludicos recreativos, salidas extramurales	Se evidencia cumplimiento en las actividades de: cine foro, caminatas rereativas, juegos ludicos recreativos, salidas extramurales	Se evidencia cumplimiento en las actividades de: cine foro, caminatas rereativas, juegos ludicos recreativos, salidas extramurales	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL

TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	GRAFICO DEL INDICADOR
Eficacia	Realizar valoraciónes de ingreso	% de cumplimiento de valoraciones de ingreso	100%	A necesidad	Aplicación de instrumento de valoracion y pruebas para determinar un diagnóstico ocupacional	Numero de usuarios valorados según ingreso en el periodo	0	0	0	2	1	0	35	
						Numero de Personas Mayores ingresadas en el periodo	0	0	0	2	1	0	35	
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	100%	#¡DIV/0!	100%	
						SEGUIMIENTO	No se presentaron ingresos en el periódo	No se presentaron ingresos en el periodo	No se presentaron ingresos en el periodo	Se realiza valoracion de Dolores Maicero y Luis Triviño	En el mes de mayo se realizo un ingreso de Rosario Diaz	No se presentaron ingresos en el periodo	para el mes de Julio ingresaron 35 adultas mayores	
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	
Eficacia	Dar cumplimiento trimestral a la realización de las evoluciones	% de cumplimiento de evoluciones trimestrales	100%	Trimestral	Establecer cronograma , realizar la evolución en el formato establecido	Numero de evoluciones realizadas en el periodo establecido	0	79	0	29	21	21	19	
						Total de evoluciones programadas según cronograma	0	79	0	29	21	21	19	
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	Según cronograma establecido no hay evoluciones programadas	Se evidencia cumplimiento de acuerdo a cronograma	Según cronograma establecido no hay evoluciones programadas	Se realizan evoluciones según cronorama establecido por el Comité de historias clínicas como plan de mejora.	Según cronograma establecido se evidencia cumplimiento	Según cronograma establecido se evidencia cumplimiento	Se realizan evoluciones según cronorama establecido por el Comité de historias clínicas como plan de mejora.	
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
Eficacia	Valoración anual con aplicación de Perfil ocupacional y de indice de barthel	% de cumplimiento de valoraciones anuales	100%	anual	Establecer cronograma de valoración anual y aplicación de instrumentos y de pruebas de valoración establecida	Numero de Personas mayores valoradas anualmente	0	0	0	6	4	4	10	
						Numero de personas Mayores valoradas de acuerdo a cronograma	0	0	0	6	4	4	10	
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	De acuerdo a cronograma no se encuentran programadas valoraciones anuales.	De acuerdo a cronograma no se encuentran programadas valoraciones anuales	De acuerdo a cronograma no se encuentran programadas valoraciones anuales.	Se realizan valoraciones según cronorama establecido por el Comité de historias clínicas como plan de mejora.	Según cronograma establecido se evidencia cumplimiento	Según cronograma establecido se evidencia cumplimiento	Se realizan valoraciones según cronorama establecido por el Comité de historias clínicas como plan de mejora.	
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
Eficacia	Participación en los análisis de estudios de casos y elaboración de seguimiento del PAINN a Personas Mayores junto con el equipo interdisciplinario	% de cumplimiento estudios de casos y PAINN	100%	mensual	Establecer cronograma de elaboración PAINN vigencia 2018 Relizar estudis de casos propuestos por el equipo	Numero de estudis de casos y PAINN elaborados	12	11	12	11	6	10	10	
						Numero de estudis de casos y PAINN programdos	12	11	12	11	6	10	10	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	Se evidencia cumplimiento en la elaboración de estudios de casos y PAIIN	Se evidencia cumplimiento en la elaboración de estudios de casos y PAIIN	Se evidencia cumplimiento en la elaboración de estudios de casos y PAIIN	Se evidencia cumplimiento en la elaboración de estudios de casos y PAIIN	Se evidencia cumplimiento en la elaboración de estudios de casos y PAIIN	Se evidencia cumplimiento en la elaboración de estudios de casos y PAIIN	Se evidencia cumplimiento en la elaboración de estudios de casos y PAIIN	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
eficacia	Participar en la elaboración de Planes caseros de las Personas Mayores que salen a medio familiar o redes de apoyo	% de cumplimiento de los Planes caseros	100%	a necesidad	Plasmar recomendaciones a las Personas Mayores que salen a medio familiar o con red de apoyo	Numero de Planes caseros realizados	0	0	4	0	1	1	32	
						Numero de Planes caseros programados	0	0	4	0	1	1	32	
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	En el mes de enero no se presentaron salidas a medio familiar o con red de apoyo	En el mes de febrero no se presentaron salidas al medio familiar o con red de apoyo	En el mes de marzo se realizaron 4 salidas. 3 a medio familiar (Rosa Jimenez - Isabel Camargo -Ignacia Hernandez) y 1 a otro centro (Alvaro Bobadilla)	En el mes de Abril no se realizan planes Caseros.	En el mes de Mayo se realizan 1 plan Casero de Alejandro Bernal.	En el mes deJunio se realizan 1 plan Casero de Crisanto herrera.	Para el mes de Julio 32 personas mayores salen provisionalmete a otros centros de la beneficencia.	
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
Eficacia	Diligenciar el cierre de Historias Clínicas	% de cumplimiento de cierre de historias clínicas	100%	A necesidad	Realizar la correspondiente nota en la histroia clínica	Numero de de cierres de Historias en el mes	1	0	1	1	1	1	33	
						Numero de egresos presentados en el mes	1	0	1	1	1	1	33	
						CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	Se evidencia cumplimiento en cierre de historias clinicas por fallecimeinto	en el mes de Febrero no se presentaron egresos de personas mayores	Se realiza cierre de historia de Laurentino Camargo	En el mes de abril se realiza 1 cierre de historia clinica (Maria Aixa Cifuentes).	Se realiza cierre de la usuaria Oliva Castro por traslado	Se realiza cierre de historia de Jose torres	para le mes de julio egresaron 32 adultos mayores y 1 adulto fallecio Nicolas Cruz	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
						Numero de informes realizados en el periodo	2	2	1	1	1	2	1	
						Numero de informes solicitados en el periodo	2	2	1	1	1	2	1	

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL

TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	GRAFICO DEL INDICADOR
Eficacia	Elaborar y apoyar la entrega oportuna de informes solicitados por la Beneficencia de Cundinamarca	% de cumplimiento informes elaborados	100%	A necesidad	Establecer metodologia del informe, elaboración y entrega	CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	Se evidencia cumpliento en las metas establesidad	Se eviencia cumplimiento en las metas establesidas	Se eviencia cumplimiento en las metas establesidas	Se eviencia cumplimiento en las metas establesidas	Se eviencia cumplimiento en las metas establesidas	Se eviencia cumplimiento en las metas establesidas	Para el mes de Julio se realiza informe de matriz de indicadores.	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
eficacia	Participar activamente en las actividades religiosas, culturales,interinstitusionales e intersectoriales según requerimiento o cronograma	% de cumplimiento en las reuniones de carácter cultural , religiosas y/o fechas especiales	100%	Mensual	Cumplimiento con las tareas asignadas para la realizacion de las tareas propuestas	Numero de reuniones y actividades asistidas	1	2	4	1	3	2	1	**% de cumplimiento en las reuniones de carácter cultural , religiosas y/o fechas especiales**
						Numero de reuniones o actividades programadas	1	2	4	1	3	2	1	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	Se evidencia cumplimiento en las actividades programadas	Se evidencia cumplimiento en las actividades programadas	Se participa en 1 dia de la mujer, 1 dia del hombre, 1convivencia,1 dia de san jose.	En el mes de abril se realiza 1 actividad de Adoracion al santicimo.	En el mes se realiza 1 acto mariano, 1 adoracion eucaristica, 1 celebracion de fechas especiales	En el mes deJunio se realizan 1 adoracion al santicimo , 1 celebracion del dia de la familia.	Se evidencia cumplimiento en las actividades programadas	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
Eficacia	fortalecer deberes y derechos dando cumplimiento al manual de convivencia a través de la jornadas de mantenimiento de locker	% de cumplimiento en la jornada de mantenimiento de locker	100%	Bimensual	Ejecutar de acuerdo a cronograma institucional	Numero de Jornadas de mantenimiento realizadas	0	1	0	1	0	0	0	**% de cumplimiento en la jornada de mantenimiento de locker**
						Numero de Jornadas de mantenimiento programadas	0	1	0	1	0	0	0	
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
						SEGUIMIENTO	De acuerdo a cronograma no se encuentran programadas jornadas de mantenimiento	se evidencia cumplimiento de la meta etstablecida	De acuerdo a cronograma no se encuentran programadas jornadas de mantenimiento	se evidencia cumplimiento de la meta etstablecida	De acuerdo a cronograma no se encuentran programadas jornadas de mantenimiento	De acuerdo a cronograma no se encuentran programadas jornadas de mantenimiento	De acuerdo a cronograma no se encuentran programadas jornadas de mantenimiento	
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
eficacia	Participar activamente en las reuniones de equipo y comites de obligatorio cumplimiento	% de cumplimiento en las participación de reuniones	100%	Mensual	Asistiendo a la reuniones y comites programadas según cronograma establecido por coordinación	Numero de reuniones y comites asistidas	4	4	4	5	5	5	6	**% de cumplimiento en las participación de reuniones**
						Numero de reuniones y comites programados	4	4	4	5	5	5	6	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	Se evidencia cumplimiento cronograma establecido	Se evidencia cumplimiento al cronograma establecido	Se evidencia cumplimiento al cronograma establecido	Se evidencia cumplimiento al cronograma establecido.	Se evidencia cumplimiento al cronograma establecido.	Se evidencia cumplimiento al cronograma establecido.	Se evidencia cumplimiento al cronograma establecido.	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
Eficacia	Realizar capacitación y divulgación de los procedimientos protocolos y Plan de Atención	% de cumplimiento en la realización de capacitaciones	100%	A necesidad	Establecer cronograma de capacitaciones, divulgación del tema y ejecución de la capacitación a traves de la plataforma	Numero de capacitaciones realizadas en el periodo	0	0	1	0	0	1	0	**% de cumplimiento en la realización de capacitaciones**
						Numero de capacitaciones programadas en el periodo	0	0	1	0	0	1	0	
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	
						SEGUIMIENTO	De acuerdo a cronograma no se encuentran capacitaciones programadas durante el mes de enero	De acuerdo a cronograma no se encuentran programadas capacitaciones durante el mes de Febrero	Se realiza capacitacion del manual de Terapia ocupacional	En el mes de abril no hay programadas de acuerdo al cronograma establecido.	De acuerdo a cronograma no se encuentran programadas capacitaciones durante el mes de Mayo	se realiza capacitacion de protocolo de valoracion	De acuerdo a cronograma no se encuentran programadas capacitaciones durante el mes deJulio	
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	
Eficacia	Participar en las reuniones programadas de familias	% de cumplimiento en la asistencia a reuniones de familias programadas	100%	Bimensual	Asistir a reuniones de familias y ejecutar actividad de acuerdo a cronograma institucional	Numero de reuniones asistidas de familias	0	1	0	0	0	1	0	**% de cumplimiento en la asistencia a reuniones de familias programadas**
						Numero de reuniones de familias programadas	0	1	0	0	0	1	0	
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	
						SEGUIMIENTO	De acuerdo a cronograma no se encontraba programadas en el mes de enero	Se evidencia cumplimiento de acuerdo a cronograma del mes de Febrero	De acuerdo a cronograma no se encontraba programadas en el mes de enero	No se requiere de la participacion del area.	No se requiere de la participacion del area.	Se evidencia cumplimiento de acuerdo a cronograma del mes de Junio	Para el mes de Julio no se encuentra programado por cronograma .	
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	
EFECTIVIDAD	Activar a los usuarios dependientes totales con alto grado de deterioro cognitivo y dependencia total en las actividades basicas de la vida diaria a traves de las actividades de estimulacion sensorial.	% activacion de sensorial de los usuarios dependientes	38%	SEMESTRAL	Seleccionar la Población de usuarios a participar en esta actividad y dar cumplimiento según lo establecido mediante intervención y aplicación de prueba. Aplicación de lista de chequeo para medicion sensorial.	NÚMERO DE ITEMS QUE EVIDENCIAN AVANCES EN LA ESTIMULACION SENSORIAL	0	0	0	0	3	3	0	**% activacion de sensorial de los usuarios dependientes**
						NUMERO DE ITEMS EVALUADOS	0	0	0	0	0	10	0	
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	30%	#¡DIV/0!	
						SEGUIMIENTO	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	DEBIDO AL PROCESO DE CONSTRUCCION, VALIDACION Y REVISION DE LA LISTA DE CHEQUEO SE APLICO LA PRUEBA PILOTO QUEDANDO PENDIENTE EL RE TEST QUE ARROJARIA EL IMPACTO. SE PLANTEA LA POSIBILIDAD DE RESTRUCTURAR EL INDICADOR PRETENDIENDO IMPACTAR LA POBLACION DE UNA MANERA MAS EFECTIVA.	N.A	
						No de usuarios con independientes vinculados al	0	0	0	0	0	6	0	

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL													
TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	GRAFICO DEL INDICADOR
EFECTIVIDAD	Mejorar comportamiento ocupacional de las personas mayores independientes que según sus habilidades, destrezas e intereses se encuentran vinculadas a la actividad productiva de implementos de aseo y mejorar su comportamiento ocupacional.	% De impacto en el mejoramiento del comportamiento ocupacional de las personas mayores independientes que participan en el programa.	32%	SEMESTRAL	Etablecer cronograma de trabajo, realizar listados de acuerdo a intereses y habilidades, Organizar espacio de trabajo y brindar instrucciones para el desempeño de las tareas	No de usuarios independientes vinculados al programa.	0	0	0	0	0	16	0	
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	38%	#¡DIV/0!	
						SEGUIMIENTO	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	EL 38% DE LOS USUARIOS INDEPENDIENTES VINCULADOS A LA ACTIVIDAD PRODUCTIVA MEJORARON SU COMPARTAMIENTO.	N.A	
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	SI REQUIERE	#¡DIV/0!	

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

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE TERAPIA FISICA

TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	GRAFICO DEL INDICADOR
	REALIZAR VALORACIONES DIAGNOSTICAS A LOS USUARIOS QUE INGRESAN A LA INSTITUCION	% CUMPLIMIENTO DE VALORACION DIAGNOSTICA A LOS USUARIOS INGRESADOS A LA INSTITUCION	100%	AL INGRESO DEL USUARIO AL CENTRO	APLICAR LAS CORRESPONDIENTES ESCALAS SEGÚN REQUERIMIENTO Y FORMATO DE VALORACION A LOS USUARIOS QUE INGRESAN A LA INSTITUCION	NUMERO DE USUARIOS VALORADOS	0	0	0	2	1	0	35	% CUMPLIMIENTO DE VALORACION DIAGNOSTICA A LOS USUARIOS INGRESADOS A LA INSTITUCION
						NUMERO TOTAL DE USUARIOS INGRESADOS X (00)	0	0	0	2	1	0	35	
						CUMPLIMIENTO	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	100%	100%	#DIV/0!	100%	
						SEGUIMIENTO	EN EL MES DE ENERO NO SE PRESENTARON INGRESOS AL HOGAR	PARA EL MES DE FEBRERO NO SE PRESENTARON INGRESOS	DURANTE EL MES DE MARZO NO SE PRESENTARON INGRESOS	SE REALIZAN VALORACIONES DE INGRESO AL HOGAR	SE REALIZA VALORACION DE INGRESO AL HOGAR	PARA EL MES DE JUNIO NO SE REALIZARON INGRESOS	PARA LE MES DE JULIO SE PRESNETO 35 INGRESOS	
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	
	REALIZA VALORACIONES DE SEGUIMIENTO ANUAL CON SUS RESPECTIVAS ESCALAS A TODOS LOS USUARIOS DE LA INSTITUCION	% CUMPLIMIENTO DE LA VALORACIONES ANUALES AL TOTAL DE USUARIOS DE LA INSTITUCION	100%	ANUALMENTE	ELABORAR CRONOGRAMA DE VALORACIONES ANUALES	NUMERO DE VALORACIONES ANUALES REALIZADAS	0	0	4	8	11	4	10	% CUMPLIMIENTO DE LA VALORACIONES ANUALES AL TOTAL DE USUARIOS DE LA INSTITUCION
						TOTAL DE USUARIOS PROGRAMADOS	0	0	4	8	11	4	10	
						CUMPLIMIENTO	#DIV/0!	#DIV/0!	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	DURANTE EL MES DE ENERO NO SE ENCUENTRAN USUARIOS PROGRAMADOS	PARA EL MES DE FEBRERO NO SE TPROGRAMARON USUARIOS	PARA EL MES DE MARZO SE REALIZARON LAS CORRESPONDIENTES VALORACIONES	SE REALIZAN VALORACIONES ANUALES SEGÚN CRONOGRAMA	SE REALIZAN VALORACIONES DE SEGUIMIENTO ANUAL	SE REALIZAN VALORACIONES SEGUIN CRONOGRAMA	SE DA CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA DE VALORACIONES ANUALES , CUMPLIENDO CON EL PLAN DE ACCION DE LA VIGENCIA DEL ACTUAL CONVENIO	
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
	REALIZAR EVOLUCIONES TRIMESTRALES AL TOTAL DE LOS USUARIOS	%CUMPLIMIENTO DE EVOLUCIONES TRIMESTRALES	100%	TRIMESTRAL	DISEÑAR CRONOGRAMA DE EVOLUCIONES TRIMESTRALES	NUMERO DE EVOLUCIONES REALIZADAS EN EL TRIMESTRES	2	72	16	30	14	21	29	%CUMPLIMIENTO DE EVOLUCIONES TRIMESTRALES
						NUMERO DE EVOLUCIONES PROGRAMADAS EN EL TRIMESTRE	2	72	16	30	14	21	29	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	SE DA CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA	SE DA CUMPLIMIENTO EN EL MES DE FEBRERO AL CRONOGRAMA ESTABLECIDO	SE DA CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA ESTABLECIDO	SE DA CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA	SE DA CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA	SE DA CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA DE EVOLUCIONES	SE DA CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA DE EVOLUCIONES ANUALES , CUMPLIENDO CON EL PLAN DE ACCION DE LA VIGENCIA DEL ACTUAL CONVENIO	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
	REALIZAR INTERVENCIONES FISIOTERAPEUTICAS DE ACUERDO A ORDEN MEDICA ENVIADA POR MEDICINA Y/O ESPECIALISTA	% CUMPLIMIENTO DE INTERVENCIONES INDIVIDUALES SEGÚN ORDEN MEDICA	100%	A NECESIDAD	DAR CUMPLIMIENTO A LAS ORDENES MEDICAS ENVIADAS	NUMERO DE ORDENES MEDICAS EJECUTADAS	3	0	0	0	3	0	0	% CUMPLIMIENTO DE INTERVENCIONES INDIVIDUALES SEGÚN ORDEN MEDICA
						NUMERO DE ORDENES MEDICAS RECIBIDAS	3	0	0	0	3	0	0	
						CUMPLIMIENTO	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	
						SEGUIMIENTO	SE DA CUMPLIMIENTO A LAS ARDENES MEDICAS RECIBIDAS EN EL MES DE NERO	EN EL MES DE FEBRERO NO SE EVIDENCIAN ORDENES MEDICAS	DURANTE EL MES DE MARZO NO SE EVIDENCIAN ORDENES MEDICAS	NO SE EVIDENCIAN ORDENE S MEDICAS	SEGÚN RECOMENDACIONE S DE MEDICINA ESPECIALIZADA SE REALIZAN INTERVENCIONES	NO SE EVIDENCIAN ORDENES MEDICAS	SE SE EVIDENCIA ORDENES MEDICAS	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
	REALIZAR ACTIVIDADES RECREATIVAS (CAMINATAS, CINEFORO, SALIDAS EXTRAMURALES, FERIA DE PUEBLO CELEBRACION DE CUMPLEAÑOS) CON LOS USUARIOS, CON EL FIN DE BRINDAR ESPACIOS DE ESPARCIMIENTO	% CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES RECREATIVAS REALIZADAS CON LOS USUARIOS	100%	SEGÚN CRONOGRAMA	CREAR CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES MIESNUALES	NUMERO DE ACTIVIDADES RECREATIVAS EJECUTADAS	3	4	3	4	4	4	4	% CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES RECREATIVAS REALIZADAS CON LOS USUARIOS
						NUMERO DE ACTIVIDADES RECREATIVAS PROGRAMADAS	3	4	3	4	4	4	4	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	SE CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA ESTABLECIDO	SE DA CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA ESTABLECIDO	SE DA CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA ESTABLECIDO POR LAS AREAS RESPONSABLES	SE DA CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA ESTABLECIDO POR LAS AREAS RESPONSABLES	SE DA CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA	SE DA CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	SE DA CUMPLIMEINTO A LAS ACTIVIDADES PROPUESTAS POR EL AREA CUMPLIENDO CON EL PLAN DE ACCION VIGENTE PARA ESTE CONVENIO	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
	REALIZAR ACTIVIDADES DE ACONDICIONAMIENTO FISICO (SALA CUERPO Y MOVIMIENTO) QUE FACILITEN LA RECUPERACION FUNCIONAL Y EL MANTENIMIENTO DE HABILIDADES Y DESTREZAS DE LOS USUARIOS	% CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE ACONDICIONAMIENTO FISICO	100%	SEMANAL	REALIZAR CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA EJECUCION DE LAS MISMAS	NUMERO DE ACTIVIDADES REALIZADAS	19	23	28	32	27	27	26	% CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE ACONDICIONAMIENTO FISICO
						TOTAL DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS	19	23	28	32	27	27	26	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	SE DA CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	SE DA CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	SE DA CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL MES DE MARZO	SE DA CUMPLIMIENTO A LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS DURANTE EL MES DE ABRIL	SE DA CUMPLIMIENTO A LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS PARA EL MES DE MAYO	SE DA CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA	SE CUMPLIMIENTO A LAS ACTIVIDES PROPUESTAS POR EL RAEA , CUMPLIENDO CON EL PLAN DE ACCION DEL CONVENIO VIGENTE	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
	PARTICIPAR EN LAS REUNIONES PROGRAMADAS DE FAMILIA Y REALIZAR SENSIBILIZACION SOBRE ESTADOS DE SALUD, COMO ESTRATEGIA DE INTERVENCION FAMILIAR	% CUMPLIMIENTO DE PARTICIPACIONES EN LAS REUNIONES DE FAMILIA	100%	BIMENSUAL	BRINDAR INFORMACION A LAS FAMILIAS SEGÚN ESTADO DE SALUD TENIENDO EN CUENTA LOS CRONOGRAMAS YA ESTABLECIDOS POR LA INSTITUCION	NUMERO DE REUNIONES FAMILIARES ASISTIDAS DURANTE EL PERIODO	0	1	0	1	0	1	6	% CUMPLIMIENTO DE PARTICIPACIONES EN LAS REUNIONES DE FAMILIA
						NUMERO DE REUNIONES PROGRAMADAS DURANTE EL PERIODO	0	1	0	1	0	1	6	
						CUMPLIMIENTO	#DIV/0!	100%	#DIV/0!	100%	#DIV/0!	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	SEGÚN CRONOGRAMA NO SE EVIDENCIA REUNION	SE PARTICIPA EN LA REUNION DE FAMILIA PROGRAMADA	PARA EL MES DE MARZO NO SE EVIDENCIAN REUNIONES	PARA EL MES DE ABRIL SE ENCUENTRA PROGRAMADA REUNION DE FAMILIA Y SE DA CUMPLIMIENTO	SEGÚN CRONOGRAMA NO SE EVIDENCIA	SE CELEBRA EL DIA DE LA FAMILIA	ASISTENCIA A LA PARTICIPACION DE LOS COMITES DADO CUMPLIMIENTO AL PLAN DE ACCION DEL CONVENIO VIGENTES	

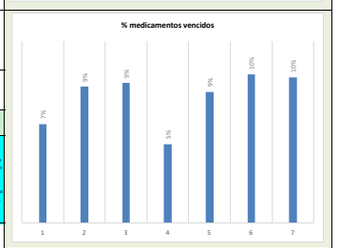
COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE TERAPIA FISICA

TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	GRAFICO DEL INDICADOR
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
	PARTICIPACION DE ESTUDIOS DE CASOS DE USUARIOS A NECESIDAD	% CUMPLIMIENTO DE LOS ESTUDIOS DE CASO PROGRAMADOS A NECESIDAD	100%	A NECESIDAD	COORDINAR CON LOS PROFESIONALES DE LAS DIFERENTES AREAS LA REALIZACION DE LOS ESTUDIOS DE CASO QUE SE REQUIERAN	NUMERO DE ESTUDIOS DE CASO REALIZADOS EN EL MES	2	2	0	0	0	2	0	% CUMPLIMIENTO DE LOS ESTUDIOS DE CASO PROGRAMADOS A NECESIDAD
						TOTAL DE ESTUDIOS DE CASO PROGRAMADOS	2	2	0	0	0	2	0	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	
						SEGUIMIENTO	SE DA CUMPLIMIENTO A LA NECESIDAD	SE DA CUMPLIMIENTO A LA NECESIDAD	SE DA CUMPLIMIENTO A NECESIDAD	SE DA CUMPLIMIENTO A NECESIDAD	SE DA CUMPLIMIENTO A NECESIDAD	SE REALIZAN A NECESIDAD	NO SE ECNUENTRAN PROGRAMADOS PARA ESTE MES	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	
	PARTICIPAR EN LA ELABORACION Y SEGIMIENTO DE PAIN A LOS USUARIOS	% CUMPLIMIENTO DE LOS PAIN	100%	A NECESIDAD	DAR CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL.	NUMERO DE PAIN REALIZADOS	10	9	12	11	6	8	10	% CUMPLIMIENTO DE LOS PAIN
						TOTAL DE PAIN PROGRAMADOS	10	9	12	11	6	8	10	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	SE DA CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA	SE DA CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA	SE DA CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA PARA EL MES DE MARZO	SE DA CUMPLIMIENTO DURANTE EL MES DE ABRIL SEGÚN CRONOGRAMA	SE DA CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA	SE DA CUMPLIMIENTO A CRONOGRAMA	SE DA CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAM DADNDO CUMPLIMIENTO AL PLAN DE ACCION VEGENTES PARA ESTE CONVENIO	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
	PARTICIPACION Y ELABORACION DE PLAN CASERO A LOS USUARIOS QUE SALEN AL MEDIO FAMILIAR	% CUMPLIMIENTO DE LOS PLANES CASEROS	100%	A NECESIDAD	CUANDO LA FAMILIA SOLICITE EL PLAN CASERO, SE DARAN LAS RECOMENDACIONES OPORTUNAS PARA EL MANEJO DE LOS USUARIOS DESDE EL AREA DE FISIOTERAPIA	NUMERO DE PLAN CASEROS REALIZADOS EN EL PERIODO/Y O CIERRE DE HISTORIAS CLINICAS	0	0	3	0	1	1	33	% CUMPLIMIENTO DE LOS PLANES CASEROS
						TOTAL DE USUARIOS QUE SALEN A MEDIO FAMILIAR EN EL MES O EGRESO	0	0	3	0	1	1	33	
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	NO SE EVIDENCIAN PLANES CASEROS	NO SE EVIDENCIA PLANES CASEROS	PARA EL MES DE MARZO SE REALIZARON SALIDAS A MEDIO FAMILIAR	DURANTE EL MES DE ABRIL NO SE REALIZARON SALIDAS A MEDIO FAMILIAR	SE DA CUMPLIMEITNO A PLANES CASEROS	SE REALIZA A NECESIDAD	TEMPORALMENTE SALEN ADULTOS MAYORES A DIFERENTES CASA DE LA BENEFICENCIA DANDO	
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
	DILIGENCIAR EL CIERRE DE HISTORIAS CLINICAS (EGRESOS POR FALLECIMIENTO, TRASLADO O RE INTEGRO FAMILIAR) SEGÚN REQUERIMIENTO	% CUMPLIMIENTO DE CIERRE DE HISTORIAS CLINICAS	100%	MENSUALMENTE	SE REALIZARA EL CIERRE DE HISTORIAS CLINICAS SEGÚN CORRESPONDA	NUMERO DE HISTORIAS CLINICAS CERRADAS	1	0	1	1	1	1	0	% CUMPLIMIENTO DE CIERRE DE HISTORIAS CLINICAS
						TOTAL DE USUARIOS EGRESADOS DURANTE EL MES	1	0	1	1	1	1	0	
						CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	100%	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	
						SEGUIMIENTO	SE REALIZA SU RESPECTIVO CIERRE DE HISTORIA CLINICA	NO SE EVIDENCIA CIERRE DE HISTORIAS CLINICAS	SE REALIZA UN CIERRE DE HISTORIA CLINICA POR FALLECIMIENTO	SE REALIZA CIERRE DE HISTORIAS CLINICAS POR FALLECIMIENTO	SE REAUZA CIERRE DE HISTORIAS CLINICAS POR TRASLADO	POR FALLECIMIENTO	NO SE EVIDENCIA	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	
	PARTICIPAR EN LA JORNADA DE MANTENIMIENTO DE LOCKERS	% CUMPLIMIENTO DE JORNADA DE LOCKERS	100%	BIMENSUAL	DAR CUMPLIMIENTO A LA JORNADA DE MANTENIMIENTO DE LOCKERS ESTABLECIDO POR LA INSTIYUCION	NUMERO DE JORNADAS REALIZADAS	0	1	0	1	0	0	0	% CUMPLIMIENTO DE JORNADA DE LOCKERS
						NUMERO DE JORNADAS PROGRAMADAS	0	1	0	1	0	0	0	
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
						SEGUIMIENTO	NO SE EVIDENCIO	SE DA CUMPLIMIENTO	PARA EL MES DE MARZO NO SE ENCUENTRA EN CRONOGRAMA	SE DA CUMPLIMIENTO A JORNADAS DE LOCKERS	NO SE ENCUENTRA EN CRONOGRAMA	NO SE ECNUENTRA EN CRONOGRAMA	NO SE EVIDENCIA	
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
	PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LAS REUNIONES DE EQUIPO Y DIFERENTES COMITES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO	% CUMPLIMIENTO EN LA PARTICIPACION DE REUNIONES DE EQUIPO	100%	MENSUALMENTE	PARTICIPAR EN LAS REUNIONES YA ESTIPULADAS EN EL CRONOGRAMA INSTITUCIONAL	NUMERO DE REUNIONES REALIZADAS	4	5	4	5	5	5	6	% CUMPLIMIENTO EN LA PARTICIPACION DE REUNIONES DE EQUIPO
						TOTAL DE REUNIENES PROGRAMADAS EN EL MES	4	5	4	5	5	5	6	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	SE DA CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA DE EQUIPO	SE DA CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA	SE DA CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA DEL MES DE Marzo	SE DA CUMPLIMIENTO A LAS REUNIONES SEGÚN CRONOGRAMA	PARTICIPACION EN LOS DIFERENTES COMITES	SE DA CUMPLIMIENTO A CRONOGRAMA	PARTICIPACION A LOS COMITES Y REUNIONES, DANDO CUMPLIMIENTO AL PLAN DE ACCION DEL CONVENIO VIGENTES	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
	ELABORA Y APOYA LA ENTREGA OPORTUNA DE INFORMES SOLICITADOS POR BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA	% CUMPLIMIENTO EN LA ENTREGA DE INFORMES PARA LA BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA	100%	A NCESIDAD	SE ENTREGARA LOS INFORMES CORRESPONDIENTE A BENEFICENCIA SEGÚN FECHA ACORDADA	NUMERO DE INFORMES REALIZADOS	3	3	1	1	1	2	1	% CUMPLIMIENTO EN LA ENTREGA DE INFORMES PARA LA BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA
						NUMERO DE INFORMES SOLICITADOS	3	3	1	1	1	2	1	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	SAEDA CUMPLIMIENTO A LA ENTREGA DE INFORME		SE DA CUMPLIMIENTO A LA SOLICITUD	SE CUMPLIMIENTO A SOLICITUD	SE DA CUMPLIMIENTO A LA SOLICITUD	SE DA CUMPLIMIENTO A SOLICITUD	SE DA CUMPLIMIENTO A LO SOLICITADO	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
	PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES CULTURALES, RELIGIOSAS INTERINSTITUCIONALES E INTERSECTORIAL SEGÚN REQUERIMIENTO O CRONOGRAMA	% CUMPLIMIENTO DE REUNIONES DE CULTURA RELIGIOSA EN FECHAS ESPECIALES	100%	MENSUALMENTE	SE PARTICIPARA EN LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN LAS FECHAS	NUMERO DE REUNIONES REALIZADAS	1	2	4	1	3	1	1	% CUMPLIMIENTO DE REUNIONES DE CULTURA RELIGIOSA EN FECHAS ESPECIALES
						NUMERO DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS	1	2	4	1	3	1	1	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	SE PARTICIPA EN LAS ACTIVIDADES	SE DA CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA	PARTICIPACION DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS	SE DA CUMPLIMIENTO A SOLICITUD	PARTICIPACION EN LAS DIFERENTES ACTIVIDADES CULTURALES	PARTICIPACION DE REUNIONES	ACTIVIDAD RELIGIOSAS	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
	REALIZAR DIVULGACION Y CAPACITACION DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS PROPIOS DEL AREA	% CUMPLIMIENTO EN LA REALIZACION DE LAS CAPACITACIONES POR EL AREA	100%	SEGÚN CRONOGRAMA	SE REALIZARAN LAS RESPECTIVAS CAPACITACIONES SEGÚN CRONOGRAMA CON LOS RESPECTIVOS TEMA	NUMERO DE CAPACITACIONES EJECUTADAS	0	0	1	0	0	1	0	% CUMPLIMIENTO EN LA REALIZACION DE LAS CAPACITACIONES POR EL AREA
						TOTAL DE CAPACITACIENES PROGRAMADAS	0	0	1	0	0	1	0	
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	
						SEGUIMIENTO	NO ESTA PROGRAMADA	NO SE ENCUENTRA PROGRAMADA PARA ESTE MES	SE DA CUMPLIMIENTO AL CRONOGRAMA DE CAPACITACIONES ESTABLECIDOS POR EL AREA	SEGÚN CRONOGRAMA PARA ESTE MES NO CORRESPONDEN	SEGÚN CRONOGRAMA NO CORRESPONDE	SE DA CUMPLIMIENTO A CRNOGRAMA	NO SE EVIDENCIA PARA ES MES SE DA CUMPLIMIENTO AL CONVENIO VIGENTE	
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	
EFECTIVIDAD	REHABILITAR Y/O MANTENER EL PATRON DE MARCHA A LOS USUARIOS (FUNCIONALES-SEMIFUNCIONALES) QUE CONSERVAN SU DEAMBULACION). (PROGRAMA DE MARCHA ASISTIDA)	% DE IMPACTO DE REHABILITACION DE MARCHA ASISTIDA	23%	SEMESTRAL	LLEVAR A CABO UN ADECUADO PROCESO DE EVALUACION, DIAGNOSTICO E INTERVENCION FISIOTERAPEUTICA A NIVEL INDIVIDUAL Y/O GRUPAL PROVEER LOS ESPACIOS NECESARIOS PARA LLEVAR A CABO EL DESARROLLO DEL TRABAJO PARA LA REHABILITACION. VELAR POR LA INDEPENDENCIA EN LA MARCHA DE LOS USUARIOS VINCULADOS AL PROGRAMA	NUMERO DE USUARIOS QUE MEJORARON SU PATRON DE MARCHA EN EL PERIODO	0	0	0	0	0	3	0	% DE IMPACTO DE REHABILITACION DE MARCHA ASISTIDA
						NUMERO DE USUARIOS FUNCIONALES Y SEMIFUNCIONALES VINCLADOS AL PROGRAMA	0	0	0	0	0	13	0	
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	23%	#¡DIV/0!	
						SEGUIMIENTO	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	EN EL PROGRAMA DE MARCHA ASISTIDA SE ENCUENTRAN 13 USUARIOS VINCULADOS, DE LOS CUALES SE TOMO UNA MUESTRA PILOTO CON 3 USUARIOS QUE EQUIBALEN AL 23% DE LA POBLACION INSCRITA; EVIDENCIANDO CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA, (DE LOS TRES USUARIOS SE LOGRO LA REHABILITACION TOTAL Y LOS DOS RESTANTES MEJORARON SU PATRON DE MARCHA CON AYUDA EXTERNA DE CAMINADOR)	N.A	

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE TERAPIA FISICA														
TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	GRAFICO DEL INDICADOR
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	
EFECTIVIDAD	MANTENER Y/O MEJORAR LA FUNCIONALIDAD DE LOS USUARIOS VINCULADOS EN EL PROGRAMA DE ACONDICIONAMIENTO FISICO	% DE FUNCIONALIDAD DE LOS USUARIOS VINCULADOS EN EL PORGRAMA DE ACONDICIONAMIENTO FISICO	25%	SEMESTRAL	GENERAR HABITOS DE COMPORTAMIENTO RESPECTO A LA ACTIVIDAD FISICA ESTIMULAR LA PARTICIPACION LOS ADULTOS MAYORES CON EL FIN DE MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA	NUMERO DE USUARIOS QUE MANTIENEN Y /O MEJORAN SUS HABILIDADES FUNCIONALES	0	0	0	0	0	15	0	% DE FUNCIONALIDAD DE LOS USUARIOS VINCULADOS EN EL PORGRAMA DE ACONDICIONAMIENTO FISICO
						NUMERO DE USUARIOS FUNCIONALES Y SEMIFUNCIONALES VINCULADOS AL PROGRAMA	0	0	0	0	0	30	0	
						CUMPLIMIENTO	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	50%	#DIV/0!	
						SEGUIMIENTO	N.A	N.A	N.A	N.A	N.A	EL 50% DE LOS USUARIOS FUNCIONALES Y SEMIFUNCIONALES VINCULADOS AL PROGRAMA DE ACONDICIONAMIENTO FISICO MANTUVIERON SU FUNCIONALIDAD.	N.A	
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	

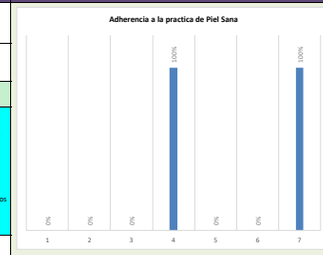
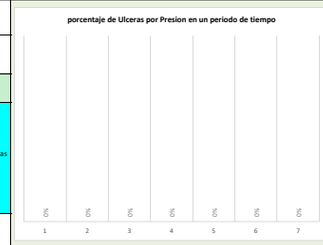
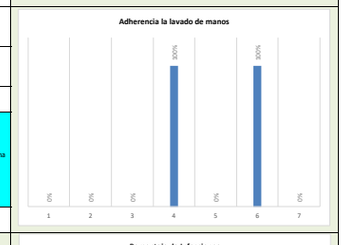
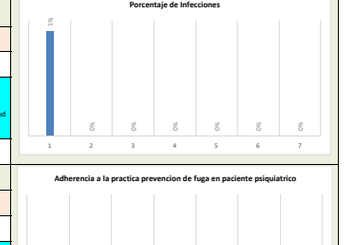
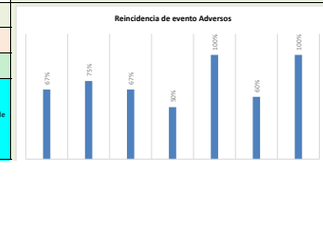
I.H.S. **INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA**	**CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO SAN JOSE DE FACATATIVA** **MATRIZ DE INDICADORES 2018**	**CODIGO:FT-GC-011** **VERSION:02**
PROCESO	**GESTION DE CALIDAD**	**FECHA: 27/01/2017**

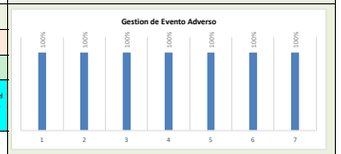
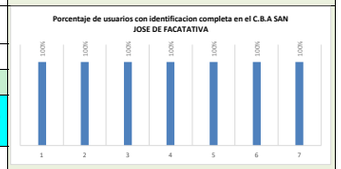
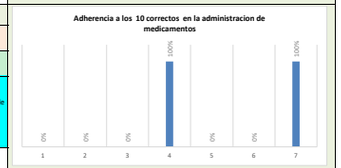
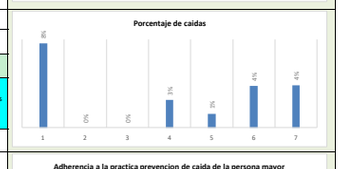
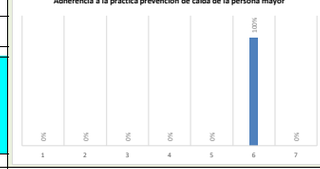
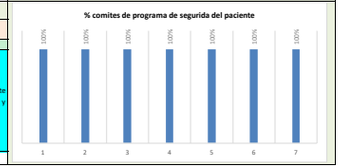
COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE REGENCIA DE FARMACIA

TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	GRAFICO DEL INDICADOR
Eficiencia	Garantizar a la Persona Mayor una mejor calidad de vida en cuanto a la oportunidad y eficiencia en el servicio farmaceutico	% de cumplimiento en la oportunidad y eficiencia en el servicio farmaceutico	90%	Mensual	Gestionar ante la EPS la entrega oportuna de medicamentos e insumos, llevar un control de existencias de medicamentos	Numero de formulas gestionadas para la entrega oportuna de medicamentos e insumos en el mes	108	93	80	128	127	137	160	
						Numero de formulas entridas por la EPS en el mes	120	97	84	135	130	139	160	
						CUMPLIMENTO	90%	96%	95%	95%	98%	99%	100%	
						SEGUIMIENTO	Se logró el 90% de existencias oportunas de medicamentos e insumos en el mes de enero. Se evidencia dificultas en la oportunidad de entregad emedicamentos por parte de la EPS	Se logró el 96% de existencias oportunas de medicamentos e insumos en el mes de Febrero. Se evidencia dificultas en la oportunidad de entregad emedicamentos por parte de la EPS	Se logro el 95%de existencias oportunas de medicamentos e insumos en el mes de Marzo. Se evidencia dificultad en la oportunidad de entrega de medicamentos por parte de la EPS -s Para el mes de marzo se recibio requerimiento por parte de la EPS CONVIDA en el cual solicitan base de datos de los usuarios por cambio de IPS distribuidora, por parte del C.B.A san jose se solicita cita con gerente de la EPS convia para unificar criterios de entrega de los medicamentos pendientes .	Se logro el 95%de existenciasoportunas de medicamentos e insumos en el mes de Abril. Para este mes se logra concretar con la gerente de la EPS la entrega oficial de los medicamentos pendiente y los actuales , logrando asi mejorar la oportunidad de entrega de los medicamentos por parte de la IPS ivamoki.	Se logro el 98%de existencias oportunas de medicamentos e insumos en el mes de Mayo. Aparte de este mes se logro que I.a(EPs) ivamoki) envie los medicamentos de las formulaciones radicadas directamente al centro , ya no hay necesidad de desplazarse a la IPS a reclamarlos.	para almes de junio Se logro cumplimiento en la entrega oportuna de los medicamentos en un 99%	Para el mes de Julio se logro el 100% de cumplimiento de la entrega oportuna de medicamentosypor parte del proveedor de la EPS ,teniendo encuenta la radicacion de formulas.	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
Eficacia	Garantizar a la Persona Mayor una mejor calidad de vida en cuanto a la oportunidad y eficiencia en el servicio farmaceutico	% de cumplimiento de reportes y Programa de seguridad del paciente.	100%	Mensual	Realizar reportes de errores durante la administración de medicamentos	Numero de reportes realizados en el mes	0	1	0	0	0	2	0	
						Numero de errores presentados durante la administracion de medicamentos en el mes	0	1	0	0	0	2	0	
						CUMPLIMENTO	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	
						SEGUIMIENTO	En el mes de enero no se evidenciaron errros en la administración de medicamentos	En el mes de febrero se cumplio con el reporte presentado en la administracion de medicamentos	En el mes de Marzo. no se evidenciaron errores en la administracion de medicamentos.	En el mes de Abril no se evidenciaron errores de en la administracion de medicamentos.	En el mes de Mayo no se evidenciaron errores de en la administracion de medicamentos.	En el mes de Junio se cumplio con el reporte presentado en la administracion de medicamentos relacionados con la no administración del medicamento en la hora establecida.	En el mes de Julio no se evidenciaron errores de en la administracion de medicamentos.	
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	
Eficacia	Garantizar a la Persona Mayor una mejor calidad de vida en cuanto a la oportunidad y eficiencia en el servicio farmaceutico	% medicamentos vencidos	10%	Mensual	Seguimiento y control de existencia y de vencimientos de medicamentos	numero de medicamentosus proximos a vencer en el mes	7	10	10	7	9	10	13	
						total de medicamentos almacenados en stoc	107	111	108	134	104	102	135	
						CUMPLIMENTO	7%	9%	9%	5%	9%	10%	10%	
						SEGUIMIENTO	De un total de 107 medicamentos en inventario se identificaron 7 prexistos a vencer y se les realizo la respectiva sensibotizacion y distribucion en sur primeros en salir del area	De un total de 111 medicamentos en inventario se identificaron 10 prexistos a vencer y se les realizo la respectiva sensibotizacion	De un total de 108 medicamentos en inventario se identificaron 10 prexistos a vencer y se les realizo la respectiva sensibotizacion	De un total de 134 medicamentos en inventario se identificaron 7 prexistos a vencer y se les realizo la respectiva sensibotizacion.	De un total de 104 medicamentos en inventario se identificaron 9 prexistos a vencer y se les realizo la respectiva sensibotizacion.	De un total de 102 medicamentos en inventario se identificaron10 prexistos a vencer y se les realizo la respectiva sensibotizacion.	De un total de 135 medicamentos en inventario se identificaron 13 prexistos a vencer realizando su respectiva sensibotizacion,acta de salida,contenido tambien presente el traslado temporal de usuarios para diferentes centros y alos vse ingresos temporales del hogar de Fontibon.	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
Eficacia	Garantizar a la Persona Mayor una mejor calidad de vida en cuanto a la oportunidad y eficiencia en el servicio farmaceutico	% de cumplimiento de inventario de medicamentos de control especial	100%	Mensual	Realizar conteo de los medicamentos de control especial, digitar en medio magnetico y fisico para tener las existencias al dia	Numero de medicamentos contados en el mes	4	4	4	4	4	4	4	
						Numero de medicamentos de la existencias actual	4	4	4	4	4	4	4	
						CUMPLIMENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	Cumplimiento en la existencia de medicamentos de control especial durante el mes de enero	Cumplimiento en la existencia de medicamentos de control especial durante el mes de Febrero	Cumplimiento en la existencia de medicamentos de control especial durante el mes de Marzo.	Cumplimiento en la existencia de medicamentos de control especial durante el mes de Abril.	Cumplimiento en la existencia de medicamentos de control especial durante el mes de Mayo.	Cumplimiento en la existencia de medicamentos de control especial durante el mes de Junio	Cumplimiento en la existencia de medicamentos de control especial durante el mes de Julio.	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
Eficacia	Garantizar a la Persona Mayor una mejor calidad de vida en cuanto a la oportunidad y eficiencia en el servicio farmaceutico	% de cumplimiento a reuniones	100%	Mensual	Establecer cronograma, asistir a reuniones programadas	Numero de reuniones y cometes asistidos	4	4	4	4	4	4	4	
						Numero de reuniones programadas	4	4	4	4	4	4	4	
						CUMPLIMENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	Se evidencia asistencia a reuniones programadas	Se evidencia asistencia reuniones programadas	Se evidencia asistencia de reuniones programadas.	Se evidencia asistencia de reuniones programadas.	Se evidencia asistencia de reuniones programadas.	Se evidencia asistencia de reuniones programadas.	Se evidencia asistencia de reuniones programadas.	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
Eficacia	Garantizar a la Persona Mayor una mejor calidad de vida en cuanto a la oportunidad y eficiencia en el servicio farmaceutico	% de cumplimiento en la elaboración de informes	100%	Mensual	Realizar informe de manera clara y concreta segùn el requerimiento	Numero de informes elaborados	2	3	4	3	4	4	5	
						Numero de informes requeridos	2	3	4	3	4	4	5	
						CUMPLIMENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	Se evidencia cumplimiento en la elaboración de informes de ley al fon nacional de estupefacientes y a la Beneficencia de Cundinamarca	Se evidencia cumplimiento en la elaboración de informes de ley enviados al fondo nacional de estupefacientes, lovirna y a la Beneficencia de Cundinamarca	Se evidencia cumplimiento en la elaboracion de informes de ley enviados al fondo nacional de estupefacientes lovirna ,metovigilancia y a la beneficencia..	Se evidencia cumplimiento en la elaboracion de informes de ley enviados al Fondo Nacional de estupefacientes,Farmacovigilancia,lovirna y a la Beneficencia.	Se evidencia cumplimiento en la elaboracion de informes de ley enviados al Fondo Nacional de estupefacientes,Farmacovigilancia, lovirna ,lmsanqui-Convida y a la Beneficencia.	Se evidencia cumplimiento en la elaboracion de informes de ley enviados al Fondo Nacional de estupefacientes,Farmacovigilancia, lovirna , y a la Beneficencia.	Se evidencia cumplimiento en la elaboracion de informes de ley enviados al Fondo Nacional de estupefacientes,Farmacovigilancia,lovirna , y a la Beneficencia.	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	

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

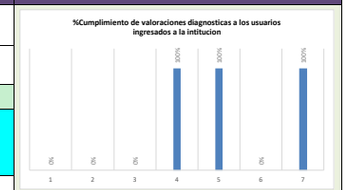
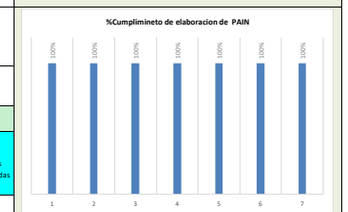
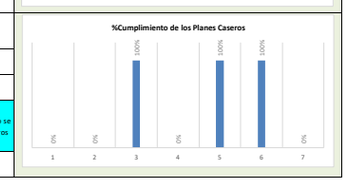
COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	GRAFICO DEL INDICADOR
EFICACIA	Asegurar la implementacion de procesos de atencion en salud seguros con la participacion activa de los empleados,personas mayores y sus familias a traves de la implementacion y evaluacion de las practicas seguras desde la prevencion y gestion del riesgo	Adherencia a la practica de Piel Sana	100%	TRIMESTRAL	Aplicación de listas de chequeo al paquete de piel sana al 10% de la poblacion	Numero de criterios evaluados con cumplimiento	0	0	0	5	0	0	5	
						Total criterios evaluados	0	0	0	5	0	0	5	
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	
						SEGUIMIENTO	para el mes de enero se realiza cronograma para establecer las fechas de aplicación de la lista	Se cuenta con cronograma para la aplicación de la lista de chequeo	Se cuenta con cronograma para la aplicación de la lista de chequeo	para el mes de abril se aplico la lista de chequeo para evidenciar el cumplimiento de las actividades del personal de enfermeria para minmizar la aparicion de ulceras por presion y garantizar asi que los usuarios manengan una piel sana, evidenciando un cmplimineto del 100% y reflejado en la no aparicion de ulceras o zonas de presion en los usuarios institucionalizados y que se encuentran clasificados con riesgo de UPP	Se cuenta con cronograma para la aplicación de la lista de chequeo	se cuenta con cronograma para la aplicación de la lista de chequeo	para el mes de Julio se aplico la lista de chequeo para evidenciar el cumplimiento de las actividades del personal de enfermeria para minmizar la aparicion de ulceras por presion y garantizar asi que los usuarios manengan una piel sana, evidenciando un cumplimineto del 100% y reflejado en la NO aparicion de ulceras o zonas de presion en los usuarios institucionalizados y que se encuentran clasificados con riesgo de UPP	
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	
EFICACIA		porcentaje de Ulceras por Presion en un periodo de tiempo	<2	TRIMESTRAL	Supervision diaria de pacientes sistema de reporte de eventos adversos	Numero de ulceras por presion nuevas	0	0	0	0	0	0	0	
						No de pacientes institucionalizados en el periodo	79	79	79	80	79	78	78	
						CUMPLIMIENTO	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	
						SEGUIMIENTO	Durante el mes de Enero no se presnto Ulceras po Presion	Durante el mes defebrero no se presento Ulceras por Presion	Durante el mes de Marzo no se presento Ulceras por Presion	Durante el mes de Abril no se presento ulceras por presion	Durante el mes de Mayo no se presento ulceras por presion	Durante el mes de Junio no se presento ulceras por presion	Durante el mes de Julio no se presento ulceras por presion	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	SI REQUIERE	SI REQUIERE	SI REQUIERE	
EFICACIA		Adherencia la lavado de manos	100%	TRIMESTRAL	Aplicación de listas de chequeo durante durante la realizacion del lavado de manos antes y durante	Numero de listas de chequeo ejecutadas	0	0	0	1	0	1	0	
						No de listas de chequeo programadas	0	0	0	1	0	1	0	
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	
						SEGUIMIENTO	Se cuenta con cronograma establecido para la aplicacionn de las listas de chequeo	Se cuenta con cronograma para la medicion de la adherencia al lavadode manos	Se cuenta con cronograma para la aplicación de la lista de chequeo	se evidencia cumplimiento de la aplicación de la lista de chequeo programada por cronograma	Se cuenta con cronograma para la aplicación de la lista de chequeo	se realizo medicion de adherencia por medio de lista de chequeo	no se encuentra prograamdo por cronograma para el mes de julio.	
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	
EFICACIA		Porcentaje de Infecciones	<2	MENSUAL	Busqueda activa con ronda de seguridad y verificacion de historias clínicas y reporte de eventos	No de usuarios con IACS en el mes	1	0	0	0	0	0	0	
						Total de usuarios institucionalizados	79	79	0	0	0	0	0	
						CUMPLIMIENTO	1%	0%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
						SEGUIMIENTO	En el mes de enero se presneto una infeccion asociada al cuidado de la salud extrainstitucional	Para el mes de febrero no se presneto infecciones asociadas al cuidado de la salud	para el mes de Marzo no se presento IACS	para el mes de Abril no se presento IACS	para este mes no se presento infecciones asociadas a la atencion en salud	para el mes de Junio no se presento Infecciones Asociadas a la atencion en salud	para el mes de Julio no se presento Infecciones Asociadas a la atencion en salud	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
EFICACIA		Adherencia a la practica prevencion de fuga en paciente psiquiatrico	100%	TRIMESTRAL	Aplicación de listas de chequeo prevencion Fuga	Numero de criterios evaluados en cumplimiento	0	0	0	0	0	0	0	
						total de criterios evaluados	0	0	0	0	0	0	0	
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
						SEGUIMIENTO	Se cuenta con cronograma para la aplicacion de la lista de chequeo	Se cuenta con cronograma para la aplicacion de la lista de chequeo	Se cuenta con cronograma para la aplicación de la lista de chequeo	Se cuenta con cronograma para la aplicación de la lista de chequeo	Se cuenta con cronograma para la aplicación de la lista de chequeo	Se cuenta con cronograma para la aplicación de la lista de chequeo	Para el mes de julio no se encuentra programa la aplicación de la lista de chequeo.	
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
EFICACIA	Identificar la clase de evento reincidente con el fin de establecer acciones de mejora que minimicen su ocurrencia	Reincidencia de evento Adversos	<20%	MENSUAL	ejecutar cronograma de rondas de enfermeria, seguridad	Numero de eventos adversos reincidentes	6	3	2	2	1	3	3	
						Total de eventos adversos presentados en el periodo	9	4	3	4	1	5	3	
						CUMPLIMIENTO	67%	75%	67%	50%	100%	60%	100%	
						SEGUIMIENTO	para el mes de enero se evidencia una reincidencia del 67% donde el evento mas relevantes es la Caida (relacionados con las caracteristicas propias de la edad y patologias de base de los usuarios)	para el mes de febrero se presento un total de 4 eventos adversos de los cuales 3 fueron eventos reincidentes refacionados con la administracion de medicamentos	para el mes de Marzo se presento un total de 3 eventos de los cuales 2 fueron reincidentes (caida)	se evidencia para el mes Abril total eventos presnetados 4 de los cuales 2 eventos de caida son reincidentes	Para el mes de mayo solo se presneto 1incidente	para el mes de Junio se presento 5 eventos de los cuales 3 eventos son reincidentes	Para el mes de Julio se presento 3 eventos de reincidencia en caida.	

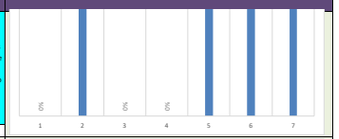
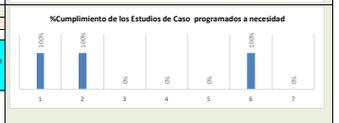
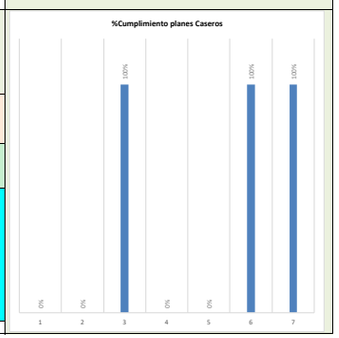
COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE														
TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	GRAFICO DEL INDICADOR
						PLAN DE MEJORA	SI REQUIERE	SI REQUIERE	SI REQUIERE	SI REQUIERE	NO REQUIERE	SI REQUIERE	NO REQUIERE	
EFICACIA	Asegurar la implementacion de procesos de atencion en salud seguros con la participacion activa de los empleados,personas mayores y sus familias a traves de la implementacion y evaluacion de las practicas seguras desde la prevencion y gestion del riesgo	Gestion de Evento Adverso	100%	MENSUAL	Matriz de datos de reporte eventos adversos, analisis y planes de mejora	Numero de eventos adversos gestionados	9	4	3	4	1	5	3	
						Total de eventos adversos reportados	9	4	3	4	1	5	3	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	Se evidencia el cumplimiento frente al analisis de los Eventos Adversos	Se evidencia el cumplimiento del 100% de la meta establecida	se evidencia el cumplimiento del 100% de la meta establecida	se evidencia el cumplimiento del 100% de la meta establecida	se evidencia el cumplimiento del 100% de la meta establecida	se evidencia cumplimiento relacionado con el reporte de forma oportuna y la gestion de los eventos adversos	se evidencia cumplimiento relacionado conel reporte de forma oportuna y la gestion de los eventos adversos	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
EFICACIA	Asegurar la implementacion de procesos de atencion en salud seguros con la participacion activa de los empleados,personas mayores y sus familias a traves de la implementacion y evaluacion de las practicas seguras desde la prevencion y gestion del riesgo	Porcentaje de usuarios con identificacion completa en el C.B.A SAN JOSE DE FACATATIVA	100%	SEMESTRAL	Mediante la aplicación de listas de chequeo de adherencia o verificacion en las manillas y tableros.	No de usuarios con identificacion completa en el C.B.A	79	79	79	80	79	78	78	
						Total de usuarios institucionalizados	79	79	79	80	79	78	78	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	Se evidencia cumplimiento del 100% en la identificacion de los usuarios	Se evidencia el cumplimiento del 100% de la meta establecida	se evidencia el cumplimiento del 100% de la meta establecida	se evidencia el cumplimiento del 100% de la meta establecida	se evidencia el cumplimiento del 100% de la meta establecida	se evidencia el cumplimiento del 100% de la meta establecida	se evidencia el cumplimiento del 100% de la meta establecida	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
EFICACIA	Asegurar la implementacion de procesos de atencion en salud seguros con la participacion activa de los empleados,personas mayores y sus familias a traves de la implementacion y evaluacion de las practicas seguras desde la prevencion y gestion del riesgo	Error en la administracion de medicamentos	2%	MENSUAL	Aplicación de listas de chequeo durante la administracion de medicamentos con el fin de evidenciar los posibles errores durante la administracion ,revision de historias y reporte de eventos	No de usuarios con errores en la administracion de medicamentos	0	3	0	0	0	1	0	
						No de usuarios institucionalizados con tratamiento farmacologico	79	79	79	0	0	78	78	
						CUMPLIMIENTO	0%	4%	0%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	1%	0%	
						SEGUIMIENTO	duarante el mes de Enero no se presento eventos relacionados con la administracion de medicamentos	Durante EL mes de Febrero se presento 3 incidentes relacionados con la administracion de medicamentos que no aocasionaron daño al paciente pero que requiere plan de mejora	No se presento eventos relacionados con la administracion de medicamentos	No se presento eventos relacionados con la administracion de medicamentos	No se presento eventos relacionados con la administracion de medicamentos	para el mes de junio se presento 1 incidente de atencion relacionado con la administracion de medicamentos	No se presento eventos relacionados con la administracion de medicamentos	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	SI REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	SI REQUIERE	
EFICACIA	Asegurar la implementacion de procesos de atencion en salud seguros con la participacion activa de los empleados,personas mayores y sus familias a traves de la implementacion y evaluacion de las practicas seguras desde la prevencion y gestion del riesgo	Adherencia a los 10 correctos en la administracion de medicamentos	100%	TRIMESTRAL	Verificacion durante la aplicación de listas de chequeo en las rondas de seguridad de administracion de medicamentos	No de listas de chequeo ejecutadas	0	0	0	1	0	0	1	
						No de listas de chequeo programadas	0	0	0	1	0	0	1	
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	
						SEGUIMIENTO	Par el mes de enero no se realizo aplicación de lista de chequeo según lo establecido en el cronograma.	Se cuenta con cronograma de medicion de adherencia a la lista de chequeo durante la administracion de medicamentos	se encuentra programado por cronograma la medicion de adherencia	se evidencia cumplimiento de la aplicación de la lista de chequeo programada por cronograma	se encuentra programado por cronograma la medicion de adherencia	se encuentra porgramado por cronograma	se evidencia cumplimiento de la aplicación de la lista de chequeo programada por cronograma	
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	
EFICACIA	Asegurar la implementacion de procesos de atencion en salud seguros con la participacion activa de los empleados,personas mayores y sus familias a traves de la implementacion y evaluacion de las practicas seguras desde la prevencion y gestion del riesgo	Porcentaje de caidas	25%	MENSUAL	Supervision diaria de las personas mayores, verificacion por medio del sistema de reporte de eventos adversos	Numero de caidas de usuarios reportadas	6	0	0	2	1	3	3	
						Numero de usuarios institucionalizados en el periodo	79	79	79	79	79	79	78	
						CUMPLIMIENTO	8%	0%	0%	3%	1%	4%	4%	
						SEGUIMIENTO	En el mes de Enero se presento 6 caidas las cuales fueron analizadas en el comité de Paciente Seguro	para el mes de febrero no se presento eventos relacionado con caidas	Parael mes de Marzo no se presento eventos relacionados con caidas	Para el mes de Abril se presento 2caidas	Para le mes de Mayo se reporto 1 Caida	Para el mes de Junio se reporto 1 caida	'Para el mes de Julio se presento tres eventos relacionados con caidas.	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
EFICACIA	Asegurar la implementacion de procesos de atencion en salud seguros con la participacion activa de los empleados,personas mayores y sus familias a traves de la implementacion y evaluacion de las practicas seguras desde la prevencion y gestion del riesgo	Adherencia a la practica prevencion de caida de la persona mayor	100%	TRIMESTRAL	Aplicación lista de chequeo al paquete de prevencion de caida	NUMERO DE ITEMS QUE CUMPREN DE LA LISTA DE CHEQUEO	0	0	0	0	0	135	0	
						TOTAL DE ITEMS EVALUADOS	0	0	0	0	0	135	0	
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	
						SEGUIMIENTO	Se cuenta con cronograma de medicion de adherencia del paquete instruccional de prevencion de caidas	S e cuenta establecido la medicion de la adherencia por cronograma	Se cuenta con cronograma para la aplicación de la lista de chequeo	Se cuenta con cronograma para la aplicación de la lista de chequeo	Se cuenta con cronograma para la aplicación de la lista de chequeo	para le mes de Junio se realizio medicion de adherencia por medio de listas de chequeo al paquete de prevencion de caidas evidenciando cumplimiento al 100%	Para el mes de Julio no se encuentra programada la aplicación de la lista de chequeo.	
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	
EFICACIA	Liderar comité del programa de seguridad del paciente	% comites de programa de segurida del paciente	100%	MENSUAL	Por medio de un cronograma de asitencia al comité de programa de seguridad del paciente	Numero de comites realizados	1	1	1	1	1	1	1	
						Numero de comites programados	1	1	1	1	1	1	1	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	Se evidencia cumplimiento de los comites programados	se evidencia el cumplimiento de las actividades programadas	se evidencia el cumplimiento del 100% de la meta establecida	se evidencia el cumplimiento del 100% de la meta establecida	se evidencia el cumplimiento del 100% de la meta establecida	se evidencia cumplimiento de la actividad programada	para le mes de julio se dio cumplimiento al comité de programa de seguridad del paciente según cronograma donde se realizo analisis y planes de mejora de los eventos adversos presentados.	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	

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

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE ENFERMERIA

TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	GRAFICO DEL INDICADOR
EFICACIA	Realizar Valoracion diagnsotica a los usuarios que ingresan a la institucion	%Cumplimiento de valoraciones diagnosticas a los usuarios ingresados a la intitucion	100%	AL INGRESO DEL USUARIO AL CENTRO	Elaborar cronograma de valoraciones a usuarios que ingresan para poder llevar control para valoraciones anuales	NUMERO DE VALORACIONES DE INGRESO REALIZADAS EN PERIODO	0	0	0	2	1	0	35	
						NUMERO DE PERSONAS MAYORES QUE INGRESAN EN EL PERIODO	0	0	0	2	1	0	35	
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	100%	#¡DIV/0!	100%	
						SEGUIMIENTO	para el mes de Enero no se presento ingresos	Para el mes de Febrero no se presneto ingresos	Para el mes de Marzo no se presento ingresos	Ingreso Dolores Maicero Luis Triviño	Ingreso de la adulta mayor Rosario Diaz	para el mes de Junio no se realizaron ingresos	para el mes de julio ingreason 35 adultas mayores provisional	
						PLAN DE MEJORA	¡¡DIV/0!	¡¡DIV/0!	¡¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	¡¡DIV/0!	NO REQUIERE	
EFICACIA	Realizar evolucion trimestral al total de la poblacion con el fin de evaluar la trancicion de su patologia	%Cumplimineto de Evoluciones Trimestrales	100%	TRIMESTRAL	Dividir el numero de evoluciones en le trimestre con el fin de que concuerde el trimestre con la ultima evolucion realizada y dejarlos descritos en la agenda del consultorio	No de usuarios Evolucionados	2	2	60	23	25	21	19	
						Total de usuarios asignados por agenda en el mes	2	2	60	23	25	21	19	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	Se evidencia el cumplimiento de las actividades	se evidencia cumplimiento del 100%	se evidencia el cumplimiento de la meta establecida	Se evidencia el cumplimiento de acuerdo al cronograma establecido	Se evidencia el cumplimiento de acuerdo al cronograma establecido	Se evidencia cumplimiento de acuerdo al cronograma establecido	Se evidencia cumplimiento de acuerdo al cronograma establecido	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
EFICACIA	Participar en la elaboracion y seguimientos del PAIN a usuarios	%Cumplimineto de elaboracion de PAIN	100%	MENSUALMENTE	Dar cumplimiento al cronograma del Area de trabajo Social,realizando mensualmente los programados por area	No de PAIN realizados	10	9	12	9	6	8	10	
						No total programados x 100	10	9	12	9	6	8	10	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	Se evidencia el cumplimiento de las actividades	se evidencia cumplimiento del 100%	Se evidencia cumplimiento del 100% de las actividades	Se videncia cumplimiento de la elaboracion de los PAIN	Se evidencia cumplimiento en las actividades programadas	Se evidencia cumplimiento de las actividades programadas	Se evidencia cumplimiento de las actividades programadas	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
EFICACIA	Establecer las recomendaciones para el manejo y continuidad de los tratamientos farmacologicos y cuidados pertinentes de las personas mayores que salen al medio familiar o con redes sociales	%Cumplimiento de los Planes Caseros	100%	A NECESIDAD	Cuando la familia solicite el plan casero darle el tramite correspondiente de forma oportuna con las recomedaciones	total de planes caseros realizados en el mes	0	0	3	0	1	1	0	
						Total de usuarios que salen al medio familiar en el mes	0	0	3	0	1	1	0	
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	100%	100%	#¡DIV/0!	
						SEGUIMIENTO	Para el mes de Enero no se presento planes caseros	Para el mes de Febrero no se presento planes caseros	En el mes de marzo se realizaron 4 salidas. 3 a medio familiar (Rosa Jimenez Isabel Camargo -Ignacia Hernandez) y 1 a otro centro (Alvaro Bobadilla)	Para el mes de Abril no se realizo planes caseros	Para el mes de MAYO sale el adulto mayor Alejandro Bernal a plan casero	Plan casero adulto mayor Crisanto Herrera	para el mes de julio no se presento planes caseros	
						PLAN DE MEJORA	¡¡DIV/0!	¡¡DIV/0!	NO REQUIERE	¡¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	¡¡DIV/0!	

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE ENFERMERIA														
TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	GRAFICO DEL INDICADOR
EFICACIA	Diligenciar el cierre de historias clinicas(egresos por fallecimiento,traslado o reintegro familiar),según requerimiento	%Cumplimiento de cierres de historias clinicas	100%	MENSUALMENTE	Realizar el cierre de historia Clinica en los formatos del area de enfermeria correspondientes	No de Historias Clinicas cerradas	1	0	1	1	1	1	33	%Cumplimiento de cierres de historias clinicas
						Total de usuarios que egresan de la institucion en el mes	1	0	1	1	1	1	33	
						CUMPLIMIENTO	100%	#DIV/0!	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	para el mes de Enero se realizo un cierre de historia clinica por fallecimiento	para el mes de Febrero no se presneto cierre de Historias Clinicas	Para el mes de Marzo se realizo cierre de historia clinica por fallecimiento del adulto Laurentino Camargo el dia 27-03-2018	Para el mes de Abril se realzia cierre de historia clinica de la persona mayor Maria Ana Cifuentes	Para el mes de Mayo se realizo cierre de historia clinica de la adulta mayor Oliva Castro	en le mes de Junio se realizo cierre de historia clinica del usuario Jose Torres	para el mes de julio egresaron 32 personas a diferentes Centros. Y 1 Usuario fallecio Nicolas zzzz	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
EFICACIA	Fortalecer deberes y derecho dando cumplimiento al Manula de Convivencia a traves de las jornadas de mantenimiento de lokers	%Cumplimineto en la programacion de mantenimiento de lokers	100%	CADA 2 MESES	Ejecutar esta actividad de acuerdo al cronograma institucional	No de jornadas de mantenimiento realizadas	0	1	0	1	0	0	0	%Cumplimineto en la programacioin de mantenimiento de lokers
						No de jornadas de mantenimiento programadas	0	1	0	1	0	0	0	
						CUMPLIMIENTO	#DIV/0!	100%	#DIV/0!	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	
						SEGUIMIENTO	Por cronograma no se encuentra programado esta actividad para este mes	se observa cumplimiento del 100% de las actividades programadas	Para el mes de Marzo por cronograma no se encuentra programado	se observa cumplimiento del 100% de las actividad programada	Para el mes de Mayo por cronograma no se encuentra programado	para el mes de Junio no se encuentra progaamado por cronograma	Para el mes de julio por cronograma no se encuentra programado	
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
EFICACIA	Participar en las reuniones programadas de Familia como estrategia de intervencion familiar	%Cumplimiento en las reuniones de familia programadas	100%	CADA 2 MESES	Ejecutar esta actividad de acuerdo a cronograma institucional	No de reuniones asistidas con familia	0	1	0	1	0	1	0	%Cumplimiento en las reuniones de familia programadas
						Total reuniones de familia programadas x 100	0	1	0	1	0	1	0	
						CUMPLIMIENTO	#DIV/0!	100%	#DIV/0!	100%	#DIV/0!	100%	#DIV/0!	
						SEGUIMIENTO	De acuerdo a cronograma se encuentra porgramado de forma bimensual.	Se evidencia cumplimiento del 100%	de acuerdo al cronograma no se encuentra porogramado para este mes.	Se evidencia cumplimiento del 100%	de acuerdo al cronograma no se encuentra porogramado para este mes.	Se realizo Celebracion dia de la familia	Para el mes de Julio no se encuentra programado por cronograma .	
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	
EFICACIA	Establecer y realizar capacitaciones al personal de enfermeria que complementen la idoneidad del personal para la prestacion de servicios de calidad	%Cumplimiento en la asistencia a las capacitaciones continuas y permanentes programadas por cronograma	100%	MENSUALMENTE	Establecer cronograma y metodologia de la capacitacion mensual	No de capacitaciones y/o talleres realizados al personal auxiliar de enfermeria en el mes	0	4	1	6	4	4	3	%Cumplimiento en la asistencia a las capacitaciones continuas y permanentes programadas por cronograma
						Total de capacitaciones programadas en el mes	0	4	1	6	4	4	3	
						CUMPLIMIENTO	#DIV/0!	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	Se cuenta con cronograma de capaictacion continua por el area de enfermeria a partir del mes de Febrero	Se evidecia cumplimineto de las actividades asignadas	Se evidencia cumplimiento del 100% de las actividades	Se evidencia cumplimiento del 100% de las Capacitaciones de acuerdo a cronograma del Area	Se evidencia cumplimiento del 100% de las actividades	Se evidencia cumplimiento de las actividades programadas	Se evidencia cumplimiento de las actividades programadas	
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
EFICACIA	Elaborar y apoyar la entrega oportuna de losi nformes solicitados por Beneficencia de Cundinamarca	%Cumplimineto en la entrega oportuna de los Informes solicitados	100%	MENSUALMENTE	De acuerdo al requerimientos dar respuesta dentro de los terminos solicitados	No de Informes realizados	2	1	1	1	1	3	1	%Cumplimineto en la entrega oportuna de los Informes solicitados
						Total de Informes solicitados x 100	2	1	1	1	1	3	1	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	Se videncia cumplimiento de las actividades asignadas	Se evidencia cumplimiento de las actividades asignadas	Se evidencia cumplimiento del 100% de las actividades	Se evidencia cumplimiento del 100% de las actividades	Se evidencia cumplimiento del 100% de las actividades	se realizo informe del programa de seguridad del paciente y matriz de indicadores perfil epidemiologico	Para el mes de Julio se realiza informe de matriz de indicadores.	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
EFICACIA	Participar activamente en las reuniones,comites de equipo de obligatorio cumplimineto	%Cumplimiento en la participacion del Comité y reuniones de equipo	100%	MENSUALMENTE	Asistiendo a Reuniones programadas por cronograma de Coordinacion y a nivel Institucional	No de Comites y reuniones de equipo asistidas	4	5	5	5	6	4	6	%Cumplimiento en la participacion del Comité y reuniones de equipo
						Total comites y reuniones de equipo programadas x 100	4	5	5	5	6	4	6	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	Se evidencia cumplimiento de las actiividades asignadas	Se evidencia cumplimiento de las actividades asignadas	Se evidencia cumplimiento del 100% de las actividades	Se evidencia cumplimiento del 100% de las actividades	Se evidencia cumplimiento del 100% de las actividades	Se evidencia cumplimiento de las actividades programadas	Se evidencia cumplimiento de las actividades programadas	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
EFICACIA	Participar activamente en las actividades cultural,religiosas,interrinstituionales e intersectorial,según requerimiento o cronograma	% de Cumplimiento en las reuniones de carácter cultural,religiosas y/o en fechas especiales	100%	MENSUALMENTE	Cumpliendo con las tareas asignadas para la realizacion de las celebraciones y actividades propuestas	No de Celebraciones y /o actividades asistidas	0	2	4	1	3	2	1	% de Cumplimiento en las reuniones de carácter cultural,religiosas y/o en fechas especiales
						% Total Celebraciones y/o actividades programadas x 100	0	2	4	1	3	2	1	
						CUMPLIMIENTO	#DIV/0!	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	No se encuentra actividades programadas para este mes	Se evidencia cumplimiento de las actividades programadas	para el mes de Marzo se evidencia cumplimiento en las actividades programadas Dia San Jose-Retiro Espiritual-Dia de la mujer-Dia del hombre	Se evidencia cumplimiento de las actividades programadas (Hora Santa)	Se evidencia cumplimiento de las actividades programadas (Hora Santa,celebracion virgen de fatima,celebracion cumpleaños,)	se evidencia cumplimiento a las actividades programadas hora santa,Celebracion dia de la familia	se evidencia cumplimiento de las actividades programadas	
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
EFICACIA	Mantener actualizados los documentos del area de Enfermeria con el fin de garantizar una herramienta de consulta idonea para el personal y la prestacion del servicio.	Protocolos de Enfermeria Actualizados	100%	A NECESIDAD	Realizar actualiziaciones de los documentos del area de enfermeria que lo requieran ya sea por Normatividad y/o por necesidad del servicio.	No de protocolos de enfermeria actualizados en el mes	0	0	0	0	0	1	0	Protocolos de Enfermeria Actualizados
						No de protocolos que requieran actualizacion en el mes	0	0	0	0	0	1	0	
						CUMPLIMIENTO	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	100%	#DIV/0!	
						SEGUIMIENTO	No se encuentra programado actualizacion para este mes	No requirio actualizacion para este mes	No requirio actualizacion	No requirio actualizacion	No requirio actualizacion	SE ACTUALIZA PROTOCOLO DE TRASLADO A URGENCIAS	No requirio actualizacion	
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	
						No de listas de chequeo ejecutadas en el mes	0	1	0	0	2	4	3	Porcentaje de cumplimiento de losRegistros de Enfermeria
						Total de listas de chequeo programas por cronograma	0	1	0	0	2	4	3	
						CUMPLIMIENTO	#DIV/0!	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	100%	100%	100%	

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE ENFERMERIA														
TIPO	**OBJETIVO**	**NOMBRE DEL INDICADOR**	**META**	**FREC**	**ESTRATEGIA**	**FORMULA DEL INDICADOR**	**ENE.**	**FEB.**	**MAR.**	**ABR.**	**MAY.**	**JUN.**	**JUL.**	**GRAFICO DEL INDICADOR**
EFICACIA	Realizar seguimiento al adecuado diligenciamiento de los registros de enfermeria con el fin de garantizar un adecuado manejo e implementacion de klas recomendaciones medicas	Porcentaje de cumplimiento de los Registros de Enfermeria	100%	MENSUALMENTE	Por medio de la aplicación de listas de chequeo establecidas en cronograma en los procesos de registros de Enfermeria,Citas Medicas	**SEGUIMIENTO**	Por cronograma no se encuentra programado esta actividad para este mes	Se evidencia cumplimiento de las actividades programadas	por cronograma no se encuentra programado para este mes	por cronograma no se encuentra programado para este mes	se evidencia el cumplimiento de las actividades programadas	se evidencia el cumplimiento de las actividades programadas	Para el mes de Julio se realizo medicion de adherencia de tres listas de chequeo, protocolo de administracion de medicamentos ,protocolo baño persona mayor , protocolo tendido de cama	
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
EFICACIA	Participar en los estudios de caso de usuarios a necesidad	%Cumplimiento de los Estudios de Caso programados a necesidad	100%	A NECESIDAD	Cordinar con los profesionales de las diferentes areas la realizacion de los estudios de caso que requieran	No de Estudios de Caso realizados en el mes	2	2	0	0	0	2	0	
						Total de Estudios de Casos Programados	2	2	0	0	0	2	0	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	100%	#DIV/0!	
						SEGUIMIENTO	Se evidencia cumplimiento de las actividades asignadas	Se evidencia cumplimiento de las actividades programadas	para este mes no se presento Estudios de Caso	para este mes no se presento Estudios de Caso	Para este mes no se presento estudios de caso	se realizo estudio de caso de los adultos mayores Berenice Rivera - Alejandro Bernal	Para el mes de Julio no se realizo estudios de caso.	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	
IMPACTO	Establecer las recomendaciones para el manejo y continuidad de los tratamientos farmacologicos y cuidados pertinentes de las personas mayores que salen a medio familiar	%Cumplimiento planes Caseros	100%	A NECESIDAD	Por medio del diligenciamiento del formato de plan casero se brindaran las recomendaciones a la el cual se debe verificar junto con el familiar al momneto de la salida la cantidad de medicamentos que se van a entregar para la administracion durante su estadia en el hogar ademas , se brinda informacion de la forma correcta de la administracion del tratameinto y las recomedaciones respecto a los cuidados en caso y signos de alarma	Numero de usuarios que salen a plan casero con recomendaciones por enfermeria			3		1	1	32	
						Total de usuarios que siguieron instrucciones		0	3		0	1	32	
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	100%	
						SEGUIMIENTO			para el mes de Marzo se presento 3 planes caseros de los adultos mayores Rosa Jimenez,Isabel Camargo,Ignasia beltran , en lo que se evidencio cumplimiento del 100% de las recomendaciones brindadas por la enfermera jefe durante su estadia en el medio familiar		para el mes de Mayo sale a plan casero Al instituto C.BA ARBELAEZ usuario que no cuenta con fecha programada de regreso ,para verificacion del seguimiento de las recomendacioens dadas por la enfermera jefe se ha realizdo llamada telefonica con el fin de recibir informacion y aclarar dudas	para el mes de Junio se evidencio cumplimiento del 100% de las recomendaciones brindadas a cerca de la administracion del tratamiento farmacologico y cuidados en casa a la familia por parte de la enfermera jefe	Para el mes de Julio 32 personas mayores salen provisionalmete a plan casero.	
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	NO REQUIERE	

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

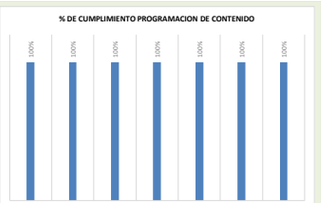
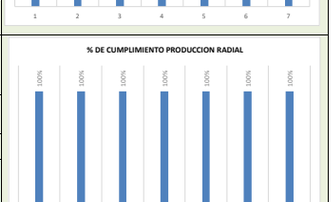
COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE GESTIÓN AMBIENTAL

TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	GRAFICO DEL INDICADOR
EFICACIA	Establecer las normas y acciones tendientes a garantizar la bioseguridad de los colaboradores, personas mayores y residentes del cba san jose que permitan fomentar el autocuidado de la salud en la comunidad institucional expuesta a factores de riesgo.	% CAPACITACIÓN	100%	semestral	realizar capacitaciones y socializaciones a todo el personal sobre el manual de bioseguridad teniendo en cuenta la normatividad vigente.	No de capacitaciones realizadas	1	1	1	0	1	0	1	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO ELOBRACION DE ACTAS DE INGRESO
						No. De capacitaciones programadas	1	1	1	0	1	0	1	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	100%	
						SEGUIMIENTO	se cumplió con las capacitaciones	se cumplio con las capacitaciones	Se cumplió con las capacitaciones	Para este mes no se programo capacitación.	se cumplió con las capacitaciones	para este mes no se programo capacitación	Se cumplió con las capacitaciones programadas	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	
EFICACIA	Garantizar la correcta prestación del servicio mediante la estandarización de procesos de limpieza y desinfección en las diferentes áreas, espacios , elementos y equipos de la institución.	SEGUIMIENTO	100%	mensual	por medio de la aplicación de listas de chequeo se realizará seguimiento a los protocolos de limpieza y desinfección en las áres del cba san josé, asi como a los elementos utilizados y su correcta aplicación.	items cumplidos	1	1	1	1	1	1	1	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA VALORACION DE INGRESO
						items evaluados	1	1	1	1	1	1	1	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	se cumplio con los items de cada lista de chequeo	se cumplio con los items de cada lista de chequeo	Se cumplió con las listas de chequeo	se cumplió con los items de cada lista de chequeo	se cumplió con los items de cada lista de chequeo	se cumplió con los items de cada lista de chequeo	se cumplió con los items de cada lista de chequeo	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
EFICACIA	formular, orientar, disponer y garantizar una gestión integral de los residuos hospitalarios y similares que se generen en el cba san jose con el fin de reducir los riesgos para la salud y el medio ambiente.	SEGUIMIENTO	100%	mensual	verificar el correcto diligenciamiento del formato rh1 y la adecuada disposición de los residuos en donde corresponde.	No. De formatos diligenciados correctamente	1	1	1	1	1	1	1	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA VALORACION PERIORICA DE LOS USUARIOS
						No. Total de formatos diligenciados	1	1	1	1	1	1	1	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	se cumplio con el diligenciamiento de los formatos	se cumplio con el diligenciamiento de los formatos	se cumplio con el diligenciamiento de los formatos	se cumplió con el diligenciamiento de los formatos	se cumplió con el diligenciamiento de los formatos	Se cumplió con el diligenciamiento de los formatos	se cumplió con el diligenciamiento de los formatos	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
EFICACIA	Diseñar y promover la adecuada gestión ambiental del cba san josé atraves de la consolidación de estrategias y mecanismos que minimicen y promuevan la cultura de la eficencia de los recursos naturales en el marco de la normatividad vigente.	CAPACITACIÓN	100%	semestral	realizar capacitaciones y socializaciones a todo el personal sobre la conciencia y cultura ambiental.	No. De capacitaciones realizadas	1	1	1	0	0	0	1	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA EVOLUCON DE LOS USUAIROS QUE LA REQUIERAN
						No. De capacitaciones programadas	1	1	1	0	0	0	1	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	
						SEGUIMIENTO	se cumplio con las capacitaciones programadas	se cumplio con las capacitaciones programadas	se cumplio con las capacitaciones propgramadas	Para este mes no se programo capacitación.	Para este mes no se programo capacitación.	para este mes no se programo capacitación	se cumplio con las capacitaciones programadas	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	
EFICACIA	Formular, orientar, disponer y garantizar una gestión integral de los residuos peligrosos y similares que se generen en el cba san jose con el fin de reducir los riesgos para la salud y el medio ambiente.	SEGUIMIENTO	100%	mensual	Verificar la correcta disposición y clasificación de los residuos tanto en las canecas como el shut destinado para ellos.	No. De residuos generados	1	1	1	1	1	1	1	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO SEGÚN NECESIDAD
						No. De residuos totales	1	1	1	1	1	1	1	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	se cumplio con la clasificacion de los residuos	se cumplio con la clasificacion de los residuos	se cumplio con la calsificacion de los residuos	se cumplió con la clasificación de los residuos	se cumplió con la clasificación de los residuos	se cumplió con la clasificación de los residuos	se cumplió com la clasificación de los residuos	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
EFICACIA	Diseñar, desarrollar y garantizar la ejecución de los programas de saneamiento básico establecido en el documento con el fin de prevenir, corregir y monitorear las interraciones, acciones y procesos de servicios.	SEGUIMIENTO	100%	semanal	Revisar por medio de las listas de chequeo cada uno de los programas que integran el plan de saneamiento básico se esten cumpliendo.	item cumplidos	1	1	1	1	1	1	1	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA ELABORACION DE PAIIN
						items evaluados	1	1	1	1	1	1	1	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	se cumplio con los items de cada lista de chequeo	se cumplio con los items de cada lista de chequeo	se cumplio con los items de cada lista chqueo	se cumplió con cada uno de los items de cada lista de chequeo	se cumplió con cada uno de los items de cada lista de chequeo	se cumplió con cada uno de los items de cada lista de chequeo	se cumplió con cada uno de los items de cada lista de chequeo	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
EFICACIA	Promover la gestión ambiental de la institución atraves de programas de tecnologias limpias que busquen promover la sustentabilidad y sostenibilidad de proyectos ecologicos encaminados a cuidar el medio ambiente.	PORCENTAJE DE MATRERIAL RECICLADO	100%	diario	reciclar los residuos generando una conciencia ambiental dentro de la institución.	No. De gramos vendidos	1	1	1	1	1	1	1	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN EL CIERRE DE HISTORIAS CLINICAS
						No. De gramos vendidos	1	1	1	1	1	1	1	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	se cumplio con el material reciclado	se cumplio con el material reciclado	se cumplió con el material reciclado	Se cumplió con el material reciclado	Se cumplió con el material reciclado	se cumplió con el material reciclado	se cumplió con el material reciclado	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
EFICACIA	Disñar informes precisos y puntuales según sean requeridos.	SEGUIMIENTO	100%	A necesidad	realizar los informes requeridos y solicitados.	No. De informes realizados	2	1	1	1	1	1	1	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA EJECUCION DE SEGUIMIENTOS NUTRICIONALES
						No. De informes programados	2	1	1	1	1	1	1	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	Para el mes de enero se realizo el informe de residuos RH1 ante la plataforma de secretaria de salud y de manera fisica .danodo cumplimiento asi a lo establecido en el plan de accion del area.	para el mes de febrero se realizo informe de gestion para la beneficencia de cundinamarca	para el mes de marzo se realizo informe de gestion para la beneficencia de cundinamarca	para el mes de abril se realizo informe de gestion para la beneficencia de cundinamarca	para el mes de mayo se realizo informe de gestion para la beneficencia de cundinamarca	para el mes de junio se realizo informe de gestion para la beneficencia de cundinamarca	para el mes dejulio se realizo informe de gestion para la beneficencia de cundinamarca	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
EFICACIA	Garantizar el abastecimiento de agua potable en el cba san jose de Facatativá.	SEGUIMIENTO	100%	anual	realizar un (1) análisis de agua potable con un laboratorio acreditado y certificado ante las autoridades ambientales.	No. De analisis realizados	0	0	0	0	0	0	1	PORCENTAJE DE CUMPLIENTO EN LA SUPERVISION DEL COMEDOR
						No. De análisis programados	0	0	0	0	0	0	1	
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	
						SEGUIMIENTO	Durante este mes no se programo el análisis	Durante este mes no se programo el análisis	Durante este mes no se programo el análisis	Durante este mes no se programo el análisis	Durante este mes no se programo el análisis	durante este mes no se programó el análisis	durante este mes se programó un (1) análisis de agua potable	
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	
						No. De fumigaciones realizadas	1	0	0	0	0	1	0	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA PRESCRIPCION DIETO

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE GESTIÓN AMBIENTAL														
TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	GRAFICO DEL INDICADOR
EFICACIA	Garantizar el control de vectores asociados a plagas urbanas.	CONTROL	100%	semestral	realizar dos (2) veces al año fumigaciones contra cualquier vector o plaga.	No. De fumigaciones programadas	1	0	0	0	0	1	0	**LA PRESCRIPCION DIETO TERAPEUTICA DE LOS USUARIOS**
						CUMPLIMIENTO	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	
						SEGUIMIENTO	Se realizó la fumigación	durante este mes no se programó fumigación	durante este mes no se programó fumigación	durante este mes no se programó fumigación	durante este mes no se programó fumigación	se realizó la fumigación	Durante este mes no se programó fumigación	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	
EFICACIA	Garantizar el buen estado de los tanques con el fin ofrecer una óptima calidad en el agua para la institución.	CONTROL	100%	semestral	realizar dos (2) veces al año lavado y desinfección de tanques.	No. De fumigaciones realizadas	0	0	0	1	0	0	0	**PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA PRESCRIPCION DIETO TERAPEUTICA DE LOS USUARIOS**
						No. De fumigaciones programadas	0	0	0	1	0	0	0	
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
						SEGUIMIENTO	Durante este mes no se programo el lavado de tanques.	Durante este mes no se programo el lavado de tanques.	Durante este mes no se programo el lavado de tanques.	durante este mes se programó lavado de tanques.	durante este mes no se programó lavado de tanques.	durante este mes no se programó lavado de tanques.	Durante este mes no se programó lavado de tanques	
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
EFECTIVIDAD	identificar las normas y acciones seguras que enmarcan la bioseguridad en la realizacion de las diferentes actividades ejecutadas por el personal	% cumplimiento de las normas y acciones de la bioseguridad	100%	Semestral	aplicando listas de chequeo, realizando capacitaciones y socializaciones del manual.	numero de item s que cumplen d ela lista de chequeo	0	0	0	39	0	0	0	**PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA PRESCRIPCION DIETO TERAPEUTICA DE LOS USUARIOS**
						numero de items evaluados en la lista de chequeo	0	0	0	39	0	0	0	
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
						SEGUIMIENTO	N.A	N.A	N.A	Para el mes de abril se aplico lista de chequeo de bioseguridad al personal de todas las areas, evidenciando una adherencia del 100% a las recomendaciones brindadas en las diferentes capacitaciones por el profesional de gestion ambiental	N.A	N.A	N.A	
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
EFECTIVIDAD	identificar las necesidades de la institución en términos ambientales y sanitarios, con el fin de desarrollar políticas internas y estrategias de apoyo al Plan de Saneamiento Básico 8 PSB)	Asegurar que la información brindada sea satisfactoria y clara para todos los funcionarios del cba San José de Facatativá	100%	según cronograma	Realizando capacitaciones, socializaciones y talleres , medicion de adherencia por medio de listas de chequeo	número de item con cumplimiento optimo de a lista de chequeo	0	0	0	21	0		0	**PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN LA PRESCRIPCION DIETO TERAPEUTICA DE LOS USUARIOS**
						numero de items evaluados en la lista de chequeo para el plan de saneamiento basico	0	0	0	21	0		0	
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	100%	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	
						SEGUIMIENTO	N/A	N/A	N/A	Para el mes de abril se aplico la lista de chequeo para evaluar adherencia al plan de saneamiento basico (limpieza y desinfección, manejo de desechos, capacitacion del tema)	N/A	N/A	N/A	
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	

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

COMPORTAMIENTO INDICADORES DE GESTION AREA DE RADIO EMISORA

TIPO	OBJETIVO	NOMBRE DEL INDICADOR	META	FREC	ESTRATEGIA	FORMULA DEL INDICADOR	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	GRAFICO DEL INDICADOR
EFICACIA	ORIENTAR Y COORDINAR EL FUNCINAMIENTO DE LA RADIOEMISORA PARA UN EXCELENTE USO DE LA MISMA	% DE CUMPLIMIENTO A REUNIONES DE PROGRAMACION	100%	MENSUAL	ESTABLECER CRONOGRAMA DE REUNIONES IMPLEMENTAR ESTRATEGIAS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LA EMISORA APORTE DE IDEAS PARA LA INNOVACION RADIAL	NUMERO DE REUNIONES REALIZADAS EN EL MES	1	1	1	1	2	1	1	
						NUMERO DE REUNIONES PROGRAMADAS EN EL MES	1	1	1	1	2	1	1	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LAMETA ESTABLECIDA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	SE EVIDENCIA EL CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	SE EVIDENCIA EL CUMPLIMIENTO DE LA META ESTABLECIDA	SE EVIDENCIA EL CUMPLIMIENTO DE LA META ESTABLECIDA	SE EVIDENCIA EL CUMPLIMIENTO DE LA META ESTABLECIDA	SE EVIDENCIA EL CUMPLIMIENTO DE LA META ESTABLECIDA	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
		% DE CUMPLIMIENTO PROGRAMACION DE CONTENIDO	100%	MENSUAL	MANTENER Y CREAR PROGRAMAS PARA LEL CONTENIDO DE LA EMISORA	NUMERO DE PROGRAMAS REALIZADOS EN EL MES	3	5	3	1	3	1	6	
						NUMERO DE PROGRAMAS PROGRAMADOS EN EL MES	3	5	3	1	3	1	6	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	EN EL MES DE NERO SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA REALIZACION DEL CONTENIDO DE LA EMISORA	EN EL MES DEFEBRERO SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO E LA PROGRAMACION DE LA EMISORA	EN EL MES DE MARZO SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA REALIZACIÓN DE CONTENIDO DE LA EMISORA	EN EL MES DE ABRIL SE EVIDENCIA EL CUMPLIMIENTO DE LA PROGRAMACIÓN DE LA EMISORA	EN EL MES DE MAYO SE EVIDENCIA EL CUMPLIMIENTO DE LA PROGRAMACIÓN	EN EL MES DE JUNIO SE EVIDENCIA EL CUMPLIMIENTO DE LA PROGRAMACIÓN	DURANTE EL MES DE JULIO SE EVIDENCIA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS TRAZADAS	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
		% DE CUMPLIMIENTO PRODUCCION RADIAL	100%	MENSUAL	DIRECCIONAR LA ACTIVIDAD METODOLOGIA PARA LA GRABACION ASESORAR AL EQUIPO	NUMERO DE PRODUCCIONES REALIZADAS EN EL MES	11	11	4	6	5	3	6	
						NUMERO DE PRODUCCIONES PROGRAMADAS EN EL MES	11	11	4	6	5	3	6	
						CUMPLIMIENTO	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
						SEGUIMIENTO	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO DE LA META ESTABLECIDA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	SE EVIDENCIA CUMPLIMIENTO EN LA META ESTABLECIDA	SE EVIDENCIA EL CUMPLIMIENTO DE LA META ESTABLECIDA	SE EVIDENCIA EL CUMPLIMIENTO DE LA META ESTABLECIDA	SE EVIDENCIA EL CUMPLIMIENTO DE LA META ESTABLECIDA	
						PLAN DE MEJORA	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	NO REQUIERE	
		% DE CUMPLIMIENTO INDICADOR DE IMPACTO	85%	SEMESTRAL	PORCENTAJE DE SATISFACCION DE PROGRAMAS EMITIDOS POR LA RADIO EMISORA	NUMERO DE USUARIOS ENCUESTADOS SATISFECHOS CON EL SERVICIO DE LA EMISORA	0	0	0	0	0	19	0	
						NUMERO DE ENCUENTAS REALIZADAS A USUARIOS DEL HOGAR SAN JOSE	0	0	0	0	0	21	0	
						CUMPLIMIENTO	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	90%	#¡DIV/0!	
						SEGUIMIENTO						SE EVIDENCIA EL CUMPLIMIENTO DE LA META ESTABLECIDA	LA PROXIMA ENCUESTA DE SATISFACCION SE LLEVARA ACABO DURANTE EL MES DE DICIEMBRE	
						PLAN DE MEJORA	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!	NO REQUIERE	#¡DIV/0!	

BENEFICENCIA DE CUNDINAMARCA	CENTRO DE BIENESTAR DEL ANCIANO SAN JOSE DE FACATATIVA	J.H.S. INSTITUTO DE HERMANAS FRANCISCANAS DE SANTA CLARA	CODIGO: FT-GC-005
	FORMATO DE PLAN DE MEJORAMIENTO		VERSION:02
PROCESO	GESTION DE CALIDAD		fecha: ENERO 2017

OBJETIVO: ESTABLECER ACCIONES DE MEJORA FRENTE AL NO CUMPLIMIENTO DE

ESTANDAR	FUENTE	QUE: (Objetivo)	COMO : (Actividades)	QUIEN: (Responsable)	CUANDO: (fecha establecida)		DONDE: (Lugar)	1.SEGUIMIENTO DD/MES/AÑO	OBSERVACIONES
					FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACION			
PROCERSOS PRIORITARIOS	AUDITORIA DE SEGUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE CRONOGRAMAS DE COMITES (NO SE REALIZO COMITÉ DE GAGAS EN EL MES DE DICEMBRE 2017 Y ENERO DE 2018)	REPROGRAMAR FECHAS PARA REALIZACION DE COMITES DE GASGAS DE LOS MESES DE DICEMBRE Y ENERO	1. REALIZAR CONVOCATORIA A LOS MIEMBROS DEL COMITÉ PARA SU REALIZACION. 2. REALIZAR SEGUIMIENTO A LOS COMPROMISOS ESTABLECIDOS EN LOS PLANES DE ACCION DE MESES ANTERIORES. 3. REPLANTEAR LAS ACTIVIDADES Y FECHAS DE REALIZACION DEL COMITÉ PARA LA VIGENCIA DEL 20187	PROFESIONAL AMBIENTAL	22/02/2018	22/02/2018	Comedor Funcionarios C.B.A San José Facatativá	23/02/2018	SE REALIZA UN SOLO COMITÉ DONDE REALIZA SEGUIMIENTO A MESES ANTERIORES Y REALIZACION Y PLANEACION DEL COMITÉ PARA EL 2018.
PROCESOS PRIORITARIOS	COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE (REPORTE DE ERROR EN LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS)	PROGRAMAR Y SOCIALIZAR EL PROTOCOLO DE ADMINSTRACION DE MEDICAMENTOS ESPECIFICAMENTE LOS 11 CORRECTOS DE LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS	1. ESTABLECER FECHA PARA LA CAPACITACION 2, CONVOCAR EL EPRSONAL AUXILIAR DE ENFERMERIA . 3. REALIZAR TALLER CON EL PERSONAL DE ENFERMERIA SOBRE LOS 11 CORRESCTROS DE LA ADMINSTRACION DE MEDICAMENTOS	Auxliliar de enfermeria Yensy Quesada y Sor Mary Herrera	16-mar-18	16/03/2018	C.B.A SAN JOSE FACATATIVA SALON DE REUNIONES	20/03/2018	Se realiza capacitación programada
P P R R O I R C O I E R O S I S O T S A	REPORTE DE ENVENTOS ADVERSO INDICADORES DEL PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	Incluir a las personas mayores que reinciden en las caidas en el programa de marcha asistida	solicitar valoracion por el area de fisoterapia para inclucion en el programa de marcha asistida. Brindar acompañamiento durante las actividades realizadas.	Fisioterapeuta	01/02/2018	Según evolución y criterio del profesional de fisioterapia	C.B.A SAN JOSE FACATATIVA	04/02/2018	Persona Mayores incluidas en el programa de Marcha asistida. A la fecha se continuan presentando las caidas debido al tipo de poblacion que se maneja en la institución relacionadas con la edad y su patologia de base.
CAPACITACIONES	TALLER PERSONAS MAYORES	Reprogramar y realizar Taller con usuarios	En el horario del desayuno se realizara el taller junto con el apoyo del equipo interdisciplinario	Nutricionista	12/03/2018	12/03/2018	Comedor Personas Mayores	13/03/2018	Se realiza capacitación programada
CAPACITACIONES	CAPACITACION SEGURIDAD VIAL CONDUCTORES VIAL CONDUCTORES	Reprogramar y realizar capacitacion Seguridad Vial conductores Centros de Bienestar	Se establece nueva fecha con la ARL Sura para la realización de la capacitación	Nina Polo Profesional SGSST	26/04/2018	26/04/2018	C.B.A BELMIRA (FUSA)	26/04/2018	Se realiza capacitación programada
PROCESOS PRIORITARIOS	SEGUIMIENTO A INDICADORES	PROMER EL MANTENIMIENTO DEL ESTADO NUTRICIONAL NORMAL EN LOS USUARIOS	REALIZAR AJUSTE EN LA PRESCRIPCION DIETARIA SEGÚN NECESIDAD	NUTRICIONISTA	30/05/2018	CONTINUO	C.B.A SAN JOSE FACATATIVA	29/06/2018	
PROCESOS PRIORITARIOS	SEGUUIMIENTO AL CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDAD SEGÚN CRONOGRAMA(NO CUMPLIMIENTO EN LA REALIZACION DE LA JORNADA DE ARREGLO DE LOCKERS)	REPROGRAMAR LA ACTIVIDAD DE JORNADA DE ARREGLO DE LOCKERS PAR EL SIGUIENTE MES	ESTABLECER FECHA PARA REALIZACION DE JORNADA	COORDINACION	16/08/2018	16/08/2018	C.B.A SAN JOSE DE FACATATIVA		