

SUBSECRETARÍA DE DISCAPACIDADES
DIRECCIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD
FICHA DE EVALUACIÓN DE CALIDAD PARA ATENCIÓN EN EL HOGAR Y LA COMUNIDAD

DATOS GENERALES DE LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN

Nombre de la organización			
Código de la unidad		Modalidad	
POBLACIÓN OBJETIVO			
	Cobertura SIIMIES	Presentes/atendidos	
		>= 95%	> 80 < 95%
			<= 80%

COMPONENTES

COMPONENTE 1:	PARTICIPACIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA	SI	NO	Ponderación
1	¿La unidad de atención cuenta con la caracterización de la familia por cada uno de los usuarios?			
2	¿La unidad de atención cuenta con planificación y ejecución de actividades con la familia por cada uno de los usuarios (Técnicas simplificadas)?			
3	¿La unidad de atención cuenta con la ficha de actores de la comunidad?			
4	¿La unidad de atención cuenta con una planificación para articular acciones con la comunidad?			
5	¿La unidad de atención tiene conformado el Comité de Cuidadores (Acta de conformación)?			
6	¿La unidad de atención cuenta con el plan anual de acción del comité?			
7	¿El comité de personas Cuidadoras de personas con Discapacidad en su plan de acción establece la articulación con actores locales?			
8	¿El Cooperante cuenta con una planificación para atención al cuidador institucional?			
9	¿Los/as técnicos/as conocen el protocolo a seguir en caso de violencia?			
10	¿La unidad de atención gestiona espacios, talleres o charlas de orientación en prevención de la violencia sexual y promoción de la salud sexual y reproductiva de las personas con discapacidad a las familias (en caso de tener referente familiar) y al equipo técnico que presta el servicio? (Cuánto eventos relacionados con el tema se han llevado a efecto)			
	a. Más de 3 Capacitaciones			
	b. Hasta 2 Capacitaciones			
	c. Una Capacitación			
	d. No ha recibido Capacitaciones			
	Total			0

COMPONENTE 2:	PSICO-SOCIO-EDUCATIVO (ARTICULACIÓN INTERINSTITUCIONAL ENTRA EN EL COMPONENTE)	SI	NO	Ponderación
11	¿Cuántos usuarios están en los siguientes niveles?			
	Niveles			
	1			
	2			
	3			
	4			
	Pre-egreso			
	Nro.			
12	¿La unidad de atención cuenta con el acta de compromiso por cada uno de los usuarios?			
13	¿La unidad de atención cuenta con la ficha de valoración de Desarrollo de Habilidades (inicial/semestral/final) por cada uno de los usuarios?			
14	¿La unidad de Atención cuenta con un Plan de Vida por cada uno de los usuarios?			
15	¿La Unidad de atención cuenta con un Plan Anual de Desarrollo de Habilidades por cada uno de los usuarios?			
16	¿La Unidad de atención cuenta con planificaciones de trabajo mensual?			
17	¿En la unidad de atención se cuenta con los expedientes de los usuarios que contienen: informes (inicial, semestral, final)?			
18	¿Cuántos usuarios del nivel 4 cuentan con perfil funcional?			
	a. >=70%			
	b. <70% >50%			
	c. <50% >25%			
	d. <25%			
19	¿De los usuario de nivel 4 cuantos tiene plan de egresamiento?			
	a. >=70%			
	b. <70% >50%			
	c. <50% >25%			
	d. <25%			
	Total			0

COMPONENTE 3:	SALUD PREVENTIVA, ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN	SI	NO	Ponderación
20	¿La unidad de atención coordina con la red de salud pública (MSP) la evaluación y diagnóstico individual del estado Nutricional, Salud, odontológico y tratamiento de los usuarios?. (Cuántos usuarios cuentan con diagnóstico de su estado de salud)			
	a. 100%			
	b. <100% >50%			
	c. <50%			
21	¿(Cuántos usuarios tienen el acompañamiento de la familia en los controles médicos?			
	a. >=90%			
	b. <90% >70%			
	c. <70% >50%			
	d. <50%			
22	¿La unidad de atención ha realizado procesos de capacitación a las personas con discapacidad, familia sobre nutrición, y seguridad alimentaria? Cuántas capacitaciones en éste tema ha realizado? (En el cuadro adjunto coloque una "X" en el número de capacitaciones realizadas)			
	a. Más de 3 Capacitaciones			
	b. Hasta 2 Capacitaciones			
	c. Una Capacitación			
	d. No ha recibido Capacitaciones			
23	¿La unidad ha coordinado o gestionado espacios, talleres o charlas de orientación de una vida libre de violencias y de salud sexual y reproductiva Cuántas capacitaciones se ha realizado en este tema? (En el cuadro adjunto coloque una "X" en el número de capacitaciones realizadas)			
	a. Más de 3 Capacitaciones			
	b. Hasta 2 Capacitaciones			
	c. Una Capacitación			
	d. No ha recibido Capacitaciones			
	Total			0

COMPONENTE 4:	TALENTO HUMANO	SI	NO	Ponderación
24	¿La unidad de atención cuenta con el equipo completo de talento humano según la Norma Técnica?			
25	¿El/la Coordinador/a tiene un plan de trabajo anual del servicio?			
26	¿El/la Terapeuta Ocupacional tiene un plan de trabajo anual?			
27	¿El/la Facilitador/a tiene un plan de trabajo anual?			
28	¿La unidad de atención ha realizado procesos de capacitación en otros temas de la prestación del servicio con los diferentes actores sociales? Cuántas capacitaciones en éste tema ha realizado? (En el cuadro adjunto coloque una "X" en el número de capacitaciones realizadas)			
	a. Más de 3 Capacitaciones			
	b. Hasta 2 Capacitaciones			
	c. Una Capacitación			
	d. No ha recibido Capacitaciones			
	Total			0

COMPONENTE 5:	INFRAESTRUCTURA, AMBIENTES SEGUROS Y ACCESIBLES	SI	NO	Ponderación
29	¿La unidad de atención en coordinación con la familia ha habilitado en el domicilio un espacio para el desarrollo de sus actividades?			
30	¿La unidad de atención orienta a la familia sobre la necesidad de contar con espacios limpios y saludables en el hogar?			
	Total			0

COMPONENTE 6:	ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN	SI	NO	Ponderación
31	¿La unidad de atención informa semestralmente sus actividades a la Dirección Distrital a la que está adscrita?			
32	¿La unidad de atención cuenta con un Plan de Emergencia y Riesgos, y fue socializado?			
33	¿La unidad de atención cuenta un Plan de Mejoras?			
34	¿El Cooperante cuenta con Permiso de Funcionamiento vigente?			
35	¿La unidad de atención, ingresa y actualiza información en el SIIMIES?			
	Total			0

Total general 0

OBSERVACIONES:

ACUERDO DE VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN

Al firmar este documento, garantiza la veracidad de la información brindada por la unidad de atención y registrada por el técnico/a que realizó la aplicación de la ficha y corresponde a las evidencias encontradas durante la evaluación.

Este acuerdo de veracidad está conforme al Acuerdo Ministerial Nro. 013 "Cero Tolerancia a la Corrupción del Ministerio de Inclusión Económica y Social" expedido el 26 de febrero de 2018.

Nombre del Técnico Evaluador/a:	Nombre del responsable de la unidad de atención con quien se levantó la información :
	Fecha de Aplicación:
FIRMA	FIRMA