

PLAN DE EVALUACIÓN Y MEJORA CONTINUA DE LA ASOCIACIÓN BETANIA

ACTUACIONES Y OBJETIVOS 2025



PLAN DE EVALUACIÓN Y MEJORA 2025

• COMUNIDAD TERAPÉUTICA • CENTRO DE DÍA • REINICIA • REACTIVA • EMPLEABILIDAD • EUROVIDA • DEPARTAMENTO GESTIÓN • ÁREA ASOCIATIVA • VOLUNTARIADO •

CENTRO TERAPÉUTICO: COMUNIDAD TERAPÉUTICA Y/O CENTRO DE DÍA

INDICE DE ACCIONES:

ACCIÓN	NOMBRE	PÁGINA
1	FINALIZACIÓN DE PISTA DEPORTIVA EN EL CENTRO TERAPÉUTICO BETANIA	3
2	DIFUSIÓN DE LA ACTIVIDAD DESARROLLADA EN EL CENTRO TERAPÉUTICO BETANIA	4
3	REHABILITACIÓN ESTÉTICA/FUNCIONAL DEL CENTRO TERAPÉUTICO (PARTE II)	5
4	RECOGER LA OPINIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO A MÁS DE UN 60% DE LAS PERSONAS ATENDIDAS Y SUS FAMILIARES.	6
5	FORMACIÓN CONTINUA DEL EQUIPO PROFESIONAL DE LA ASOCIACIÓN BETANIA.	7
6	REVISIÓN DEL MENÚ NUTRICIONAL VALIDADO POR UNA ESPECIALISTA EN EL SERVICIO DE RESTAURACIÓN DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA	8
7	REVISIÓN Y CORRECCIÓN DE LOS DISPOSITIVOS Y MEDIDAS ANTE UNA EMERGENCIA DEL CENTRO.	9
8	DESARROLLAR E IMPLEMENTAR DEL PROTOTIPO DE CRM PROPIO	10
9	REUBICACION DE ENFERMERÍA – DIFERENCIACION DE ZONAS	11
10	RENOVACIÓN DE LA ACREDITACION SANITARIA DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA	12

ACCIÓN 1: FINALIZACIÓN DE PISTA DEPORTIVA EN EL CENTRO TERAPÉUTICO BETANIA
RECURSO: COMUNIDAD TERAPÉUTICA & CENTRO DE DÍA
ÁREA: DIRECCIÓN
OBJETIVOS/PLAZOS:

1. Finalizar la ejecución de la Fase II del proyecto de la pista: pintado de la pista deportiva, colocación de red antifuga y adquisición de útiles deportivos por la misma.
2. Instalar un sistema de alumbrado que permita el uso de la pista en horario nocturno.

QUIÉN:

Dirección del Centro Terapéutico (CT) y Centro de Día (CD).

METODOLOGÍA/COMO:

1. Contratación de servicios especializados para el pintado y colocación de la red.
2. Adquisición de los útiles deportivos necesarios (balones, redes, etc.).
3. Contratación de un electricista o empresa autorizada para la instalación del sistema de alumbrado, cumpliendo con la normativa de seguridad.
4. Supervisión directa de la Dirección para garantizar que los trabajos se ajustan a lo planificado.

EVALUACIÓN:

- Pista deportiva completamente pintada y con red antifuga instalada.
- Útiles deportivos disponibles para su uso.
- Sistema de alumbrado instalado y funcional.
- Indicador clave: Funcionalidad total de la pista deportiva tanto en horario diurno como nocturno, verificada mediante uso real.

CUANDO:
ANÁLISIS Y EVALUACIÓN ANUAL (AL CIERRE DEL EJERCICIO 2025).
MEDIDAS CORRECTORAS:

 NO ☐ SI ☐ Especificar:

ACCIÓN 2: DIFUSIÓN DE LA ACTIVIDAD DESARROLLADA EN EL CENTRO TERAPÉUTICO BETANIA

RECURSO: CENTRO TERAPÉUTICO/ASOCIACION BETANIA

ÁREA: EQ. COMUNICACIÓN/DIRECCIÓN

OBJETIVOS:

1. Publicación trimestral de noticias e información vinculada a las acciones desarrolladas en la CT y en CD.

QUIÉN:

EQUIPO MOTOR DE COMUNICACIÓN Y DIRECCIONES de CT y CD

CÓMO/METODOLOGÍA:

1. Establecer un calendario editorial trimestral para redes sociales.
2. Designar a una persona del equipo para la redacción y publicación del contenido.
3. Recopilar información relevante de las diferentes áreas (terapéutica, educativa, actividades).
4. Publicar y promocionar el contenido en las redes sociales (Facebook, Instagram, Twitter/LinkedIn) según el calendario.

EVALUACIÓN:

- Indicador clave: Realización y publicación de, al menos, 4 posts o conjuntos de publicaciones trimestrales (una por trimestre).
- Inventario anual de todas las publicaciones realizadas vinculadas a la actividad del CT.
- Seguimiento de métricas de engagement (likes, comentarios, compartidos).

CUANDO:

Durante todo 2025, con revisiones trimestrales del cumplimiento del calendario.

MEDIDAS CORRECTORAS:

NO ☐ SI ☐ Especificar:

ACCIÓN 3: REHABILITACIÓN ESTÉTICA/FUNCIONAL DEL CENTRO TERAPÉUTICO (PARTE II)

RECURSO: COMUNIDAD TERAPÉUTICA & CENTRO DE DÍA

ÁREA: DIRECCIÓN

OBJETIVOS:

1. Instalación de una puerta separadora entre salones.
2. Creación de una zona de intervención grupal en el exterior.
3. Sustitución de las sillas del aula polivalente del centro.
4. Sustitución de colchones más deteriorados.
5. Reestructuración de la habitación 10, con el fin de posibilitar la instalación de dos camas asistenciales.
6. Sustituir las mesas del comedor.
7. Adquisición de dos frigoríficos.

QUIÉN:

Dirección del Centro Terapéutico (CT) y Centro de Día (CD).

CÓMO/METODOLOGÍA:

1. Adquirir e instalar una puerta divisoria adecuada a las necesidades de los espacios.
2. Acondicionar una zona exterior con sombra, mobiliario resistente (sillas, mesas) y elementos que favorezcan la intimidad para intervenciones grupales.
3. Seleccionar y adquirir sillas ergonómicas y duraderas para el aula polivalente.
4. Realizar un inventario de los colchones y proceder a la sustitución prioritaria de los que presenten mayor deterioro.
5. Ejecutar proyecto de ampliación de la habitación 10.
6. Adquirir mobiliario (mesas) para comedor colectivo de Centro terapéutico. Mediante contacto con comercial de zona.
7. Adquirir dos frigoríficos que complementen el almacenaje de "fresco" en la despensa de CT. Mediante contacto con comercial de zona.

EVALUACIÓN:

- Puerta separadora instalada y funcional.
- Zona exterior acondicionada y disponible para su uso.
- Sillas del aula polivalente sustituidas.
- Colchones deteriorados sustituidos.
- Indicador clave: Cumplimiento del 100% de los objetivos descritos, verificado mediante checklist de finalización.

CUANDO:

2025 (A completar durante el ejercicio 2026 si no se finalizó en la fecha prevista). Seguimiento a lo largo de 2025/26.

MEDIDAS CORRECTORAS: NO ☐ SI ☐ Especificar:

ACCIÓN 4: RECOGER LA OPINIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO A MÁS DE UN 60% DE LAS PERSONAS ATENDIDAS Y SUS FAMILIARES.	
RECURSO: COMUNIDAD TERAPÉUTICA & CENTRO DE DÍA	ÁREA: DIRECCIÓN/GESTIÓN
OBJETIVOS:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Recoger la opinión de más del 60% de las personas atendidas y/o sus familiares. 2. Promocionar la recogida de información actualizando cartelería, buzón e infografía sobre cómo hacerlo. 3. Realizar un informe de evaluación de la información recogida. 4. Incorporar la información resultante en el informe del ciclo de evaluación y mejora continua del recurso. 	
QUIÉN:	
Dirección de la Comunidad Terapéutica y Responsable de Calidad de la Entidad.	
METODOLOGÍA:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Diseñar o revisar los cuestionarios de satisfacción para pacientes y familiares, garantizando el anonimato. 2. Colocar carteles informativos y buzones físicos y/o virtuales de fácil acceso. 3. Realizar campañas de sensibilización semestrales para fomentar la participación. 4. Sistematizar la recogida y el análisis de los datos (por ejemplo, cada 6 meses). 5. Redactar un informe anual de satisfacción. 	
EVALUACIÓN:	
<ul style="list-style-type: none"> - Indicador clave: Obtener respuestas de más del 60% de las personas atendidas en el año. - Cartelería e infografía actualizadas y visibles. - Informe anual de satisfacción elaborado y publicado en los canales de difusión de la entidad. - Verificación de que las conclusiones del informe se han incorporado al Plan de Mejora del año siguiente (PEMC 2026). 	
CUANDO:	
Al cierre de la memoria de ejercicio de 2025 (Diciembre 2025).	
MEDIDAS CORRECTORAS:	
NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Especificar:	

ACCIÓN 5: FORMACIÓN CONTINUA DEL EQUIPO PROFESIONAL DE LA ASOCIACIÓN BETANIA.
RECURSOS: TODOS LOS RECURSOS Y ÁREAS DE LA ASOC BETANIA
ÁREA: EQUIPO MOTOR FORMACIÓN/DIRECCIONES
OBJETIVOS:

1. Promocionar la utilización del plan de formación existente.
2. Realizar las acciones formativas planificadas para 2025.
3. Lograr que todas las personas vinculadas laboralmente realicen formación especializada y continua que promueva la mejora en el desempeño de funciones.

QUIÉN:

Equipo Motor de Formación, Direcciones de CD y CT, Área de Gestión y Coordinación de la Asociación Betania.

CÓMO/METODOLOGÍA:

1. Realizar una encuesta de necesidades formativas a principios de año.
2. Elaborar un Plan Anual de Formación 2025 basado en las necesidades y los objetivos de la entidad.
3. Gestionar la impartición de las acciones formativas (internas o externas).
4. Llevar un registro de la asistencia y aprovechamiento de la formación.

EVALUACIÓN:

- Indicador clave: Realizar, al menos, el 50% de las actividades formativas proyectadas para 2025.
- El 100% del personal ha realizado, al menos, una acción formativa durante el año.
- Existencia de informes cualitativos y cuantitativos (cuadro de mando) sobre los resultados de las formaciones.

CUANDO:
ANÁLISIS Y EVALUACIÓN ANUAL (AL CIERRE DEL EJERCICIO 2025).
MEDIDAS CORRECTORAS:

 NO ☐ SI ☐ Especificar:

ACCIÓN 6:
REVISIÓN DEL MENÚ NUTRICIONAL VALIDADO POR UNA ESPECIALISTA EN EL SERVICIO DE RESTAURACIÓN DEL CENTRO TERAPÉUTICO
RECURSOS: COMUNIDAD TERAPÉUTICA & CENTRO DE DÍA
ÁREA: DIRECCIÓN
OBJETIVOS:

1. Revisar el menú nutricional diseñado para el proceso de rehabilitación por parte de una especialista en nutrición colegiada.
2. Poner en marcha este menú y asegurar su cumplimiento.

QUIÉN:
DIRECCIÓN DE COMUNIDAD TERAPEÚTICA Y CENTRO DE DÍA
CÓMO/METODOLOGÍA:

1. Contratar los servicios de un/una dietista-nutricionista colegiado.
2. El/la especialista revisará el menú actual y propondrá las mejoras necesarias para ajustarlo a las necesidades terapéuticas de los pacientes.
3. Formar al personal de cocina sobre la preparación y la importancia de seguir el nuevo menú.
4. Implementar el menú revisado y realizar un seguimiento de su adherencia.

EVALUACIÓN:

- Indicador clave: Contar con un informe y menú emitido y validado por un/a especialista en nutrición.
- Menú revisado incorporado al servicio de restauración.
- Encuestas de satisfacción específicas sobre la comida que muestren una valoración positiva o estable.

CUANDO:
ANÁLISIS Y EVALUACIÓN ANUAL (AL CIERRE DEL EJERCICIO 2025).
MEDIDAS CORRECTIVAS:
NO ☐ SI ☐ Especificar:

ACCIÓN 7: REVISIÓN Y CORRECCIÓN DE LOS DISPOSITIVOS Y MEDIDAS ANTE UNA EMERGENCIA DEL CENTRO.
RECURSOS: COMUNIDAD TERAPÉUTICA & CENTRO DE DÍA
ÁREA: DIRECCIÓN/JUNTA DIRECTIVA
OBJETIVOS:

1. Realizar una revisión a cargo de un profesional sobre las medidas de actuación y dispositivos ante una emergencia para subsanar deficiencias y detectar posibles mejoras.
2. Implementar todas las mejoras necesarias para que el centro se encuentre en un estado óptimo ante cualquier situación de emergencia.

QUIÉN:
DIRECCIONES DE CENTROS (CT&CD) Y JUNTA DIRECTIVA
CÓMO/METODOLOGÍA:

1. Contratar a una empresa o profesional especializado en prevención de riesgos laborales y emergencias para que realice una auditoría.
2. Recibir un informe con las deficiencias y propuestas de mejora.
3. Elaborar un plan de acción para abordar cada una de las mejoras señaladas (ej: compra de extintores, señalética, reparaciones).
4. Ejecutar el plan de acción.

EVALUACIÓN:

- Indicador clave: Contar con un informe emitido por una entidad profesional sobre el estado del centro y las mejoras necesarias.
- Implementar el 100% de las acciones señaladas como deficiencias críticas en el informe.

CUANDO:
ANÁLISIS Y EVALUACIÓN ANUAL (AL CIERRE DEL EJERCICIO 2025).
MEDIDAS CORRECTORAS:
NO ☐ SI ☐ Especificar:

ACCIÓN 8: DESARROLLAR E IMPLEMENTAR DEL PROTOTIPO DE CRM PROPIO DE LA ORGANIZACIÓN BETANIA PARA EL ARCHIVO DE DATOS CLINICOS DE LA ATENCION SANITARIA IMPLEMENTADA EN LOS DIVERSOS RECURSOS SANITARIOS DE LA ASOCIACIÓN	
RECURSO: TODOS AQUELLOS QUE MANEJEN DATOS CLINICOS EN LA ASOC BETANIA	ÁREA: AREA SANITARIA
OBJETIVOS:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrollar un CRM junto con empresa de servicios digitales. 2. Implementación de CRM y detección de puntos fuertes, débiles e incidencias. 3. Promover el uso del CRM implementado, definir su nombre y reducir las licencias contratadas del actual "MNProgram"1. Desarrollar un CRM (Sis de Gestión de Relación con los Pacientes) junto con una empresa de servicios digitales. 	
QUIÉN:	
Área Sanitaria de la Asociación y Dirección. (Se debe definir un responsable específico dentro del Área Sanitaria).	
METODOLOGÍA:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar un pliego de condiciones con las necesidades específicas del centro. 2. Seleccionar una empresa de desarrollo de software mediante concurso o valoración técnica. 3. Colaborar con la empresa durante las fases de desarrollo, pruebas e implementación. 4. Formar a todo el personal que maneje datos clínicos en el uso del nuevo CRM. 5. Realizar una migración controlada de datos desde el sistema anterior. 	
EVALUACIÓN:	
<ul style="list-style-type: none"> - CRM desarrollado e instalado en los sistemas de la asociación. - Indicador clave: Al menos el 80% del personal sanitario utilizando el nuevo CRM de forma habitual al cierre de 2025. - Número de incidencias reportadas y resueltas durante los primeros 3 meses de uso. - Reducción efectiva del número de licencias de "MNProgram". 	
CUANDO:	
ANÁLISIS Y EVALUACIÓN ANUAL (AL CIERRE DEL EJERCICIO 2025).	
MEDIDAS CORRECTIVAS:	
NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Especificar:	

ACCIÓN 9: REUBICACIÓN DE ENFERMERÍA – PUBLICACIÓN DE MANUAL RCP & USO DE GEL HIDROALCOHÓLICO

RECURSO: COMUNIDAD TERAPÉUTICA & CENTRO DE DÍA

ÁREA: SANITARIA

OBJETIVOS:

1. Reubicar y acondicionar el espacio de enfermería para mejorar su funcionalidad y privacidad.
2. Diferenciar claramente las zonas dentro del espacio de enfermería.
3. Elaborar y publicar un manual sencillo de RCP y de uso del gel hidroalcohólico, visible y accesible. *(Objetivo añadido en Marzo 2025).*

QUIÉN:

DIRECCIÓN CT & CD

CÓMO/METODOLOGÍA:

1. Evaluar las necesidades espaciales y de equipamiento del servicio de enfermería.
2. Planificar la reubicación o redistribución del espacio existente.
3. Realizar las obras de adaptación menores necesarias (mamparas, mobiliario, señalética).
4. Dotar al espacio del equipamiento necesario conforme a la nueva distribución.
5. Diseñando un material sencillo y visualmente atractivo sobre cómo realizar la RCP eficazmente y usar adecuadamente el gel HALC

EVALUACIÓN:

- Espacio de enfermería reubicado/redistribuido y operativo.
- Zonas dentro de enfermería claramente diferenciadas (ej: señalizadas).
- Indicador clave: Informe positivo del personal de enfermería sobre la mejora de la funcionalidad y privacidad del nuevo espacio.
- Indicador: Numero de publicaciones del manual e infografía disponible en las zonas comunes del centro.

CUANDO:

ANÁLISIS Y EVALUACIÓN ANUAL (AL CIERRE DEL EJERCICIO 2025).

MEDIDAS CORRECTORAS:

NO ☐ SI ☐ Especificar:

ACCIÓN 10: RENOVACIÓN DE ACREDITACIÓN SANITARIA DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA	
RECURSO: COMUNIDAD TERAPÉUTICA	ÁREA: DIRECCIÓN
OBJETIVOS:	
1. Obtener la renovación de la acreditación sanitaria de la Comunidad Terapéutica por parte del órgano competente.	
QUIÉN:	
DIRECCIÓN CT	
CÓMO/METODOLOGÍA:	
1. Recopilar toda la documentación requerida para la solicitud de renovación (memorias, organigramas, protocolos, titulaciones del personal). 2. Verificar que las instalaciones y equipamientos cumplen con los requisitos. 3. Presentar la solicitud dentro del plazo establecido. 4. Colaborar con la inspección sanitaria en caso de que se realice una visita.	
EVALUACIÓN:	
- Indicador clave: Obtención de la resolución favorable de renovación de la acreditación sanitaria. - Solicitud de renovación presentada dentro del plazo legal.	
CUANDO:	
Antes de finalizar 2025 (o según el plazo marcado por la administración).	
MEDIDAS CORRECTORAS:	
NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Especificar:	

ASOCIACIÓN BETANIA Y OTROS PROYECTOS Y ÁREAS.

INDICE DE ACCIONES:

ACCIÓN	NOMBRE	PÁGINA
11	MEJORAS DIGITALES Y COMUNICACIONALES EN SERVICIOS VINCULADOS A LA ATENCION AL CLIENTE	16
12	REVISION DEL REGLAMENTO INTERNO PARA PERSONAL LABORAL	17
13	REVISION DEL REGLAMENTO DE REGIMEN INTERIOR PARA BENEFICIARIOS DE RECURSOS SOCIO-SANITARIOS DE LA ASOC.	18
14	REVISION MANUAL DEL DEPARTAMENTO DE GESTION (FUNCIONES)	20
15	LOCAL ARRENDADO GRAN VIA 46	19

ACCIÓN 11: MEJORAS DIGITALES Y COMUNICACIONALES EN SERVICIOS VINCULADOS A LA ATENCIÓN AL CLIENTE	
RECURSO: ASOCIACIÓN BETANIA	ÁREA: DIGITAL
OBJETIVOS:	
OBJETIVOS: A. Implementar mejoras en la web institucional. B. Instalar una centralita telefónica. C. Contratar servicios de ciberseguridad. D. Desarrollar una política de uso del correo institucional.	
QUIÉN:	
Dirección del CT, con apoyo del Área Digital de la asociación (si existe) o asesor externo.	
CÓMO/METODOLOGÍA:	
1. Web: Realizar un análisis de usabilidad y contenido. Contratar a un desarrollador/webmaster para implementar las mejoras (actualizar diseño, hacer responsive, mejorar contenidos). 2. Centralita: Investigar y contratar un servicio de centralita virtual que gestione las llamadas entrantes de forma profesional. 3. Ciberseguridad: Contratar una auditoría de seguridad básica y servicios de antivirus/antimalware corporativos. 4. Correo: Redactar y difundir una política de uso aceptable del correo electrónico institucional.	
EVALUACIÓN:	
- Web institucional renovada y publicada. - Centralita telefónica instalada y operativa. - Contrato de servicios de ciberseguridad formalizado. - Política de uso de correo institucional redactada, aprobada y comunicada a todo el personal. - Indicador clave: Cumplimiento del 100% de las sub-acciones (A, B, C, D).	
CUANDO:	
ANÁLISIS Y EVALUACIÓN ANUAL (AL CIERRE DEL EJERCICIO 2025).	
MEDIDAS CORRECTORAS:	
NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Especificar:	

ACCIÓN 12: REVISIÓN DEL REGLAMENTO INTERNO PARA PERSONAL LABORAL	
RECURSO: ASOCIACIÓN BETANIA	ÁREA: RRHH
OBJETIVOS:	
1. Revisar, actualizar y adaptar a la normativa vigente el Reglamento Interno para el Personal Laboral.	
QUIÉN:	
Dirección del CT, Junta Directiva y Asesoría Jurídica (si la hay).	
CÓMO/METODOLOGÍA:	
1. Realizar una revisión legal del reglamento actual para asegurar su conformidad con la legislación laboral. 2. Identificar aspectos a mejorar en base a la experiencia de los últimos años. 3. Redactar una nueva versión del reglamento. 4. Someterlo a aprobación de la Junta Directiva y comunicarlo formalmente a todo el personal.	
EVALUACIÓN:	
- Indicador clave: Reglamento Interno para Personal Laboral revisado, aprobado por la Junta Directiva y comunicado al personal antes de finalizar 2025. - Recepción del documento por parte de todo el personal con acuse de recibo.	
CUANDO:	
ANÁLISIS Y EVALUACIÓN ANUAL (AL CIERRE DEL EJERCICIO 2025).	
MEDIDAS CORRECTORAS:	
NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Especificar:	

ACCIÓN 13: REVISIÓN DEL REGLAMENTO DE REGIMEN INTERIOR PARA BENEFICIARIOS DE RECURSOS SOCIO-SANITARIOS DE LA ASOC.	
RECURSO: COORDINACIÓN TÉCNICA DE PROYECTOS/RECURSOS	ÁREA: DIRECCIONES
OBJETIVOS:	
1. Revisar, actualizar y adaptar el Reglamento de Régimen Interior dirigido a los beneficiarios de los recursos socio-sanitarios de la asociación.	
QUIÉN:	
Coordinación técnica de recursos de la asociación Betania	
CÓMO/METODOLOGÍA:	
1. Revisar el reglamento vigente y contrastarlo con la práctica clínica y educativa actual. 2. Incorporar las modificaciones necesarias fruto de la experiencia y los cambios normativos. 3. Redactar la nueva versión. 4. Comunicar y explicar los cambios a todos los beneficiarios.	
EVALUACIÓN:	
- Indicador clave: Reglamento de Régimen Interior para Beneficiarios revisado, aprobado y comunicado. - Realización de sesiones informativas con los usuarios para presentar el reglamento.	
CUANDO:	
ANÁLISIS Y EVALUACIÓN ANUAL (AL CIERRE DEL EJERCICIO 2025).	
MEDIDAS CORRECTORAS:	
NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Especificar:	

ACCIÓN 14: REVISIÓN MANUAL DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN (FUNCIONES)
RECURSO: COORDINACIÓN DE RRHH

ÁREA: JUNTA DIRECTIVA

OBJETIVOS:

1. Revisar, actualizar y formalizar el manual de funciones y procedimientos del Departamento de Gestión

QUIÉN:

Junta directiva. Consulta los responsables técnicos del Departamento de Gestión.

CÓMO/METODOLOGÍA:

1. Recopilar toda la documentación existente sobre funciones y procedimientos del departamento.
2. Identificar procesos obsoletos, missing o mejorables.
3. Redactar un nuevo manual o actualizar el existente, definiendo claramente las funciones, responsabilidades y flujos de trabajo.
4. Validar el manual con el personal del departamento y la dirección.

EVALUACIÓN:

- Indicador clave: Existencia de un manual del Departamento de Gestión revisado, actualizado y formalizado.
- Encuesta de satisfacción al personal del departamento sobre la claridad de sus funciones tras la revisión.

CUANDO:
ANÁLISIS Y EVALUACIÓN ANUAL (AL CIERRE DEL EJERCICIO 2025).
MEDIDAS CORRECTORAS:

 NO ☐

 SI ☐ Especificar:

PLAN DE EVALUACIÓN Y MEJORA 2025

• COMUNIDAD TERAPÉUTICA • CENTRO DE DÍA • REINICIA • REACTIVA • EMPLEABILIDAD • EUROVIDA • DEPARTAMENTO GESTIÓN • ÁREA ASOCIATIVA • VOLUNTARIADO •

PLAN DE MEJORA CONTINUA 2025;

Firmado y aprobado por junta directiva, con fecha 31 de marzo de 2025 en Cehegín.

		
Emiliano Escudero Soto Presidencia de la Asociación Betania	Asociación Betania C.I.F. G-30233506	Pablo Ventura Peris Coordinador Técnico de la Asociación Betania