

Tunja,

Doctora

**LYDA MARCELA PEREZ RAMIREZ**

Gerente

**E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA**

Ciudad

## **Ref. Informe final de evaluación de gestión plan operativo anual por procesos con metas pendientes del IV trimestre de 2019 con corte a 30 marzo de 2020.**

Respetada Doctora:

Remito el informe de evaluación de los planes operativos anuales, con metas pendientes al IV trimestre de 2019, avance a 30 de marzo de 2020.

### **OBJETIVO**

Determinar el nivel de avance en las metas pendientes del IV trimestre de 2019, proporcionando las observaciones y/o recomendaciones que faciliten el cumplimiento de los objetivos previstos.

### **ALCANCES DE LA AUDITORIA**

- ✓ Revisar las actividades previstas e incidencia en las metas pendientes del IV trimestre de 2019.
- ✓ Revisar que los resultados de la autoevaluación o sustentación cuente con los soportes idóneos.
- ✓ Definir la calificación respectiva en las metas propuestas.
- ✓ Presentar observaciones y/o recomendaciones.

### **AREAS INVOLUCRADAS EN EL PROCESO**

Procesos con Plan Operativo Anual suscritos con metas pendientes para el IV trimestre de 2019.

### **METODOLOGÍA**

- ✓ Revisar evidencias y soportes.
- ✓ Acudir a las fuentes primarias de información, y aplicar los indicadores de resultado propuestos.

### **SOPORTES DE LA AUDITORIA**

- ✓ Soportes y evidencias presentadas a control interno.
- ✓ Tablas de retención documental de los respectivos procesos.
- ✓ Resolución 107 de 2018 y 124 de 2019.

## INTRODUCCION

En concordancia con la Plataforma estratégica de la entidad, aprobada mediante Acuerdo No. 003 del 24 de Mayo de 2016, en la cual se encuentran enmarcadas la misión, visión, principios y valores institucionales, objetivos institucionales y las siete líneas estratégicas de la entidad, el Plan operativo anual se constituye es un instrumento fundamental para asegurar la real y efectiva ejecución de las estrategias de la institución, buscando mediante un proceso participativo determinar las acciones necesarias para la consecución de los objetivos institucionales estratégicos; en esencia busca el fortalecimiento de los procesos y su mejoramiento continuo orientado al crecimiento institucional. Así mismo, se constituye en un instrumento que apoya el proceso de planificación de la entidad articulando las acciones de la institución a su misión y objetivos, permitiendo la identificación sistemática de objetivos institucionales, metas, resultados esperados, indicadores, actividades y recursos específicos para el logro de los compromisos institucionales y cumplimiento gradual de los objetivos, a través de las estrategias que se articulan en las líneas y ejes del Plan de Desarrollo Institucional 2016 - 2020 de la E.S.E. Hospital Universitario San Rafael de Tunja.

## RESULTADOS AL CUMPLIMIENTO CON CORTE A 30 DE MARZO DE 2020 DE LAS METAS PENDIENTES DEL IV TRIMESTRE DE 2019:

Se determinó una escala para la valoración de los resultados por cada POA, de acuerdo a los siguientes criterios de calificación.

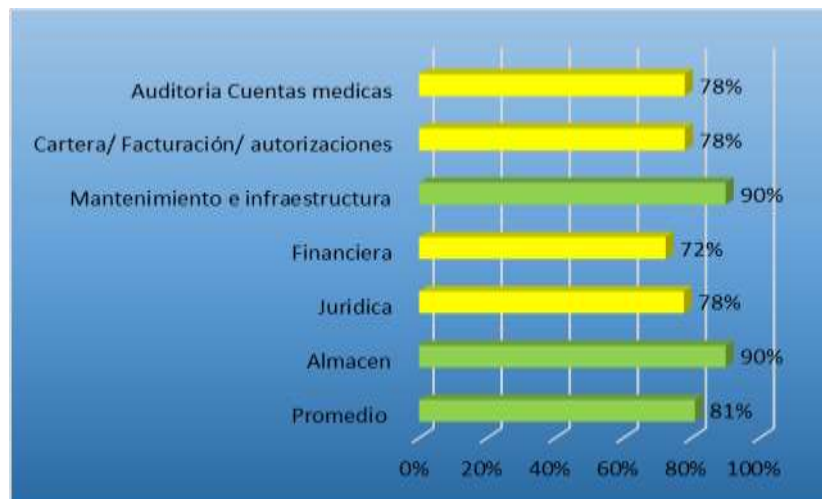
CRITERIOS DE CALIFICACION
Rangos de Evaluación. Los rangos establecidos de medición de acuerdo a la Resolución Interna No. 301 de 2016 es la siguiente escala cromática:
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Entre 80% y 100% código cromático verde.</li> <li>➤ Entre 60% y menos de 79.9% código cromático amarillo.</li> <li>➤ Menor del 60% código cromático rojo.</li> </ul>
Valoración de las franjas cromáticas:
<b>Rojo:</b> Con rango entre 1% y 59.9% es un cumplimiento crítico en las metas evaluadas con deficiencias que deben ser atendidas en un plan de acciones correctivas para una mejora inmediata de la gestión.
<b>Amarillo:</b> Con rango entre 60% y 79.9% representa una manifestación que los aspectos evaluados están desarrollando un proceso de aplicación con tendencia al fortalecimiento aunque con algunas debilidades si el porcentaje se ubica en un valor debajo del 70%. Si los resultados se ubican en el límite inferior de 60% se recomienda trabajar con énfasis en un plan de acción correctivo para su mejoramiento.
<b>Verde:</b> Si el rango se encuentra entre el 80% y el 100%, indica una gestión que en los aspectos evaluados se encuentra en parámetros de eficiencia y se cumple con la meta propuesta.

A continuación se presentan los resultados de la **verificación y evaluación con corte a 30 de marzo de 2020 de los planes operativos con metas pendientes del IV trimestre de 2019**, de conformidad con la resolución interna 107 de 2018, con el propósito de cerrar brechas existentes y lograr el cumplimiento de los objetivos del plan de desarrollo 2016 - 2020, obteniendo como resultado lo siguiente:

PLAN OPERATIVO CON METAS PENDIENTES DE IV TRIMESTRE DE 2019		
<b>SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA</b> <b>81%</b>	<b>SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD</b> <b>75%</b>	<b>OFICINA ASESORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS</b> <b>92%</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Almacen: 90%</li> <li>Jurídica: 78%</li> <li>Financiera: 72%</li> <li>Mantenimiento e infraestructura: 90%</li> <li>Cartera/ Facturación/ autorizaciones: 78%</li> <li>Auditoria Cuentas medicas: 78%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>SIAU: 77%</li> <li>Apoyo de servicios: 44%</li> <li>Hospitalización: 80%</li> <li>Cirugía-Sala de partos: 74%</li> <li>Enfermería: 93%</li> <li>UCI Adultos: 60%</li> <li>UCI Neonatos: 100%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Calidad: 82%</li> <li>Gestión Documental: 100%</li> <li>Gestión Ambiental: 78%</li> <li>Seguridad y salud: 100%</li> <li>Biomedica: 100%</li> </ul>
<b>% CUMPLIMIENTO METAS PENDIENTES 4 TRIMESTRE 2019</b>		<b>83%</b>

De acuerdo a la anterior tabla, se reflejan los resultados alcanzados para las metas pendientes del cuarto trimestre de 2019 dentro de los 18 POA's que contienen las actividades para el cumplimiento de las metas de los ejes trazadores y respectivas líneas estratégicas armonizadas dentro del Plan de Desarrollo Institucional 2016 - 2020, correspondiendo a un cumplimiento promedio de 83%, *indica una gestión que en los aspectos evaluados se encuentra en parámetros de eficiencia y se cumple con la meta propuesta.*

### SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA



El promedio general para la Subgerencia Administrativa y Financiera es del 81%, *a continuación* se encuentra las matrices de cada uno de los procesos con el porcentaje de cumplimiento de las metas propuestas junto con recomendaciones u observaciones que se consideran importantes por esta oficina, para la consecución de los objetivos estratégicos planteados en el Plan de Desarrollo de la institución:

### ALMACEN:

META	ACTIVIDADES PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ANUALES	INDICADOR / FÓRMULA	% CUMPLIMIENTO	AVANCE 30 MARZO 2020	OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES
Cumplimiento de reporte y gestión de indicadores DARUMA	Realizar seguimiento a la gestión por indicadores	Cumplimiento de metas	100%	90%	Se evidencia para el proceso de almacén que cuenta con 2 indicadores, de los cuales están diligenciados al 100%, pero no tienen análisis de fallas por tal motivo tiene una calificación de 90%.  Informes presentado por la unidad de análisis.
<b>% CUMPLIMIENTO</b>				<b>90%</b>	

### JURIDICA:

META	ACTIVIDADES PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ANUALES	INDICADOR / FÓRMULA	% CUMPLIMIENTO	AVANCE 30 MARZO 2020	OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES
Cumplimiento Programa de gestión institucional de los recursos financieros (PGIRF)	Implementar el Programa de gestión institucional de los recursos financieros (PGIRF)	Cumplimiento de las actividades del plan de acción	100%	78%	No se evidencia cierre de brecha, por tal motivo se deja como resultado el porcentaje de cumplimiento del IV trimestre de 2019, se observa un decrecimiento de cumplimiento teniendo en cuenta que el último informe tiene un cumplimiento del 64%, de los 18 indicadores 11 cumplen con la meta establecida y 5 no cumplen y 2 indicadores no aplican, se recomienda continuar con la implementación de las acciones necesarias para dar cumplimiento con los objetivos financieros
<b>% CUMPLIMIENTO</b>				<b>78%</b>	

## FINANCIERA:

META	ACTIVIDADES PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ANUALES	INDICADOR / FÓRMULA	AVANCE 30 MARZO 2020	OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES
Cumplimiento Programa de gestión institucional de los recursos financieros (PGIRF)	Implementar el Programa de gestión institucional de los recursos financieros (PGIRF)	Cumplimiento de las actividades del plan de acción	78%	No se evidencia cierre de brecha, por tal motivo se deja como resultado el porcentaje de cumplimiento del IV trimestre de 2019, se observa un decrecimiento de cumplimiento teniendo en cuenta que el último informe tiene un cumplimiento del 64%, de los 18 indicadores 11 cumplen con la meta establecida y 5 no cumplen y 2 indicadores no aplican, se recomienda continuar con la implementación de las acciones necesarias para dar cumplimiento con los objetivos financieros
Cumplimiento de reporte y gestión de indicadores DARUMA	Realizar seguimiento a la gestión por indicadores	Cumplimiento de metas	67%	No se evidencia cierre de brecha, por tal motivo se deja como resultado el porcentaje de cumplimiento del IV trimestre de 2019, se observa un decrecimiento de cumplimiento teniendo en cuenta el último informe emitido por la unidad de análisis, el cual tiene un cumplimiento del 9%, se identifican 11 indicadores de los cuales solo tiene diligenciado 1, se recomienda tener en cuenta los compromisos pactados con la unidad de análisis, reporte, análisis y asociación de falla con el fin de tener indicadores que ayuden a la toma de decisiones
			72%	

## MANTENIMIENTO E INFRAESTRUCTURA

META	ACTIVIDADES PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ANUALES	INDICADOR / FÓRMULA	AVANCE 30 MARZO 2020	OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES
Cumplimiento de reporte y gestión de indicadores DARUMA	Realizar seguimiento a la gestión por indicadores	Cumplimiento de metas	90%	Se evidencia para el proceso de almacén que cuenta con 2 indicadores, de los cuales están diligenciados al 100%, pero no tienen análisis de fallas por tal motivo tiene una calificación de 90%.  Informes presentado por la unidad de análisis.
<b>CUMPLIMIENTO</b>			90%	

## CARTERA/ FACTURACIÓN/ AUTORIZACIONES:

META	ACTIVIDADES PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ANUALES	INDICADOR / FÓRMULA	AVANCE A 30 MARZO 2020	OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES
Cumplimiento Programa de gestión institucional de los recursos financieros (PGIRF)	Implementar el Programa de gestión institucional de los recursos financieros (PGIRF)	Cumplimiento de las actividades del plan de acción	78%	No se evidencia cierre de brecha, por tal motivo se deja como resultado el porcentaje de cumplimiento del IV trimestre de 2019, se observa un decrecimiento de cumplimiento teniendo en cuenta que el último informe tiene un cumplimiento del 64%, de los 18 indicadores 11 cumplen con la meta establecida y 5 no cumplen y 2 indicadores no aplican, se recomienda continuar con la implementación de las acciones necesarias para dar cumplimiento con los objetivos financieros
<b>CUMPLIMIENTO</b>			78%	

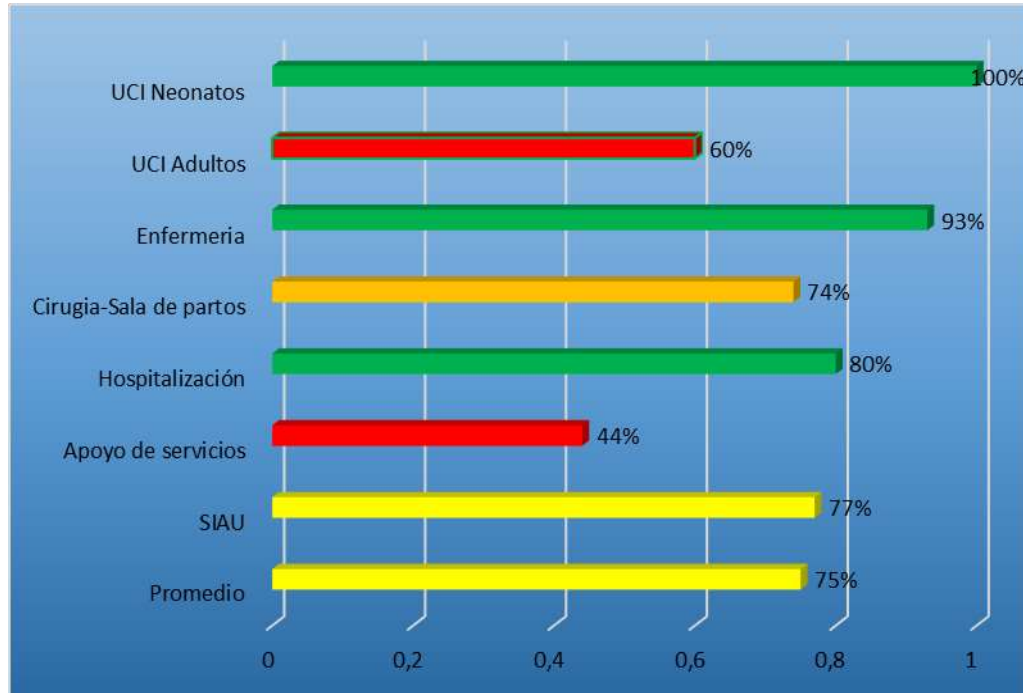
## AUDITORIA CUENTAS MÉDICAS:

META	ACTIVIDADES PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ANUALES	INDICADOR / FÓRMULA	AVANCE A 30 MARZO 2020	OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES
Cumplimiento Programa de gestión institucional de los recursos financieros (PGIRF)	Implementar el Programa de gestión institucional de los recursos financieros (PGIRF)	Cumplimiento plan de acción programa estratégico.	78%	No se evidencia cierre de brecha, por tal motivo se deja como resultado el porcentaje de cumplimiento del IV trimestre de 2019, se observa un decrecimiento de cumplimiento teniendo en cuenta que el último informe tiene un cumplimiento del 64%, de los 18 indicadores 11 cumplen con la meta establecida y 5 no cumplen y 2 indicadores no aplican, se recomienda continuar con la implementación de las acciones necesarias para dar cumplimiento con los objetivos financieros.
<b>CUMPLIMIENTO</b>			78%	

## Recomendaciones Generales para la Subgerencia Administrativa y Financiera:

- El Programa de gestión institucional de los recursos financieros (PGIRF) tiene un cumplimiento del 64%, de los 18 indicadores 11 cumplen con la meta establecida y 5 no cumplen y 2 indicadores no aplican, por lo que se recomienda revisar y establecer estrategias que permitan fortalecer las actividades relacionadas a éstos indicadores, con el fin de fortalecer la sostenibilidad financiera de la institución.
- Fortalecer el reporte, análisis y gestión de indicadores, con el fin de que éstos sirvan para la toma de decisiones oportuna al interior de los procesos.

## SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD



El promedio general para la Subgerencia de Servicios de Salud es del 75%, *a continuación* se encuentra las matrices de cada uno de los procesos con el porcentaje de cumplimiento de las metas propuestas junto con recomendaciones u observaciones que se consideran importantes por esta oficina, para la consecución de los objetivos estratégicos planteados en el Plan de Desarrollo de la institución:

### SIAU.

META	ACTIVIDADES PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ANUALES	INDICADOR / FÓRMULA	AVANCE A 30 MARZO 2020	OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES
Promedio de cumplimiento de implementación de comités institucionales	Seguimiento al cumplimiento de los comités aplicables (ETICA)	Promedio de cumplimiento del seguimiento de actividades del comité	100%	Se acató las recomendaciones del auditor de control interno, las cuales se evidencian en el plan de trabajo del comité de ética para la vigencia 2020  1. ETICA HOSPITALARIA: <b>100%</b>

Cumplimiento de reporte y gestión de indicadores DARUMA (reporte, análisis, plan de acción.)	Realizar seguimiento a la gestión por indicadores	Cumplimiento de metas	54%	Teniendo en cuenta el informe enviado por la unidad de análisis, se observa un cumplimiento del 54%, 12 indicadores diligenciados de 22  Se recomienda tener en cuenta los compromisos pactados con la unidad de análisis, reporte, análisis y asociación de falla con el fin de tener indicadores que ayuden a la toma de decisiones
<b>CUMPLIMIENTO</b>			77%	

### APOYO SERVICIOS DE SALUD:

META	ACTIVIDADES PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ANUALES	INDICADOR / FÓRMULA	AVANCE A 30 MARZO 2020	OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES
Cumplimiento de reporte y gestión de indicadores DARUMA (reporte, análisis, plan de acción.)	Realizar seguimiento a la gestión por indicadores	Cumplimiento de metas	44%	No se evidencia cierre de brecha, por tal motivo se deja como resultado el porcentaje de cumplimiento del IV trimestre de 2019, se observa un decrecimiento de cumplimiento teniendo en cuenta el último informe emitido por la unidad de análisis, el cual tiene un cumplimiento del 35%, se identifican 35 indicadores de los cuales solo tiene diligenciado 17, se recomienda tener en cuenta los compromisos pactados con la unidad de análisis, reporte, análisis y asociación de falla con el fin de tener indicadores que ayuden a la toma de decisiones
<b>CUMPLIMIENTO</b>			44%	

### HOSPITALIZACIÓN:

META	ACTIVIDADES PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ANUALES	INDICADOR / FÓRMULA	AVANCE A 30 MARZO 2020	OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES
Promedio de la calificación de adherencia clínica institucional.	Implementar el Programa de adherencia a guías de practica clínica medica ( ANUAL)	Sumatoria del número de historias clínicas evaluadas por pacientes atendidos con n...diagnósticos que cumplen con las guías de práctica clínica según estándar institucional en el periodo	80%	Se evidencia informe enviado por la oficina de calidad de adherencia de guías de practica clínica de hospitalización con un cumplimiento del 80%
<b>CUMPLIMIENTO</b>			80%	



## ENFERMERIA

META	ACTIVIDADES PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ANUALES	INDICADOR / FÓRMULA	AVANCE A 30 MARZO 2020	OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES
Cumplimiento de reporte y gestión de indicadores DARUMA (reporte, análisis, plan de acción.)	Realizar seguimiento a la gestión por indicadores	Cumplimiento de metas	93%	Teniendo en cuenta el informe enviado por la unidad de análisis, se observa un cumplimiento del 93%, tiene diligenciados 26 de 28 indicadores.  se recomienda tener en cuenta los compromisos pactados con la unidad de análisis, reporte, análisis y asociación de falla con el fin de tener indicadores que ayuden a la toma de decisiones
<b>CUMPLIMIENTO</b>			93%	

## UCI ADULTOS

META	ACTIVIDADES PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ANUALES	INDICADOR / FÓRMULA	AVANCE A 30 MARZO 2020	OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES
Cumplimiento de reporte y gestión de indicadores DARUMA (reporte, análisis, plan de acción.)	Realizar seguimiento a la gestión por indicadores	Cumplimiento de metas	60%	Teniendo en cuenta el informe enviado por la unidad de análisis, se observa un cumplimiento del 60%, se identifican 6 indicadores diligenciados de 10.  se recomienda tener en cuenta los compromisos pactados con la unidad de análisis, reporte, análisis y asociación de falla con el fin de tener indicadores que ayuden a la toma de decisiones
<b>CUMPLIMIENTO</b>			60%	

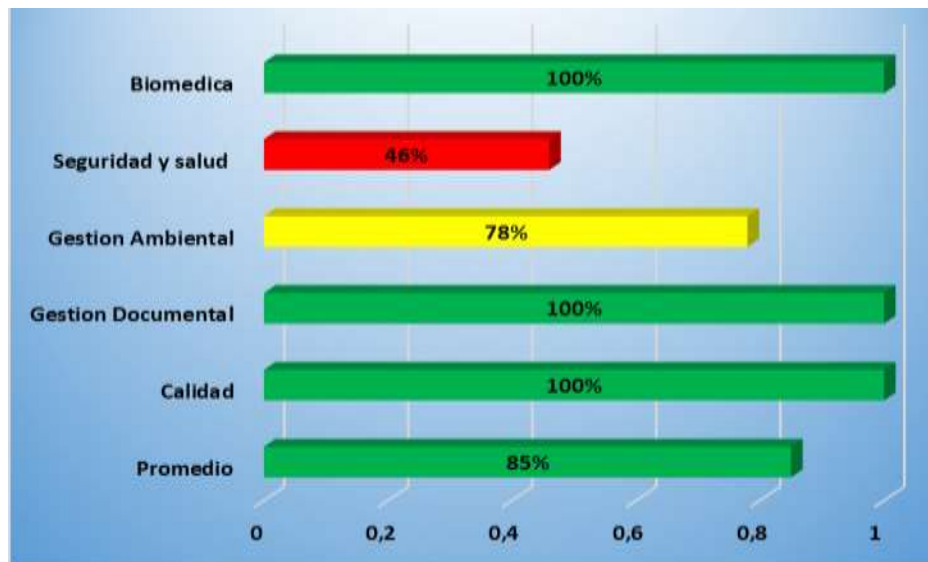
## UCI NEONATAL:

META	ACTIVIDADES PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ANUALES	INDICADOR / FÓRMULA	AVANCE A 30 MARZO 2020	OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES
Cumplimiento de reporte y gestión de indicadores DARUMA (reporte, análisis, plan de acción.)	Realizar seguimiento a la gestión por indicadores	Cumplimiento de metas	100%	Teniendo en cuenta el informe enviado por la unidad de análisis, se observa un cumplimiento del 100%,
<b>CUMPLIMIENTO</b>			100%	

## Recomendaciones Generales para la Subgerencia de Servicios de Salud:

- Fortalecer el reporte, análisis y gestión de indicadores, con el fin de que éstos sirvan para la toma de decisiones oportuna al interior de los procesos.
- Establecer estrategias que permitan el desarrollo satisfactorio y oportuno del Programa de adherencia a guías de práctica clínica médica.

## OFICINA ASESORA DE DESARROLLO DE SERVICIOS



El promedio general para la oficina Asesora de Desarrollo de Servicios es del 60%, a continuación se muestran las matrices de cada uno de los procesos con el porcentaje de cumplimiento de las metas propuestas y observaciones realizadas por la oficina de control interno para la consecución de los objetivos estratégicos planteados en el Plan de Desarrollo de la institución:

### CALIDAD:

META	ACTIVIDADES PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ANUALES	INDICADOR / FÓRMULA/ PRODUCTO	AVANCE A 30 MARZO 2020	OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES
Promedio de la calificación de adherencia clínica institucional.	Implementar programa de adherencia clínica institucional	No de actividades Desarrolladas / No de actividades programadas x 100	100%	Se evidencia en informe enviado por la oficina de calidad, en el cual se encuentra la medición de adherencia al diligenciamiento de la historia clínica y adherencia a guías de practica clínica institucional del proceso de consulta externa, urgencias y hospitalización, por consiguiente se tiene un cumplimiento del <b>100%</b> .

Cumplimiento de reporte y gestión de indicadores DARUMA	Realizar seguimiento a la gestión por indicadores	Cumplimiento de metas	64%	Teniendo en cuenta el informe enviado por la unidad de análisis, se observa un cumplimiento del 64%, tiene diligenciado 51 de los 80 indicadores a cargo, se recomienda tener en cuenta los compromisos pactados con la unidad de análisis, reporte, análisis y asociación de falla con el fin de tener indicadores que ayuden a la toma de decisiones
<b>CUMPLIMIENTO</b>			<b>82%</b>	

## GESTION DOCUMENTAL

META	ACTIVIDADES PARA EL CUMPLIMIENTO	INDICADOR / FÓRMULA	AVANCE A 30 MARZO 2020	OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES
Cumplimiento de reporte y gestión de indicadores DARUMA	Realizar seguimiento a la gestión por indicadores	Cumplimiento de metas	100%	Teniendo en cuenta los soportes enviados en la etapa de informe preliminar, se evidencia en el módulo de indicadores darumasalud tiene un cumplimiento del 100%
<b>CUMPLIMIENTO</b>			<b>100%</b>	

## GESTION AMBIENTAL:

META	ACTIVIDADES PARA EL CUMPLIMIENTO	INDICADOR / FÓRMULA	AVANCE A 30 MARZO 2020	OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES
Cumplimiento de reporte y gestión de indicadores DARUMA	Realizar seguimiento a la gestión por indicadores	Cumplimiento de metas	78%	No se evidencia cierre de brecha, por tal motivo se deja como resultado el porcentaje de cumplimiento del IV trimestre de 2019, se observa un decrecimiento de cumplimiento teniendo en cuenta el último informe emitido por la unidad de análisis, el cual tiene un cumplimiento del 66%, se identifican 9 indicadores de los cuales solo tiene diligenciado 6, se recomienda tener en cuenta los compromisos pactados con la unidad de análisis, reporte, análisis y asociación de falla con el fin de tener indicadores que ayuden a la toma de decisiones
<b>CUMPLIMIENTO</b>			<b>78%</b>	

**SEGURIDAD Y SALUD DE TRABAJO**

META	ACTIVIDADES PARA EL CUMPLIMIENTO	INDICADOR / FÓRMULA	AVANCE A 30 MARZO 2020	OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES
Cumplimiento de reporte y gestión de indicadores DARUMA	Realizar seguimiento a la gestión por indicadores	Cumplimiento de metas	100%	Teniendo en cuenta los soportes enviados en la etapa de informe preliminar, se evidencia en el módulo de indicadores darumasalud tiene un cumplimiento del 100%
<b>CUMPLIMIENTO</b>			100%	

**BIOMEDICA:**

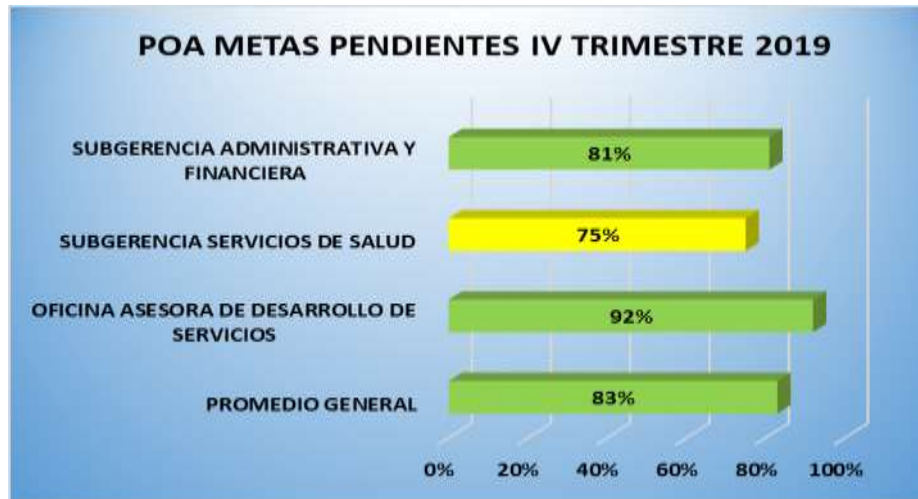
META	ACTIVIDADES PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS ANUALES	INDICADOR / FÓRMULA	AVANCE A 30 MARZO 2020	OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES
Cumplimiento de reporte y gestión de indicadores DARUMA	Realizar seguimiento a la gestión por indicadores	Cumplimiento de metas	100%	Teniendo en cuenta el informe enviado por la unidad de análisis, se observa un cumplimiento del 100%, Se recomienda tener en cuenta los compromisos pactados con la unidad de análisis, reporte, análisis y asociación de falla con el fin de tener indicadores que ayuden a la toma de decisiones
<b>CUMPLIMIENTO</b>			100%	

**Recomendaciones Generales para la Oficina Asesora de Desarrollo de Servicios:**

- Se recomienda tener en cuenta los compromisos pactados con la unidad de análisis con el fin de contar con indicadores alimentados, analizados, y que contribuyen en la toma de decisiones.
- Establecer estrategias que permitan el desarrollo satisfactorio y oportuno del Programa de adherencia a guías de práctica clínica médica.

**CONSOLIDADO GENERAL METAS PENDIENTES POA CUARTO TRIMESTRE 2019**

Tal como se puede apreciar en la siguiente gráfica, el cumplimiento en las metas e indicadores de los POA's de las metas pendientes para el cuarto trimestre de 2019 en promedio general corresponde a un 83%. Es importante, se tengan en cuenta las consideraciones expuestas en el seguimiento y evaluación realizada en aquellas metas e indicadores en donde los resultados no fueron los esperados.



## CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES GENERALES METAS PENDIENTES POA DE 2019

El porcentaje de cumplimiento del POA para las metas pendientes del cuarto trimestre de 2019 fue de 83%, indica una gestión que en los aspectos evaluados se encuentra en parámetros de eficiencia y se cumple con la meta propuesta.

### OBSERVACIONES

- Es necesario fortalecer la Unidad de Análisis Estadístico en la emisión de los informes trimestrales, con el fin de que se realicen con una mayor oportunidad y ayuden a la toma de decisiones de la alta dirección. Así mismo se requiere fortalecer los controles que garanticen el reporte, análisis y gestión de los indicadores en cada uno de los procesos o áreas.
- Se debe fortalecer la cultura de autocontrol al interior de cada uno de los procesos, ya que no se cumple por parte de algunos líderes con el envío de la información a tiempo, lo que genera demoras en la evaluación del POA y reprocesos a la oficina de control interno.
- Revisar y establecer estrategias que permitan fortalecer las actividades relacionadas a fortalecer la sostenibilidad financiera de la institución.

Cordial Saludo,



### LUZ DARY GUERRERO MORENO

Asesora Control Interno

ESE Hospital Universitario San Rafael de Tunja

Proyectó: Dorisol Pamplona / Revisó: Luz Dary Guerrero

Copia: Subgerencias, Desarrollo de Servicios, planeación y procesos involucrados.