



Arauca, miércoles 13 de mayo de 2015

Doctor:

JOHAN JAVIER GIRALDO

Director

Hospital San Vicente de Arauca

Asunto: Resultados Evaluación Planes Operativos Anuales de Acción por Proceso de la vigencia 2014

Respetado Doctor,

De acuerdo a la programación definida para el seguimiento del primer trimestre de 2014, a los Planes Operativos Anuales por procesos establecidos para la vigencia 2014, que se encuentran avalados mediante resolución de seguimiento 2.0476 del 09 de Octubre de 2013 y cuyo objetivo principal es conocer la medición y clasificación de los compromisos laborales de todos los procesos de la institución mediante el ajuste a cinco perspectivas estratégicas establecidas en el Plan de Desarrollo del hospital.

Durante esta vigencia fueron elaborados los Planes operativos anuales (POA) de 44 procesos y subprocesos de la institución, se realizaron en total 4 seguimientos en el año de modo trimestral, verificando el cumplimiento de los compromisos adquiridos por cada proceso de acuerdo a los indicadores y metas establecidas para su medición y en concordancia a los establecidos por el plan de acción institucional.

PERSPECTIVAS ESTRATEGICAS	PUNTAJE POR PERSPECTIVA	INTERPRETACION	PUNTAJE CONSOLIDADO PRIMER TRIMESTRE
PACIENTE / USUARIO / CLIENTE	86,4%	SATISFACTORIO	83,4%
APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	84,7%	SATISFACTORIO	
TALENTO HUMANO	79,1%	ADECUADO	
FINANCIERA Y GERENCIAL	79,5%	ADECUADO	
GERENCIA DE LA INFORMACION	85,9%	SATISFACTORIO	
			SATISFACTORIO

Durante el primer trimestre se logró evaluar a 41 procesos solamente, ya que tres de los procesos no presentaron la evaluación, pese a varios llamados para poder realizarla, la porcentaje consolidado final del periodo fue de 83.4% que se encuentra en un rango “satisfactorio” .

En el segundo trimestre se evaluaron 42 procesos y se obtuvo un puntaje consolidado en el periodo de 88.4% que se establece como un resultado “satisfactorio”, y obteniendo los siguientes resultados consolidados por perspectivas estratégicas definidas en el plan de acción institucional.

PERSPECTIVAS ESTRATEGICAS	PUNTAJE POR PERSPECTIVA	INTERPRETACION	PUNTAJE CONSOLIDADO SEGUNDO TRIMESTRE
PACIENTE / USUARIO / CLIENTE	90,4%	SATISFACTORIO	88,4%
APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	89,1%	SATISFACTORIO	
TALENTO HUMANO	84,9%	SATISFACTORIO	
FINANCIERA Y GERENCIAL	89,6%	SATISFACTORIO	
GERENCIA DE LA INFORMACION	89,1%	SATISFACTORIO	
			SATISFACTORIO

En el tercer trimestre fueron evaluados cuarenta y cuatro (44) procesos y subprocesos de la institución con un puntaje final consolidado del 83,7%, el cual es interpretado como “Satisfactorio”.

PERSPECTIVAS ESTRATEGICAS	PUNTAJE POR PERSPECTIVA	INTERPRETACION	PUNTAJE CONSOLIDADO TERCER TRIMESTRE
PACIENTE / USUARIO / CLIENTE	87,7%	SATISFACTORIO	83,7%
APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	76,1%	ADECUADO	
TALENTO HUMANO	76,9%	ADECUADO	
FINANCIERA Y GERENCIAL	89,8%	SATISFACTORIO	
GERENCIA DE LA INFORMACION	87,9%	SATISFACTORIO	
			SATISFACTORIO

Para el cuarto trimestre fueron evaluados en total 39 procesos de la institución, haciendo falta por evaluar cinco(5) procesos, que debido a los cambios administrativos de la institución o por que los líderes de proceso no se encontraban en la institución, no se pudo completar el seguimiento. El resultado final de la evaluación es de 85,3% que es interpretado como satisfactorio.

PERSPECTIVAS ESTRATEGICAS	PUNTAJE POR PERSPECTIVA	INTERPRETACION	PUNTAJE CONSOLIDADO TERCER TRIMESTRE
PACIENTE / USUARIO / CLIENTE	90,5%	SATISFACTORIO	85,3%
APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO	80,2%	SATISFACTORIO	
TALENTO HUMANO	76,5%	ADECUADO	
FINANCIERA Y GERENCIAL	90,2%	SATISFACTORIO	
GERENCIA DE LA INFORMACION	88,8%	SATISFACTORIO	
			SATISFACTORIO

Por consiguiente y verificando cada una de los procesos de la institución que fueron evaluados durante el año 20104 se obtuvo el siguiente resultado individual por procesos:

RESULTADOS EVALUACIÓN DEFINITIVA DE LOS PLANES OPERATIVOS ANUALES POR PROCESO AÑO 2014						
PROCESOS	PERSPECTIVAS ESTRATEGICAS					SEMAFORIZACION
	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE	CUARTO TRIMESTRE	PUNTAJE CONSOLIDADO	
URGENCIAS	78,0%	67,0%	66,0%	N.A.	70,3%	ADECUADO
HOSPITALIZACION	77,0%	75,0%	61,0%	69,2%	70,6%	ADECUADO
HOSPITALIZACION BIPERSONAL	77,0%	75,0%	71,0%	75,0%	74,5%	ADECUADO
PEDIATRIA	77,0%	75,0%	65,0%	76,0%	73,3%	ADECUADO
UCI INTERMEDIO ADULTOS	87,0%	86,0%	84,0%	76,0%	83,3%	SATISFACTORIO
UCI ADULTOS	81,00%	85%	76%	75,0%	79,3%	ADECUADO
UCI NEONATAL	86,0%	87,0%	86,0%	91,0%	87,5%	SATISFACTORIO
TRASLADO ASISTENCIAL	93,00%	91%	94%	89,0%	91,8%	SATISFACTORIO
CONSULTA EXTERNA	73,0%	71,0%	63,0%	68,0%	68,8%	ADECUADO
QUIROFANOS	85,00%	83%	80%	87,0%	83,8%	SATISFACTORIO
GINECOBSTERICIA	83,0%	85,0%	80,0%	89,0%	84,3%	SATISFACTORIO
ESTERILIZACION E INSTRUMENTACION	100,00%	92%	100%	97,0%	97,2%	SATISFACTORIO
REHABILITACION	97,0%	98,0%	87,0%	80,0%	90,5%	SATISFACTORIO
BANCO DE SANGRE	100,00%	100%	100%	98,0%	99,5%	SATISFACTORIO
IMAGENOLOGIA	64,0%	72,0%	60,0%	70,0%	66,5%	ADECUADO
LABORATORIO CLINICO	96,00%	97%	95%	96,0%	96,0%	SATISFACTORIO
EPIDEMIOLOGIA	0,0%	94,0%	78,0%	90,0%	65,5%	ADECUADO
HISTORIAS CLINICAS	99,00%	96%	96%	96,0%	96,8%	SATISFACTORIO
FARMACIA	82,0%	79,0%	69,0%	N.A.	76,7%	ADECUADO
COORDINACIÓN ENFERMERIA	96,00%	99%	98%	99,0%	98,0%	SATISFACTORIO
PATOLOGIA	80,0%	85,0%	85,0%	78,0%	82,0%	SATISFACTORIO
IAMI	0,00%	95%	86%	79,0%	65,0%	ADECUADO
CONTROL INTERNO	100,0%	100,0%	96,0%	99,0%	98,8%	SATISFACTORIO
JURIDICA	89,00%	92%	80%	N.A.	87,0%	SATISFACTORIO
RECURSOS BIOMEDICOS	83,0%	86,0%	82,0%	87,0%	84,5%	SATISFACTORIO
GESTION DE INFORMACION A USUARIOS	91,00%	97%	95%	85%	92,0%	SATISFACTORIO
ADMISION A USUARIOS	84,0%	83,0%	85,0%	83,0%	83,8%	SATISFACTORIO
FACTURACION	98,00%	87%	83%	79%	86,8%	SATISFACTORIO
COMPRAS Y SUMINISTROS	95,0%	97,0%	85,0%	82,0%	89,8%	SATISFACTORIO
GESTION AMBIENTAL	93,00%	91%	99%	95%	94,5%	SATISFACTORIO
TALENTO HUMANO	91,0%	88,0%	89,0%	91,0%	89,8%	SATISFACTORIO
SALUD OCUPACIONAL	96%	84%	95%	97%	93,0%	SATISFACTORIO
ARCHIVO	95,0%	93,0%	78,0%	90,0%	89,0%	SATISFACTORIO
PRESUPUESTO	94%	91%	81%	N.A.	88,7%	SATISFACTORIO
COSTOS	88,0%	95,0%	91,0%	89,0%	90,8%	SATISFACTORIO
SISTEMAS	83%	84%	80%	81%	82,0%	SATISFACTORIO
GESTION DE CALIDAD	93,0%	98,0%	88,0%	89,0%	92,0%	SATISFACTORIO
MEJORAMIENTO CONTINUO	94,0%	100%	91%	87%	93,0%	SATISFACTORIO
CONTABILIDAD	91,0%	82,0%	75,0%	77,0%	81,3%	SATISFACTORIO
TESORERIA	98%	92%	83%	81%	88,5%	SATISFACTORIO
CARTERA	82,0%	86,0%	71,0%	72,0%	77,8%	ADECUADO
FINANCIERA	86%	75%	75%	N.A.	78,7%	ADECUADO
RECURSOS FISICOS	72,0%	37,0%	49,0%	60,0%	54,5%	INSUFICIENTE
AUDIOTORIA MEDICA	0%	91%	85%	77%	63,3%	ADECUADO

RESULTADOS EVALUACION CLASIFICADOS POR RANGOS O SEMAFORIZACION DE LOS POAS

De acuerdo a lo anterior el proceso de planeación procedió a evaluar durante el año a 44 procesos y sub procesos de la institución, que de acuerdo a la semaforización de los resultados obtenidos se evidencia la siguiente calificación:

RANGO “SATISFACTORIO”

En un rango de calificación satisfactoria con un puntaje de 80% a 100%, se encuentran TREINTA (30) procesos de la institución, de los cuales 12 son procesos Asistenciales y 18 son procesos administrativos y estratégicos, de los cuales la mayor calificación del cumplimiento de compromisos establecidos las tienen los procesos de Control Interno, Banco de Sangre, Programa de Enfermería, Esterilización, Laboratorio Clínico, e Historias Clínicas, los cuales se evidencia que tienen la mayor eficiencia a nivel institucional, pues son procesos los cuales cumplen con la mayor cantidad de objetivos, acciones y compromisos establecidos.

RANGO “ADECUADO”

Se observan que en TRECE (13) procesos, el cumplimiento de las acciones establecidas fue de manera aceptable obteniendo una calificación promedio de 71,5%, entre los que se encuentran Diez (10)

RANGO “DEFICIENTE”

Se evidencia que dentro este rango se encontró un (1) proceso, que fuer Recusos físicos que debido al incumplimiento de múltiples acciones no logro alcanzar las metas esperadas, el puntaje definitivo del año es de 54,5%.

Por consiguiente el resultado definitivo por Perspectivas Estratégicas definidas en el plan de Desarrollo de la institución se dio de la siguiente manera:

PERSPECTIVAS ESTRATEGICAS	PUNTAJE	INTERPRETACION	PUNTAJE CONSOLIDADO VIGENCIA 2014
PRIMER TRIMESTRE	83,4%	SATISFACTORIO	85,2%
SEGUNDO TRIMESTRE	88,4%	SATISFACTORIO	
TERCER TRIMESTRE	83,7%	SATISFACTORIO	
CUARTO TRIMESTRE	85,3%	SATISFACTORIO	
			SATISFACTORIO

Por lo que el puntaje consolidado de los Planes Operativos Anuales de la Vigencia 2014 del Hospital San Vicente de Arauca es de 85,2% que es un resultado esperado como “Satisfactorio”.

Acorde a lo mencionado anteriormente se prosigue a evidencia los resultados generales de las auditorias del primer trimestre:

ANALISIS INSITITUCIONAL POR PERSPECTIVAS ESTABLECIDAS EN EL PLAN DE DESARROLLO

PERSPECTIVA PACIENTE/USUARIO O CLIENTE

Durante la vigencia 2014, en la perspectiva de Paciente/ Usuario o Cliente para los procesos asistenciales de la institución, una de las principales acciones de seguimiento fue Elaborar, ajustar y aprobar los Procedimientos Prioritarios que se encuentren desactualizados o se deban elaborar para cada servicio habilitado según los requerimientos de R. 1441 2013 y en concordancia con los diagnósticos de egresos más frecuentes

- De acuerdo con lo determinado en el plan de trabajo de actualización de los procedimientos más frecuentes a nivel transversal en el hospital, se definieron 44 protocolos con la mayor prioridad de actualización, de los cuales a la fecha de la revisión se pudo constatar la aprobación y certificación de Mejoramiento continuo de 41 POES y Guías clínicas, entre los que se encuentran procedimientos de entrega y recibo de turno de personal profesional de enfermería, entrega de turno personal auxiliar de enfermería, protocolos de código azul y guías de reanimación cerebro cardio vascular, lavado de manos, control de líquidos, remisión de pacientes, manejo de heridas de recién nacido, ingreso a UCI Neonatal, toma de pulsometría neonatal etc., adicionalmente el proceso de Imagenología a realizado un importante avance en la actualización de guías y manuales completando 6 documentación actualizadas, entre las cuales se encuentran manuales de radio protección, consentimientos informados, protocolos para realizar exámenes de rayos x desde el ingreso hasta el egreso del servicio. También en el proceso de ginecobstetricia se evidencia un trabajo dedicado a la elaboración de guías como mortalidad extrema, código rojo, trabajo de parto, infección vías urinarias, preclamsia, Guía de aborto, amenaza de parto prematuro, hemorragia asociada al embarazo, trastorno hipertensivo en el embarazo y manejo de recién nacido hijo de madre con VIH, Procedimientos de lactancia materna. En los procedimientos de Enfermería: código rojo, trabajo de parto, adaptación neonatal, traslado de recién nacido a UCI neonatal y entrega del recién nacido a la madre

El resto de documentación se encuentra en fase de desarrollo, revisión y ajustes y correcciones post revisión, donde se observa que se devolvieron ocho (8) procedimientos a los líderes o responsables de elaboración para ser ajustados a los requerimientos institucionales o normativos y de manera adicional ya se encuentran asignados veinticuatro (24) protocolos y guías se están trabajando con los líderes de proceso.

- En este mismo objetivo estratégico se incluyen acciones de seguimiento para verificar el cumplimiento del comité de infecciones a nivel asistencial, donde se verifica el cumplimiento a los protocolos y manuales establecidos para evitar que se presenten las infecciones intrahospitalarias, se evidencia falencias repetitivas en cuanto al recambio y la rotulación de equipos de infusión en el servicio de internación hospitalaria específicamente los servicios de hospitalización adultos, por otro lado se denota el mejoramiento en el uso del formato de venopuncion para todos los pacientes que ingresan por urgencias



Se verifico el estado de seguimiento al diligenciamiento del registro y semaforización de insumos y medicamento de los carros de paro ubicados en los servicios asistenciales, evidenciándose que se realiza de manera oportuna y efectiva como está estipulado en el procedimiento, actualmente se están modificando las listas de chequeo para incluirse las acciones de seguimiento al código rojo tal como lo estipula la resolución 1441 de 2013.

- De acuerdo al reporte del call center se observa que durante el trimestre la especialidad con la mayor demanda insatisfecha por citas médicas se dio en ginecología con una total de 358 citas que no pudieron asignadas, seguidas por ortopedia con un total de 246, oftamologia con 76 y dermatología 69 citas sin poder ser asignadas, en total en todo el cuarto trimestre se dejaron de asignar 996 citas Versus 1.465 citas que no fueron cumplidas por inasistencia de los pacientes que las habían solicitado.

De igual forma se puede analizar que se están presentando una gran cantidad de incumplimientos de personas que no están asistiendo a las citas que se les ha sido asignada con antelación, pese que se cambio la forma de solicitar citas de manera mensual a semanal, que en comparación con la demanda insatisfecha es claro que estas citas podrían ser mejor aprovechadas por personas que necesitan el seguimiento médico especializado con una mayor prioridad.

- Para el primer trimestre en el proceso de urgencias se observa que se siguen presentando demoras en la valoración de los pacientes que se encuentran en observación, los especialistas siguen presentando demoras o incumplimientos a los cuadros de turnos asignados, lo que retrasa la valoración de los pacientes, el líder de proceso realizo la notificación a la subdirección científica de la continua insistencia o llegadas tarde de los especialistas.
- En el objetivo estratégico de fidelización del usuario se mide promedio de la pertinencia en las respuestas de las Peticiones, Quejas y reclamos tienen el siguiente comportamiento Octubre: 10 quejas. Noviembre: 5 quejas. Diciembre: 110 quejas, el promedio de días de respuesta a las quejas fue de Octubre: 4 días. Noviembre: 4 días. Diciembre: 5 días.
- Durante el cuarto trimestre no se realizaron las encuestas institucionales para medir el porcentaje de satisfacción de los usuarios frente al servicio prestado por el hospital San Vicente.

PERSPECTIVA APRENDIZAJE Y CRECIMIENTO

Dentro el objetivo estratégico de aprendizaje y crecimiento se busca medir el avance y fortalecimiento de los sistemas de gestion aplicados en la institución, se evidencia que mediante las rondas de seguridad del paciente en el cuatro trimestre de 2014 se ajustaron los siguientes resultados: Eventos Adversos: 57. Incidentes: 58, No Conformidades: 66, para todos los procesos de la institución, cada uno de ellos cuenta con el seguimiento y análisis clínico o técnico del caso.

PERSPECTIVA TALENTO HUMANO

De acuerdo al objetivo estratégico y perspectiva del talento humano en la institución, se busca medir el porcentaje de estrategias de intervención enfocadas a fortalecer el conocimiento, asesoría y capacitación de los servidores públicos y colaboradores la ESE, de acuerdo al programa de capacitaciones establecidas por el programa de enfermería y talento humano, abordando temas como *Socialización transporte almacén, Manejo y custodia de historia clínica, protocolo de emergencia hospitalario, PAI cadena de frio, Atención de la gestante en trabajo de parto, Infección respiratoria aguda grave, Manejo custodia de historia clínica, protocolo de morbilidad materna extrema, Venopuncion periférica, Inducción manejo bomba de infusión, Toma muestra BK jugo gástrico, Plan de cuidado de enfermería, POE referencia-contra referencia, lavado de manos, protocolo ético hospitalario, Venopuncion periférica, accidente ofídico, Humanización y deshumanización ,POE entrega y recibo de turnos, Taller lavado de manos, Traslado interno de pacientes, cáncer ocupacional, Toma de glucometria, Protocolo medicamentos diez correctos, Toma de electrocardiograma*, midiendo el porcentaje de adherencia del personal de los proceso a las jornadas de capacitación programadas obteniendo los siguientes resultados: **UCI Neonatal:** 77,5% de adherencia, **Quirófanos:** 80% adherencia , **laboratorio:** 93% de adherencia, **Consulta Externa:** 35% de adherencia, **uci adultos:** 35%, **Maternidad:** 80%, **Uci intermedios:** 77%, **Traslado asistencial:** 81%, **Gestion hospitalaria:** 30%

Adicionalmente se observó la estadística de ausentismo laboral y se evidencio que se debe tener especial atención al número de incapacidades presentadas, de acuerdo al reporte de salud ocupacional el nivel de ausentismo ha subido representativamente lo cual puede afectar el normal funcionamiento de la institución.

PERSPECTIVA FINANCIERA Y GERENCIAL

De acuerdo a la aplicación de esta perspectiva, que abarca a la totalidad de los procesos financieros y gerenciales de la institución, se analizo el tiempo oportuno de la radicación de la Facturación como fue establecido en el procedimiento, para lo cual se encontró que el monto de cuentas sin radicar en el periodo fue de **Octubre:** \$115.188.024 = 3,91% de lo facturado. **Noviembre:** Monto: \$329.454.127= 13,25% de lo facturado, Se evidencia que el monto de Facturación sin radicar aumento de manera significativa para el mes de noviembre, pero se debe tener en cuenta que las objeciones y devoluciones de la facturación radicada también han ido aumentado, por lo que se debe establecer otro control dirigido por otro proceso o del Líder financiero para que realice una mejor revisión, con el objeto de que se disminuya la cantidad de objeciones.

Analizando el porcentaje de legalización de cuentas abiertas durante el periodo se evidencian los siguientes datos: octubre: 20, **noviembre:** 15 y diciembre: 16 cuentas legalizadas, y se encuentra que existen las siguientes cifras de facturas sin legalizar oct 67, nov 56 y dic 49. Porcentaje de la legalización de cuentas abiertas en el trimestre fue un 29,7%, se debe tener especial cuidado ya que el promedio de legalización se encuentra muy bajo.

De acuerdo al último informe reportado de conciliación de glosa se observa que hasta el momento se lleva la siguiente información de facturas glosadas conciliadas: Octubre: \$143.744.999 glosa



conciliada/\$351.516.949 Glosa ratificada de julio= el 40,89% de la facturación glosada en el periodo a sido conciliada. Noviembre: \$160.918.981 glosa conciliada/ \$289.056.821 Glosa ratificada de agosto: 55,6% de la facturación glosada a sido conciliada, Diciembre: \$650.109.159 glosa conciliada /\$860.928.540 glosa ratificada de septiembre= 75,51% de la facturación glosada en el periodo ha sido conciliada, No es posible conocer en su totalidad de la conciliación por lo que se concilia en un mes correspondiente a lo facturado. De acuerdo a los términos de glosa estipulados se observa que se fueron vencidos los términos legales de trámite de glosa de un promedio de 45 días hábiles después de la radicación de la facturación

La facturación glosada en el periodo no se encuentra totalmente conciliada por lo cual las cifras conciliadas no corresponden al valor total de la glosa inicial de tal manera se observa los siguientes valores durante el periodo: Octubre: $\$33.487.989 / \$2.840.153.465 = 0,011 * 100 = 1,179\%$. Noviembre: $\$39.293.032 / \$2.432.564.451 = 0,016 * 100 = 1.61\%$. Diciembre: $\$490.834.268 / \$3.108.977.032 = 0,1578 * 100 = 15,78\%$. siendo la sumatoria de glosa definitiva en el trimestre hasta la fecha 18,57%, De acuerdo a lo reflejado anteriormente se recuerda que no se cuenta con la totalidad de los valores de glosas aceptadas por que en promedio la conciliación de la facturación glosada en el periodo va en un 36%

PERSPECTIVA GERENCIA DE LA INFORMACION

La primera acción que se revisa en esta perspectiva es el diligenciamiento del tablero de indicadores establecido para cada proceso, para los procesos asistenciales aplica los indicadores que se deben notificar obligatoriamente a los entes de control,

Por su parte los indicadores de los procesos administrativos se evidencia que los indicadores de gestion que se encuentran ajustados a estos procesos no están midiendo la gestion real que se realiza, los indicadores no cuentan con una parametrizacion bien elaborada y no son adecuados para obtener datos estadísticos que permitan tomar decisiones correctivas en los procedimientos que se realizan en los procesos. Por lo tanto es aconsejable 1. Implementar un procedimiento institucional como instructivo para la elaboración de indicadores de gestion. 2. Programar una jornada de asistencias a los líderes de procesos para comenzar en lo que resta del año la actualización de cada uno de los tableros de indicadores

Se observa que los procesos de Compras, jurídica, biomédica, sistemas, cartera, contabilidad y financiera no volvieron a diligenciar los indicadores de gestion a su cargo.

De manera aparte también se hace énfasis en observar el estado en que se encuentran la organización documental y archivísticas en la institución, por lo que se trata de corroborar que dicha organización se lleve de manera adecuada en todos los procesos y oficinas de la institución, verificando que toda la documentación que se origina y la que es recibida sea clasificada y organizada de manera inmediata según la tabla de clasificación documental del proceso.

Por lo que se ha podido evidenciar mediante las auditorias, es que ha habido un avance considerable en varios procesos y oficinas en llevar organizada al día la documentación de sus procesos y procedimientos,



aunque el mayor problema presentado es la falta de espacio e infraestructura necesaria para que dicha información se organice adecuadamente, razón por la cual es que se presenta lo principales problemas de organización, existe varios procesos que aun llevan su documentación en carpetas AZ por lo que se les ha insistido y hecho la exigencia de realizar el traspaso documental a cajas de de archivo, foliada y organizada tal como sus Tablas de retención lo indican. Durante las auditorias se hicieron varias recomendaciones a varios hallazgos encontrados en diferentes procesos, que no estaban aplicando las TRD como las tenían predeterminadas, y se les hizo la observaciones para que no siguieran llevando su documentación como ellos lo determinaran, las mayores dificultades de organización documental se están presentando en Recursos físicos y facturación, este ultimo se observa que tiene una gran cantidad de documentación en el pasillo de la entrada a la oficina, se observa que hace falta mucha documentación por depurar y su organización no se está ajustada a la clasificación documental del proceso, además se observa que el líder de proceso no cuenta con la suficiente ayuda del personal que hace parte del proceso.

Este informe se presenta teniendo en cuenta la cantidad de dificultades presentadas para poder reunirse con los responsables de proceso y múltiples excusas presentadas por los responsables de proceso, lo que retrasa la consolidación y presentación de este informe.

Los demás soportes se encuentran en las listas de chequeo por proceso los cuales tienen la información detallada del desempeño de cada uno de los compromisos adquiridos por cumplir de los procesos del Hospital San Vicente de Arauca E.S.E.

Atentamente,

RICARDO ALEJANDRO MASMELA

Profesional Universitario de Planeación.

Anexo: Unidad de Cd, Registro de Matriz de Semaforización POA IV Trimestre por procesos de toda la Institución, Lista de chequeo de resultados de Evaluación de los POAS a nivel institucional del IV Trimestre Vigencia 2014.

Proyecto y Reviso: Ricardo M.