

RESOLUCIÓN No. 248 DEL 14 DE DICIEMBRE DE 2020

“POR MEDIO DEL CUAL SE MODIFICA LA RESOLUCIÓN 220 DE 26 DE SEPTIEMBRE DE 2019 LA CUAL ADOPTÓ LA POLÍTICA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN AL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL EN EL HOSPITAL DEL SARARE E.S.E.”

EL GERENTE DEL HOSPITAL DEL SARARE, EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SARAVERA ARAUCA, EN USOS DE SUS FACULTADES LEGALES Y ESTATUTARIAS Y EN ESPECIAL LAS CONFERIDAS EN EL DECRETO 397 DEL 24 DE ABRIL DE 2020 DE LA GOBERNACION Y,

CONSIDERANDO

Que la Constitución Política de 1991, Decreta, sanciona y promulga en el artículo 343, que estipula “La entidad nacional de planeación que señale la ley, tendrá a su cargo el diseño y la organización de los sistemas de evaluación de gestión y resultados de la administración pública, tanto en lo relacionado con políticas como con proyectos de inversión, en las condiciones que ella determine.

Que la ley 87 de 1993 “Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones” define control interno como el sistema integrado por el esquema de organización y el conjunto de los planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una entidad, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos

Que la Ley 152 de 1994 “Por la cual se establece la Ley Orgánica del Plan de Desarrollo” Artículo. 29. Todos los organismos de la administración pública nacional deberán elaborar, con base en los lineamientos del Plan Nacional de Desarrollo y de las funciones que le señale la ley, un plan indicativo cuatrienal con planes de acción anuales que se constituirá en la base para la posterior evaluación de resultados.

Que el decreto Nacional 1499 de 2017. Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015.

Que de acuerdo al Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) es importante que las entidades conozcan de manera permanente los avances en su gestión y los logros de los resultados y metas propuestas, en los tiempos y con los recursos previstos y así generar los efectos deseados para la sociedad; de igual manera, esto le permite introducir mejoras en la gestión. (Manual Operativo del modelo Integrado de Planeación y gestión Versión 3, diciembre de 2019. Pág. 74.).

Que el Manual Operativo de MIPG establece la dimensión de Evaluación de Resultados, se documentó la política de Gestión y Desempeño Institucional. Con el fin cumplir el objetivo de MIPG

que dice: “Desarrollar una cultura organizacional fundamentada en la información, el control y la evaluación, para la toma de decisiones y la mejora continua” y así mismo le permitirá a la institución que se conozca permanentemente los avances de su gestión y si los resultados alcanzados corresponden a las metas previstas y si se lograron dentro de los tiempos planeados, con los recursos disponibles y generaron los efectos deseados en los grupos de valor.

Que es importante tener un conocimiento certero de cómo se comportan los factores más importantes en la ejecución de lo planeado, le permite a la entidad (i) saber permanentemente el estado de avance de su gestión, (ii) plantear las acciones para mitigar posibles riesgos que la puedan desviar del cumplimiento de sus metas, y (iii) al final del periodo, determinar si logró sus objetivos y metas en los tiempos previstos, en las condiciones de cantidad y calidad esperadas y con un uso óptimo de recursos. La Evaluación de Resultados permite también definir los efectos de la gestión institucional en la garantía de los derechos, satisfacción de las necesidades y resolución de los problemas de los grupos de valor (Manual Operativo del modelo Integrado de Planeación y gestión Versión 3, diciembre de 2019. Pág. 74.)

En mérito de lo expuesto,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO. OBJETO. Actualizar la Política de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional en el Hospital del Sarare E.S.E.

ARTICULO SEGUNDO: Modifíquese El Artículo 1. De La Resolución 220 De 2019 el cual quedará así:

ARTÍCULO 1. OBJETIVO GENERAL. *Promover en el Hospital del Sarare una cultura de seguimiento y evaluación a la gestión y desempeño institucional, que permita medir y controlar los avances en el cumplimiento de los objetivos y metas definidas en el marco de la plataforma estratégica; y de esta manera formular acciones oportunas que mejoren continuamente la gestión de la institución.*

PARAGRAFO 1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Definir responsables del seguimiento.
2. Revisar y actualizar indicadores y mecanismo de seguimiento.
3. Definir mecanismo y herramientas para evaluar los resultados.
4. Documentar los resultados.
5. Implementar un sistema de seguimiento y medición estructurado.
6. Realizar el seguimiento y evaluación a la gestión y desempeño de la institución, a fin de conocer permanentemente los avances en la consecución de los resultados previstos en su marco estratégico.
7. Fomentar el desarrollo de una cultura organizacional fundamentada en la información, el control y la evaluación, para la toma de decisiones y la mejora continua.
8. Identificar, mitigar y controlar posibles riesgos que puedan desviar el cumplimiento de los objetivos y metas de la institución y tomar las acciones de mejora necesarias.
9. Realizar seguimiento, monitoreo y evaluación a las políticas, planes, programas y/o proyectos, al igual que el desempeño de los funcionarios y contratistas de la institución, con el fin de conocer periódicamente los avances en la consecución de los resultados logrados en el cumplimiento de los objetivos y metas propuestas.

ARTICULO TERCERO. ADÓPTESE LOS SIGUIENTES PRINCIPIOS DE LA POLÍTICA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL DE MIPG.

Autocontrol: Capacidad que deben desarrollar todos y cada uno de los servidores públicos de la organización, independientemente de su nivel jerárquico, para evaluar y controlar su trabajo, detectar desviaciones y efectuar correctivos de manera oportuna para el adecuado cumplimiento de los resultados que se esperan en el ejercicio de su función, de tal manera que la ejecución de los procesos, actividades y/o tareas bajo su responsabilidad, se desarrollen con fundamento en los principios establecidos en la Constitución Política.

Autogestión: Capacidad de toda organización pública para interpretar, coordinar, aplicar y evaluar de manera efectiva, eficiente y eficaz la función administrativa que le ha sido asignada por la Constitución, la ley y sus reglamentos.

Autorregulación: Capacidad de cada una de las organizaciones para desarrollar y aplicar en su interior métodos, normas y procedimientos que permitan el desarrollo, implementación y fortalecimiento incremental del Sistema de Control Interno, en concordancia con la normatividad vigente.

Calidad de la información. Toda la información de interés público que sea producida, gestionada y difundida por el sujeto obligado, deberá ser oportuna, objetiva, veraz, completa, reutilizable, procesable y estar disponible en formatos accesibles para los solicitantes e interesados en ella, teniendo en cuenta los procedimientos de gestión documental de la respectiva entidad, principio de la transparencia y acceso a la información pública. (Ley 1712, 2014, art. 3).

Celeridad. Con este principio se busca la agilidad en el trámite y la gestión administrativa. Comporta la indispensable agilidad en el cumplimiento de las tareas a cargo de las entidades y servidores públicos, principio de la transparencia y acceso a la información pública. (Ley 1712, 2014, art. 3).

Divulgación proactiva de la información. El derecho de acceso a la información no radica únicamente en la obligación de dar respuesta a las peticiones de la sociedad, sino también en el deber de los sujetos obligados de promover y generar una cultura de transparencia, lo que conlleva la obligación de publicar y divulgar documentos y archivos que plasman la actividad estatal y de interés público, de forma rutinaria y proactiva, actualizada, accesible y comprensible, atendiendo a límites razonables del talento humano y recursos físicos y financieros. principio de la transparencia y acceso a la información pública. (Ley 1712, 2014, art. 3).

Continuidad: Con el fin de asegurar la real ejecución de los planes, programas y proyectos que se incluyan en los planes de desarrollo nacionales y de las entidades territoriales, las respectivas autoridades de planeación propenderán porque aquéllos tengan cabal culminación (Ley 152 de 1994, art. 3, lit. f).

Eficacia. El principio impone el logro de resultados mínimos en relación con las responsabilidades confiadas a los organismos estatales, con miras a la efectividad de los derechos colectivos e individuales (Ley 1712, 2014, art. 3).

Eficiencia: Para el desarrollo de los lineamientos del plan y en cumplimiento de los planes de acción se deberá optimizar el uso de los recursos financieros, humanos y técnicos necesarios, teniendo en cuenta que la relación entre los beneficios y costos que genere sea positiva (Ley 152 de 1994, art. 3, lit. k).

Excelencia y calidad: Lograr que, a lo largo del tiempo, los atributos de los servicios brindados a los grupos de interés, sean los mejores para satisfacer sus necesidades.

Orientación a resultados: Tomar como eje de toda la gestión pública, las necesidades de los grupos de valor asociadas al propósito fundamental de la organización, así como los resultados necesarios para su satisfacción.

ARTICULO CUARTO. Modifíquese el artículo 2 de la resolución 220 de 2019 el cual quedará así:

Artículo 2. ROLES Y RESPONSABLES.

Alta Gerencia: Dirige el Sistema Integrado de Gestión de la institución y es el responsable de liderar y orientar la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, dentro del cual se encuentra la Política Operativa de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional.

Comité Institucional de Gestión y Desempeño: orienta, articula y ejecuta las acciones y estrategias para la correcta implementación, operación, desarrollo, evaluación y seguimiento del Sistema Integrado de Gestión bajo su marco de referencia el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG y el sistema obligatorio de la garantía de la calidad en salud SOGCS y demás modelos de gestión adoptados por la institución dentro del cual se encuentra la Política de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional.

Oficina Asesora de Planeación: Le corresponde coordinar el proceso de seguimiento de la gestión institucional.

Gestión TICs: Publicar a través de la página web los informes de seguimiento y evaluación, de acuerdo con las disposiciones legales.

El Equipo de Comunicaciones Estratégicas: Contribuirá en estrategias de comunicación interna y externa para divulgar los resultados de la gestión institucional.

Centros de Gestión (Equipo de líderes o coordinadores de Modelos de gestión del Sistema Integrados de gestión SIG): Todos los servidores públicos deberán velar por el cumplimiento de las metas, la entrega de productos y resultados desde los centros de Gestión y procesos a los cuales se encuentran vinculados, quienes deben establecer oportunamente las acciones de corrección o prevención de riesgos, si aplica, y registrar o suministrar los datos en los diferentes sistemas de información de que dispone la institución y otras autoridades para tal fin.

Equipo de Líderes de procesos y subprocesos: Realizar medición, seguimiento y autoevaluaciones de sus procesos y reportar trimestralmente los resultados obtenidos, mantener la información documentada y disponible.

Oficina Asesora de Control Interno: Presentarán los informes de auditoría, seguimiento y evaluación de carácter legal, general y particular producto de la ejecución del Plan Anual de Auditoría, los cuales tendrán como destinatario principal al representante legal de la Entidad, deberán ser remitidos al comité de coordinación de control interno y la junta directiva del hospital del Sarare, cuando se solicite.

ARTICULO QUINTO. Modifíquese el artículo 4 de la resolución 220 de 2019 el cual quedara así:

Artículo 4. POLÍTICA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL HOSPITAL DEL SARARE E.S.E.

La Alta Dirección del Hospital del Sarare E.S.E promoverá el desarrollo de una cultura organizacional fundamentada en la información, el control, seguimiento y evaluación del desempeño institucional para la toma de decisiones basada en evidencia, mejora continua, y satisfacción de los usuarios y demás partes interesadas; a fin de conocer permanentemente los avances en la consecución de los resultados previstos en su marco estratégico institucional, durante la ejecución de sus estrategias, planes, programas y/o proyectos, plantear las acciones para mitigar y controlar los riesgos que puedan afectar la eficiencia y eficacia institucional.

PARÁGRAFO 1. Los Líderes de procesos y subprocesos son responsables de realizar el seguimiento y autocontrol a los planes, programas y proyectos a su cargo con el fin de lograr los objetivos y metas planificadas.

PARÁGRAFO 2. Los centros de Gestión (Equipo de líderes o coordinadores de Modelos de gestión del Sistema Integrados de gestión SIG) son responsables de realizar el seguimiento y control a los a cada uno de los Sistemas de gestión a su cargo con el fin de lograr los objetivos y metas planificadas.

PARÁGRAFO 3. La Alta dirección debe garantizar los recursos necesarios para la ejecución de la política de seguimiento y evaluación del Hospital del Sarare E.S.E.

PARÁGRAFO 4. La Alta dirección y los Comités Institucionales serán responsables para realizar la supervisión y seguimiento a las estrategias, planes, programas y proyectos Institucionales de acuerdo al alcance de sus funciones y verificar el cumplimiento de los objetivos institucionales con el fin de analizar los resultados para la toma de decisiones.

PARÁGRAFO 5. El Equipo de Control Interno ejecutará el Plan Anual de Auditorias en coordinación con los Centros de gestión (Equipo de líderes o coordinadores de Modelos de gestión del Sistema Integrados de gestión SIG) el cual tiene como fin la evaluación y seguimiento a los procesos y subprocesos institucionales en la ejecución de sus planes, programas y proyectos Institucionales de acuerdo al alcance de sus funciones y verificar el cumplimiento de los objetivos.

PARÁGRAFO 5. En coordinación con La Oficina Asesora de Planeación promoverá el seguimiento a la gestión y su desempeño, a fin de conocer permanentemente los avances en la consecución de los resultados previstos en sus diferentes planes y monitoreará el logro de los objetivos y metas de cada uno de los planes formulados por la institución.

PARÁGRAFO 6. La Oficina Asesora de Planeación identificará los líderes de proceso, áreas involucradas y realizará un mapeo de los actores involucrados en el seguimiento y evaluación y se identificarán las acciones relacionadas con el plan, programa o proyecto objeto de seguimiento y evaluación.

PARÁGRAFO 7. La Oficina Asesora de Planeación liderará la Política Operativa de Seguimiento y Evaluación con el apoyo de los Líderes de procesos y subprocesos realizaran el diseño, la implementación y comunicación de las herramientas de seguimiento y evaluación.

PARÁGRAFO 8. La Oficina Asesora de Planeación en coordinación con los Centros de Gestión (procesos) establecerá los mecanismos a través de los cuales se adelantará la recopilación de información relacionada con el cumplimiento de objetivos y metas, analizará la información seleccionada para obtener los soportes que lleven a identificar las desviaciones frente a la programación inicial.

PARÁGRAFO 9. Las Oficina Asesoras de Planeación y Calidad promoverán la construcción, medición, seguimiento y la actualización de los indicadores de gestión y desempeño que permitan dar cumplimiento a el logro de los objetivos institucionales, requisitos normativos y reglamentarios y requisitos de los clientes y demás partes interesadas.

PARÁGRAFO 10. La Alta dirección y los comités Institucionales tendrán a disposición el consolidado de indicadores de gestión y desempeño de los procesos; planes, programas, y proyectos institucionales, a los cuales deberá realizarles seguimiento periódico y tenidos en cuenta para la toma de decisiones basada en evidencias en pro del cumplimiento de los objetivos y metas.

PARÁGRAFO 11. El equipo de líderes de procesos y subprocesos serán los encargados de realizar seguimiento a los indicadores de gestión y desempeño de sus procesos; planes, programas y proyectos institucionales y reportar los resultados de los mismos para la toma de decisiones de la gestión y el desempeño a; la alta dirección, líderes de diferentes modelos de gestión que componen el Sistema Integrados de Gestión SIG y al Comité Institucional de Gestión y Desempeño y demás comités que lo ameriten.

PARÁGRAFO 12. La Alta Gerencia en coordinación con La Oficina Asesora de Planeación y los Centros de Gestión realizará monitoreo, seguimiento y evaluación a la ejecución de la planeación y el cumplimiento de las metas y resultados de los planes, programas y proyectos Institucionales que conlleven al cumplimiento del Plan de Desarrollo institucional, con el fin de identificar las brechas existentes entre los resultados alcanzados y los objetivos planteados.

PARÁGRAFO 13. Los Centros de Gestión (Equipo de líderes o coordinadores de Modelos de gestión del Sistema Integrados de gestión SIG) y líderes procesos y subprocesos aplicarán, registrarán o suministrarán los datos en los diferentes mecanismos o sistemas de información que dispone el Hospital del Sarare E.S.E y otras instituciones públicas que lo requieran para reportar asuntos relacionados con seguimiento y evaluación de procesos.

PARÁGRAFO 14. La Oficina Asesora de Planeación en coordinación con los Centros de Gestión (Equipo de líderes o coordinadores de Modelos de gestión del Sistema Integrados de gestión SIG), validarán la información generada en los procesos de auditorías para garantizar que sea confiable, comprensible y útil para la toma de decisiones de la institución.

PARÁGRAFO 15. Los Centros de Gestión (Equipo de líderes o coordinadores de Modelos de gestión del Sistema Integrados de gestión SIG) y Equipo de Líderes de procesos y subprocesos deberán disponer de la información oportuna, suficiente y pertinente para realizar periódicamente la rendición de cuentas a la alta dirección, ciudadanía en general y atender los requerimientos de los organismos de vigilancia y control y demás partes interesadas.

PARÁGRAFO 16. Los líderes de procesos y subprocesos en coordinación con La Oficina Asesora de Planeación, documentarán la Información proveniente del seguimiento y evaluación, como evidencias y soportes para plantear o replantear las acciones para el logro de los objetivos metas y resultados de la Entidad.

PARÁGRAFO 17. La Alta Gerencia en coordinación con La Oficina Asesora del Talento Humano, planeación, Calidad y Control Interno promoverá a través de los procesos de seguimiento y evaluación de la Entidad, la generación del conocimiento para mejorar el desempeño institucional.

PARÁGRAFO 18. La Alta Gerencia en coordinación con La Oficina Asesora de Planeación retroalimentará a los funcionarios de la Entidad los resultados generados de los procesos de seguimiento y evaluación de la Entidad.

PARÁGRAFO 19. Líderes de procesos y subprocesos aplicarán la evaluación y seguimiento a los controles, con el fin de asegurar las orientaciones establecidas por la institución en materia de administración del riesgo, previa identificación de los procesos críticos, objetivos y riesgos para el cumplimiento de los objetivos institucionales.

PARÁGRAFO 20. La Alta Gerencia en coordinación con La Oficina Asesora de Planeación y Gestión de las TICs difundirá o comunicará interna y externamente la información proveniente del seguimiento y la evaluación a los grupos de interés o partes interesadas.

ARTICULO SEXTO. Modifíquese el artículo 7 de la resolución 220 de 2019. el cual quedará así:

Artículo 7. ESTRATEGIAS PARA LA IMPLEMENTACION DE LA POLÍTICA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL HOSPITAL DEL SARARE E.S.E.

Las estrategias que se implementarán en el Hospital del Sarare E.S.E, para alcanzar la política son:

1. Asignar un área o funcionario la responsabilidad de liderar el proceso de seguimiento y evaluación del desempeño del Hospital del Sarare E.S.E.
2. Promover desde el Direccionamiento Estratégico la Autoevaluación como un proceso de seguimiento y medición estructurado encaminado a la buena gestión y mejorar del desempeño institucional.
3. Implementar la Autoevaluación como una práctica permanente en la gestión del Hospital del Sarare.
4. Implementación del Plan Anual de Auditorías
5. Realización de la evaluación Anual de desempeño de los funcionarios, contratistas y proveedores en la institución.
6. Lograr integralidad y sinergia entre el seguimiento y la evaluación de todos los procesos y subprocesos de gestión de la entidad.
7. Formular métodos de seguimiento, medición, análisis y evaluación necesaria que aseguren resultados válidos.
8. Identificar variables que describen los diferentes aspectos que se quieren medir o evaluar
9. Diseñar métodos cuantitativos y cualitativos de seguimiento y evaluación de la gestión y el desempeño institucional (indicadores) que incluya los siguientes criterios:
 - Tiempos previstos para el reporte.
 - Frecuencia de reporte.
 - Propósito del reporte o evaluación.
 - Sistema de medición.
 - Usuarios de la información.
 - Fuentes de la información.
 - Línea base para la medición
 - Instrumentos de recolección de la información.
 - Verificar la comprensión de los indicadores formulado por la parte interesada o cliente.

10. El seguimiento y evaluación a los métodos de medición y control definidos se realizará con una frecuencia trimestral para evaluar los resultados de seguimiento y medición.
11. Evaluar el desempeño y la eficacia de los componentes del Sistema Integrado de Gestión (SIG).
12. Consolidar, organizar y sistematizar los resultados provenientes del seguimiento y evaluación.
13. Documentar los resultados provenientes del seguimiento y evaluación (informes, reportes, tableros de control, entre otros).
14. Utilizar los resultados provenientes de los ejercicios de seguimiento y evaluación para identificar los aspectos a mejorar en:
 - Identificar las variaciones entre lo planeado y lo ejecutado en los diferentes aspectos organizacionales; estratégico, administrativo, técnico, operativo y financiero y determinar las causas de las desviaciones identificadas.
 - Formular o reformular planes, programas o proyectos.
 - Redefinir cursos de acción, trayectorias de implementación y objetivos, metas y resultados.
 - La conformidad de los productos y servicios.
 - El grado de satisfacción de los clientes y demás partes interesadas.
 - La eficacia de las acciones tomadas para abordar riesgos y oportunidades.
 - El desempeño de los funcionarios, contratistas y proveedores.
 - Identificar las necesidades de mejora en los diferentes modelos de gestión del Sistema integrado de Gestión.
 - Establecer planes de mejora que permitan tomar correctivos, acciones correctivas y/o acciones de mejora que permitan alcanzar los resultados propuestos.
15. Rendición de cuentas a la ciudadanía y a los organismos de control.
16. Difundir o comunicar interna y externamente la información proveniente del seguimiento y la evaluación.
17. Los Resultados de los seguimientos y evaluación deben estar articulados con la política de Gestión del conocimiento.
18. La política de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional será aplicable a todos los procesos del Hospital del Sarare, con un enfoque preventivo y de gestión del conocimiento.
19. Será un compromiso y responsabilidad de todos los funcionarios, centros de gestión y líderes, coordinadores y referentes del Hospital del Sarare E.S.E de conocer y aplicar esta Política institucional durante la ejecución de sus labores diarias.
20. La actual política será evaluada anualmente.

La política será renovada cuando el resultado de la evaluación anual lo amerite para el mejoramiento continuo de la misma o se presenten nueva reglamentación normativa o técnica.

ARTICULO SEPTIMO. Modifíquese el artículo 9 de la resolución 220 de 2019, el cual quedara así:

Artículo 9. EVALUACION Y SEGUIMIENTO.

El comité de Control Interno será responsable de realizar seguimiento y evaluación a la presente política y determinar oportunidades de mejora para la misma.

ARTICULO OCTAVO: Modifíquese el artículo 10 de la resolución 220 de 2019, el cual quedara así:

Artículo 10. Comunicación y consulta. *La divulgación de la Política debe ser difundida e implementada a través de las diferentes dependencias que conforman la estructura*



organizacional de la administración del Hospital del Sarare E.S.E mediante los diferentes medios de comunicación institucionales de acuerdo a lo establecido en el plan de comunicaciones.

Los documentos deben estar disponibles y publicados en la página institucional e intranet institucional, lo anterior como mecanismo de consulta para los responsables de su implementación, evaluación, monitoreo y seguimiento.

ARTÍCULO NOVENO: VIGENCIA: La presente resolución rige a partir de la fecha de su publicación y modifica los artículos 1,2,4,7,9 y 10 de la Resolución 220 de 26 de septiembre de 2019.

PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE,

Dada en Saravena a los (14) días del mes de diciembre de 2020

CARLOS ALBERTO SANCHEZ ARANGO
GERENTE

Digitó, proyectó: - Jesús Torres - Profesional Especializado en Auditoría en Salud

Revisó: Jhonatan Solano – Asesor de Planeación – Marelys Quintero Asesor Control Interno, Jimmy Alberto Rangel Soto- Asesor Jurídico.

Aprobó: Carlos Alberto Sánchez – Gerente.

POLÍTICA OPERATIVA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DEL HOSPITAL DEL SARARE E.S.E.

La Alta Dirección del Hospital del Sarare E.S.E promoverá el desarrollo de una cultura organizacional fundamentada en la información, el control, seguimiento y evaluación del desempeño institucional para la toma de decisiones basada en evidencia, mejora continua, y satisfacción de los usuarios y demás partes interesadas; a fin de conocer permanentemente los avances en la consecución de los resultados previstos en su marco estratégico institucional, durante la ejecución de sus estrategias, planes, programas y/o proyectos, plantear las acciones para mitigar y controlar los riesgos que puedan afectar la eficiencia y eficacia institucional.



CARLOS ALBERTO SANCHEZ ARANGO

GERENTE

Digitó, proyectó: - Jesús Torres - Profesional Especializado en Auditoría en Salud

Revisó: Jhonatan Solano – Asesor de Planeación – Marelys Quintero Asesor Control Interno, Jimmy Alberto Rangel Soto- Asesor Jurídico.

Aprobó: Carlos Alberto Sánchez – Gerente.