

HOSPITAL PADRE BILLINI

Departamento De Planificación Y Desarrollo

INFORME DE MONITOREO Y EVALUACION Plan Operativo Anual (POA), 2022

Período Enero-Marzo

ÍNDICE

I.	INTRODUCCION	3
II.	PRESENTACION.....	4
III.	MARCO ESTRATEGICO.....	5
IV.	RESUMEN EJECUTIVO.....	6
V.	PRIORIDADES DIRECTIVAS.....	7
VI.	PRODUCTOS CONTENIDOS EN EL PLAN OPERATIVO ANUAL (POA).....	8
VII.	ACTIVIDADES CONTENIDAS EN EL PLAN OPERATIVO ANUAL (POA).....	10
VIII.	RESULTADOS ESPERADOS EN EL PLAN OPERATIVO ANUAL (POA).....	13
IX.	GRAFICOS.....	16
X.	CONCLUSIONES.....	19
XI.	RECOMENDACIONES.....	19

I. INTRODUCCION

El Plan Operativo Anual (POA) es la herramienta o documento que contiene las acciones y estrategias a implementar en la institución a corto plazo, generalmente un año.

En general el POA 2022 del Hospital Padre Billini, se basa en 5 prioridades directivas, 31 productos y 13 resultados esperados, todo esto realizado por el Servicio Nacional de Salud (SNS) a través del Servicio Regional de Salud Metropolitano (SRSM), quienes nos dan las directrices para su cumplimiento, todo esto se traduce a realizar 423 actividades durante este año.

En este informe de Monitoreo y Evaluación del Hospital Padre Billini, mostramos el desarrollo del trimestre Enero – Marzo 2022, del Plan Operativo Anual (POA).

Hemos recopilado todas las evidencias solicitadas en dicho plan, para archivarlas a la espera de ser monitoreadas por el Servicio Regional de Salud Metropolitano (SRSM) o la Gerencia Distrito Nacional Este. Igualmente dichas evidencias se envían escaneadas a las mismas instituciones ya mencionadas.

II. PRESENTACIÓN

Como sabemos el Plan Operativo Anual (POA), es el documento oficial donde se incluye los objetivos, presupuesto y metas que la empresa espera cumplir, generalmente en el período de un año.

El POA es un documento muy importante, debido a que involucra a todas las áreas de la institución. Es por eso que esta herramienta debe ser entendida por los involucrados a fin de garantizar su cumplimiento con las actividades que deben realizar.

El objetivo de este informe es presentar en detalles cada una de las actividades realizadas en las diversas áreas y el nivel de cumplimiento alcanzado.

En el mes de enero realizamos una reunión con el personal encargado de las áreas involucradas en este plan, con la participación de nuestro Director Dr. Sergio Roquez, el Administrador Lic. Guillermo Bobadilla y la Lic. María Esther Vargas, encargada de Recursos Humanos, donde acordamos el compromiso para realizar las actividades como las solicita el Servicio Regional de Salud Metropolitano (SRSM) y en el tiempo requerido y obtener mejores resultados.

III. MARCO ESTRATEGICO

- **MISIÓN**

- ❖ Brindar un servicio eficaz y eficiente.
- ❖ Ser una organización de referencia nacional sin fines de lucro, dedicada a la atención médica integral, que practica la excelencia, la eficacia en la prestación de servicios y el apoyo al médico en su desarrollo profesional.
- ❖ Brindar un trato afable y digno a todos nuestros usuarios.

- **VISIÓN**

- ❖ Ser un hospital auto gestionable, de referencia y de excelencia, comprometido en ofrecer servicios de salud con los más altos estándares de calidad e innovación, teniendo siempre un compromiso de responsabilidad en los procesos, para la atención de los usuarios, con el personal y con la comunidad.

- **VALORES**

- ❖ Integridad
- ❖ Excelencia
- ❖ Justicia
- ❖ Respeto
- ❖ Compromiso
- ❖ Empatía
- ❖ Ética
- ❖ Transparencia

IV. RESUMEN EJECUTIVO

Es de público conocimiento que las operaciones de servicio de salud del Hospital Padre Billini, desde el año 2018 son limitadas debido al proceso de reconstrucción del que es objeto el mismo. A pesar de esta realidad, la población es atendida de forma ininterrumpida en las áreas de Hemodiálisis, Alto Costo y Consulta Externa, servicios de asistencia disponibles tanto en sus instalaciones (frente al hospital), como en las instalaciones del Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares (INCART).

Para llevar a cabo los registros y acciones de monitoreo y evaluación del POA 2022 hemos sido acompañados estrechamente por el personal técnico correspondiente del Servicio Regional de Salud Metropolitano (SRSM), quienes siempre brindan apoyo cuando hemos solicitado.

V. PRIORIDADES DIRECTIVAS

1. **Humanización y Calidad de la Atención.** Tiene que ver con la Metodología de la Gestión Productiva de los Servicios de Salud. Atención al Usuario (encuestas), Epidemiología respecto a notificación de enfermedades e incidentes, Servicios generales respecto a todo lo de hostelería y Gestión de la Calidad en la conformación de los comités y habilitación de los servicios que se ofertan.
2. **Sistema de Emergencias Médicas.** Tiene que ver con las actividades del área de Emergencias, Epidemiología, Gestión de la Calidad en el Comité Hospitalario de Desastres y Emergencias, Carro de Paro, Rac Triage, etc.
3. **Estrategia de Atención Primaria de Salud.** Tiene que ver con la Atención al Usuario en cuanto a los buzones de sugerencias, canalizar las respuestas de los usuarios en las preguntas que hacen, actualizar la cartera de servicios, etc.
4. **Desarrollo del Talento Humano.** Abarca las actividades de Recursos Humanos. Con la ejecución y seguimiento del plan de capacitación, Clima laboral, evaluación de desempeño, acuerdos de desempeño, etc.
5. **Automatización de la Gestión Institucional.** Engloba las donaciones y proyectos de cooperación, las sesiones del Comité de Calidad. Servicios Generales con la elaboración del Plan de Mantenimiento de infraestructura y equipos. OAI con las informaciones del portal y quejas e información. Estadísticas con los reportes de producción de los servicios y autoevaluación de los datos. Calidad con temas de carta compromiso y auto diagnóstico CAF. Planificación con el monitoreo interno y la recopilación de todas las evidencias. Contabilidad con los estados financieros y otros informes pertinentes. Administración con el análisis del comportamiento de pago. Activo Fijo con el inventario actualizado y el cumplimiento de políticas de administración de los bienes. Auditoría Médica con los expedientes médicos, glosas, acciones de mejora para disminución de objeciones médicas. Facturación, con el análisis mensual de lo facturado.

Cantidad Actividades por mes POA 2022

- Enero 29, Febrero 25, Marzo 43, para un total en el trimestre de 97 actividades a enviar al SRSM.

Enviamos un informe de monitoreo interno, con el detalle de los departamentos involucrados, en el cual se indica el porcentaje obtenido, valorando la entrega a tiempo o fuera de tiempo u otra información que se verifique tenga la actividad entregada y colocando la observación correspondiente. Dicho informe de monitoreo se envía cada mes firmado y sellado por el Dr. Roquez para enviarlo al Servicio Regional de Salud Metropolitano (SRSM) y a la Gerencia Distrito Este. También hay que hacer la matriz de monitoreo interno con las informaciones del POA para enviarla.

VI. PRODUCTOS CONTENIDOS EN EL POA 2022

No.	Productos
1	1.1.1.6 Fortalecimiento de la gestión de los servicios Hospitalarios
2	1.1.5.1 Fortalecimiento de los Servicios de Emergencias Médicas Hospitalarias para la asistencia eficiente, humanizada y de calidad
3	1.1.5.2 Redes de Servicios de Salud Resilientes a Emergencias de Salud Pública y Desastres Naturales mediante la Preparación y Respuesta de los Establecimientos.
4	1.2.1.3 Implementación del Programa de Gestión de usuarios para adhesión a una cultura institucional de servicio
5	1.2.2.1 Fortalecimiento de bioseguridad hospitalaria
6	1.2.2.2 Monitoreo de la Calidad de los Servicios de Salud ofertados en la Red
7	1.2.2.4 Fortalecimiento de los servicios de hostelería
8	1.2.2.5 Seguimiento y evaluación del Módulo de Incidentes
9	1.2.2.6 Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica
10	2.2.1.1 Conectividad de la Red de Establecimientos del Primer Nivel con el Especializado
11	2.2.2.2 Estructuración Comités priorizados de Salud
12	2.2.3.1 Gestión de la habilitación de los establecimientos de salud de la Red SNS
13	3.2.1.1 Ejecución del Programa de formación y Capacitación continua de los RRHH de la Red
14	3.2.2.3 Implementación del Plan de Mejora Encuesta de Clima laboral

15	3.2.3.1 Ejecución del Plan de Seguridad y Salud ocupacional y Plan de gestión de Riesgos
16	4.1.1.3 Fortalecimiento de la Gestión de Cooperación Internacional y Alianzas Público Privadas
17	4.1.1.5. Despliegue del Sistema de gestión documental Red SNS
18	4.1.1.6 Plan de Mantenimiento preventivo de infraestructura y equipos
19	4.1.1.7 Estandarización Sub-portales de Transparencia
20	4.1.1.11 Ejecución del Programa de Auditoria de Calidad del Dato
21	4.1.1.12 Fortalecimiento de la gestión de los sistemas de información de la Red
22	4.1.1.18 Despliegue del Manual de Señalética e Identidad Hospitalaria
23	4.1.1.19. Implementación del modelo de gestión y monitoreo de la Calidad Institucional
24	4.1.1.20. Implementación programas desempeño hospitalario (ranking hospitalario y Sismap Salud)
25	4.1.1.22 Fortalecimiento de la Planificación Institucional, Monitoreo y Evaluación
26	4.1.2.1 Gestión Financiera de la Red
27	4.1.2.3 (Fortalecimiento de los procesos de Facturación de la Red del SNS) Fortalecimiento de los procesos de captación de recursos por venta de servicios a las ARS
28	4.1.2.4 Implementación del Sistema de Administración de Bienes
29	4.1.2.6 Despliegue del Sistema de manejo y Control Interno
30	4.1.2.7 Planes y presupuesto articulados según las necesidades institucionales
31	4.1.3.3 Despliegue Plan de Responsabilidad Social Institucional SNS

VII. ACTIVIDADES CONTENIDAS EN EL POA 2022

No.	Actividades Programables Presupuestables
1	Autoevaluación en la metodología de la Gestión Productiva de los Servicios de Salud
2	Elaboración de planes de mejora con la Metodología de Gestión Productiva
3	Ejecución de planes de mejora con la Metodología de Gestión Productiva
4	Implementación del Modelo hospitalario y flujos de Asistencia Emergencias y Urgencias
5	Implementación del RAC-Triaje de pacientes en las Salas de Emergencias
6	Llenado y registro de Formulario RAC -Triaje de pacientes en las Salas de Emergencias
7	Certificación en Soporte Vital Avanzado del personal asistencial de salas de emergencias
8	Implementación del procedimiento para la entrega, recibo y reposición de carro de paro
9	Registros en el tablero de Indicadores de Gestión de las Salas de Emergencias de los Centros de Salud.
10	Designación de flota telefónica número único para sala de emergencias centros hospitalario responsables (médico de servicio)
11	Atención a los llamados por radio del sistema 911 (registros)
12	Elaboración y/o actualización de los Planes de Emergencias y Desastres Hospitalarios
13	Reuniones de Coordinación plan Hospitalarios Emergencias de salud pública y desastres naturales con jefes y encargados comité de emergencias.
14	Simulacro para probar la funcionabilidad de los Planes de Emergencias y Desastres Hospitalarios.
15	Reunión con el Comité Hospitalario de Emergencias y Desastres para preparar el Operativo de Navidad y Año Nuevo comité de emergencias
16	Reunión con el Comité Hospitalario de Emergencias y Desastres para preparar el Operativo de Semana Santa comité de emergencias
17	Reunión con el Comité Hospitalario de Emergencias y Desastres para respuesta a Temporada Ciclónica y Eventos Hidrometeorológicos comité de emergencias
18	Reunión con el Comité Hospitalario de Emergencias y Desastres para respuesta a alta demanda asistencial comité de emergencias
19	Reunión de preparación y respuesta Epidemiológicos Covid-19 y otras epidemias comité de emergencias
20	Reforzamiento y capacitación control de infecciones y manejo clínico COVID-19 para epidemiólogos facilitadores de los centros de salud a nivel nacional.
21	Encuestas diarias de satisfacción de usuarios en la plataforma digital
22	Elaboración de los planes de mejora en base a los resultados obtenidos en la encuesta de satisfacción
23	Seguimiento a la implementación de los planes de mejora
24	Implementación de grupos focales para determinar la calidad percibida del servicio
25	Conformación del comité de IAAS
26	Reuniones de trabajo para la vigilancia y control de las IAAS
27	Implementación del formulario de evaluación de procesos de bioseguridad hospitalaria
28	Elaboración de planes de mejora para la bioseguridad hospitalaria.

29	Evaluación de la ejecución de los planes de mejora bioseguridad hospitalaria
30	Implementación de los planes de mejora elaborados acorde al monitoreo de todas las áreas incluidas en el informe
31	Conformación del comité de calidad y seguridad del paciente en el EESS
32	Diagnóstico situacional de proceso de hostelería
33	Implementación del manual de procedimiento de hostelería hospitalaria
34	Elaboración de planes de mejora de hostelería
35	Evaluación de la ejecución de los planes de mejora de hostelería
36	Seguimiento a la notificación oportuna de los incidentes en el modulo definido para los fines
37	Notificación oportuna de las enfermedades bajo vigilancia epidemiológica
38	Gestión de los buzones de sugerencias
39	Gestionar las QDSR de los usuarios, canalizando hasta dar respuesta al mismo.
40	Seguimiento a la actualización de la cartera de servicios del establecimiento
41	Conformación y/o reestructuración de los Comités Hospitalarios
42	Gestión de la habilitación de todos los servicios que ofertan en el EESS
43	Ejecución Plan de Capacitación -2022
44	Seguimiento ejecución plan capacitación 2022
45	Detección necesidades capacitación por departamento -Plan 2023.
46	Elaboración del Plan de Capacitación -2023
47	Encuesta de clima laboral
48	Elaboración plan de mejora encuesta de clima laboral
49	Implementación plan de mejora encuesta de clima laboral
50	Elaboración acuerdos de desempeño
51	Evaluación desempeño personal
52	Implementación del Proceso de Auditoría Médica
53	Elaboración de reporte y seguimiento del personal pasivo por enfermedad.
54	Levantamiento de los Proyectos de Cooperación finalizados en el 2021 y en ejecución 22 y futuros 2023.
55	Ejecución de las sesiones del Comité de Calidad del CEAS
56	Elaboración del Plan de Mantenimiento de infraestructura y equipos
57	Seguimiento a la ejecución del plan de mantenimiento de infraestructura y equipos
58	Actualización Sub portales de Transparencia
59	Informe quejas y solicitudes de Información
60	Conformación Comité vinculados a la OAI
61	Autoevaluación de los datos de producción de servicios
62	Reporte de producción de servicios
63	Seguimiento a la implementación del Manual de Identidad Hospitalaria
64	Implementación de CCC (si está priorizado)
65	Seguimiento a los indicadores comprometidos en la CCC
66	Elaboración/actualización de auto diagnóstico CAF en el SRS
67	Elaboración de plan de mejora CAF.
68	Seguimiento al plan de mejora CAF.

69	Elaboración de Acuerdo de Evaluación Desempeño Institucional, alineado al plan de mejora CAF.
70	Seguimiento a la Implementación de Sismap Salud
71	Cumplimiento mínimo en los indicadores del ranking hospitalarios
72	Elaboración del Plan Operativo Anual y Presupuesto Institucional
73	Elaboración del Plan Anual de Compras y Contrataciones
74	Monitoreo del POA 2022
75	Elaboración de la Memoria Institucional 2021
76	Elaboración de los estados financieros y sus notas de referencia
77	Análisis comportamiento pago
78	Análisis de Gestión de Tesorería
79	Seguimiento al cumplimiento del Sub-Indicador de Correcta Publicación Presupuestaria (IGP) en los CEAS de Autogestión
80	Auditoría de los expedientes clínicos
81	Socialización de los principales hallazgos de las auditoría y reportes de glosas
82	Elaboración de acuerdos con acciones de mejora a partir de los hallazgos de las glosas para disminución de objeciones médicas y administrativas
83	Seguimiento a la ejecución de las acciones de mejora
84	Análisis del comportamiento de la facturación
85	Actualización de inventarios
86	Auditoria de cumplimiento de las políticas de administración de bienes en el EESS
87	Elaboración de plan de levantamiento y/o actualización de inventarios (cronograma 2023)
88	Reporte oportuno de la liquidación de fondos y rendición de cuentas
89	Elaboración de memoria institucional
90	Campaña de protección del Medio Ambiente (interna y externa)

VIII. RESULTADOS ESPERADOS EN EL POA 2022

No.	Resultados Esperados
1	1.1.1. Redes de servicios integradas y con mayor resolución para coordinar la prestación de servicios integrales de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos; condicionados a las necesidades de salud y características de la población, con miras hacia la consecución progresiva del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.
2	1.1.5. Incrementada la capacidad de respuesta que favorezca a disminuir la morbi-mortalidad resultante de las emergencias y desastres, mediante la detección, preparación y mitigación de los eventos que suponen riesgos y amenazas, bajo un enfoque multisectorial que contribuya a la salud y seguridad de las personas.
3	1.2.1. Desarrollo y mantenimiento de un modelo de evaluación de la entrega de servicios sanitarios con carácter igualitario y libre de discriminación, que promueva mediante la continua retroalimentación, la generación de mejores resultados en materia de salud lo que se traduzca en el aumento de la satisfacción de las personas con respecto a los servicios públicos de salud.
4	1.2.2. Fortalecida la calidad de la atención en salud como resultado del seguimiento a los aspectos técnicos y no técnicos de la atención, que disminuya el riesgo de la seguridad del paciente y de los resultados esperados de salud.
5	2.2.1. Garantizada la atención integral con calidad y oportunidad, mediante la coordinación clínica y asistencial de los servicios de salud.
6	2.2.2. Gestión integrada y articulada de las redes públicas de servicios de salud, con actores involucrados en la organización, gestión y atención de servicios de salud con enfoque y participación intra e intersectorial y participación social fortalecida, que promueva un ambiente favorable para la cobertura y acceso a los servicios de salud.
7	2.2.3 Aumentada la eficacia, eficiencia y equidad de la prestación de los servicios de salud a través de la reorganización y transformación de las estructuras de redes de servicios.

8	3.2.1. Incrementada las competencias y resolución de los colaboradores, de acuerdo a la complejidad de sus funciones, las necesidades de salud de la población y los compromisos del sector.
9	3.2.2 Personal trabaja bajo un clima de satisfacción, realización personal y sentido de pertenencia hacia la institución.
10	3.2.3. Desarrollados e implementados los aspectos de gestión relacionados con seguridad y salud en el trabajo.
11	4.1.1. Fortalecida la capacidad institucional mediante la optimización de los procesos, empoderamiento del talento humano, articulación interna, tecnologías de la información y la comunicación, la infraestructura física con el fin de mejorar la oferta institucional a la población en términos de calidad y eficiencia.
12	4.1.2 Mejorada la sostenibilidad financiera de la Red SNS mediante el control de gastos, saneamiento de las deudas e incremento de las distintas fuentes de financiamiento con el fin de garantizar la prestación de servicios en salud con oportunidad y eficiencia.
13	4.1.3. Aumentada la conexión del SNS con los medios informativos y la población, manteniendo con ellos una comunicación ágil, fluida y de calidad; que nos permita satisfacer con rapidez las peticiones y necesidades de información sobre la institución y los servicios ofrecidos.

Es importante decir que todos los departamentos han realizado sus actividades y las han entregado en tiempo oportuno. En el mes de enero hubo departamentos que entregaron fuera de tiempo, pues los encargados estaban presentando problemas de salud, debido al COVID-19, pero en febrero y marzo la entrega fue a tiempo. Cada encargado es informado del porcentaje obtenido referente a su actividad, el cual se coloca en el monitoreo mensual.

En este trimestre hemos sido enérgicos en el cumplimiento de las actividades entregadas, al igual que en el desarrollo de las mismas, debido a que el Servicio Regional de Salud Metropolitano (SRS), ha informado de manera categórica, que sean usados los formularios estandarizados y que sean leídos todos los manuales y procedimientos para la realización de las actividades, a la vez que se mantenga una relación estrecha con el homólogo correspondiente.

Dichas medidas las hemos acatado, ya que cualquier error conlleva a que la actividad disminuya puntuación o peor aún que sea invalidada. Nuestro objetivo es que el porcentaje obtenido en el monitoreo realizado por el Servicio Regional de Salud Metropolitano (SRSM) en este período, tenga un resultado de más de un 80% e mejorando para que sea elevado dicho porcentaje a un 100%, ya que el año pasado estuvo muy bajo y para conseguir mejorar la puntuación debe ser trabajando juntos de la mano, como un equipo empoderado y llevando los procesos como indica el Servicio Regional de Salud Metropolitano (SRSM).

En este trimestre se ha tenido que reprogramar varias actividades, éstas son:

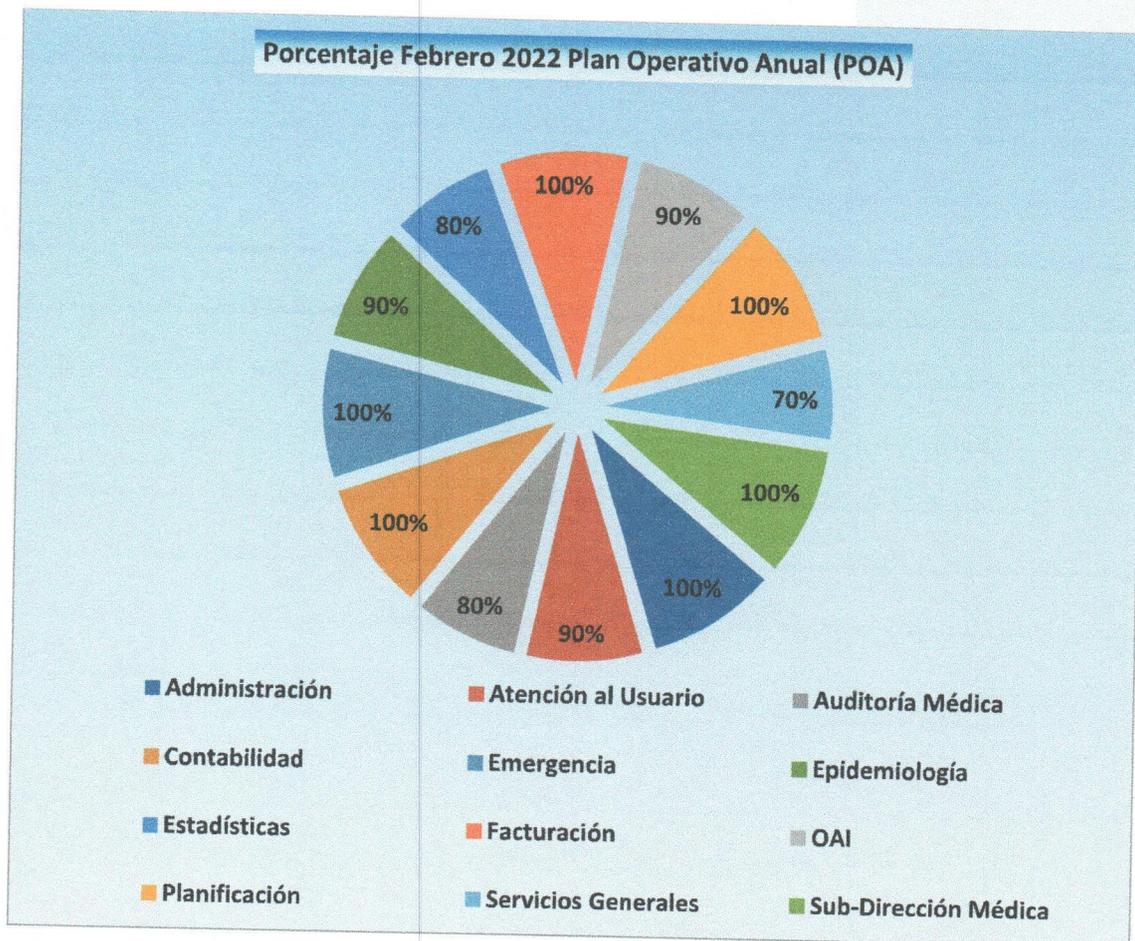
- “Seguimiento a la notificación oportuna de los incidentes en el módulo definido para los fines”.

Para cumplir con esta actividad el Servicio Regional de Salud Metropolitano (SRSM) realizó una reunión virtual para explicar el uso de dicho formulario en el mes de marzo, y donde se informó que en enero y febrero estará reprogramada y su uso será a partir de marzo 2022.

“Certificación en Soporte Vital Avanzado del personal asistencial de salas de emergencias”. Dicha actividad está programada en los meses Febrero, Mayo, Agosto y Noviembre. Hubo que reprogramarla en el mes de febrero, puesto que el Servicio Regional de Salud Metropolitano (SRSM) está realizando la capacitación para cumplir con esta actividad y hemos comenzado el proceso para realizar la capacitación al personal y tener la evidencia para el mes de Mayo.

Esta certificación hay que actualizarla, ya que venció en el año 2019, según nos explica la encargada de Emergencias Dra. Juliana Bautista. Estamos averiguando en las instituciones que la imparten para tener conocimiento del costo y todo lo necesario para cumplir con este protocolo.

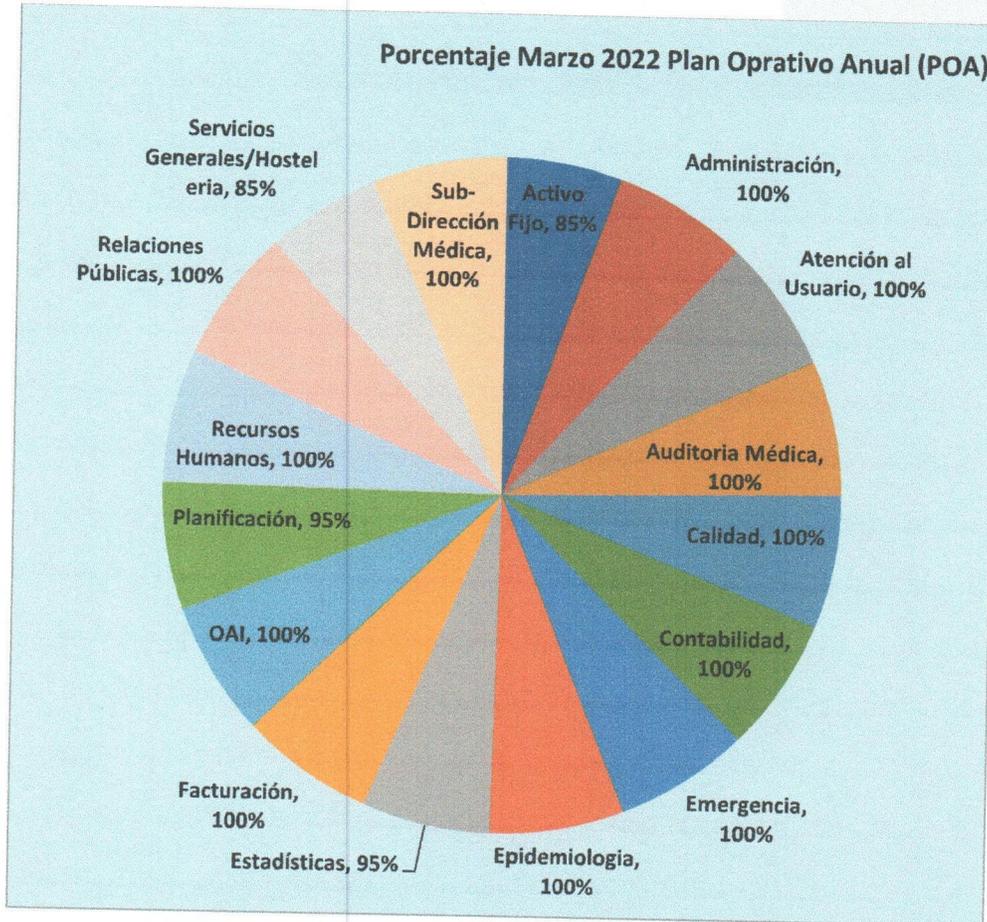
- “Seguimiento al cumplimiento del Sub-Indicador de Correcta Publicación Presupuestaria (IGP) en los CEAS de Autogestión”, es otra actividad que será reprogramada, ya que el Hospital Padre Billini no es un centro de salud de autogestión. Dicha actividad está en marzo, junio, septiembre y diciembre 2022.
- ***Llegar juntos es el principio. Mantenerse juntos, es el progreso. Trabajar juntos es el éxito. Henry Ford.***



En el monitoreo interno realizado a los 12 departamentos constatamos que la mayoría entregó a tiempo, excepto OAI, Servicios Generales y Estadísticas. En el caso de Estadísticas, se está programando una reunión desde la Dirección para que las informaciones sean entregadas a tiempo.

Los demás departamentos que entregaron a tiempo y tienen porcentaje bajo, se debe a que no estaban bien formuladas las evidencias en cuanto a nombre diferente en el tema objetivo, no entregaron las actividades completas y no entrega a tiempo.

Socializamos el bajo porcentaje obtenido a los departamentos, para que se esfuercen en aumentar los resultados y hacer un buen reporte o informe y que usen los documentos estandarizados y se ayuden con su homologado y lean el manual correspondiente.



Podemos observar que ha habido un aumento en el porcentaje de marzo respecto a algunos departamentos, producto de que todos nos hemos involucrado más para realizar las actividades, lo cual evidencia que hay disposición de mejoras con la intención de realizar un trabajo óptimo cada día.



X. CONCLUSIONES

- Nuestro objetivo es mejorar en la realización de los procesos y que haya integración entre todos para cumplir con las actividades en tiempo oportuno.
- Empoderarnos para implementar en los departamentos el adecuado funcionamiento de las áreas.

XI. RECOMENDACIONES

- Seguir socializando el Plan Operativo Anual (POA), con cada uno de los involucrados, para que lo conozca y se empodere de lo que le corresponde, así en el momento que se realice el monitoreo interno, ya tenga conocimiento de sus compromisos de realización de las actividades y su entrega. Conocer el POA facilitará a los encargados de los departamentos la entrega oportuna de sus informes o reportes a tiempo.
- El uso de los formularios estandarizados en los procesos y leer los manuales y procedimientos, para un mejor desarrollo de sus actividades.
- Que cada persona involucrada haga los aportes y propuestas de mejora de las actividades que le corresponda de manera oportuna. De esa manera se hace más viable aplicar las mejoras sugeridas y tomar acción correctiva inmediata.


Licda. María Ramírez
Encargada de Planificación y Desarrollo

