

PRIMER SEGUIMIENTO PLAN DE ACCIÓN

VIGENCIA 2020

OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

JULIO HERNAN VILLABONA VARGAS
Jefe Oficina Asesora de Control Interno

Abril 2020

TABLA DE CONTENIDO

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCCIÓN | 3 |
| 1. OBJETIVO..... | 3 |
| 2. ESTRUCTURACIÓN | 3 |
| 3. ALCANCE Y METODOLOGÍA..... | 4 |
| 4. EJECUCIÓN PLAN DE ACCIÓN | 4 |
| 4.1 CUMPLIMIENTO PROCESOS ESTRATÉGICOS | 5 |
| 4.2 CUMPLIMIENTO PROCESOS MISIONALES..... | 6 |
| 4.3 CUMPLIMIENTO PROCESOS DE APOYO | 7 |
| 4.4 CUMPLIMIENTO PROCESOS DE EVALUACIÓN Y CONTROL | 8 |
| 4.5 DEBILIDADES ENCONTRADAS..... | 9 |
| 5. RECOMENDACIONES | <u>11</u> |
| 6. CONCLUSIONES..... | <u>11</u> |

SEGUIMIENTO PLAN DE ACCIÓN VIGENCIA 2019

INTRODUCCIÓN

La Oficina de Control Interno de la ESE Hospital Universitario de Santander (ESE HUS), en cumplimiento a lo dispuesto por la ley 1474 de 2011, en su artículo 74 “Plan de Acción de las Entidades Públicas”, practicó Seguimiento al Plan De Acción de la ESE HUS, vigencia 2020.

El seguimiento se centró en la evaluación del cumplimiento del Plan de Acción en mención durante el periodo de 01 de enero a 31 de marzo de 2020, respecto de las metas propuestas. Por lo anterior se analizó la información reportada en el Plan de Acción Programado, y el plan de acción ejecutado.

El informe está armonizado de acuerdo al resultado de la evaluación del Plan de Acción y a la gestión realizada por cada una de los responsables respecto a las metas propuestas en la ESE Hospital Universitario de Santander.

Dada la importancia que representa el cumplimiento del Plan de Acción, la Oficina de Control Interno espera que este informe que contiene situaciones administrativas que ameritan ser analizadas y subsanadas, contribuya entre otros aspectos, a fortalecer la coordinación interinstitucional, mejorar la planificación, la gestión financiera, fortalecer el proceso de autoevaluación y mejorar la disponibilidad de información en tiempo real, de la ESE Hospital Universitario de Santander

1. OBJETIVO

Presentar a la Alta Dirección y a los grupos de interés el análisis del avance logrado en la ejecución del Plan de Acción Anual durante el primer trimestre de la vigencia 2020, resaltándolas fortalezas y debilidades observadas para así facilitar la toma de decisiones en la Entidad y asegurar el cumplimiento de los objetivos establecidos a corto, mediano y largo plazo.

Monitorear permanentemente el avance o cumplimiento de las actividades propuestas de acuerdo con las fechas establecidas e identificar los ajustes y modificaciones que se requieren para cumplir con lo inicialmente establecido.

2. ESTRUCTURACIÓN

El proceso de planeación de las entidades públicas se sustenta en la Ley 152 de 1994, en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión definido por el Departamento Administrativo de la Función Pública y en la Ley 474 de 2011. Por consiguiente, el ejercicio de planificación aquí propuesto se constituye en el mecanismo de articulación entre el Plan de Desarrollo, el Plan de Gestión y el Plan de Acción.

3. ALCANCE Y METODOLOGÍA

El seguimiento se aplicó en el periodo correspondiente del 01 de enero al 31 de marzo de 2020, para evaluar el nivel de cumplimiento del Plan de Acción de la ESE HUS.

Las técnicas de auditoría utilizadas en el desarrollo del seguimiento fueron:

- Revisión de documentación e información suministrada.
- Análisis
- Observación
- Evaluación al cumplimiento de las metas establecidas en el plan de acción.

Los instrumentos utilizados en la realización del seguimiento fueron:

- Plan de Acción
- Reportes realizados a los planes de acción por los responsables en la plataforma Almera
- Informe de seguimiento consolidado por la Oficina de Desarrollo Institucional – Planeación.

4. EJECUCIÓN PLAN DE ACCIÓN

En el Plan de Acción se encuentran inscritas 684 actividades, los cuales arrojaron al 31 de marzo de 2020 una ejecución del 28.19%, de las cuales 140 actividades están completas, 218 en desarrollo, 311 no han iniciado y 15 actividades presentan atraso, tal como se refleja en el cuadro Porcentaje de cumplimiento o avance de actividades, así:

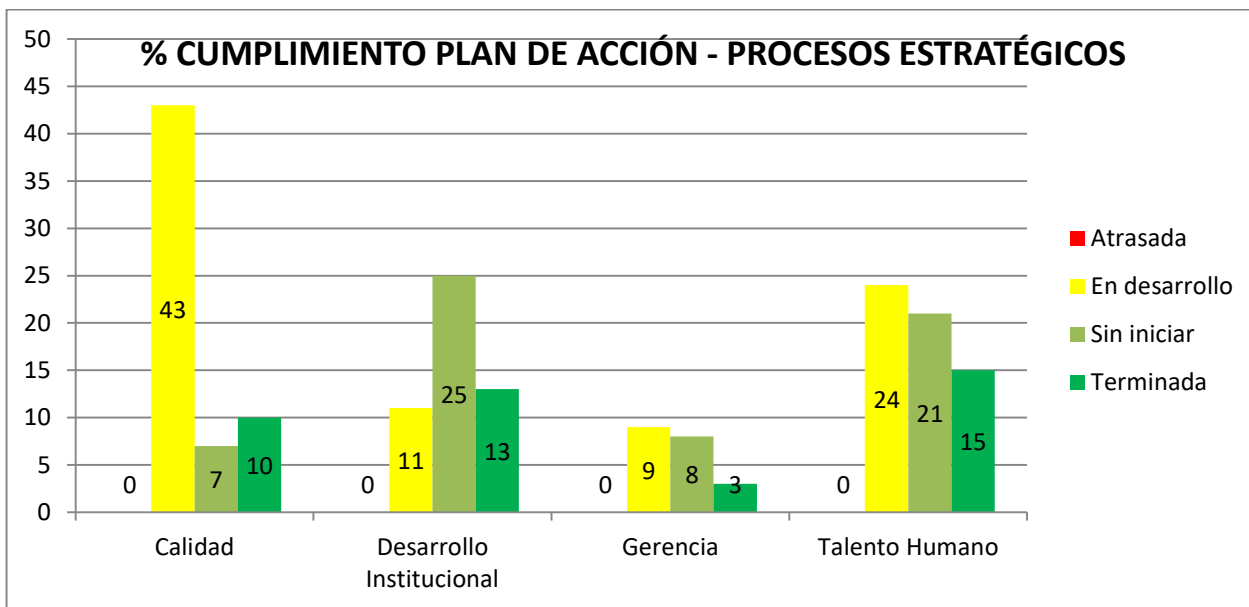
| AREA | Atrasada | En desarrollo | Sin iniciar | Completo | Total general | % avance | % esperado |
|-------------------------------|----------|---------------|-------------|----------|---------------|----------|------------|
| Almacén | 0 | 4 | 5 | 3 | 12 | 33,58 | 28,33 |
| Alto costo | 0 | 0 | 26 | 8 | 34 | 23,52 | 18,52 |
| Calidad | 0 | 43 | 7 | 10 | 60 | 37,88 | 26,36 |
| Control Interno | 0 | 1 | 5 | 2 | 8 | 26,25 | 25 |
| Control Interno Disciplinario | 4 | 2 | 5 | 2 | 13 | 17 | 25 |
| Desarrollo Institucional | 0 | 11 | 25 | 13 | 49 | 30 | 32 |
| Docencia | 0 | 3 | 15 | 5 | 23 | 24,34 | 18,47 |
| Financiera | 0 | 35 | 14 | 6 | 55 | 27,34 | 26,45 |
| Gerencia | 0 | 9 | 8 | 3 | 20 | 26,25 | 24 |
| Gestión Ambiental | 0 | 6 | 5 | 5 | 16 | 39,68 | 37,75 |
| Investigación | 1 | 4 | 9 | 2 | 16 | 26,87 | 20,62 |
| Jurídica | 0 | 14 | 5 | 3 | 22 | 29,54 | 26,59 |
| AREA | Atrasada | En | Sin | Completo | Total | % avance | % |

| | | desarrollo | iniciar | | general | | esperado |
|--|-----------|------------|------------|------------|------------|--------------|--------------|
| Mantenimiento | 0 | 6 | 5 | 7 | 18 | 47,22 | 46,66 |
| Planta Física | 2 | 5 | 11 | 3 | 21 | 18,85 | 27,94 |
| SIAU | 0 | 30 | 7 | 10 | 47 | 37,23 | 36,32 |
| Subgerencia Ambulatorios y Apoyo Terapéutico | 0 | 2 | 26 | 8 | 36 | 23,47 | 22 |
| Subgerencia de Apoyo diagnóstico | 4 | 2 | 13 | 5 | 24 | 23,75 | 24 |
| Subgerencia de Enfermería | 0 | 8 | 14 | 6 | 28 | 33,21 | 24,21 |
| Subgerencia de Servicios Quirúrgicos | 0 | 2 | 21 | 6 | 29 | 21,89 | 22,24 |
| Subgerencia servicios médicos | 3 | 3 | 17 | 1 | 24 | 8,33 | 13,37 |
| Subgerencia Mujer e Infancia | 0 | 1 | 24 | 8 | 33 | 24,83 | 24,24 |
| Talento Humano | 0 | 24 | 21 | 15 | 60 | 39,85 | 35 |
| UFATI | 1 | 3 | 23 | 9 | 36 | 27,5 | 26,36 |
| Total general | 15 | 218 | 311 | 140 | 684 | 28,19 | 26,58 |

Fuente: Consolidado Plan de Acción – Publicado en la plataforma Almera por cada una de las áreas.

4.1 CUMPLIMIENTO PROCESOS ESTRATÉGICOS

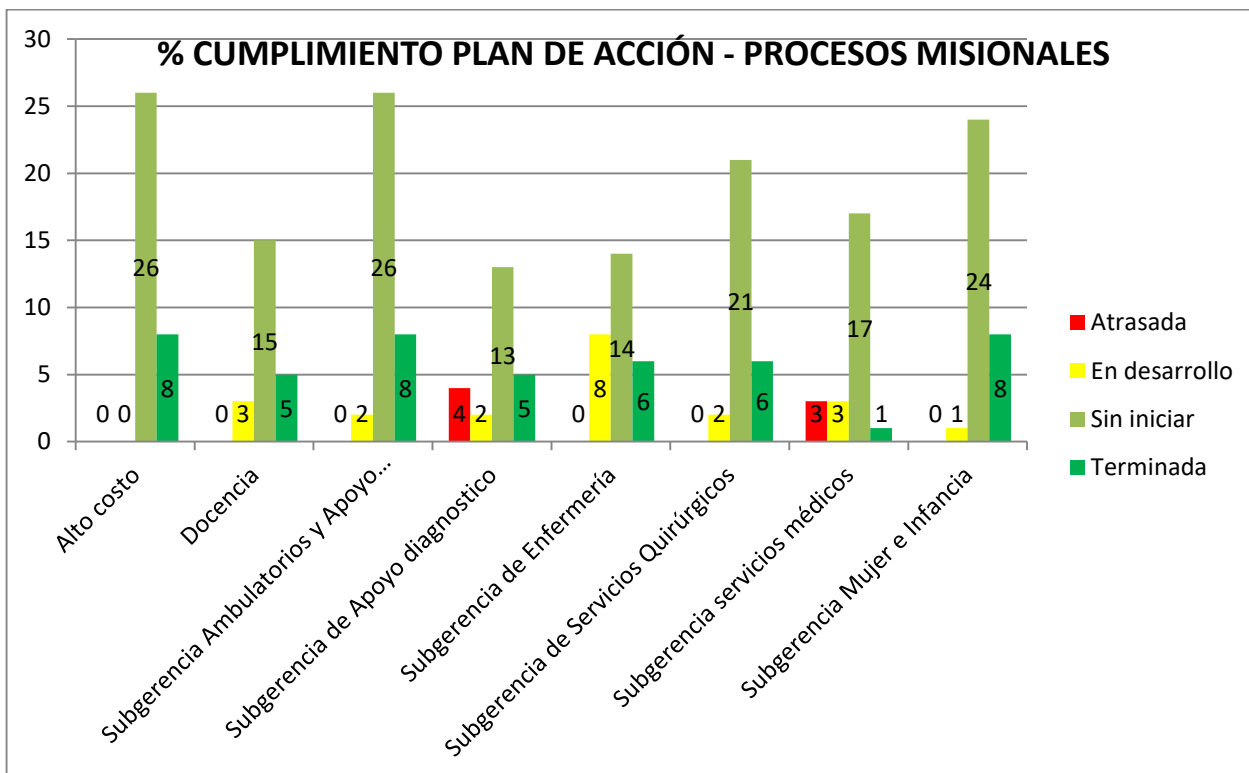
| AREA | Atrasada | En desarrollo | Sin iniciar | Completo | Total general |
|--------------------------|----------|---------------|-------------|----------|---------------|
| Calidad | 0 | 43 | 7 | 10 | 60 |
| Desarrollo Institucional | 0 | 11 | 25 | 13 | 49 |
| Gerencia | 0 | 9 | 8 | 3 | 20 |
| Talento Humano | 0 | 24 | 21 | 15 | 60 |



Fuente: Consolidado Plan de Acción – Publicado en la plataforma Almera por cada una de las áreas.

4.2 CUMPLIMIENTO PROCESOS MISIONALES

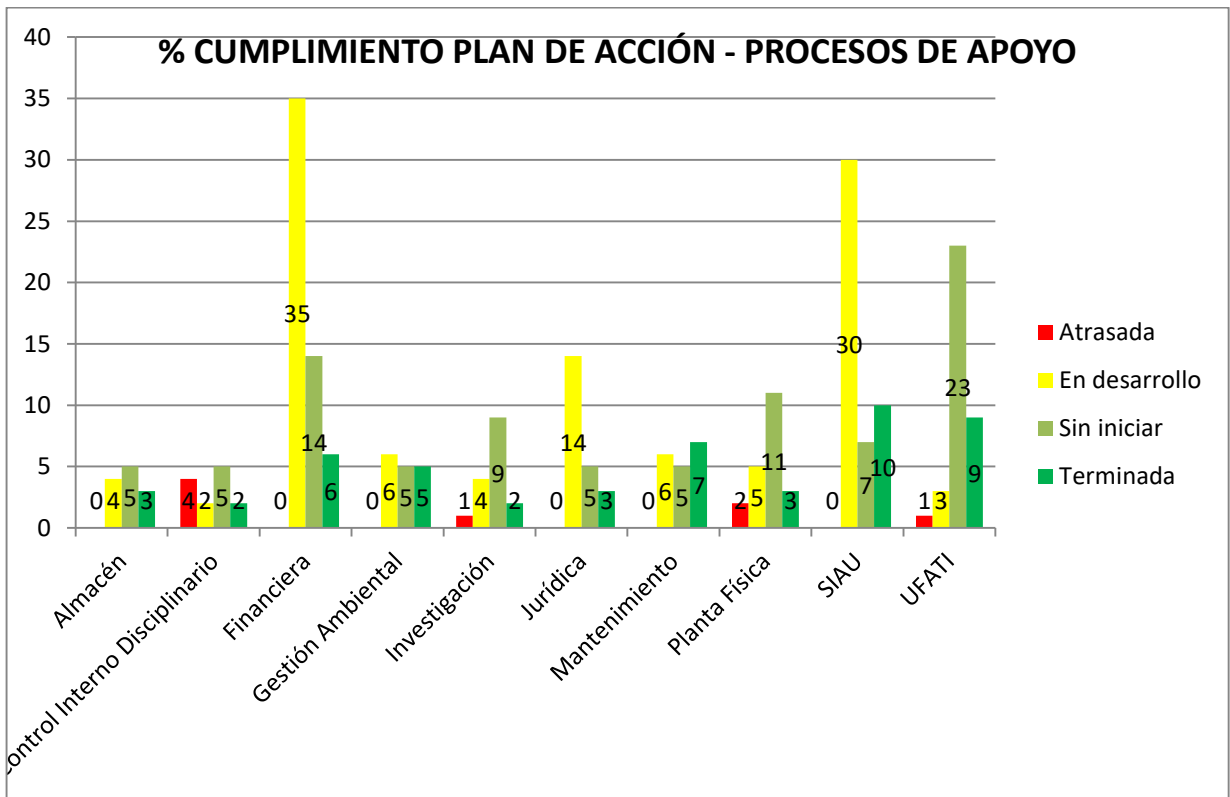
| AREA | Atrasada | En desarrollo | Sin iniciar | Terminada | Total general |
|--|----------|---------------|-------------|-----------|---------------|
| Alto costo | 0 | 0 | 0 | 38 | 38 |
| Docencia | 0 | 0 | 0 | 20 | 20 |
| Investigación | 0 | 0 | 0 | 12 | 12 |
| Subgerencia Ambulatorios y Apoyo Terapéutico | 0 | 0 | 0 | 39 | 39 |
| Subgerencia de Apoyo diagnóstico | 0 | 0 | 0 | 25 | 25 |
| Subgerencia de Enfermería | 0 | 0 | 0 | 33 | 33 |
| Subgerencia de Servicios Quirúrgicos | 0 | 0 | 0 | 28 | 28 |
| Subgerencia servicios médicos | 0 | 0 | 0 | 24 | 24 |
| Subgerencia Mujer e Infancia | 0 | 0 | 0 | 37 | 37 |



Fuente: Consolidado Plan de Acción – Publicado en la plataforma Almera por cada una de las áreas.

4.3 CUMPLIMIENTO PROCESOS DE APOYO

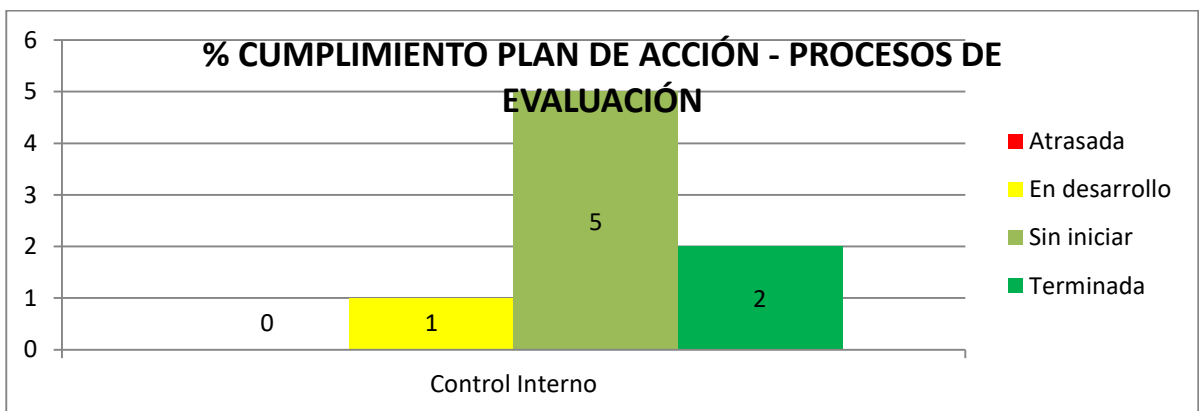
| AREA | Atrasada | En desarrollo | Sin iniciar | Terminada | Total general |
|-------------------------------|----------|---------------|-------------|-----------|---------------|
| Almacén | 0 | 4 | 5 | 3 | 12 |
| Control Interno Disciplinario | 4 | 2 | 5 | 2 | 13 |
| Financiera | 0 | 35 | 14 | 6 | 55 |
| Gestión Ambiental | 0 | 6 | 5 | 5 | 16 |
| Investigación | 1 | 4 | 9 | 2 | 16 |
| Jurídica | 0 | 14 | 5 | 3 | 22 |
| Mantenimiento | 0 | 6 | 5 | 7 | 18 |
| Planta Física | 2 | 5 | 11 | 3 | 21 |
| SIAU | 0 | 30 | 7 | 10 | 47 |
| UFATI | 1 | 3 | 23 | 9 | 36 |



Fuente: Consolidado Plan de Acción – Publicado en la plataforma Almera por cada una de las áreas.

4.4 CUMPLIMIENTO PROCESOS DE EVALUACIÓN Y CONTROL

| AREA | Atrasada | En desarrollo | Sin iniciar | Terminada | Total general |
|-----------------|----------|---------------|-------------|-----------|---------------|
| Control Interno | 0 | 0 | 0 | 17 | 17 |



Fuente: Consolidado Plan de Acción – Publicado en la plataforma Almera por cada una de las áreas.

4.5 DEBILIDADES ENCONTRADAS

Se observaron las siguientes situaciones, que presentan debilidades con relación a la evidencia del nivel de avance reportado:

| EJE/PLAN DE ACCION | ACTIVIDAD PROGRAMADA | RESPONSABLE | FECHA INICIO | FECHA FINALIZACIÓN | OBSERVACION |
|---|---|----------------------------------|--------------|--------------------|--|
| MR10. Obtener un reconocimiento nacional o internacional de las investigaciones de salud que realice el HUS contando con un grupo de investigación reconocido por Colciencias | P. Realizar los términos de la convocatoria de Investigación con financiación interna de la ESE HUS | Investigación | 2020-02-03 | 2020-03-31 | El porcentaje de avance reportado (50%) es menor al esperado (100%). |
| Implementar la política de atención humanizada | H. Realizar las capacitaciones al personal asistencial de la Subgerencia Apoyo Diagnostico acerca del paquete instruccional Comunicación Efectiva | Subgerencia de Apoyo Diagnóstico | 2020-03-01 | 2020-10-31 | El porcentaje de avance reportado (0%) es menor al esperado (12,5%). |
| Implementar los paquetes instruccionales priorizados Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad manejo de sangre y componentes a la transfusión sanguínea | H. Aplicar lista de chequeo del paquete instruccional Prevenir complicaciones asociadas a la disponibilidad manejo de sangre y componentes a la transfusión sanguínea a los diferentes servicios del HUS. | Subgerencia de Apoyo Diagnóstico | 2020-02-01 | 2020-09-30 | El porcentaje de avance reportado (0%) es menor al esperado (25%). |
| Acreditar con estándares superiores de calidad la ESE HUS | H. Implementar los Planes de Mejoramiento como resultado de la sexta autoevaluación para el año 2020 | Subgerencia de Apoyo Diagnóstico | 2020-03-01 | 2020-09-15 | El porcentaje de avance reportado (0%) es menor al esperado (11%). |
| Realizar autoevaluación en forma anual de acreditación | P. Participar en la planeación de la Séptima Autoevaluación frente al Manual de estándares de salud | Subgerencia de Apoyo Diagnóstico | 2020-01-02 | 2020-09-30 | El porcentaje de avance reportado (0%) es menor al esperado (30%). |

| EJE/PLAN DE ACCION | ACTIVIDAD PROGRAMADA | RESPONSABLE | FECHA INICIO | FECHA FINALIZACIÓN | OBSERVACION |
|--|---|-------------------------------|--------------|--------------------|---|
| Cuantificar el porcentaje de procesos aperturados en contra de funcionarios de la ESE HUS en relación con las quejas disciplinarias recibidas. | H. Realizar apertura del Proceso Disciplinario a las investigaciones que lo ameriten O Disponer el archivo de la Queja | Control Interno Disciplinario | 2020-01-01 | 2020-12-31 | El porcentaje de avance reportado (0%) es menor al esperado (25%). |
| | V. Verificar el cumplimiento de las acciones normativas para el cumplimiento del control disciplinario en la ESE HUS | Control Interno Disciplinario | 2020-01-01 | 2020-12-31 | El porcentaje de avance reportado (0%) es menor al esperado (25%). |
| | A. Tomar las decisiones de acuerdo a las desviaciones encontradas | Control Interno Disciplinario | 2020-01-01 | 2020-12-31 | El porcentaje de avance reportado (0%) es menor al esperado (25%). |
| MR4. Realizar autoevaluación en forma anual de acreditación | P. Participar en la planeación de la autoevaluación la Séptima Autoevaluación frente al Manual de estándares de salud ambulatorio y hospitalario Versión 3.1 | Control Interno Disciplinario | 2020-01-02 | 2020-09-30 | El porcentaje de avance reportado (0%) es menor al esperado (30%). |
| Implementar acciones de Enfoque Diferencial | P. Definir método de priorización de los usuario (adulto mayor) atendidos en el servicio de medicina interna. | subgerencia Servicios médicos | 2020-01-01 | 2020-04-15 | El porcentaje de avance reportado (45%) es menor al esperado (75%). |
| Implementar los paquetes instruccionales priorizados. | P. Planear las actividades para la implementación del paquete instruccional Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan al paciente | subgerencia Servicios médicos | 2020-01-01 | 2020-04-30 | El porcentaje de avance reportado (10%) es menor al esperado (75%). |
| Implementar los paquetes instruccionales priorizados. | P. Implementar las actividades para desarrollar el paquete instruccional Reducir el riesgo en la atención de pacientes con enfermedades cardiovasculares | subgerencia Servicios médicos | 2020-01-01 | 2020-04-30 | El porcentaje de avance reportado (30%) es menor al esperado (75%). |

| EJE/PLAN DE ACCION | ACTIVIDAD PROGRAMADA | RESPONSABLE | FECHA INICIO | FECHA FINALIZACIÓN | OBSERVACION |
|--|---|---------------|--------------|--------------------|--|
| MR8. Ser hospital seguro frente a desastres con servicios accesibles y funcionando inmediatamente después de un fenómeno destructivo | P. Estructurar la autoevaluación de Hospital Seguro para la vigencia 2020 | Planta Física | 2020-01-02 | 2020-03-02 | El porcentaje de avance reportado (10%) es menor al esperado (100%). |
| MR8. Ser hospital seguro frente a desastres con servicios accesibles y funcionando inmediatamente después de un fenómeno destructivo | P. Estructurar el plan de acción de las actividades priorizadas del plan de intervención de la autoevaluación del Índice de Seguridad Hospitalaria ISH ESE HUS 2019 | Planta Física | 2020-01-02 | 2020-03-02 | El porcentaje de avance reportado (0%) es menor al esperado (100%). |
| MR7. Garantizar un ambiente físico que permita la funcionalidad de los servicios | V. Verificar la ejecución de los cronograma definidos | UFATI | 2020-03-01 | 2020-12-01 | El porcentaje de avance reportado (0%) es menor al esperado (11%). |

Fuente: Consolidado Plan de Acción – Publicado en la plataforma Almera por cada una de las áreas.

5. RECOMENDACIONES

Continuar con ejercicios periódicos de autoevaluación de la gestión y del control, con el fin de que se monitoree permanentemente el nivel de ejecución de las actividades; y de acuerdo con el resultado, se generen acciones preventivas, correctivas y de mejora que mitiguen las ocurrencias de posibles riesgos de incumplimiento de compromisos.

6. CONCLUSIONES

El Plan de Acción Anual se cumplió en un 28,19% del 26,58% esperado en el periodo del primer trimestre de 2020, toda vez que de las 684 actividades 140 están completas, 218 en desarrollo, 311 no iniciadas y 15 atrasadas.

Es necesario fortalecer y dinamizar la gestión requerida en todas y cada una de las dependencias responsables de las acciones establecidas en los planes de acción para que se adopte una postura proactiva frente al desarrollo de sus compromisos y contribución.



JULIO HERNÁN VILLABONA VARGAS
Jefe Oficina Asesora Control Interno

Proyectó: Sandra Milena Mendoza Amado. Profesional de apoyo Oficina Asesora de Control Interno. OPS