

# **PRIMER SEGUIMIENTO PLAN DE ACCIÓN**

**VIGENCIA 2021**

## **OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO**

**JULIO HERNAN VILLABONA VARGAS**  
Jefe Oficina Asesora de Control Interno

**Mayo 2021**

## 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.....	10
5. RECOMENDACIONES .....	11
6. CONCLUSIONES.....	11

## SEGUIMIENTO PLAN DE ACCIÓN VIGENCIA 2021

### 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 2021, 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 2021, 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 2021, 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 784 actividades, los cuales arrojaron al 31 de marzo de 2021 una ejecución del 27.58%, de las cuales 154 actividades están completas, 248 en desarrollo, 375 no han iniciado y 7 actividades presentan atraso, tal como se refleja en el cuadro Porcentaje de cumplimiento o avance de actividades, así:

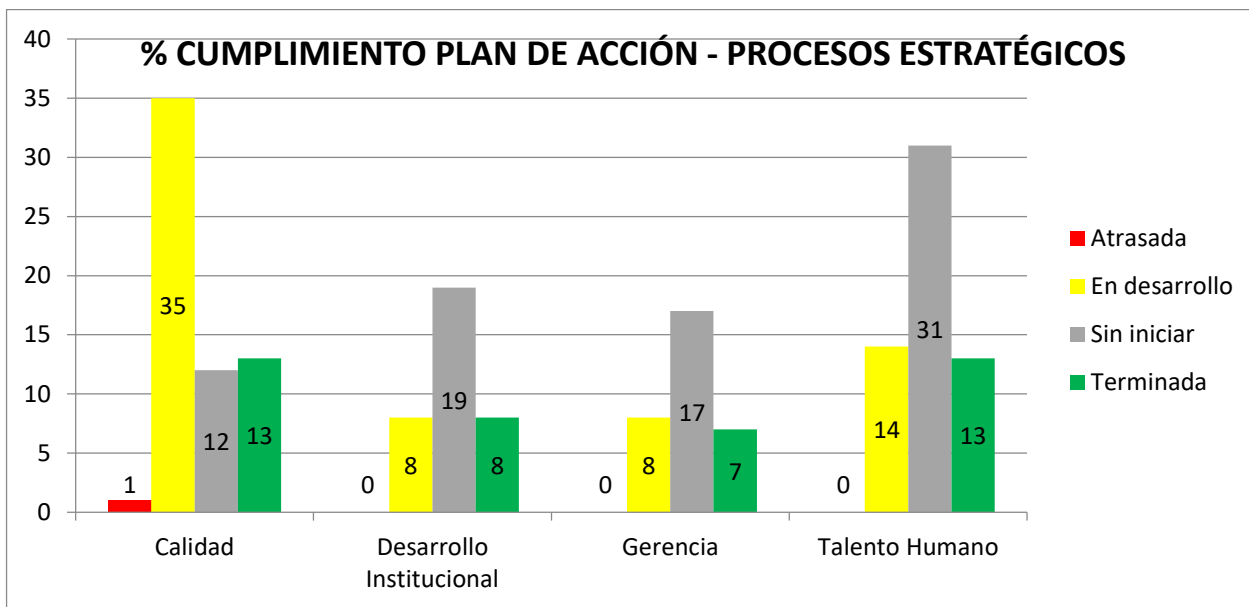
AREA	Atrasada	En desarrollo	Sin iniciar	Completo	Total acciones	% avance	% esperado
Almacén	0	4	10	2	16	22,81	18,75
Alto costo	0	1	34	10	45	22,88	21,55
Calidad	1	35	12	13	61	35,57	31,88
Control Interno	0	2	4	2	8	27,5	27,5
Control Interno Disciplinario	0	5	6	2	13	26,92	22,69
Desarrollo Institucional	0	8	19	8	35	28,4	28,45
Docencia	0	4	16	4	24	21,25	15,83
Financiera	0	46	6	8	60	32,91	32,91
Gerencia	0	8	17	7	32	27,65	27,65
Gestión Ambiental	0	11	6	4	21	42,61	26,19
Investigación	0	2	12	2	16	16,25	13,12
Jurídica	0	16	9	5	30	30,83	28,66

AREA	Atrasada	En desarrollo	Sin iniciar	Completo	Total general	% avance	% esperado
Mantenimiento	5	7	6	6	24	38,12	35,83
Planta Física	0	14	11	8	33	34,66	33,63
SIAU	0	32	6	11	49	38,77	34,59
Subgerencia Ambulatorios y Apoyo Terapéutico	0	5	27	8	40	24,62	20,75
Subgerencia de Apoyo diagnóstico	0	4	18	6	28	24,28	24,28
Subgerencia de Enfermería	0	18	25	10	53	25,18	24,33
Subgerencia de Servicios Quirúrgicos	0	1	26	6	33	19,09	18,78
Subgerencia servicios médicos	0	3	20	5	28	22,67	18,92
Subgerencia Mujer e Infancia	1	1	25	6	33	21,36	21,96
Talento Humano	0	14	31	13	58	29,31	28,44
UFATI	0	7	29	8	44	20,88	17,79
<b>Total general</b>	<b>7</b>	<b>248</b>	<b>375</b>	<b>154</b>	<b>784</b>	<b>27,58</b>	<b>24,97</b>

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

## 4.1 CUMPLIMIENTO PROCESOS ESTRATÉGICOS

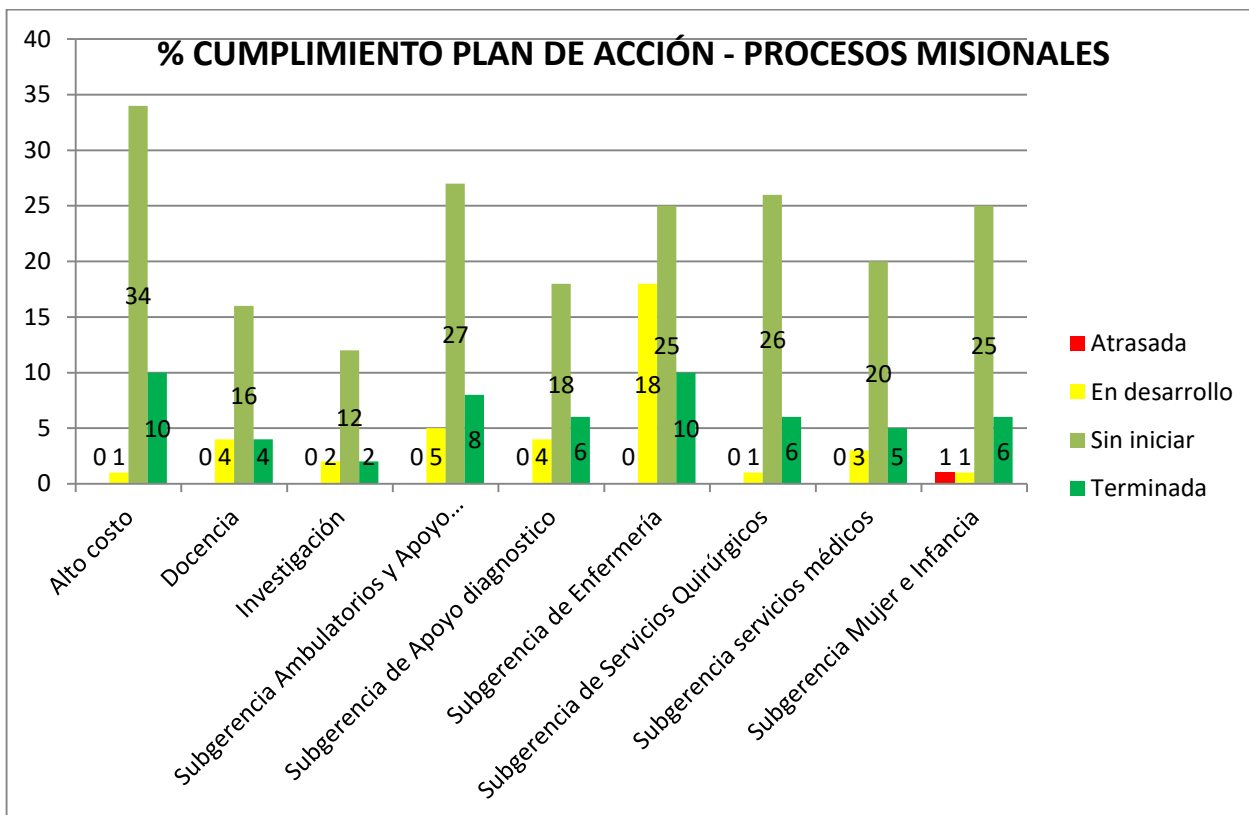
AREA	Atrasada	En desarrollo	Sin iniciar	Completo	Total general
Calidad	1	35	12	13	61
Desarrollo Institucional	0	8	19	8	35
Gerencia	0	8	17	7	32
Talento Humano	0	14	31	13	58



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

## 4.2 CUMPLIMIENTO PROCESOS MISIONALES

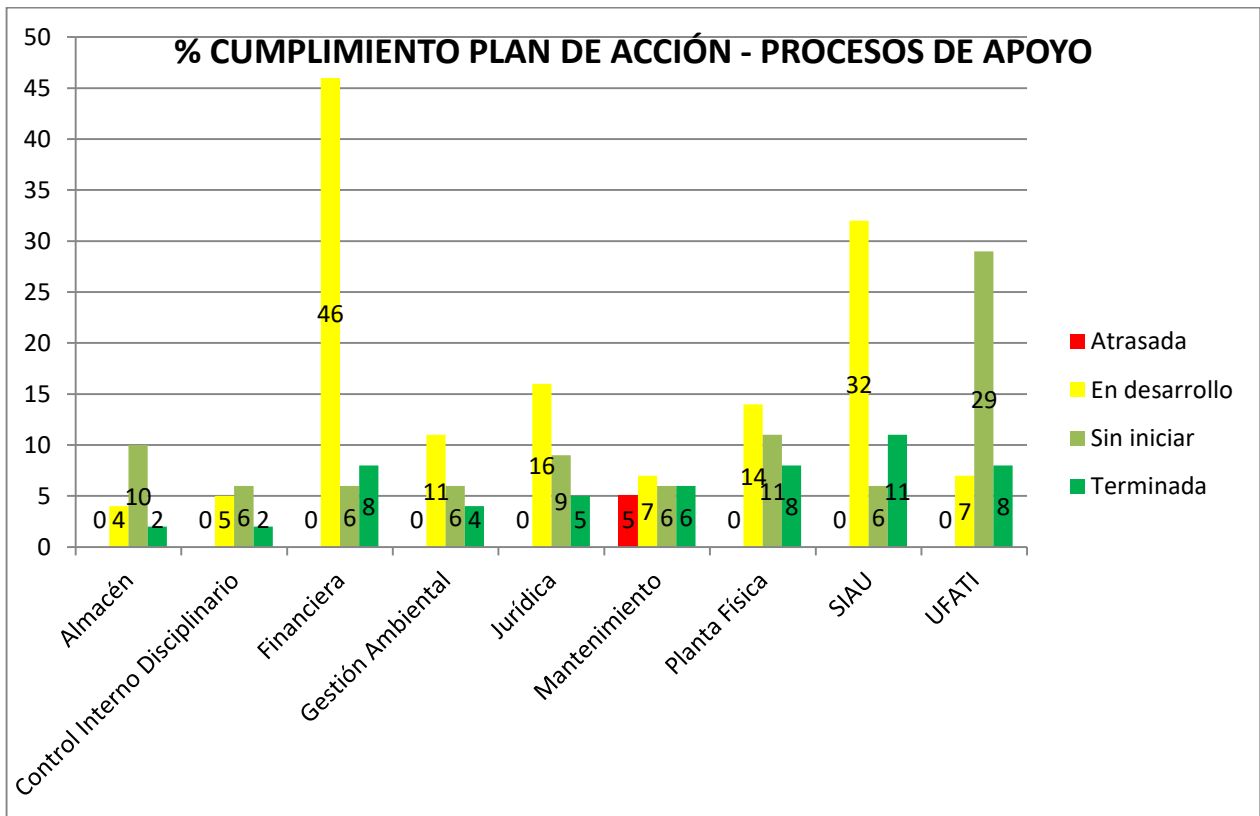
AREA	Atrasada	En desarrollo	Sin iniciar	Terminada	Total general
Alto costo	0	1	34	10	45
Docencia	0	4	16	4	24
Investigación	0	2	12	2	16
Subgerencia Ambulatorios y Apoyo Terapéutico	0	5	27	8	40
Subgerencia de Apoyo diagnóstico	0	4	18	6	28
Subgerencia de Enfermería	0	18	25	10	53
Subgerencia de Servicios Quirúrgicos	0	1	26	6	33
Subgerencia servicios médicos	0	3	20	5	28
Subgerencia Mujer e Infancia	1	1	26	6	33



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	10	2	16
Control Interno Disciplinario	0	5	6	2	13
Financiera	0	46	6	8	60
Gestión Ambiental	0	11	6	4	21
Jurídica	0	16	9	5	30
Mantenimiento	5	7	6	6	24
Planta Física	0	14	11	8	33
SIAU	0	32	6	11	49
UFATI	0	7	29	8	44

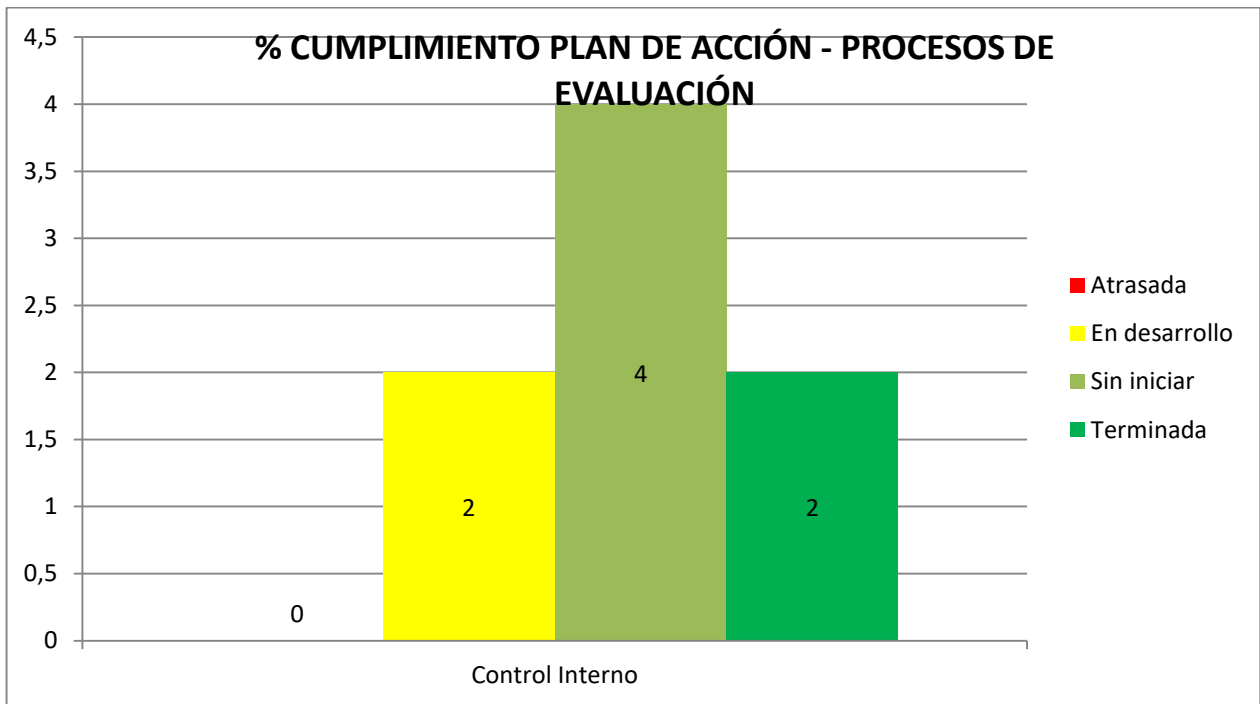


Fuente: Consolidado Plan de Acción – Publicado en la plataforma Almera por cada una de las áreas.

#### 4.4 CUMPLIMIENTO PROCESOS DE EVALUACIÓN Y CONTROL

AREA	Atrasada	En desarrollo	Sin iniciar	Terminada	Total general
Control Interno	0	2	4	2	8





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
Realizar y reportar oportunamente el informe de los indicadores de calidad correspondientes a la Resolución 256 de 2016	P. Programar la solicitud de entrega de información a cada una de las dependencias responsables, para generar el informe de indicadores de calidad establecidos en la Resolución 256/2016.	Calidad	2021-01-02	2021-12-31	No se reporta avance de la acción. Se esperaba mínimo un 25%.
Presentar proyecto para la actualización o renovación de tecnología biomédica para la ESE HUS	H. Priorizar las necesidades de tecnología biomédica por parte del comité de Gerencia	Mantenimiento	2021-01-01	2021-02-28	Se reporta 70% de avance, pero se esperaba cierre del 100% para este primer trimestre
	H. Radicar el proyecto de inversión en la entidad definida	Mantenimiento	2021-02-01	2021-12-31	No se reporta avance de la acción. Se esperaba mínimo un 10%.
	V. Realizar seguimiento a la aprobación del proyecto	Mantenimiento	2021-02-01	2021-12-31	No se reporta avance de la acción. Se esperaba mínimo un 10%.
	A. Actuar sobre las desviaciones encontradas	Mantenimiento	2021-03-01	2021-12-31	No se reporta avance de la acción. Se esperaba mínimo un 10%.
Cumplir el 90% de las acciones de mejora producto de las Autoevaluaciones de Acreditación	H. Implementar los Planes de Mejoramiento como resultado de la Sexta autoevaluación para el año 2020	Mantenimiento	2021-03-01	2021-12-15	No se reporta avance de la acción. Se esperaba mínimo un 10%.
COVID-19	P. Actualizar Protocolo de atención del paciente con probable o confirmación diagnóstica de covid-19.	Subgerencia Mujer e Infancia	2021-01-04	2021-03-31	Se reporta 80% de avance, pero se esperaba cierre del 100% para este primer trimestre

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

## 5. RECOMENDACIONES

Se recomienda actualizar el documento GDI-PLA-PR-05 Procedimiento para elaboración, divulgación, ejecución, seguimiento y evaluación del Plan Operativo Anual y Planes de Acción de la E.S.E HUS que proporcione las orientaciones para la formulación y seguimiento de la Planeación Institucional de la ESE Hospital Universitario de Santander, que incluya las indicaciones de formulación, registro, aprobación, solicitud de modificaciones y reporte de seguimientos en la plataforma ALMERA, que deben ser atendidas por las dependencias y programas especiales responsables de la formulación y seguimiento de Planes de Acción.

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 27,58% del 24,97% esperado en el periodo del primer trimestre de 2021, toda vez que de las 784 actividades 154 están completas, 248 en desarrollo, 375 no iniciadas y 7 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*