

TERCER SEGUIMIENTO PLAN DE ACCIÓN

VIGENCIA 2021

OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

JULIO HERNAN VILLABONA VARGAS
Jefe Oficina Asesora de Control Interno

Noviembre 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	1
6. CONCLUSIONES.....	1

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 2021.

El seguimiento se centró en la evaluación del cumplimiento del Plan de Acción en mención durante el periodo de 01 de julio a 30 de septiembre 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 tercer 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 julio al 30 de septiembre 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 783 actividades, los cuales arrojaron al 30 de septiembre de 2021 una ejecución del 58,96%, de las cuales 226 actividades están completas, 346 en desarrollo, 192 no han iniciado y 19 actividades presentan atraso, tal como se refleja en el cuadro Porcentaje de cumplimiento o avance de actividades, así:

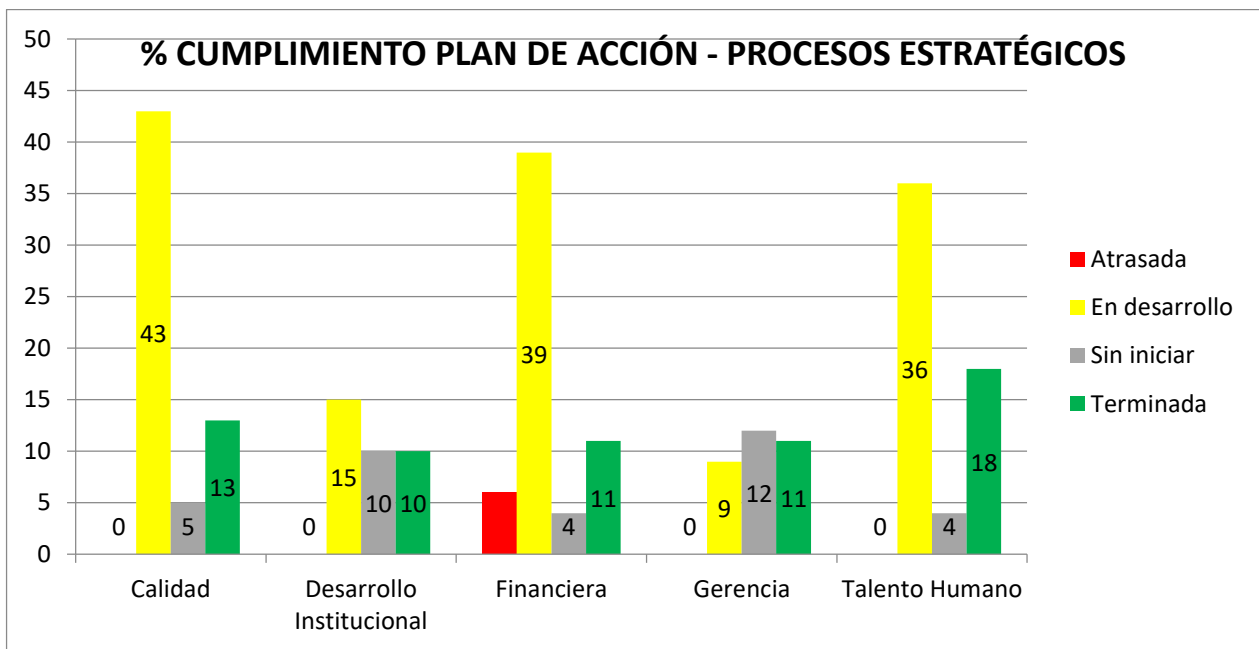
AREA	Atrasada	En desarrollo	Sin iniciar	Completo	Total acciones	% avance	% esperado
Almacén	0	7	7	2	16	45	44,06
Alto costo	0	0	24	20	44	45,45	43,18
Calidad	0	43	5	13	61	76,36	67,86
Control Interno	0	6	0	2	8	68,5	68,5
Control Interno Disciplinario	0	6	5	2	13	46,15	42,30
Desarrollo Institucional	0	15	10	10	35	60,71	57,71
Docencia	4	2	12	6	24	35,65	29,13
Financiera	5	40	4	11	60	69,91	71,66
Gerencia	0	9	12	11	32	52,65	44,84
Gestión Ambiental	0	9	4	8	21	73	62,5
Investigación	2	1	7	6	16	45	24,06
Jurídica	0	18	4	8	30	71,66	65
Mantenimiento	3	9	5	7	24	59,79	63,54

AREA	Atrasada	En desarrollo	Sin iniciar	Completo	Total acciones	% avance	% esperado
Infraestructura y servicios básicos	0	19	6	8	33	67,36	57,87
SIAU	1	32	5	11	49	72,44	72,95
Subgerencia Ambulatorios y Apoyo Terapéutico	0	20	9	11	40	60,62	58,5
Subgerencia de Apoyo diagnóstico	1	3	16	8	28	41,10	40,71
Subgerencia de Enfermería	0	34	6	13	53	67,22	66,79
Subgerencia de Servicios Quirúrgicos	1	5	12	15	33	56,03	47,06
Subgerencia servicios médicos	0	11	11	6	28	48,46	43,21
Subgerencia Mujer e Infancia	2	1	13	17	33	55,30	58,33
Talento Humano	0	36	4	18	58	80,25	51,89
UFATI	0	20	11	13	44	57,6	41,33
Total general	19	346	192	226	783	58,96	53,17

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

4.1 CUMPLIMIENTO PROCESOS ESTRATÉGICOS

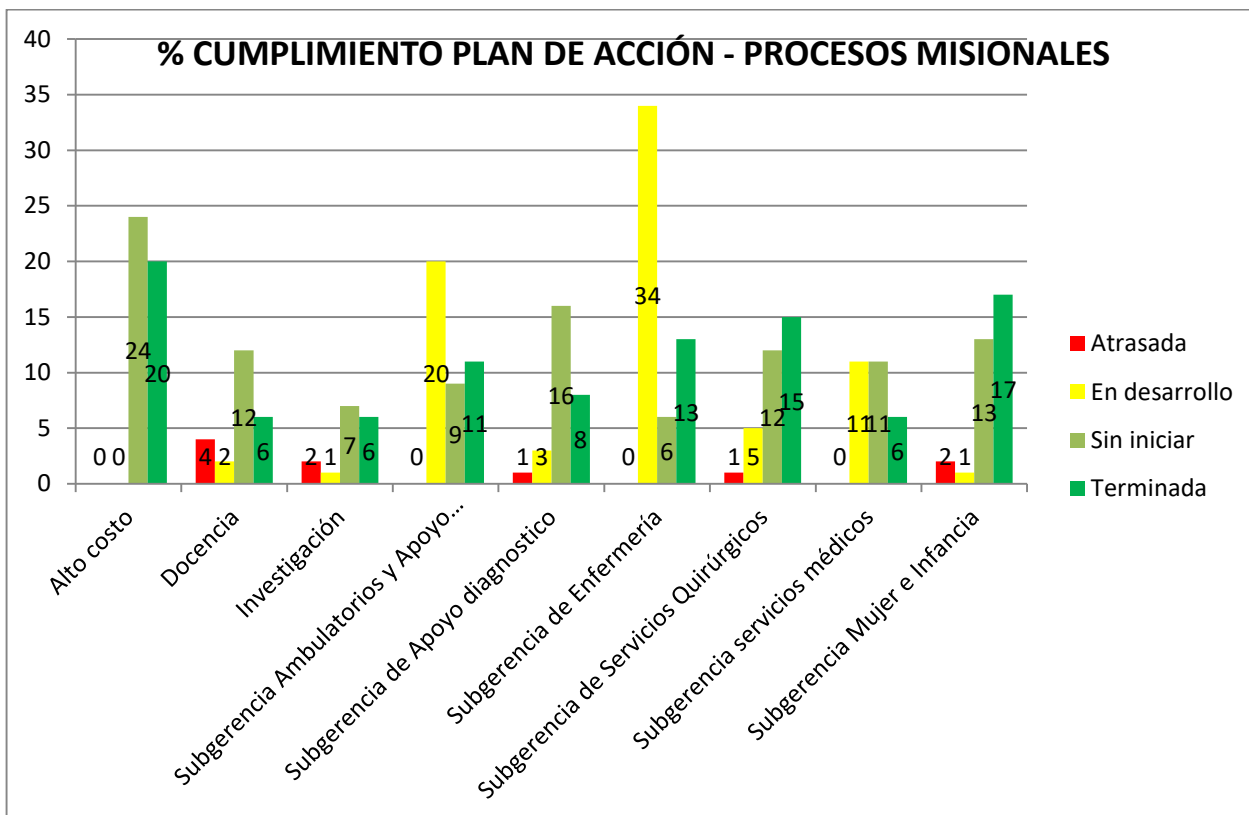
AREA	Atrasada	En desarrollo	Sin iniciar	Completo	Total general
Calidad	0	43	5	13	61
Desarrollo Institucional	0	15	10	10	35
Gerencia	0	9	12	11	32
Talento Humano	0	36	4	18	58
Financiera	5	39	4	11	60



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

4.2 CUMPLIMIENTO PROCESOS MISIONALES

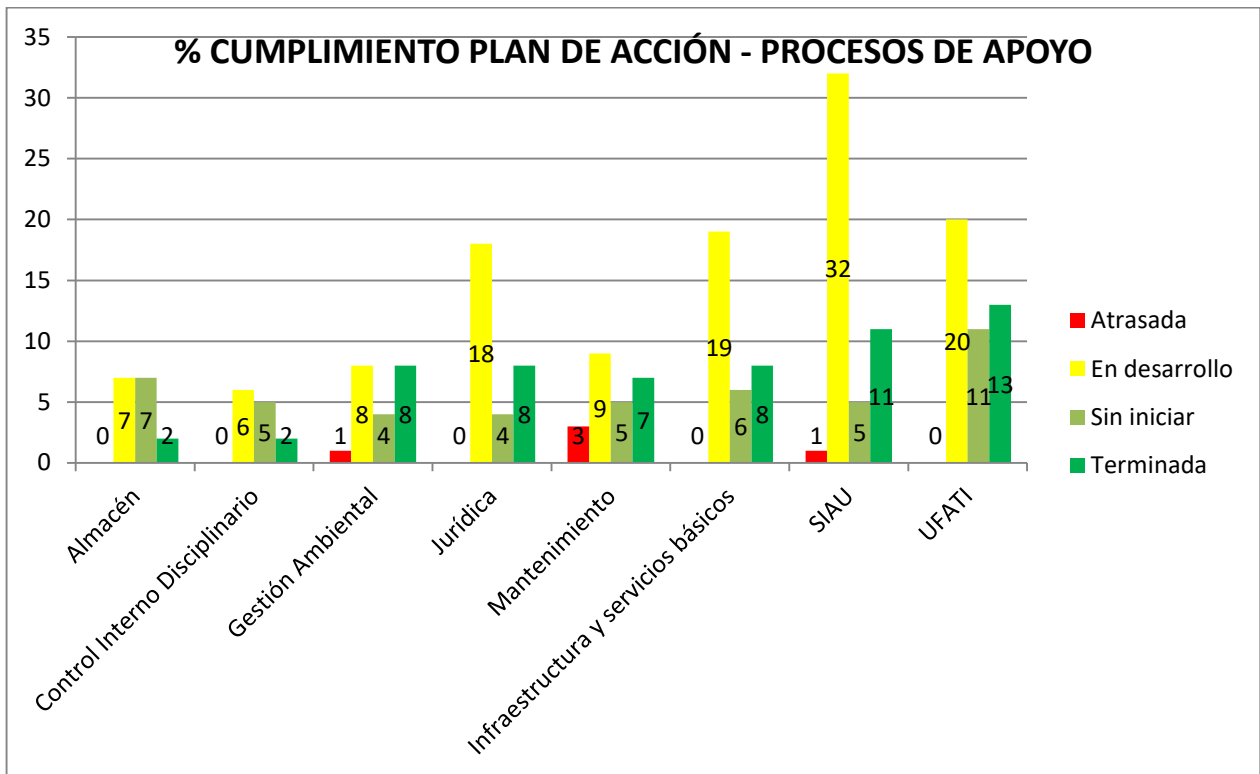
AREA	Atrasada	En desarrollo	Sin iniciar	Terminada	Total general
Alto costo	0	0	24	20	44
Docencia	4	2	12	6	24
Investigación	2	1	7	6	16
Subgerencia Ambulatorios y Apoyo Terapéutico	0	20	9	11	40
Subgerencia de Apoyo diagnóstico	0	3	16	8	28
Subgerencia de Enfermería	0	34	6	13	53
Subgerencia de Servicios Quirúrgicos	1	5	12	15	33
Subgerencia servicios médicos	0	11	11	6	28
Subgerencia Mujer e Infancia	2	1	13	17	33



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

4.3 CUMPLIMIENTO PROCESOS DE APOYO

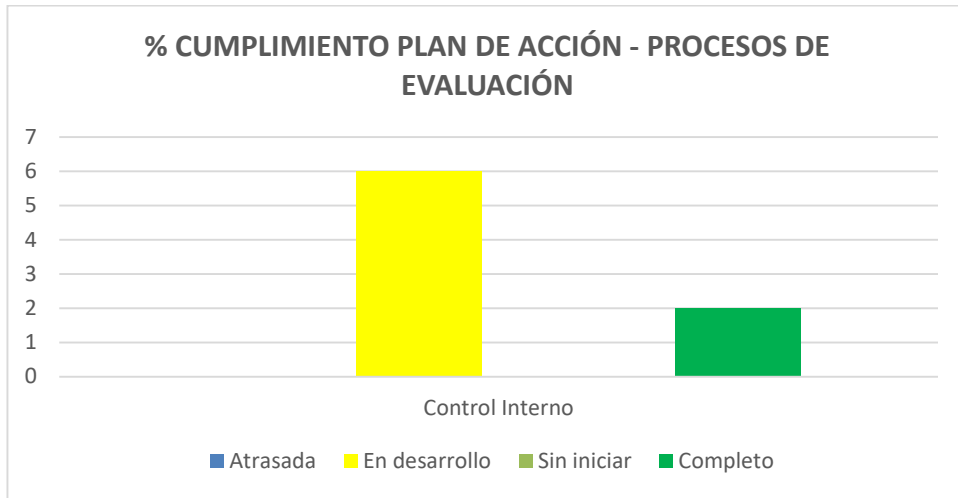
AREA	Atrasada	En desarrollo	Sin iniciar	Terminada	Total general
Almacén	0	7	7	2	16
Control Interno Disciplinario	0	6	5	2	13
Gestión Ambiental	1	8	4	8	21
Jurídica	0	18	4	8	30
Mantenimiento	3	9	5	7	24
Infraestructura y servicios básicos	0	19	6	8	33
SIAU	1	32	5	11	49
UFATI	0	20	11	13	44



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	6	0	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
Cumplir con las actividades planeadas en los planes de trabajo de los Convenios con IES en cada vigencia	H. Realizar seguimiento a la práctica formativa a través de los comités	Docencia	2021-04-01	2021-10-30	No se reporta avance para el tercer trimestre. Avance del 30%
Realizar plan de capacitación al personal en formación que rota por el HUS	H. Divulgar con los internos, residentes y demás estudiantes que permanecen en la ESE HUS para que asistan a los entrenamientos		2021-04-01	2021-10-30	No se reporta avance para el tercer trimestre. Avance del 20%
Cumplir el 90% de las acciones de mejora producto de las Autoevaluaciones de Acreditación	H. Implementar los Planes de Mejoramiento como resultado de la Séptima Autoevaluación		2021-03-01	2021-12-15	No se reporta certificación del 3er trimestre. Avance del 50%
	V. Verificar el cumplimiento de los Planes de Mejoramiento como resultado de la Séptima Autoevaluación		2021-03-23	2021-11-30	No se reporta certificación del 3er trimestre. Avance del 50%
Realizar y reportar oportunamente el informe de los indicadores de producción correspondientes al Decreto 2193 de 2004	P. Definir los Estados Financieros, mediante la consolidación y verificación de la información financiera, registrada en el sistema por las diferentes áreas donde se causan las transacciones de la ESE HUS.	Financiera	2021-01-01	2021-12-31	No se reporta avance para el tercer trimestre. Avance del 50%
	V. Verificar el reporte de los informes por medio de la Página web de la Contaduría General de la Nación, el Ministerio de salud y Protección Social (SIHO)	Financiera	2021-01-01	2021-12-31	No se reporta avance para el tercer trimestre. Avance del 50%

EJE/PLAN DE ACCION	ACTIVIDAD PROGRAMADA	RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA FINALIZACIÓN	OBSERVACION
Realizar y reportar oportunamente el informe de los indicadores de producción correspondientes al Decreto 2193 de 2004	A. Tomar decisiones de mejora de acuerdo a lo observado	Financiera	2021-01-01	2021-12-31	No se reporta avance para el tercer trimestre. Avance del 50%
Establecer las actividades para el cumplimiento de la Política de Gestión Presupuestal y Eficiencia en el gasto Público	H. Elaborar informe trimestral del Plan Institucional de Austeridad en el Gasto Público	Financiera	2021-01-01	2021-12-31	No se cargó evidencia del cumplimiento de la acción.
	V. Verificar la entrega del informe y sus resultados	Financiera	2021-01-01	2021-12-31	No se cargó evidencia del cumplimiento de la acción.
Cumplir el 90% de las acciones de mejora producto de las Autoevaluaciones de Acreditación	V. Verificar el cumplimiento de los Planes de Mejoramiento como resultado de séptima autoevaluación para el año 2021	Investigación	2021-04-05	2021-11-30	No se reporta certificación del 3er trimestre. Avance del 50%
Lograr calificaciones superiores al 80% en las evaluaciones de cumplimiento en la implementación de cada paquete instruccional.	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, en forma coordinada con el programa de Hemovigilancia.	Subgerencia Apoyo Diagnostico	2021-02-01	2021-10-31	No se reporta avance para el tercer trimestre. Avance del 90%
Lograr resultados superiores al 80% en la satisfacción global de los usuarios	H. Documentar planes de mejoramiento que den respuesta a las quejas presentadas por maltrato en la Subgerencia	Subgerencia de Servicios Quirurgicos	2021-04-01	2021-08-30	No se cargó evidencia del cumplimiento de la acción.

EJE/PLAN DE ACCION	ACTIVIDAD PROGRAMADA	RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA FINALIZACIÓN	OBSERVACION
COVID-19	H. Socializar el protocolo de atención del paciente con probable o confirmación diagnóstica de covid-19.	Subgerencia Mujer e Infancia	2021-04-05	2021-07-31	No se reporta avance para el tercer trimestre. Avance del 50%
	V. Evaluar el protocolo de atención del paciente con probable o confirmación diagnóstica de covid-19.		2021-07-01	2021-09-30	No se reporta avance para el tercer trimestre. Avance del 0%
Presentar proyecto para la actualización o renovación de tecnología biomédica para la ESE HUS	H. Radicar el proyecto de inversión en la entidad definida	Mantenimiento	2021-02-01	2021-12-31	El avance reportado es menor al esperado para el tercer trimestre del año. Avance 30%.
	V. Realizar seguimiento a la aprobación del proyecto		2021-02-01	2021-12-31	No se reporta avance para el tercer semestre. Es reiterativo el atraso con respecto al seguimiento anterior. Avance del 5%
	A. Actuar sobre las desviaciones encontradas		2021-03-01	2021-12-31	No se reporta avance para el tercer semestre. Es reiterativo el atraso con respecto al seguimiento anterior. Avance del 5%
Cumplir el 90% de las acciones de mejora producto de las Autoevaluaciones de Acreditación	H. Implementar los Planes de Mejoramiento como resultado de la Séptima autoevaluación para el año 2021	SIAU	2021-03-01	2021-12-15	No se reporta avance para el tercer trimestre. Avance del 50%

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 58,96% del 53,17% esperado en el periodo del tercer trimestre de 2021, toda vez que de las 783 actividades 226 están completas, 346 en desarrollo, 192 no iniciadas y 19 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