



# **PRIMER SEGUIMIENTO PLAN DE ACCIÓN**

**VIGENCIA 2022**

## **OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO**

**ELISA ISENIA SANTOS MORALES**  
Jefe Oficina Asesora de Control Interno

**Mayo 2022**

## 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 2022

### 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 2022.

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 2022, 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 2022, 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 2022, 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 941 actividades, los cuales arrojaron al 31 de marzo de 2022 una ejecución del 34,41%, de las cuales 241 actividades están completas, 289 en desarrollo, 393 no han iniciado y 13 actividades presentan atraso, tal como se refleja en el cuadro Porcentaje de cumplimiento o avance de actividades, así:

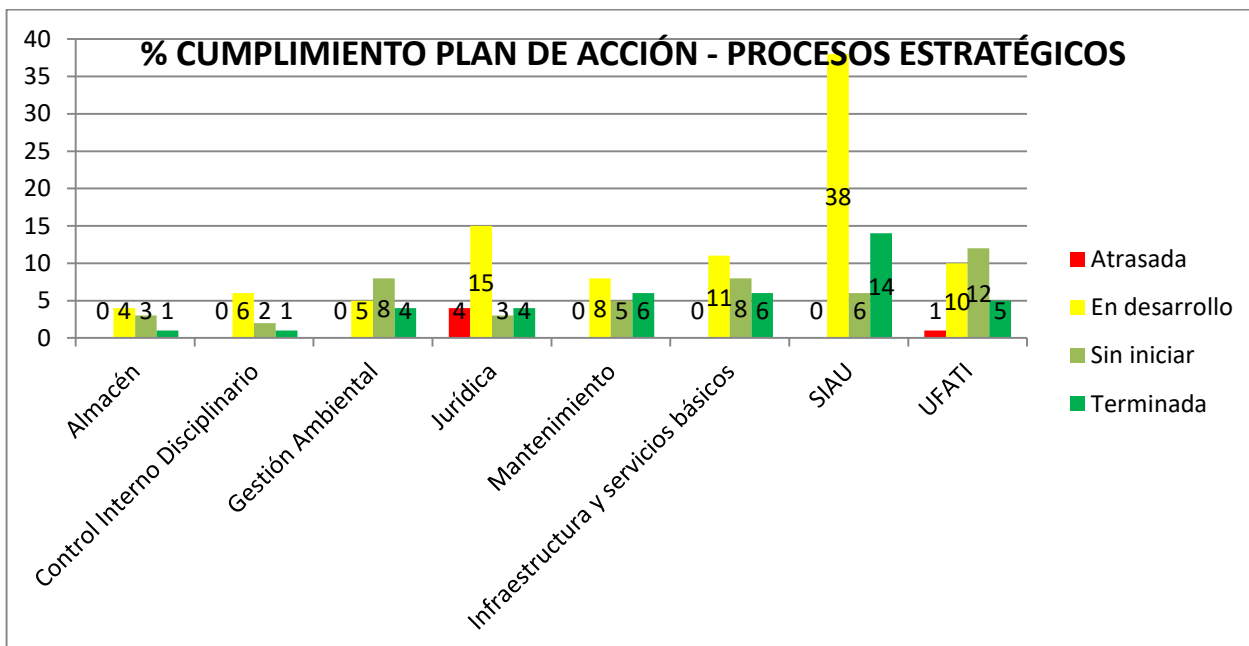
AREA	Atrasada	En desarrollo	Sin iniciar	Completo	Total acciones	% avance	% esperado
Almacén	0	4	3	1	8	40,87	22,25
Alto costo	0	12	25	16	53	35,37	26,22
Calidad	0	27	16	13	56	32,95	32,95
Control Interno	0	0	6	2	8	25	25
Control Interno Disciplinario	0	6	2	1	9	38,88	36,66
Desarrollo Institucional	0	10	19	11	40	34,47	33,32
Docencia	0	9	12	7	28	31,60	31,60
Financiera	4	38	2	7	51	32,84	34,80
Gerencia	0	7	2	3	12	42,5	38,33
Gestión Ambiental	0	5	8	4	17	30,29	25,88
Investigación	0	3	12	5	20	31,87	26,27
Jurídica	3	16	3	4	26	32,34	33,26

AREA	Atrasada	En desarrollo	Sin iniciar	Completo	Total general	% avance	% esperado
Mantenimiento	0	8	5	6	19	41,31	40,52
Planta Física	0	11	8	6	25	35,84	34,6
SIAU	0	38	6	14	58	40,08	37,84
Subgerencia Ambulatorios y Apoyo Terapéutico	0	17	32	17	66	32,95	26,13
Subgerencia de Apoyo diagnóstico	2	4	44	19	69	30,18	27,56
Subgerencia de Enfermería	0	25	25	24	74	40,95	39,79
Subgerencia de Servicios Quirúrgicos	2	8	35	18	68	31,74	17,38
Subgerencia servicios médicos	1	5	48	20	74	30,78	28,64
Subgerencia Mujer e Infancia	0	8	45	25	78	34,61	31,34
Talento Humano	0	18	23	13	54	35,57	30,64
UFATI	1	10	12	5	28	28,5	22,67
<b>Total general</b>	<b>13</b>	<b>289</b>	<b>393</b>	<b>241</b>	<b>941</b>	<b>34,41</b>	<b>30,62</b>

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

## 4.1 CUMPLIMIENTO PROCESOS ESTRATÉGICOS

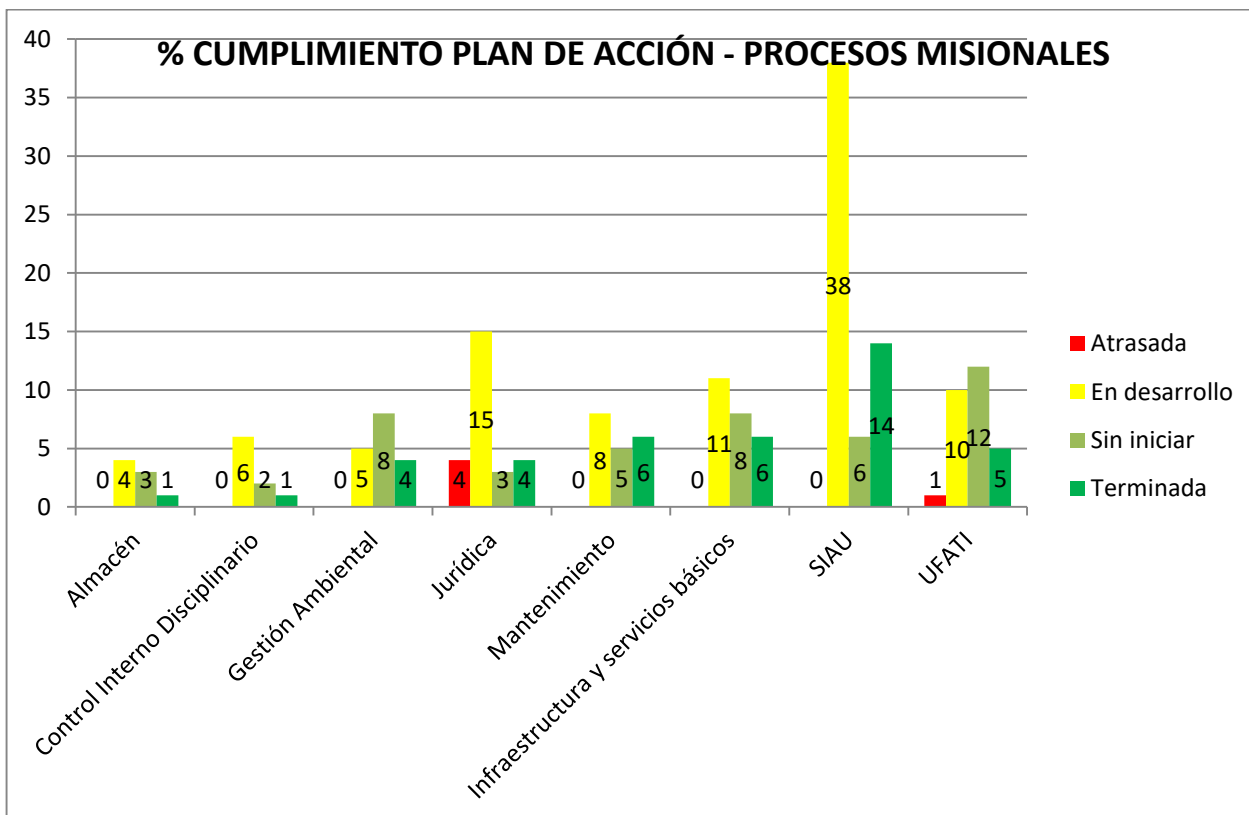
AREA	Atrasada	En desarrollo	Sin iniciar	Completo	Total general
Calidad	0	27	16	13	56
Desarrollo Institucional	0	10	19	11	40
Gerencia	0	7	2	3	12
Talento Humano	0	18	23	13	54



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

## 4.2 CUMPLIMIENTO PROCESOS MISIONALES

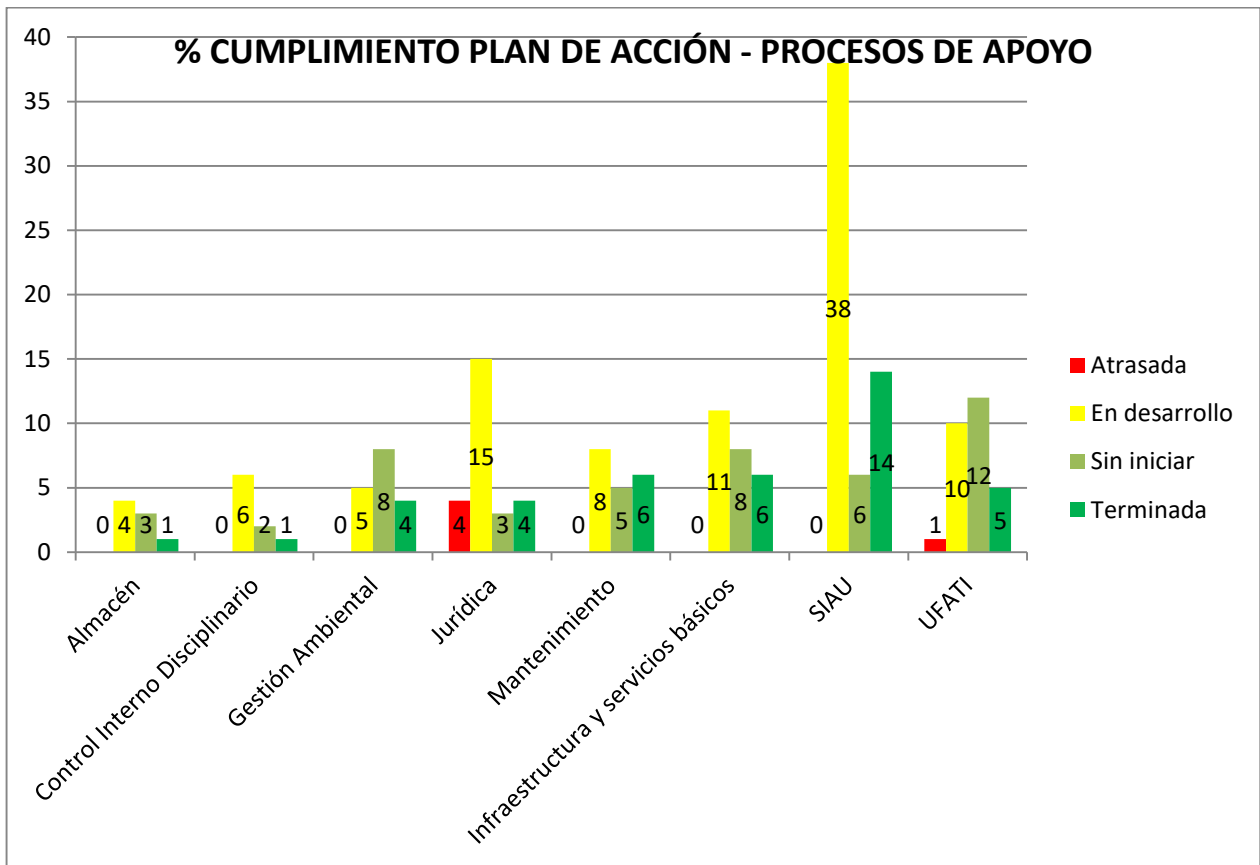
AREA	Atrasada	En desarrollo	Sin iniciar	Terminada	Total general
Alto costo	0	12	25	16	53
Docencia	0	9	12	7	28
Investigación	0	3	12	5	20
Subgerencia Ambulatorios y Apoyo Terapéutico	0	17	32	17	66
Subgerencia de Apoyo diagnóstico	2	4	44	19	69
Subgerencia de Enfermería	0	25	25	24	74
Subgerencia de Servicios Quirúrgicos	2	8	35	18	68
Subgerencia servicios médicos	0	6	48	20	74
Subgerencia Mujer e Infancia	0	8	45	25	78



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	3	1	8
Control Interno Disciplinario	0	6	2	1	9
Financiera	4	38	2	7	51
Gestión Ambiental	0	5	8	4	17
Jurídica	4	15	3	4	26
Mantenimiento	0	8	5	6	19
Planta Física	0	11	8	6	25
SIAU	0	38	6	14	58
UFATI	1	10	12	5	28

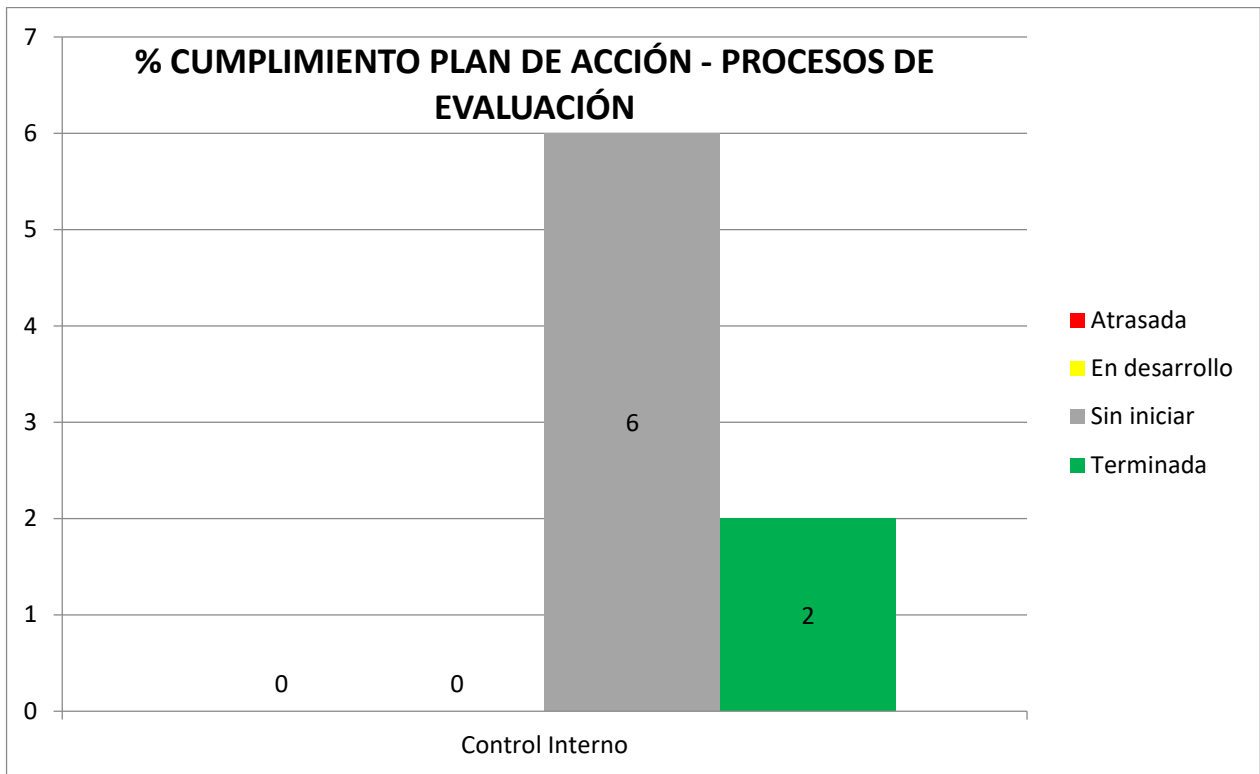


Fuente: Consolidado Plan de Acción – Publicado en la plataforma Almera por cada una de las áreas.

#### 4.4 CUMPLIMIENTO PROCESOS DE EVALUACIÓN Y CONTROL

AREA	Atrasada	En desarrollo	Sin iniciar	Terminada	Total general
Control Interno	0	0	6	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 FINALIZAC IÓN	OBSERVACION
Desarrollar acciones de enfoque diferencial dirigidas a la población vulnerable atendida en la ESE HUS	P. Programar actividades para la promoción de la donación voluntaria en población de discapacitados.	Subgerencia Apoyo Diagnóstico	2022-01-02	2022-04-12	Se reporta avance del 100%, sin embargo, en las evidencias solo se reporta la programación de los 4 primeros meses. Se reporta 33% de cumplimiento, quedando atrasada la actividad.
Suscribir 1 Convenio interinstitucional de apoyo a la prestación de servicios especializados.	H. Suscribir contratos o acuerdo de condiciones teniendo en cuenta la normatividad vigente	Jurídica	2022-01-03	2022-12-31	Se reporta avance del 25%, sin embargo, al revisar el cumplimiento, se evidencia que los contratos suscritos y relacionados son de la vigencia 2021 y no 2022. Por tanto el avance es del 0%, quedando atrasada la actividad.
	V. Verificar que el cumplimiento del servicio esté acorde a lo pactado y a satisfacción de las partes	Jurídica	2022-01-03	2022-12-31	Se reporta avance del 25%, sin embargo, al revisar el cumplimiento, se allega pantallazos de citación a dos reuniones que no se realizaron y una programada para el mes de abril. Por lo anterior, no hay avance de la misma en el primer trimestre, quedando atrasada la actividad. Para próximos reportes allegar el acta de reunión debidamente firmada por las partes.

EJE/PLAN DE ACCION	ACTIVIDAD PROGRAMADA	RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA FINALIZAC IÓN	OBSERVACION
Fortalecer el seguimiento a la ejecución de los contratos con terceros	V. Verificar la consolidación del normograma institucional y enviarla para publicación en la página WEB de la ESE HUS	Jurídica	2022-05-01	2022-06-30	Se reporta avance del 20%, sin embargo, al verificar cumplimiento, las evidencias allegadas corresponden a solicitud de actualización de normogramas, más no a la verificación de la consolidación. Por tanto, para este seguimiento no se tendrá en cuenta el avance reportado, quedando en 0%.
Cumplir en un 90% con el plan de mantenimiento de equipos de cómputo	V. Verificar la ejecución del cronograma definido	UFATI	2022-03-16	2022-05-31	No se reporta avance. Se esperaba 30%.
Lograr calificaciones superiores al 80% en las evaluaciones de cumplimiento en la implementación del paquete instruccional Prevenir las complicaciones anestésicas	H. Actualizar el protocolo de mejorar la seguridad de los procedimientos quirúrgicos teniendo en cuenta la falla activa número 8 : fallas anestésicas.	SUBGERENCIA QUIRURGICA	2022-03-01	2022-04-30	Se reporta avance del 25%, sin embargo, no se adjunta evidencia que soporte lo descrito. Se esperaba 50% de avance.
Lograr calificaciones superiores al 80% en las evaluaciones de cumplimiento en la implementación del paquete instruccional Garantizar la funcionabilidad de los procedimientos de consentimiento informado	H. Implementar la capacitación a profesionales acerca de su responsabilidad de comunicación adecuada en el consentimiento informado y de la verificación de la comprensión por parte del paciente.	SUBGERENCIA QUIRURGICA	2022-03-01	2022-07-30	No se reporta avance. Se esperaba 20%.

EJE/PLAN DE ACCION	ACTIVIDAD PROGRAMADA	RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA FINALIZAC IÓN	OBSERVACION
Realizar y reportar oportunamente el informe de los indicadores de producción correspondientes al Decreto 2193 de 2004	H. Reportar en la Plataforma SIHO del Ministerio de Salud el Balance y Estado de Actividad	Financiera	2022-01-01	2022-12-31	Se reporta avance del 25%, sin embargo, lo descrito no corresponde a la actividad a realizar y no se carga evidencia.
Obtener certificación Sin Riesgo Financiero del Ministerio de Salud	V. Verificar el cumplimiento de los reportes oportunos correspondientes al área financiera	Financiera	2022-01-01	2022-12-31	Se reporta avance del 25%, sin embargo, no se carga evidencia que soporte el avance.
Mantener el punto de equilibrio de la ESE HUS	H. Procesar la información para determinar el costo operativo y el gasto administrativo, frente al ingreso por venta de servicios	Financiera	2022-02-01	2022-12-31	Se reporta avance del 25%, sin embargo, no se carga evidencia que soporte el avance.
COVID-19	P. Revisar las necesidades para realizar la asignación de recursos para dar cumplimiento a la contingencia Emergencia COVID 19	Financiera	2022-01-01	2022-12-31	Se reporta avance del 25%, sin embargo, no se carga evidencia que soporte el avance.
Cumplir el 90% de las acciones de mejora producto de las Autoevaluaciones de Acreditación	H. Implementar los Planes de Mejoramiento como resultado de la octava autoevaluación para el año 2022	Financiera	2022-03-01	2022-11-30	Se reporta avance del 100%, sin embargo, anexan el cuadro de acciones a realizar por la Subgerencia, evidencia que no soporta el cumplimiento del 100% de las actividades planeadas.
	A. Tomar las decisiones de acuerdo a las desviaciones encontradas	Financiera	2022-12-01	2022-12-15	Reportan cerrada la acción, sin embargo, se debe reabrir, toda vez que no se han ejecutado todas las actividades planeadas en el Plan de Mejoramiento.

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.

Se insta a las áreas que presentaron atrasos, informen a la Oficina de Control Interno el motivo por el cual no alcanzaron el porcentaje de avance esperado y se realice el Plan de mejoramiento pertinente para avanzar en las acciones.

## 6. CONCLUSIONES

El Plan de Acción Anual se cumplió en 34,41% del 30,62% esperado en el periodo del primer trimestre de 2022, toda vez que de las 941 actividades 241 están completas, 289 en desarrollo, 393 no iniciadas y 13 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.



**ELISA ISENIA SANTOS MORALES**  
Jefe Oficina Asesora Control Interno

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