

# SEGUNDO SEGUIMIENTO PLAN DE ACCIÓN

VIGENCIA 2019

## OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

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

**Julio 2019**

---

[www.hus.gov.co](http://www.hus.gov.co)  
Hospital Universitario de Santander, NIT. 900006037-4  
Ventanilla Única: Cra. 32 No 29 - 175  
Servicio de Información y Atención al Usuario: [siau@hus.gov.co](mailto:siau@hus.gov.co)

**Oficina Asesora de Control Interno**  
Carrera 33 No 28-126 Piso 12  
Bucaramanga  
PBX: (7) 6910030 EXT. 512  
e-mail: [controlinterno@hus.gov.co](mailto:controlinterno@hus.gov.co)

## 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.....	12
6. CONCLUSIONES.....	12

## 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 2019.

El seguimiento se centró en la evaluación del cumplimiento del Plan de Acción en mención durante el periodo de 01 de abril a 30 de junio de 2019, 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 segundo trimestre de la vigencia 2019, 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

consecuente, 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 abril al 30 de junio de 2019, 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 751 actividades, los cuales arrojaron al 30 de junio de 2019 una ejecución del 44,875%, de las cuales 216 actividades han sido terminadas, 279 están en desarrollo, 245 que están sin iniciar y 11 actividades presentan atraso, tal como se refleja en el cuadro Porcentaje de cumplimiento o avance de actividades, así:

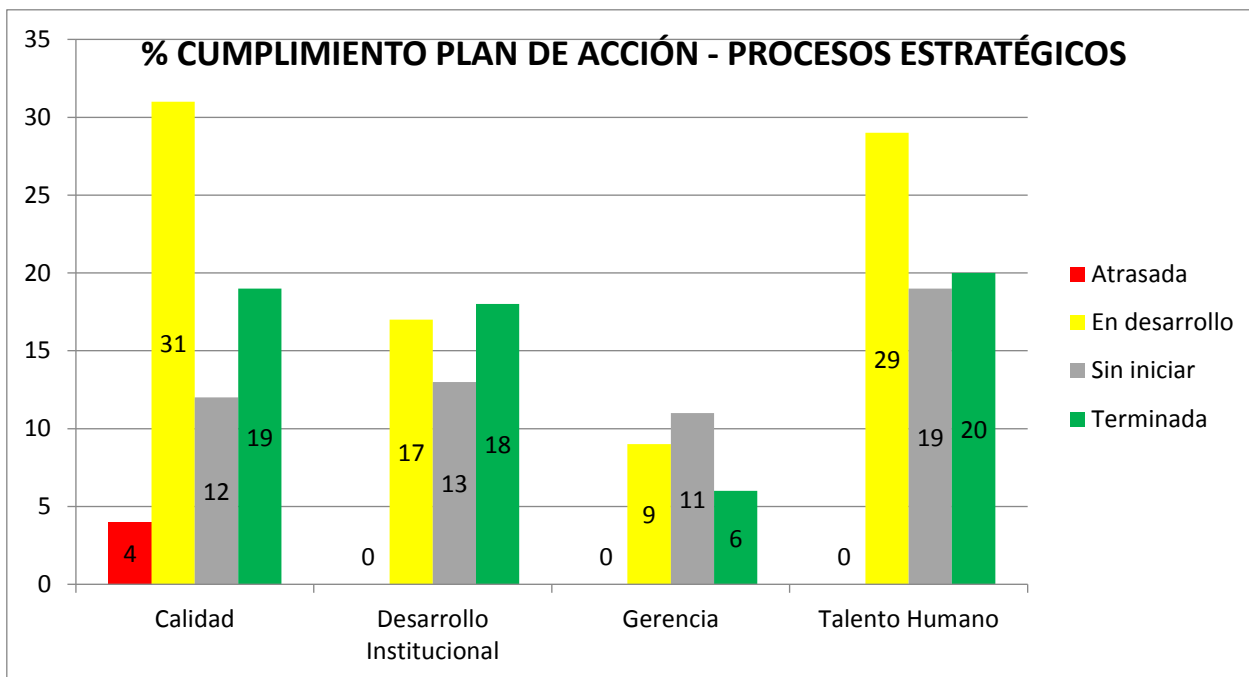
AREA	Atrasada	En desarrollo	Sin iniciar	Terminada	Total general	% avance	% esperado
Almacén	0	3	6	3	12	50.55	50
Alto costo	6	1	19	12	38	36.84	45.02
Calidad	4	31	12	19	66	53.63	47.03
Control Interno	0	6	3	7	16	56.35	50
Control Interno Disciplinario	0	3	6	3	12	38.33	37.5
Desarrollo Institucional	0	17	13	18	48	52.16	44.35
Docencia	0	5	5	10	20	62.5	57.36
Emergencias y Desastres	0	7	6	3	16	26.25	21.85
Financiera	0	42	9	8	59	50	50

AREA	Atrasada	En desarrollo	Sin iniciar	Terminada	Total general	% avance	% esperado
Gerencia	0	9	11	6	26	42.3	38.09
Gestión Ambiental	0	5	6	5	16	43.75	45.83
Investigación	0	4	6	2	12	32.91	33.33
Jurídica	0	21	6	3	30	43.56	43
Mantenimiento	0	6	6	6	18	52.77	50
Planta Física	0	3	6	3	12	37	29.29
SIAU	0	30	6	8	44	56.7	45.17
Subgerencia Ambulatorios y Apoyo Terapéutico	0	9	19	11	39	36.79	41.98
Subgerencia de Apoyo diagnóstico	0	4	14	7	25	36.2	32
Subgerencia de Enfermería	0	13	10	10	33	43.22	37.34
Subgerencia de Servicios Quirúrgicos	0	5	11	12	28	49.64	48.21
Subgerencia servicios médicos	0	7	12	5	24	27.25	28.68
Subgerencia Mujer e Infancia	0	7	13	17	37	52.56	47.82
Talento Humano	0	29	19	20	68	51.83	38.96
UFATI	1	12	21	18	52	43.84	41.66
<b>Total general</b>	<b>11</b>	<b>279</b>	<b>245</b>	<b>216</b>	<b>751</b>	<b>44.87</b>	<b>41.85</b>

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

## 4.1 CUMPLIMIENTO PROCESOS ESTRATÉGICOS

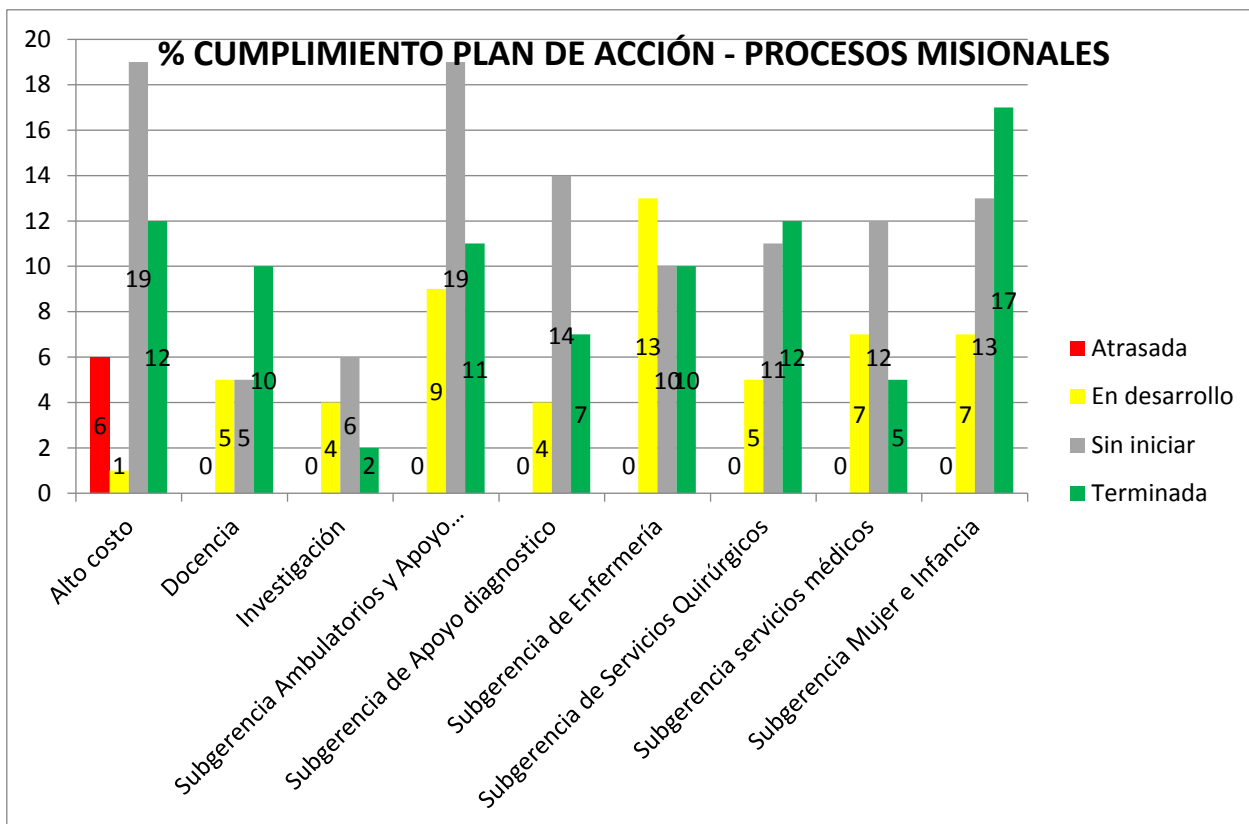
AREA	Atrasada	En desarrollo	Sin iniciar	Terminada	Total general
Calidad	4	31	12	19	66
Desarrollo Institucional	0	17	13	18	48
Gerencia	0	9	11	6	26
Talento Humano	0	29	19	20	68



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

## 4.2 CUMPLIMIENTO PROCESOS MISIONALES

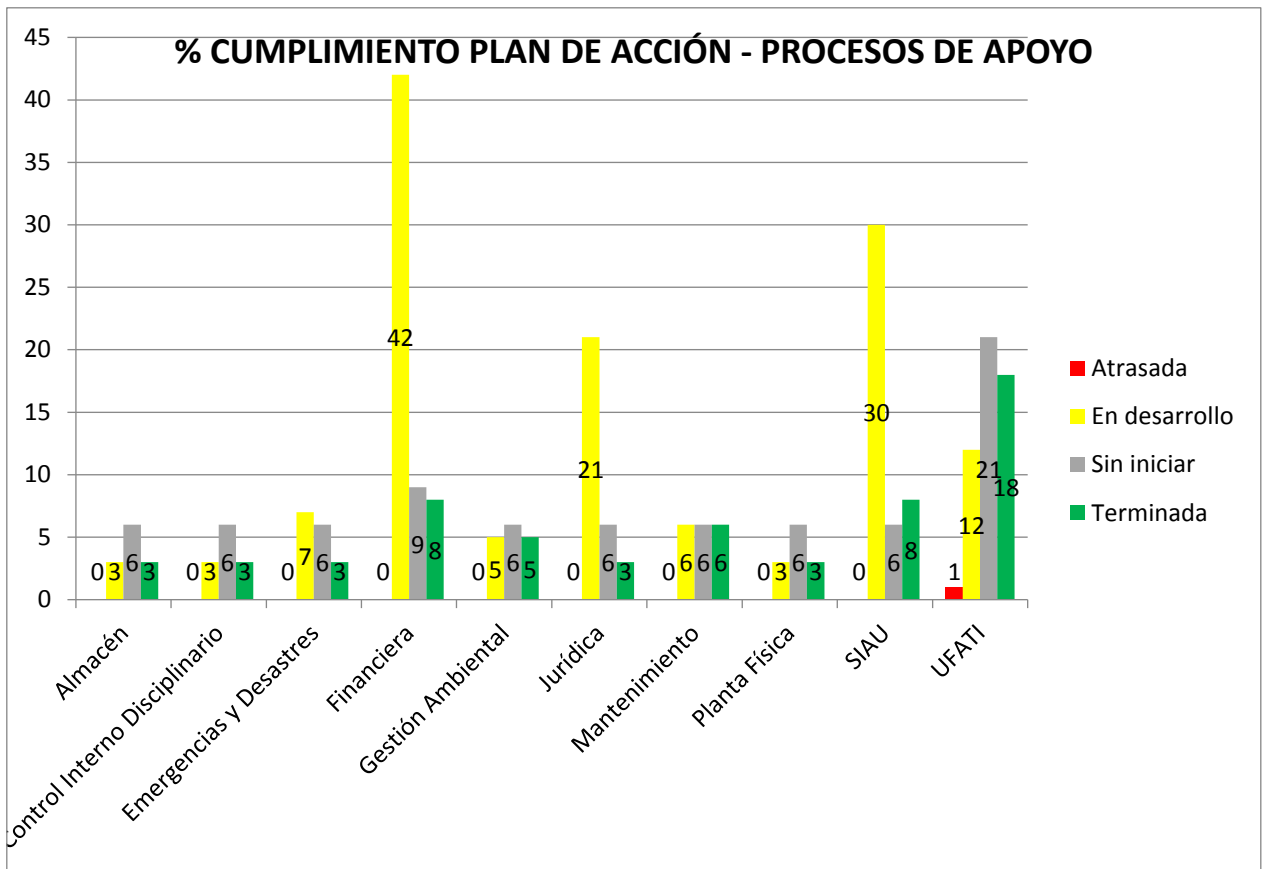
AREA	Atrasada	En desarrollo	Sin iniciar	Terminada	Total general
Alto costo	6	1	19	12	38
Docencia	0	5	5	10	20
Investigación	0	4	6	2	12
Subgerencia Ambulatorios y Apoyo Terapéutico	0	9	19	11	39
Subgerencia de Apoyo diagnóstico	0	4	14	7	25
Subgerencia de Enfermería	0	13	10	10	33
Subgerencia de Servicios Quirúrgicos	0	5	11	12	28
Subgerencia servicios médicos	0	7	12	5	24
Subgerencia Mujer e Infancia	0	7	13	17	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	3	6	3	12
Control Interno Disciplinario	0	3	6	3	12
Emergencias y Desastres	0	7	6	3	16
Financiera	0	42	9	8	59
Gestión Ambiental	0	5	6	5	16
Jurídica	0	21	6	3	30
Mantenimiento	0	6	6	6	18
Planta Física	0	3	6	3	12
SIAU	0	30	6	8	44
UFATI	1	12	21	18	52

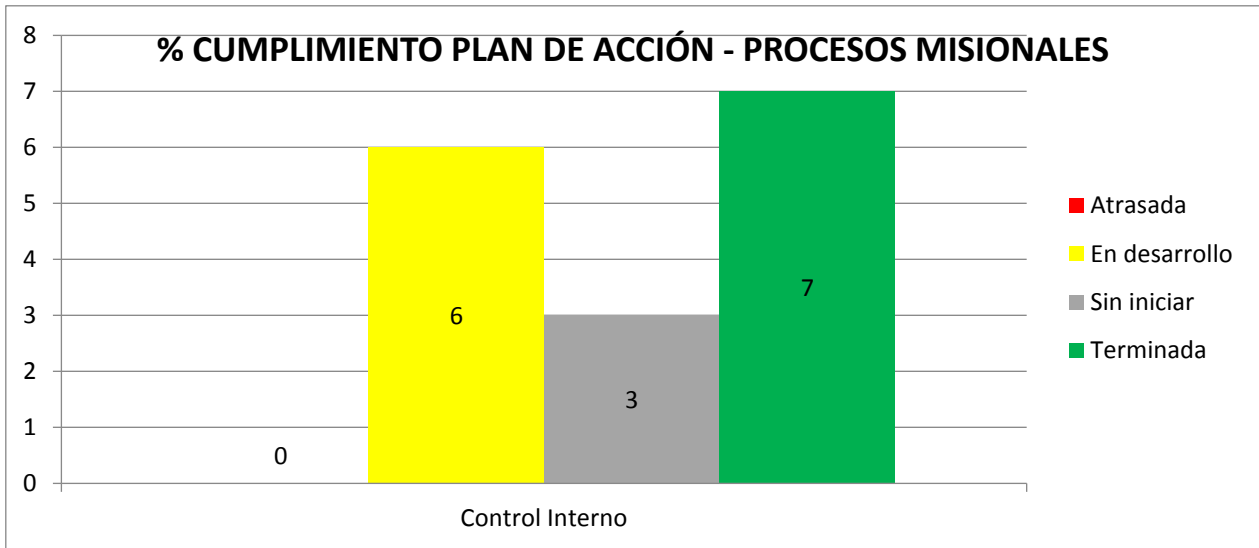


Fuente: Consolidado Plan de Acción – Publicado en la plataforma Almera por cada una de las áreas.

#### 4.4 CUMPLIMIENTO PROCESOS DE EVALUACIÓN Y CONTROL

AREA	Atrasada	En desarrollo	Sin iniciar	Terminada	Total general
Control Interno	0	6	3	7	16





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 tienen presentadas debilidades con relación a la evidencia del nivel de avance reportado:

EJE/PLAN DE ACCION	ACTIVIDAD PROGRAMADA	RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA FINALIZACIÓN	OBSERVACION
EJE3MR2	H: Implementar los Planes de Mejoramiento como resultado de la quinta autoevaluación para el año 2019	Docencia	2019-01-07	2019-04-01	Los soportes suministrados no evidencian el cumplimiento del 100% de la acción. Se requiere certificación de acreditación del cumplimiento de todos los planes de mejoramiento
EJE3MR3	2. Desplegar información a los colaboradores de la ESE HUS	CALIDAD	2019-01-01	2019-12-31	No reportaron avance y la actividad ya inició, según lo programado. No se tuvieron en cuenta las recomendaciones del seguimiento anterior.
EJE3MR3	3. Evaluar la implementación de los programas de vigilancia en su respectivo comité.	CALIDAD	2019-01-31	2019-12-31	No reportaron avance y la actividad ya inició, según lo programado. No se tuvieron en cuenta las recomendaciones del seguimiento anterior.
EJE3MR3	4. Evaluar conocimiento a los programas de vigilancia	CALIDAD	2019-01-31	2019-12-31	No reportaron avance y la actividad ya inició, según lo programado. No se tuvieron en cuenta las recomendaciones del seguimiento anterior.
EJE3MR3	5. Tomar las decisiones de acuerdo a las desviaciones encontradas	CALIDAD	2019-01-31	2019-12-31	No reportaron avance y la actividad ya inició, según lo programado. No se tuvieron en cuenta las recomendaciones del seguimiento anterior.
EJE1MR10	3. Socializar a la población involucrada la nueva funcionalidad de la página web	UFATI	2019-05-01	2019-06-30	Reportan 5% de avance, sin embargo la actividad debe estar finalizada según lo programado y no se adjunta evidencia del cumplimiento

EJE/PLAN DE ACCION	ACTIVIDAD PROGRAMADA	RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA FINALIZACIÓN	OBSERVACION
EJE1MR10	2. Realizar cronograma de trabajo y la implementación	ALTO COSTO	2019-04-01	2019-06-30	No reportaron avance y la actividad ya finalizó, según lo programado
EJE2MR6	2. Realizar las actividades para la implementación del paquete instruccional Detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas con la atención en salud	ALTO COSTO	2019-04-01	2019-06-30	Reportan 10% de avance, sin embargo la actividad debe estar finalizada según lo programado
EJE2MR6	2. Realizar las actividades para la implementación del paquete instruccional Detectar, prevenir y reducir infecciones asociadas con la atención en salud	ALTO COSTO	2019-04-01	2019-06-30	Reportan 10% de avance, sin embargo la actividad debe estar finalizada según lo programado
EJE5MR1	2. Realizar la Ofertar y vender el servicio de Radioterapia.	ALTO COSTO	2019-04-01	2019-06-30	Reportan 40% de avance, sin embargo la actividad debe estar finalizada según lo programado
Estrategia de Humanización HUS SIN DOLOR	2. Actualizar y documentar el protocolo de manejo del dolor crónico y dolor para pacientes con diagnóstico de cáncer	ALTO COSTO	2019-03-31	2019-04-30	Para poder cerrar la acción de debe adjuntar el documento aprobado y codificado por calidad
Estrategia de Humanización HUS SIN DOLOR	3. Socializar el protocolo de manejo del dolor crónico y dolor para pacientes con diagnóstico de cáncer	ALTO COSTO	2019-03-31	2019-04-30	Reportan 40% de avance, sin embargo la actividad debe estar finalizada según lo programado y no se adjunta evidencia del cumplimiento

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 44,87% del 41,85% esperado en el periodo del segundo trimestre de 2019, toda vez que de las 751 actividades 216 han sido terminadas, 279 están en desarrollo, 245 que están sin iniciar y 11 actividades que no alcanzaron el nivel de cumplimiento programado de las cuales se solicitaron las acciones de mejora correspondientes.

En desarrollo del presente seguimiento no se establecieron hallazgos, pero se insta a cada uno de los responsables a adelantar las acciones que se encuentran atrasadas.

Es necesario fortalecer y dinamizar la gestión requerida en todas y cada una de las dependencias responsables de las acciones establecidas que no se han adelantado significativamente, adoptando 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*