

# **TERCER SEGUIMIENTO PLAN DE ACCIÓN**

**VIGENCIA 2019**

## **OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO**

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

**Octubre 2019**

## 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.....	<a href="#">12</a>
6. CONCLUSIONES.....	<a href="#">12</a>

## 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 julio a 30 de septiembre 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 tercer 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 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 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 752 actividades, los cuales arrojaron al 30 de septiembre de 2019 una ejecución del 60,66%, de las cuales 290 actividades han sido terminadas, 241 están en desarrollo, 180 que están sin iniciar y 41 actividades presentan atraso, tal como se refleja en el cuadro Porcentaje de cumplimiento o avance de actividades, así:

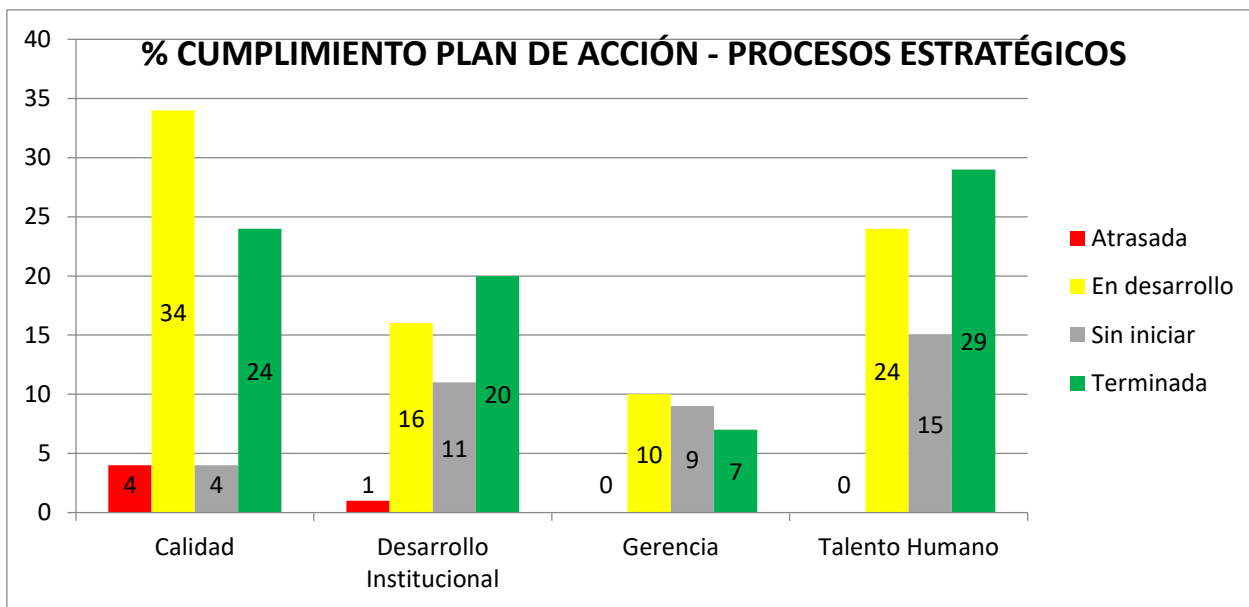
AREA	Atrasada	En desarrollo	Sin iniciar	Terminada	Total general	% avance	% esperado
Almacén	0	3	6	3	12	67,5	43,75
Alto costo	1	0	12	25	38	67,10	61,48
Calidad	4	34	4	24	66	81,13	72,94
Control Interno	0	9	0	8	17	85,17	85,17
Control Interno Disciplinario	3	0	6	3	12	38,33	43,75
Desarrollo Institucional	1	16	11	20	48	66,64	63,04
Docencia	0	3	5	12	20	78,5	53,75
Emergencias y Desastres	0	6	6	4	16	44,06	33,33
Financiera	2	41	6	10	59	68,32	72,03
Gerencia	0	10	9	7	26	56,73	54,56
Gestión Ambiental	0	5	6	5	16	51,85	47,91
Investigación	0	1	6	5	12	46,16	39,58

AREA	Atrasada	En desarrollo	Sin iniciar	Terminada	Total general	% avance	% esperado
Jurídica	0	21	6	3	30	61,93	62,53
Mantenimiento	0	5	6	7	18	59,72	59,72
Planta Física	1	2	6	3	12	41	41,58
SIAU	19	11	6	8	44	56,7	66,47
Subgerencia Ambulatorios y Apoyo Terapéutico	0	6	11	22	39	64,53	62,82
Subgerencia de Apoyo diagnóstico	0	4	12	9	25	45,06	39
Subgerencia de Enfermería	0	15	5	13	33	69,30	66,66
Subgerencia de Servicios Quirúrgicos	3	1	9	15	28	60,35	58,68
Subgerencia servicios médicos	5	5	8	6	24	40,83	49,34
Subgerencia Mujer e Infancia	0	5	8	24	37	70,44	65,5
Talento Humano	0	24	15	29	68	69,83	53,85
UFATI	2	14	11	25	52	64,71	57,69
<b>Total general</b>	<b>41</b>	<b>241</b>	<b>180</b>	<b>290</b>	<b>752</b>	<b>60,66</b>	<b>56,58</b>

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

## 4.1 CUMPLIMIENTO PROCESOS ESTRATÉGICOS

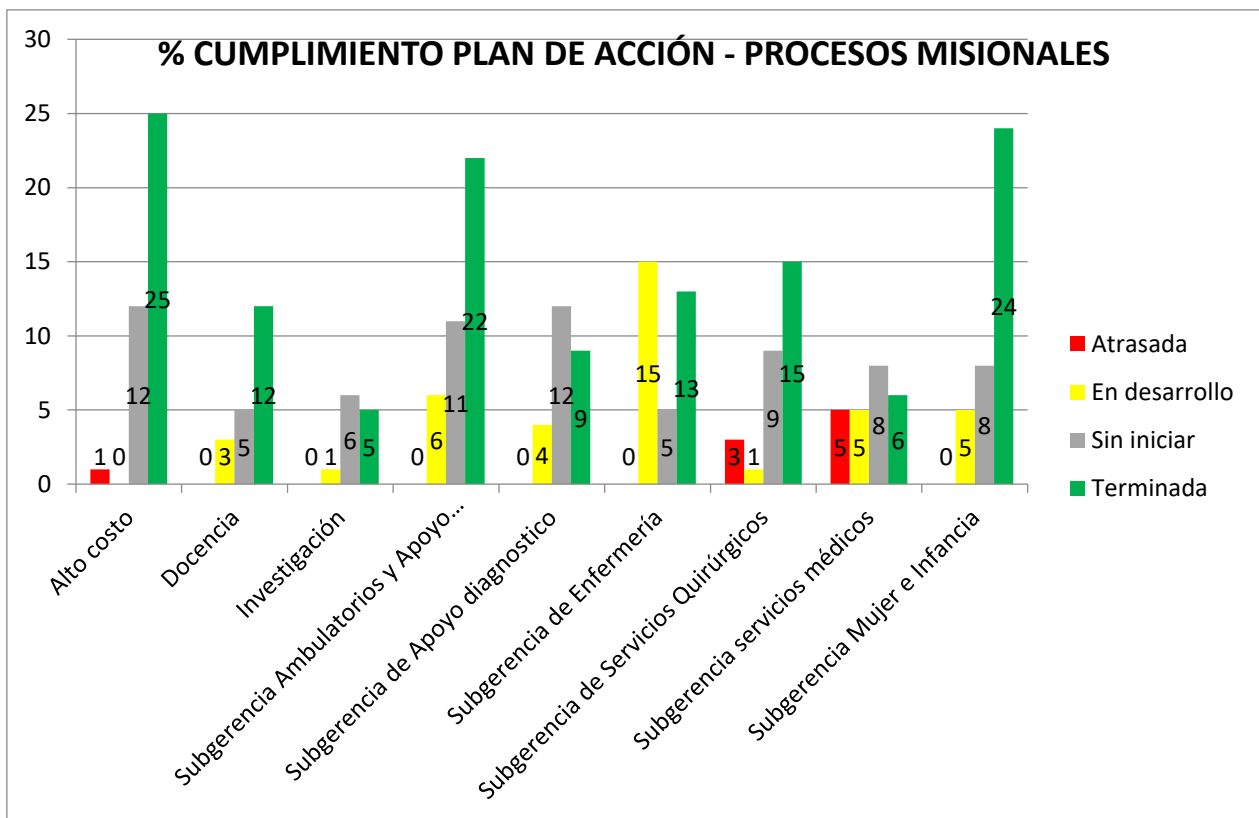
AREA	Atrasada	En desarrollo	Sin iniciar	Terminada	Total general
Calidad	4	34	4	24	66
Desarrollo Institucional	1	16	11	20	48
Gerencia	0	10	9	7	26
Talento Humano	0	24	15	29	68



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

## 4.2 CUMPLIMIENTO PROCESOS MISIONALES

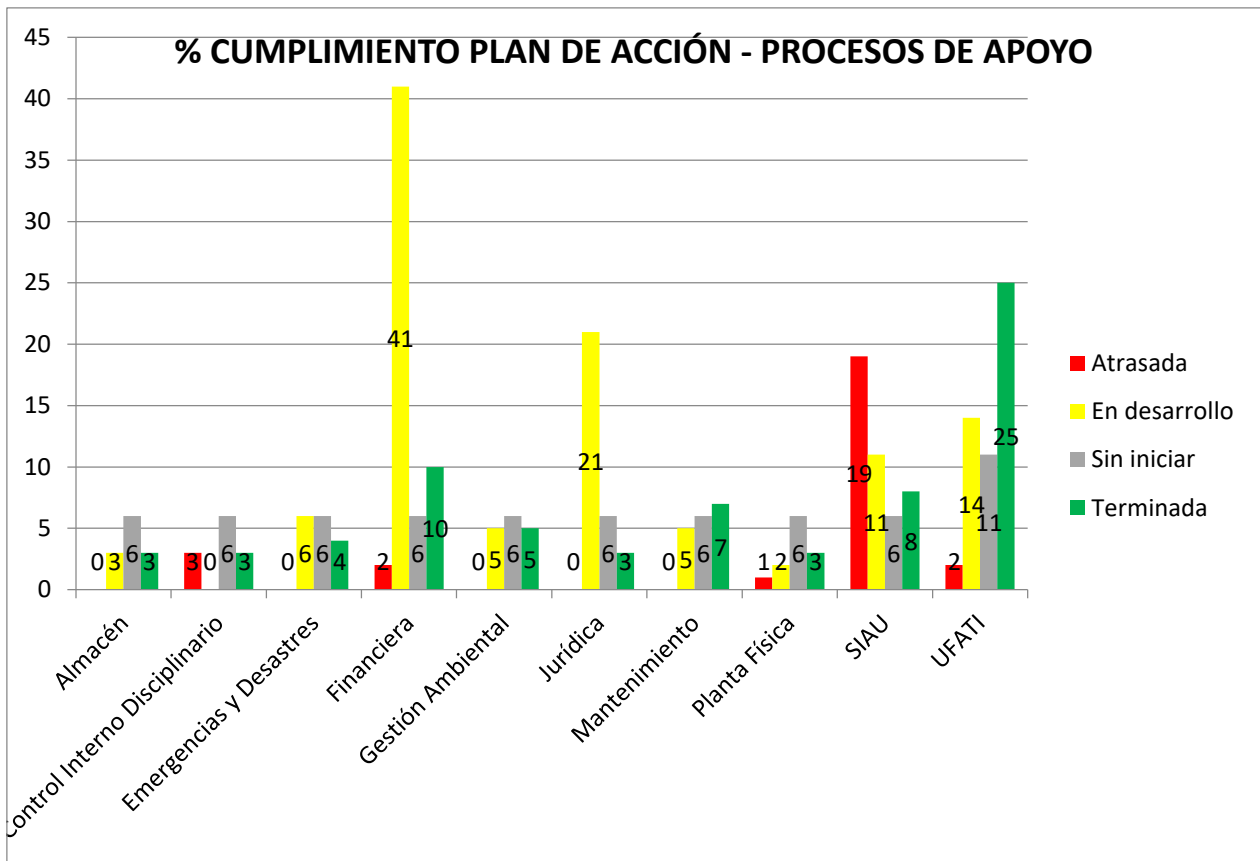
AREA	Atrasada	En desarrollo	Sin iniciar	Terminada	Total general
Alto costo	1	0	12	25	38
Docencia	0	3	5	12	20
Investigación	0	1	6	5	12
Subgerencia Ambulatorios y Apoyo Terapéutico	0	6	11	22	39
Subgerencia de Apoyo diagnóstico	0	4	12	9	25
Subgerencia de Enfermería	0	15	5	13	33
Subgerencia de Servicios Quirúrgicos	3	1	9	15	28
Subgerencia servicios médicos	5	5	8	6	24
Subgerencia Mujer e Infancia	0	5	8	24	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	3	0	6	3	12
Emergencias y Desastres	0	6	6	4	16
Financiera	2	41	6	10	59
Gestión Ambiental	0	5	6	5	16
Jurídica	0	21	6	3	30
Mantenimiento	0	5	6	7	18
Planta Física	1	2	6	3	12
SIAU	19	11	6	8	44
UFATI	2	14	11	25	52

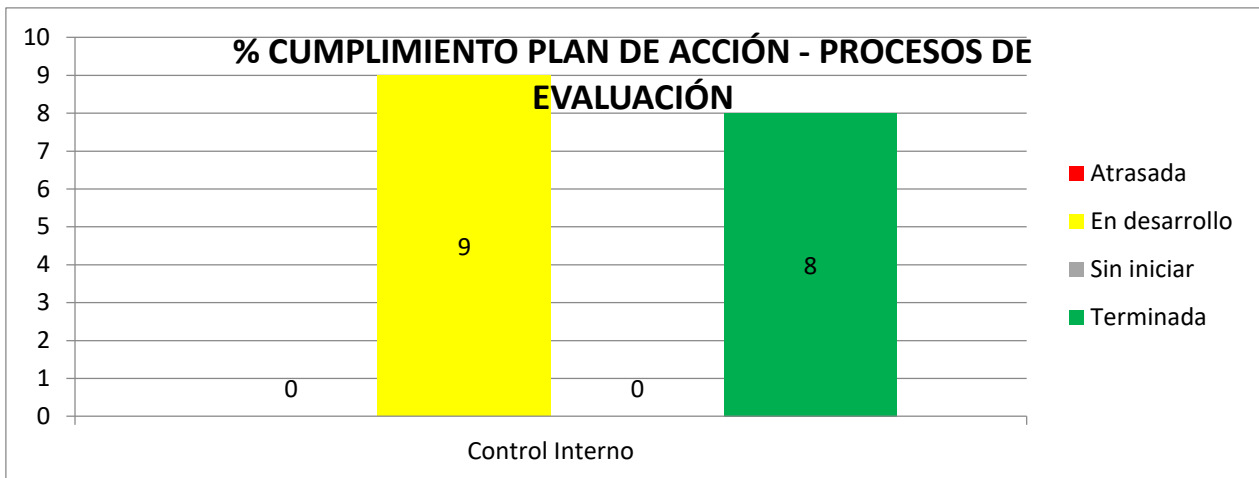


Fuente: Consolidado Plan de Acción – Publicado en la plataforma Almera por cada una de las áreas.

#### 4.4 CUMPLIMIENTO PROCESOS DE EVALUACIÓN Y CONTROL

AREA	Atrasada	En desarrollo	Sin iniciar	Terminada	Total general
Control Interno	0	9	0	8	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 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
EJE5MR6	3. Socializar el procedimiento y el manual de recaudo de cartera	Financiera	2019-07-01	2019-07-31	No reportaron avance y la actividad ya inició, según lo programado.
EJE5MR6	4. Evaluar el procedimiento y el manual de recaudo de cartera	Financiera	2019-07-01	2019-08-30	No reportaron avance y la actividad ya inició, según lo programado.
EJE5MR6	5. Tomar decisiones de mejora de acuerdo a lo observado	Financiera	2019-08-01	2019-09-30	Se reporta 57.9% de avance pero para la fecha de corte, la acción debería estar terminada.
PLANGAMB	2. H: Implementar el Plan Institucional de Gestión Ambiental	Financiera	2019-01-01	2019-12-01	Anexan informe de evaluación de las socializaciones realizadas de Gestión Ambiental en la primera feria de acreditación y en el segundo despliegue de Plan Padrinos, pero lo que se espera de esta acción es informe de la implementación del Plan Institucional de Gestión Ambiental
PLANGAMB	3. V: Verificar la implementación del Plan Institucional de Gestión Ambiental	Financiera	2019-01-01	2019-12-01	
PLANGAMB	4. A: Tomar las decisiones de acuerdo a las desviaciones encontradas	Financiera	2019-01-01	2019-12-01	
EJE3MR2	2. H: Implementar los Planes de Mejoramiento como resultado de la quinta autoevaluación para el año 2019	Desarrollo Institucional	2019-02-01	2019-10-31	No se evidencia avance respecto del seguimiento anterior.
EJE1MR9ACCIÓN2	4. Actuar sobre las desviaciones encontradas	Gestión Ambiental	2019-03-01	2019-12-31	Reportan 50% de avance indicando que se realizó programa para el uso racional de energía y actualmente se están realizando mediciones en las cuales no se han encontrado observaciones, sin embargo en la medición se evidencia que no se está cumpliendo con la meta del POA. Se insta a que elaboren las acciones de mejora que promueva y demuestre la gestión para el cumplimiento de esta meta

EJE/PLAN DE ACCION	ACTIVIDAD PROGRAMADA	RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA FINALIZACIÓN	OBSERVACION
EJE3MR2	2. H: Implementar los Planes de Mejoramiento como resultado de la quinta autoevaluación para el año 2019	Gestión Ambiental	2019-02-01	2019-10-31	Reportan 80% de avance y adjuntan INFORME SOCIALIZACIÓN FERIA DE ACREDITACIÓN AF, sin embargo para esta acción se espera el informe de cumplimiento expedido por PAMEC.
EJE1MR6ACCIÓN1	2. H: Realizar las reuniones con la alianza de usuarios	SIAU	2019-03-01	2019-12-31	No se evidencia avance respecto del seguimiento anterior.
EJE1MR7	2. HACER: Aplicar las encuestas a la muestra en los servicios	SIAU	2019-01-01	2019-12-31	No se evidencia avance respecto del seguimiento anterior.
EJE1MR10	2. HACER: Atender las interconsultas solicitadas por el personal asistencial, administrativo u operativo que reporte la llegada de una persona con discapacidad auditiva que requiera acompañamiento por Programa de discapacidad	SIAU	2019-01-01	2019-12-31	No se evidencia avance respecto del seguimiento anterior.
EJE1MR10	3. VERIFICAR: Verificar la valoración realizada a las personas sordas, a través de las nota que se realiza en DINAMICA GERENCIAL	SIAU	2019-01-01	2019-12-31	No se evidencia avance respecto del seguimiento anterior.
EJE2MR1ACCIÓN1	1. PLANEAR: Recibir y revisar las PQRSF presentadas por los usuarios donde se identifican las causas de inconformidad para que las dependencias responsables realice la revisión y los ajustes para superar la queja	SIAU	2019-01-01	2019-12-31	No se evidencia avance respecto del seguimiento anterior.
EJE2MR1ACCIÓN1	2. HACER: Identificar las causas de insatisfacción y remitir a las dependencias responsables para que realice la revisión y los ajustes para superar la queja	SIAU	2019-01-01	2019-12-31	No se evidencia avance respecto del seguimiento anterior.
EJE2MR1ACCIÓN1	3. VERIFICAR: Revisar cuales PQRSF están relacionadas con MALTRATO	SIAU	2019-01-01	2019-12-31	No se evidencia avance respecto del seguimiento anterior.

EJE/PLAN DE ACCION	ACTIVIDAD PROGRAMADA	RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA FINALIZACIÓN	OBSERVACION
EJE2MR1ACCIÓN2	1. PLANEAR: Recibir y revisar las PQRSF presentadas por los usuarios donde se identifican las causas de inconformidad para que las dependencias responsables realice la revisión y los ajustes para superar la queja	SIAU	2019-01-01	2019-12-31	No se evidencia avance respecto del seguimiento anterior.
EJE2MR1ACCIÓN2	2. HACER: Identificar las causas de insatisfacción y remitir a las dependencias responsables para que realice la revisión y los ajustes para superar la queja	SIAU	2019-01-01	2019-12-31	No se evidencia avance respecto del seguimiento anterior.
EJE2MR1ACCIÓN2	3. VERIFICAR: Revisar cuales PQRSF están relacionadas con falta de CONFORT	SIAU	2019-01-01	2019-12-31	No se evidencia avance respecto del seguimiento anterior.
EJE2MR1ACCIÓN2	4. ACTUAR: Solicitar a las dependencias las respuestas a las pqrsf remitidas	SIAU	2019-01-01	2019-12-31	No se evidencia avance respecto del seguimiento anterior.
ESTHUMANIZ	2. HACER: Socializar a la comunidad usuaria de servicios de salud en los diferentes servicios los derechos y deberes registrando en planillas la atención	SIAU	2019-01-01	2019-12-31	No se evidencia avance respecto del seguimiento anterior.
ESTHUMANIZ	3. VERIFICAR: Usuarios socializados registrados en planilla	SIAU	2019-01-01	2019-12-31	No se evidencia avance respecto del seguimiento anterior.
ESTHUMANIZDIS	3. VERIFICAR: Verificar los espacios y el personal a quienes han sido dirigidas las capacitaciones, mediante los listados de asistencia.	SIAU	2019-01-01	2019-12-31	No se evidencia avance respecto del seguimiento anterior.
EJE2MR6	1. PLANEAR: Recibir y revisar las PQRSF presentadas por los usuarios donde se identifican las causas de inconformidad para que las dependencias responsables realice la revisión y los ajustes para superar la queja	SIAU	2019-01-01	2019-12-31	No se evidencia avance respecto del seguimiento anterior.

EJE/PLAN DE ACCION	ACTIVIDAD PROGRAMADA	RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA FINALIZACIÓN	OBSERVACION
EJE2MR6	2. HACER: Identificar las causas de insatisfacción y remitir a las dependencias responsables para que realice la revisión y los ajustes para superar la queja	SIAU	2019-01-01	2019-12-31	No se evidencia avance respecto del seguimiento anterior.
EJE2MR6	3. VERIFICAR: Revisar cuales PQRSF están relacionadas con desinformación	SIAU	2019-01-01	2019-12-31	No se evidencia avance respecto del seguimiento anterior.
EJE2MR6	4. ACTUAR: Solicitar a las dependencias las respuestas a las PQRSF remitidas	SIAU	2019-01-01	2019-12-31	No se evidencia avance respecto del seguimiento anterior.
EJE3MR2	2. H: Implementar los Planes de Mejoramiento como resultado de la quinta autoevaluación para el año 2019	SIAU	2019-02-01	2019-10-31	No se evidencia avance respecto del seguimiento anterior.
EJE3MR11	2. Presentar Informes en los escenarios respectivos	UFATI	2019-06-03	2019-07-31	Reportan 60% de avance, sin embargo para la fecha de corte la acción debería estar terminada.
EJE3MR11	3. Verificar la entrega oportuna de los informes para cada una de las plataformas de cargue.		2019-07-01	2019-08-31	Reportan 60% de avance, sin embargo para la fecha de corte la acción debería estar terminada.
PINAR	2. H: Implementar el Plan Institucional de Archivos PINAR	UFATI	2019-03-01	2019-12-01	Se reporta 100% de avance presentando como evidencia la socialización del avance en el comité de Gestión y Desempeño. Sin embargo para poder cerrar la acción se requiere informe de implementación del 100% de las actividades del PINAR.
PINAR	3. V: Verificar la implementación del Plan Institucional de Archivos PINAR	UFATI	2019-12-01	2019-12-15	Se reporta 100% de avance, sin embargo para poder cerrar la acción se requiere informe de implementación del 100% de las actividades del PINAR.

EJE/PLAN DE ACCION	ACTIVIDAD PROGRAMADA	RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA FINALIZACIÓN	OBSERVACION
PINAR	4. A: Tomar las decisiones de acuerdo a las desviaciones encontradas	UFATI	2019-12-15	2019-12-31	Se reporta 100% de avance, sin embargo para poder cerrar la acción se requiere informe de implementación del 100% de las actividades del PINAR.
PLANCONSERVDOC	2. H: Elaborar y Socializar el plan de conservación documental para la ESE HUS	UFATI	2019-03-01	2019-12-01	Reportan 50% de avance, porcentaje muy alto respecto de la evidencia presentada.
PLANCONSERVDOC	3. V: Medir la adherencia al Plan de conservación documental de la ESE HUS	UFATI	2019-12-01	2019-12-15	Reportan 10% de avance, porcentaje muy alto respecto de la evidencia presentada.
PLANSERVTEC	2. H: Implementar el Plan de Mantenimiento de servicios Tecnológicos	UFATI	2019-03-01	2019-12-01	No se evidencia avance respecto del seguimiento anterior.
PLANSERVTEC	3. V: Verificar la implementación del Plan de Mantenimiento de servicios Tecnológicos	UFATI	2019-03-01	2019-12-01	Se reporta 100% de avance, sin embargo para poder cerrar la acción se requiere informe de mantenimientos programados vs los realizados en la vigencia 2019
EJE1MR1	3. Verificar la inclusión y seguimiento de las situaciones que puedan generar riesgos de corrupción en el correspondiente mapa de riesgos.	DISCIPLINARIO	2019-01-01	2019-12-31	No se evidencia avance respecto del seguimiento anterior.
EJE1MR1	4. Tomar las acciones correctivas de acuerdo a los resultados encontrados.	DISCIPLINARIO	2019-01-01	2019-12-31	No se evidencia avance respecto del seguimiento anterior.
EJE3MR2	2. H: Implementar los Planes de Mejoramiento como resultado de la quinta autoevaluación para el año 2019	DISCIPLINARIO	2019-02-01	2019-10-31	No se evidencia avance respecto del seguimiento anterior.
EJE1MR10	5. A: Ajustar la estrategia de apoyo psicológico según los resultados obtenidos.	AMBULATORIOS	2019-06-17	2019-10-17	No se evidencia avance respecto del seguimiento anterior.

EJE/PLAN DE ACCION	ACTIVIDAD PROGRAMADA	RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA FINALIZACIÓN	OBSERVACION
EJE2MR6	5. Evaluar adherencia al protocolo Prevenir complicaciones asociadas a disponibilidad y manejo de sangre, componentes y a la transfusión sanguínea	CALIDAD	2019-04-01	2019-12-31	No se evidencia avance respecto del seguimiento anterior.
EJE2MR6	6. Realizar monitorización y seguimiento con los indicadores definidos	CALIDAD	2019-04-01	2019-12-31	No se evidencia avance respecto del seguimiento anterior.
EJE2MR6	7. Aplicar lista de chequeo para medición de adherencia	CALIDAD	2019-04-01	2019-12-31	No se evidencia avance respecto del seguimiento anterior.
EJE2MR6	4. Difundir el protocolo Evaluación de pruebas diagnósticas antes del alta hospitalaria.	CALIDAD	2019-07-01	2019-08-31	Reportan 80% de avance, sin embargo para la fecha de corte la acción debería estar terminada.
EJE3MR2	2. H: Implementar los Planes de Mejoramiento como resultado de la quinta autoevaluación para el año 2019	PLANTA FISICA	2019-02-01	2019-10-31	No se evidencia avance respecto del seguimiento anterior
Estrategia de Humanización HUS SIN DOLOR	4. Medir el nivel de conocimiento del protocolo de manejo del dolor crónico y dolor para pacientes con diagnóstico de cáncer	ALTO COSTO	2019-07-01	2019-09-30	Reportan 50% de avance, sin embargo para la fecha de corte la acción debería estar terminada.
EJE1MR10	2. Implementar el método definido para la priorización de usuario, familiares y acompañantes discapacitados (Visual y Motora) y adulto mayor en admisiones del Servicio de Urgencias.	MEDICAS	2019-04-01	2019-12-31	No se evidencia avance respecto del seguimiento anterior
EJE1MR10	3. Evaluar mediante encuestas la satisfacción del usuario, familiares y acompañantes discapacitados (Visual y Motora) y adulto mayor en lo referente a la actitud, trato digno e información recibida por parte de Admisiones al ingreso y egreso en el servicio del Servicio de Urgencias para la aplicación del método de priorización.	MEDICAS	2019-07-01	2019-09-30	Reportan 0% de avance, sin embargo para la fecha de corte la acción debería estar terminada.

EJE/PLAN DE ACCION	ACTIVIDAD PROGRAMADA	RESPONSABLE	FECHA INICIO	FECHA FINALIZACIÓN	OBSERVACION
EJE2MR6	2. Implementar las actividades para desarrollar el paquete instruccional Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan al paciente	MEDICAS	2019-05-01	2019-10-30	No se evidencia avance respecto del seguimiento anterior
EJE2MR6	3. Evaluar la adherencia del paquete instruccional Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan al paciente	MEDICAS	2019-05-01	2019-10-30	No se evidencia avance respecto del seguimiento anterior
EJE2MR6	4. Medir la adherencia acerca del paquete instruccional Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan al paciente	MEDICAS	2019-05-01	2019-10-30	No se evidencia avance respecto del seguimiento anterior
EJE2MR1ACCIÓN1	3. H2: Implementar las acciones descritas en los planes de mejoramiento	QUIRURGICOS	2019-03-01	2019-12-31	No se evidencia avance respecto del seguimiento anterior
EJE2MR1ACCIÓN1	4. V: Verificar el cumplimiento de los planes de mejoramiento	QUIRURGICOS	2019-03-01	2019-12-31	No se evidencia avance respecto del seguimiento anterior
EJE2MR1ACCIÓN1	5. A: Ajustar desviaciones encontradas	QUIRURGICOS	2019-03-01	2019-12-31	No se evidencia avance respecto del seguimiento anterior

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 60,66% del 41,85% esperado en el periodo del tercer trimestre de 2019, toda vez que de las 752 actividades 290 han sido terminadas, 241 están en desarrollo, 180 que están sin iniciar y 41 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*