

TERCER SEGUIMIENTO PLAN DE ACCIÓN

VIGENCIA 2015

OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

JULIO HERNAN VILLABONA VARGAS

Jefe Oficina Asesora de Control Interno

Periodo evaluado del 01 de julio a 30 de Septiembre de 2015

**HOSPITAL
UNIVERSITARIO
DE SANTANDER**
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO





Contenido

INTRODUCCIÓN	3
1. OBJETIVO	3
2. ESTRUCTURACIÓN	3
3. ALCANCE Y METODOLOGÍA	4
4. EJECUCIÓN PLAN DE ACCIÓN	4
5. ACCIONES DE MEJORA.....	7
6. CONCLUSIONES.....	8
7. RECOMENDACIONES	9



INTRODUCCIÓN

La Oficina de Control Interno de la ESE Hospital Universitario de Santander, 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 2015.

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 2015, respecto de las metas propuestas y comparándolo con lo reportado en el segundo seguimiento. 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 el Plan de Desarrollo 2012-2015 y plan de Gestión 2015 de 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 2015, resaltando las 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.

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 2015, 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.
- Comparación con el avance obtenido según el informe del primer trimestre.

Los instrumentos utilizados en la realización del seguimiento fueron:

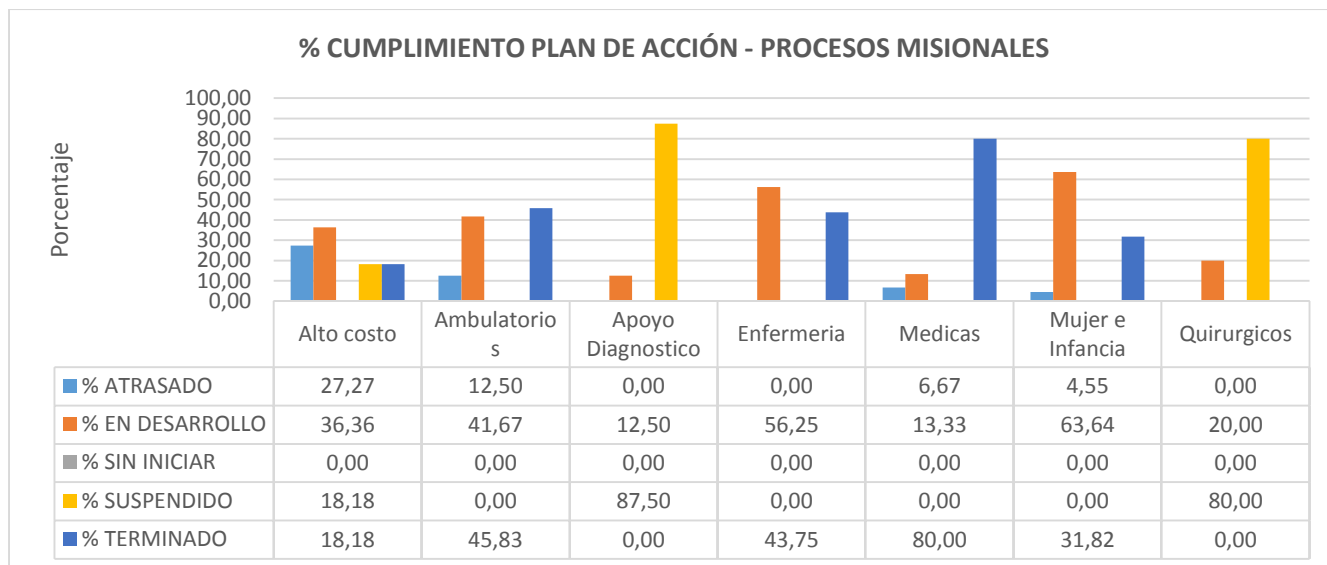
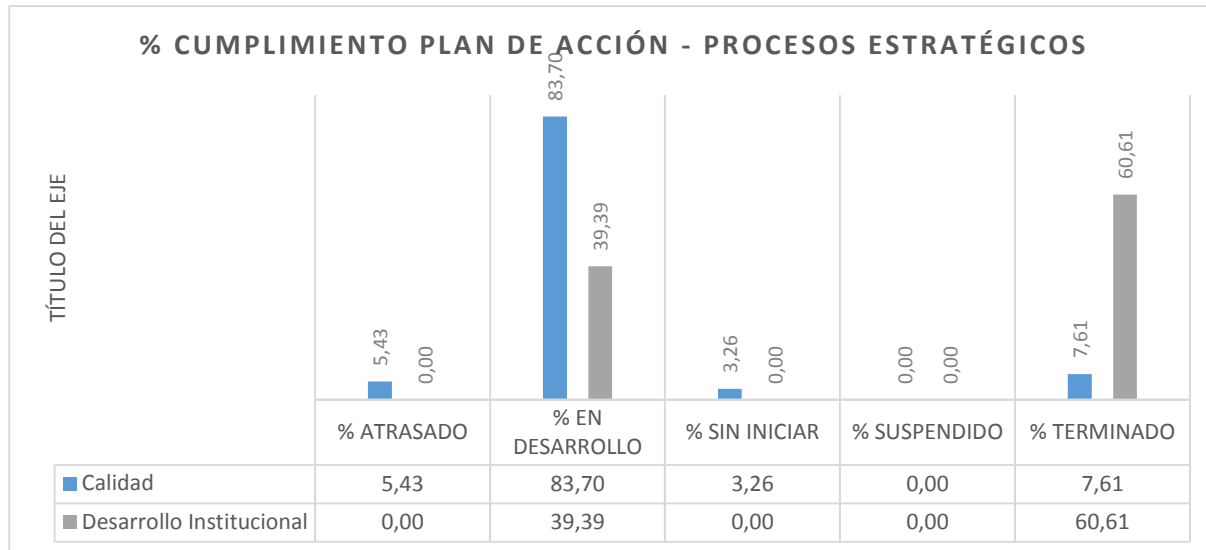
- Plan de Acción
- POA
- Presupuesto
- Plan de Compras

4. EJECUCIÓN PLAN DE ACCIÓN

En el Plan de Acción se encuentran inscritas 326 actividades, los cuales arrojaron al 30 de septiembre de 2015 una ejecución del 89,87%, de las cuales el 26,38% han sido terminadas y 58,28 están en desarrollo, el 10,13% faltante corresponde a 16 actividades que están sin iniciar porque se ejecutaran en el siguiente periodo a evaluar, según programación de las actividades y 15 actividades se encuentran suspendidas por las obras de reforzamiento y falta de presupuesto para iniciar los proyectos como se refleja en el cuadro Porcentaje de cumplimiento o avance de actividades, así:

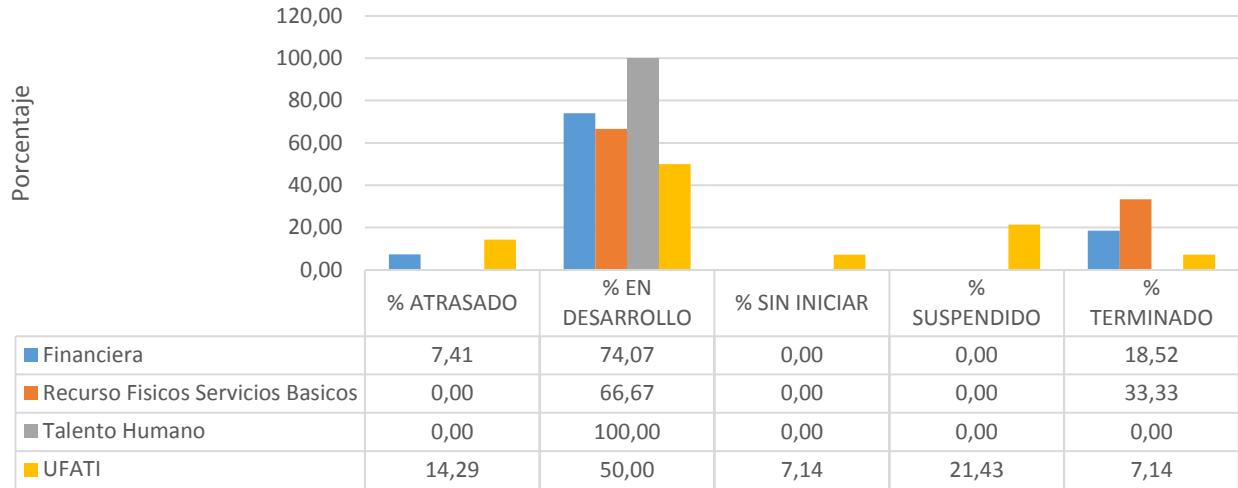
PROCESOS	% ATRASADO	% EN DESARROLLO	% SIN INICIAR	% SUSPENDIDO	% TERMINADO
Alto costo	27,27	36,36	0,00	18,18	18,18
Ambulatorios	12,50	41,67	0,00	0,00	45,83
Apoyo Diagnostico	0,00	12,50	0,00	87,50	0,00
Calidad	5,43	83,70	3,26	0,00	7,61
Control Interno	0,00	47,73	29,55	0,00	22,73
Enfermería	0,00	56,25	0,00	0,00	43,75
Financiera	7,41	74,07	0,00	0,00	18,52
Medicas	6,67	13,33	0,00	0,00	80,00
Mujer e Infancia	4,55	63,64	0,00	0,00	31,82
Quirúrgicos	0,00	20,00	0,00	80,00	0,00
Talento Humano	0,00	100,00	0,00	0,00	0,00
UFATI	14,29	50,00	7,14	21,43	7,14
Total general	5,21	58,28	5,21	4,91	26,38

Fuente: Información suministrada en el seguimiento del Plan de acción por cada proceso

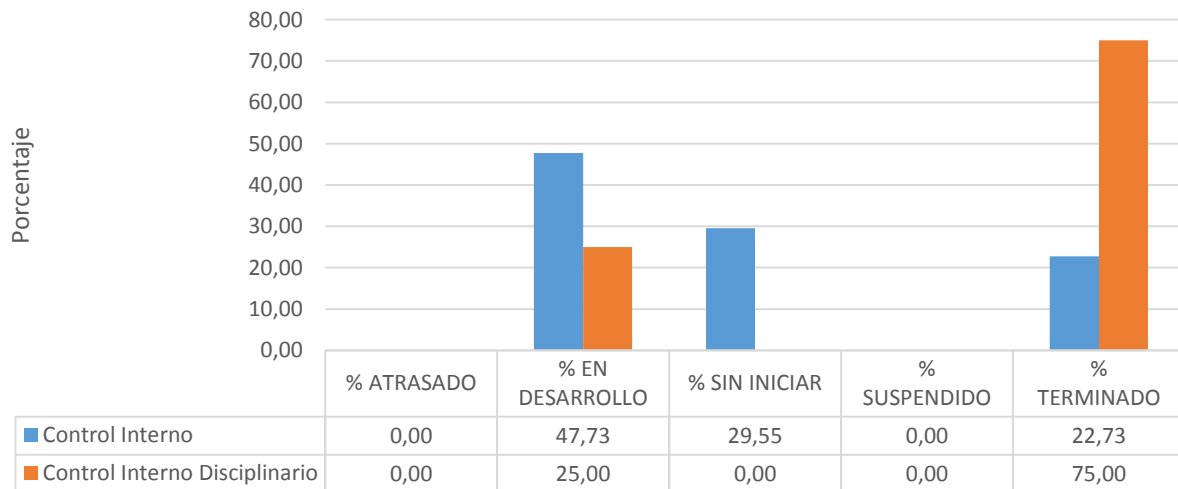




% CUMPLIMIENTO PLAN DE ACCIÓN - PROCESOS DE APOYO



% CUMPLIMIENTO PLAN DE ACCIÓN - PROCESOS EVALUACIÓN





En el anexo 1 se describen las actividades del Plan de Acción Anual 2015 desarrolladas durante el tercer trimestre del año por cada dependencia de la Entidad.

5. ACCIONES DE MEJORA

A continuación se explican los factores que no alcanzaron las metas programadas en este tercer trimestre (estado atrasado y suspendido de las gráficas), identificando las necesidades de mejora en la ejecución, oportunidades de mejora en la planeación o en su implementación.

RESPONSABLE	ACTIVIDAD DEL PLAN DE ACCIÓN	INCUMPLIMIENTO	ACCIÓN DE MEJORA
Subgerencia de servicios Médicos y Subgerencia de Ambulatorios	Ajustar y socializar le procedimiento de referencia y contrareferencia a los colaboradores de las áreas asistenciales y administrativas de los servicios de urgencias y hospitalización de la ESE HUS	El indicador muestra un cumplimiento del 100% del tiempo planeado y un 30% de avance en la actividad.	Se programa para el grupo primario de diciembre de 2015.
Subgerencia de Servicios Ambulatorios y Apoyo Terapéutico	Socialización de Guías de Práctica Clínica	Actividad programada para seis meses y hay un avance del 10%	Se realiza reunión quincenal para socialización de guías, a partir del mes de mayo.
Subgerencia de Servicios Ambulatorios y Apoyo Terapéutico	Elaboración proyecto "Consultoría para la realización del Diagnóstico, Diseño y Dotación de la central de mezclas farmacéuticas y asesoría para la certificación en Buenas Prácticas de Elaboración (BPE) de la ESE HUS ante el INVIMA"	Actividad programada para tres meses y hay un avance del 20%	Informar en el comité de farmacia como se encuentra el proceso de "Consultoría para la realización del Diagnóstico, Diseño y Dotación de la central de mezclas farmacéuticas y asesoría para la certificación en Buenas Prácticas de Elaboración (BPE) de la ESE HUS ante el INVIMA" a la fecha y los motivos por el cual no ha sido posible su ejecución.
Subgerencia de Servicios Ambulatorios y Apoyo Terapéutico	Actualización Y Socialización De Historia Clínica Y Registros Asistenciales	El indicador muestra un cumplimiento del 50% del tiempo planeado y un 25% de avance en la actividad.	Actualización de la historia clínica ítem evaluación terapéutica para; área de terapia ocupacional, terapia respiratoria, y fonoaudiología.
PROFESIONAL UNIVERSITARIO CARTERA Y FINANCIERA	Conciliación de las glosas y la cartera de las 20 empresas más representativas.	El indicador muestra un cumplimiento del 75% del tiempo planeado y un 40% de avance en la actividad.	Se continuara enviando solicitudes de conciliación y cartera con copia a los Entes de Control



PROFESIONAL UNIVERSITARIO CONTABILIDAD, ALMACEN Y FARMACIA	Auditorias semanales a las diferentes bodegas que conforman el inventario hospitalario	El indicador muestra un cumplimiento del 75% del tiempo planeado y un 40% de avance en la actividad.	Aumentar las auditorias que se estan realizando para lograr completar el 100% de los productos que conforman el inventario hospitalario.
Subgerencias, Unidades Funcionales, Oficinas Asesoras	Elaboración y presentación Informes de Auditorias	El indicador muestra un cumplimiento del 75% del tiempo planeado y un 5% de avance en la actividad.	Solicitar la entrega oportuna de los informes y consolidarlos en el Sistema de Gestión de Calidad.
Equipo de Acreditación y Lideres de los equipos de autoevaluación por grupos de estándares	Realizar la tercera Autoevaluación de estándares de acreditación	El indicador muestra un cumplimiento del 75% del tiempo planeado y un 0% de avance en la actividad.	Se realiza reentrenamiento en la metodología de autoevaluación con todos los equipos de autoevaluación, así mismo socialización del sistema de información que se utilizara para consolidar la información.

Fuente: Información suministrada en el seguimiento del Plan de acción por cada proceso

6. CONCLUSIONES

El Plan de Acción Anual se cumplió en un 89,87% en el tercer trimestre del año 2015, toda vez que de las trescientos veintiséis (326) actividades previstas para ese período se ejecutaron satisfactoriamente doscientas setenta y seis (276), frente a las cien (100) actividades restantes que no alcanzaron el nivel de cumplimiento programado de las cuales se plantearon las acciones de mejora correspondientes.

De acuerdo a lo expuesto en el Seguimiento realizado al Plan de Acción del periodo de la vigencia auditada, el principal inconveniente presentado fue la falta de programación para llevar a cabo cada una de las actividades propuestas por cada uno de los responsables. Existen 16 actividades suspendidas por falta de asignación de recursos: 7 actividades de la Subgerencia de Apoyo Diagnóstico, 2 de la subgerencias de Alto costo, 4 de la subgerencia de servicios Quirúrgicos y 3 de la Unidad de Apoyo Tecnológico y de Información.

Es pertinente que cada uno de los responsables de las actividades tenga en cuenta las falencias presentadas respecto al cumplimiento de metas, asignación de recursos y planeación de la ejecución del Plan de acción, a fin de que se logre cumplir al 100% durante la vigencia y se realice seguimiento mensual en los grupos primarios del cumplimiento al cronograma establecido.

En desarrollo del presente seguimiento no se establecieron hallazgos, puesto que el objetivo primordial es la Evaluación del Plan de Acción, además que se realizaron las oportunidades de mejora por cada uno de los responsables.

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.



7. RECOMENDACIONES

Frente a las desviaciones presentadas se solicitó a los responsables determinar las causas raíz de rezago frente al cumplimiento de cualquier meta, así mismo definir y ejecutar las acciones de mejora pertinentes.

JULIO HERNAN VILLABONA VARGAS
Jefe Oficina Asesora Control Interno

Proyectó: Sandra Milena Mendoza Amado. Profesional Universitario Oficina Asesora de Control Interno. Gestión Integral