

SEGUNDO SEGUIMIENTO PLAN DE ACCIÓN

VIGENCIA 2017

OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO

JULIO HERNAN VILLABONA VARGAS

Jefe Oficina Asesora de Control Interno

Periodo evaluado del 01 de abril a 30 de junio de 2017

HOSPITAL
UNIVERSITARIO
DE SANTANDER

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO



TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	3
1. OBJETIVO	3
2. ESTRUCTURACIÓN	3
3. ALCANCE Y METODOLOGÍA	4
4. EJECUCIÓN PLAN DE ACCIÓN	4
4.1 PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PROCESOS ESTRATÉGICOS	5
4.2 PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PROCESOS MISIONALES	6
4.3 PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PROCESOS DE APOYO	7
4.4 PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PROCESOS DE EVALUACIÓN Y CONTROL	8
5. CONCLUSIONES	8
6. RECOMENDACIONES	9
ANEXO 1	10

SEGUIMIENTO PLAN DE ACCIÓN VIGENCIA 2017

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 2017.

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 2017, 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 01 de abril al 30 de junio de la vigencia 2017, 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 abril al 30 de junio de 2017, 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

4. EJECUCIÓN PLAN DE ACCIÓN

En el Plan de Acción se encuentran inscritas 182 actividades, los cuales arrojaron al 30 de junio de 2017 una ejecución del 53%, de las cuales 12 actividades han sido terminadas, 146 están en desarrollo, 2 que están sin iniciar y 19 actividades están atrasadas como se refleja en el cuadro Porcentaje de cumplimiento o avance de actividades, así:

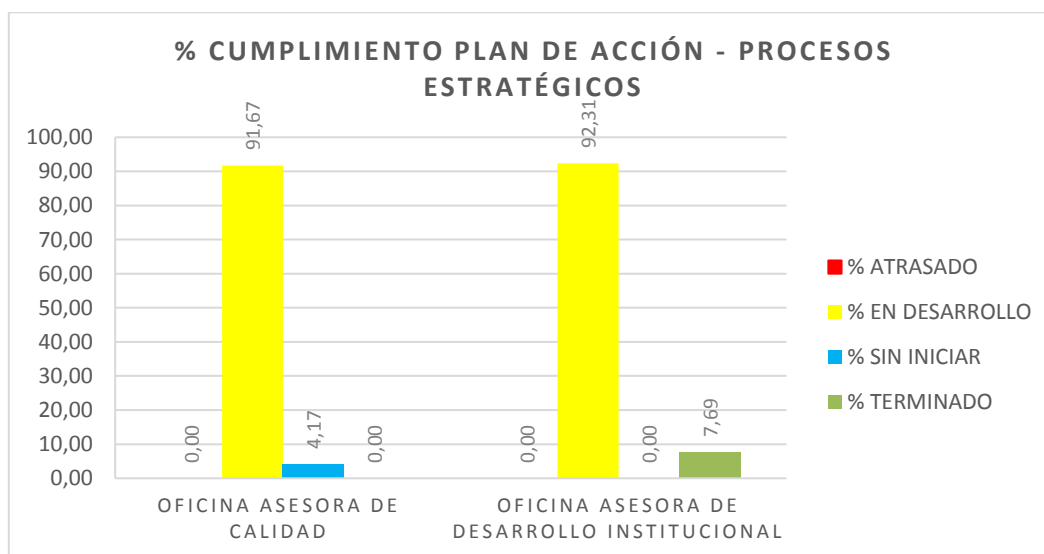
SUBGERENCIA/OFCINA ASESORA/DEPENDENCIA/UNIDAD FUNCIONAL	ATRASADA	EN DESARROLL O	SIN INICIAR	TERMINADA	TOTAL GENERAL
CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO				5	5
OFICINA ASESORA DE CALIDAD		22	1	1	24
OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL		12		1	13
OFICINA ASESORA JURIDICA		3			3
OFICINA CONTROL INTERNO		7		3	10
SUBGERENCIA DE ALTO COSTO		24			24
SUBGERENCIA DE SERVICIOS AMBULATORIOS Y APOYO TERAPÉUTICO	8	5		1	14
SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE APOYO DIAGNOSTICO	8	3			11
SUBGERENCIA DE SERVICIOS MEDICOS		6	1		7
SUBGERENCIA MUJER INFANCIA	1	5			6
SUBGERENCIA SERVICIOS DE ENFERMERÍA		10			10
SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA		6		1	7
UNIDAD FUNCIONAL DE APOYO TECNOLOGICO Y DE INFORMACION	2	9			11
UNIDAD FUNCIONAL DE RECURSOS FINANCIEROS		21			21

SUBGERENCIA/OFCINA ASESORA/DEPENDENCIA/UNIDAD FUNCIONAL	ATRASADA	EN DESARROLLO	SIN INICIAR	TERMINADA	TOTAL GENERAL
UNIDAD FUNCIONAL DE RECURSOS FISICOS Y SERVICIOS BASICOS		9			9
UNIDAD FUNCIONAL DE TALENTO HUMANO		4			4
TOTAL GENERAL	19	146	2	12	179

Fuente: Consolidado Plan de Acción – Enviado por Oficina Asesora de Desarrollo Institucional

4.1 PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PROCESOS ESTRATÉGICOS

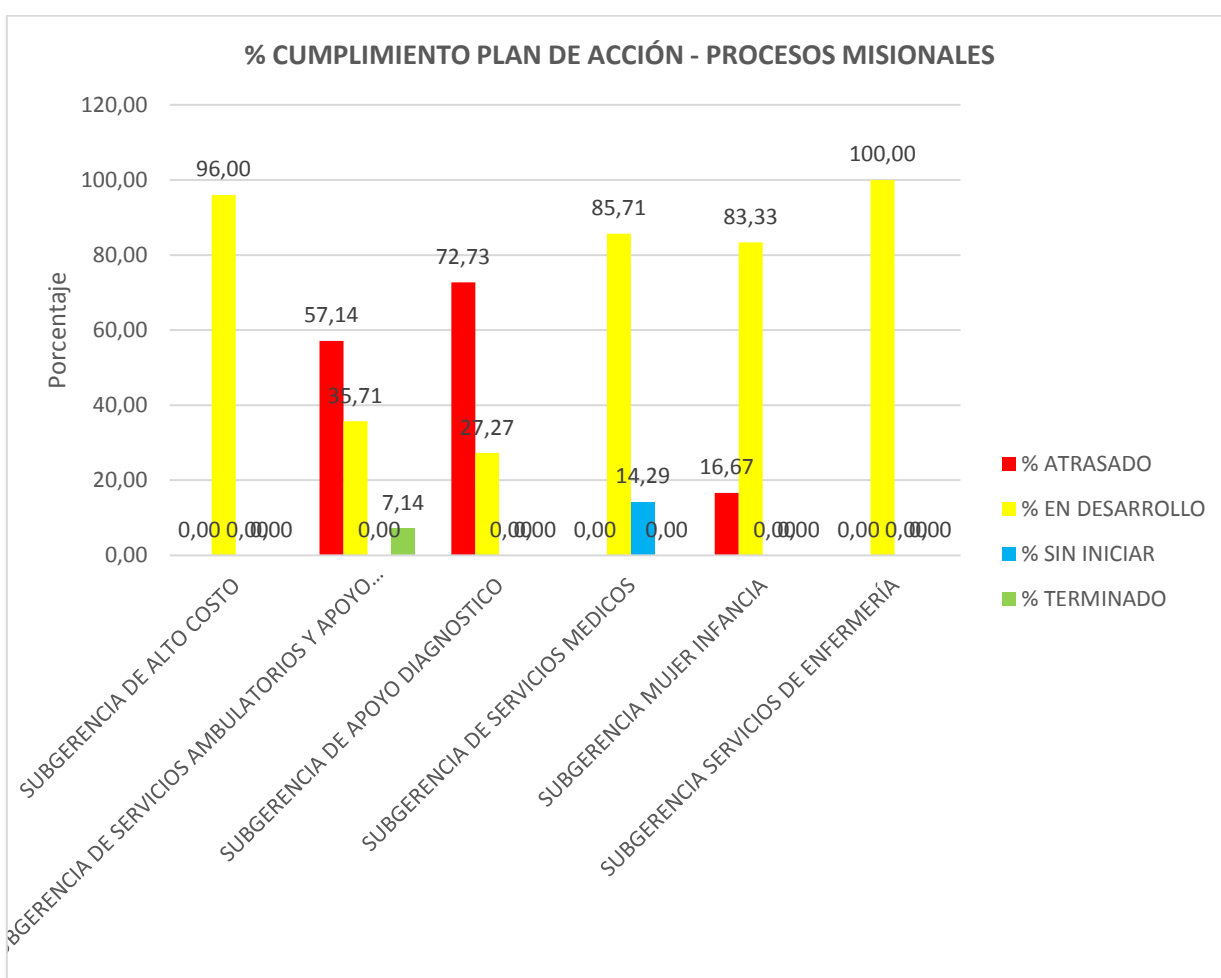
OFICINAS ASESORAS	en DESARROLLO	SIN INICIAR	TERMINADA
OFICINA ASESORA DE CALIDAD	91,67	4,17	0
OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	92,31		7,69



Fuente: Consolidado Plan de Acción – Enviado por Oficina Asesora de Desarrollo Institucional

4.2 PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PROCESOS MISIONALES

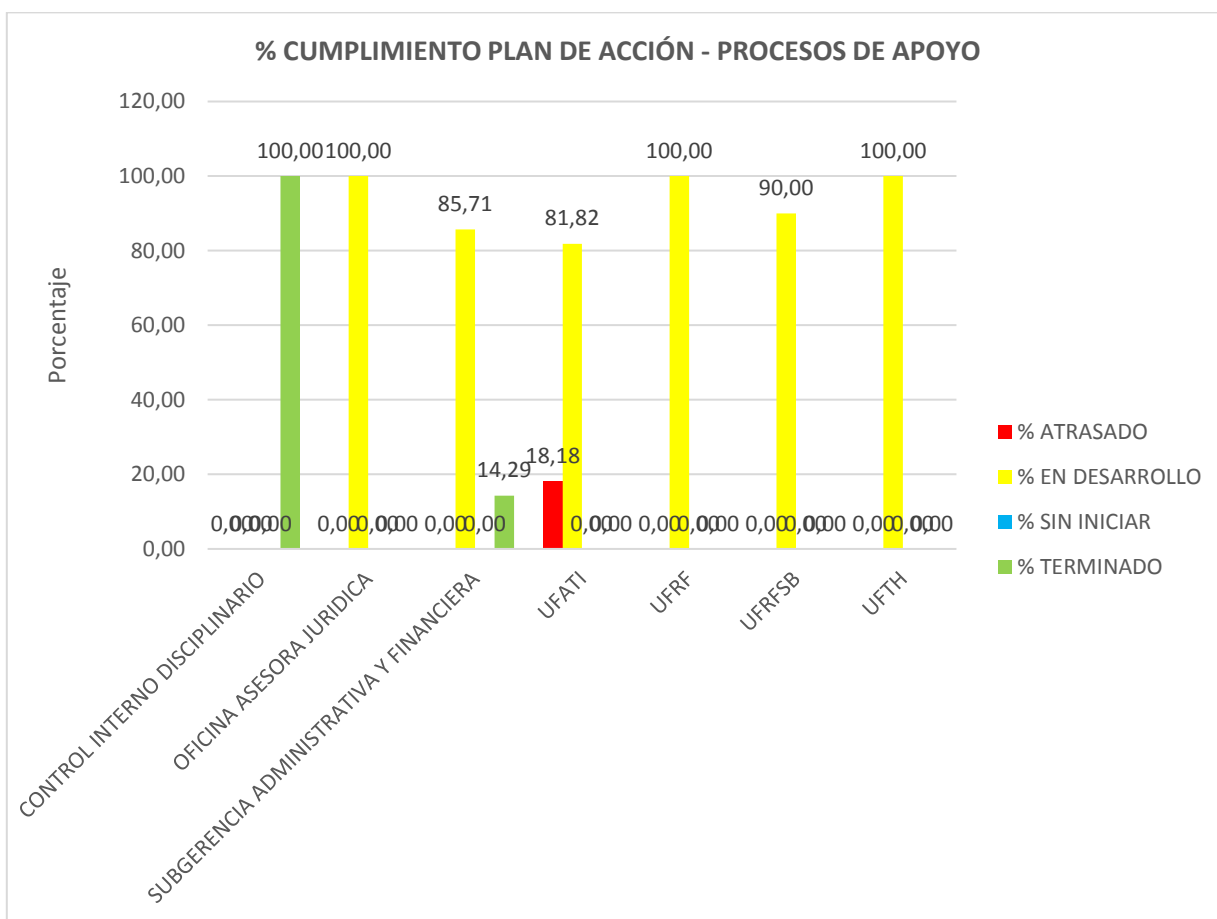
Procesos	% ATRASADO	% EN DESARROLLO	% SIN INICIAR	% TERMINADO
SUBGERENCIA DE ALTO COSTO	0,00	96,00	0,00	0,00
SUBGERENCIA DE SERVICIOS AMBULATORIOS Y APOYO TERAPEUTICO	57,14	35,71	0,00	7,14
SUBGERENCIA DE APOYO DIAGNOSTICO	72,73	27,27	0,00	0,00
SUBGERENCIA DE SERVICIOS MEDICOS	0,00	85,71	14,29	0,00
SUBGERENCIA MUJER INFANCIA	16,67	83,33	0,00	0,00
SUBGERENCIA SERVICIOS DE ENFERMERÍA	0,00	100,00	0,00	0,00



Fuente: Consolidado Plan de Acción – Enviado por Oficina Asesora de Desarrollo Institucional

4.3 PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PROCESOS DE APOYO

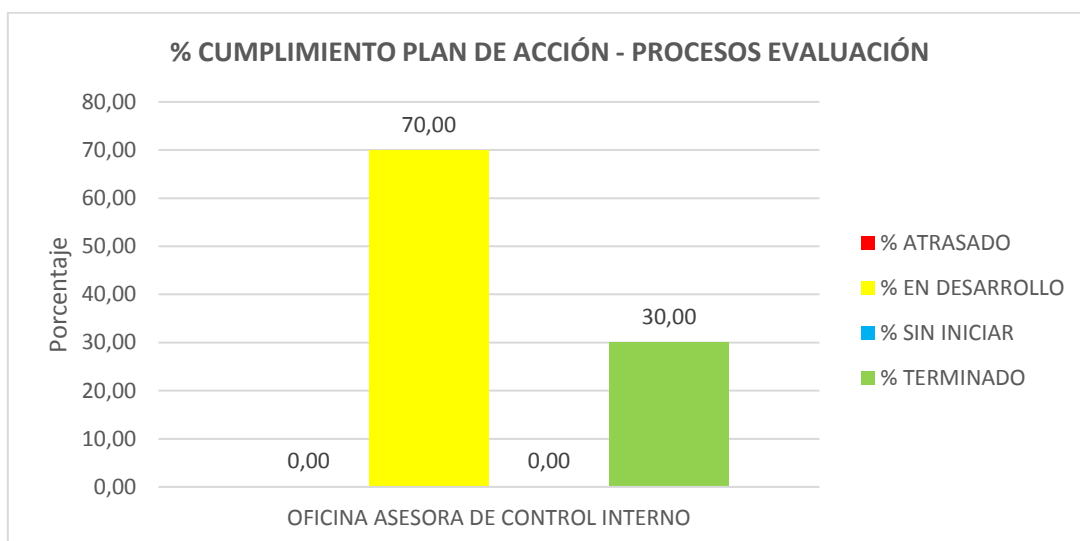
DEPENDENCIA / UNIDAD FUNCIONAL	% ATRASADO	% EN DESARROLLO	% SIN INICIAR	% TERMINADO
CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	0,00	0,00	0,00	100,00
OFICINA ASESORA JURIDICA	0,00	100,00	0,00	0,00
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	0,00	85,71	0,00	14,29
UFATI	18,18	81,82	0,00	0,00
UFRF	0,00	100,00	0,00	0,00
UFRFSB	0,00	90,00	0,00	0,00
UFTH	0,00	100,00	0,00	0,00



Fuente: Consolidado Plan de Acción – Enviado por Oficina Asesora de Desarrollo Institucional

4.4 PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PROCESOS DE EVALUACIÓN Y CONTROL

OFICINA	EN DESARROLLO	TERMINADA	Total general
OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	7	3	10
Total general	7	3	10



Fuente: Consolidado Plan de Acción – Enviado por Oficina de Control Interno

En el anexo 1 se describen las actividades del Plan de Acción Anual 2017 desarrolladas durante el periodo del 01 de abril al 30 de junio de 2017 por cada dependencia de la Entidad.

5. CONCLUSIONES

El Plan de Acción Anual se cumplió en un 53% en el periodo del 01 de abril a 30 de junio de 2017, toda vez que de las ciento ochenta y cuatro (182) actividades del plan de acción se ejecutaron satisfactoriamente ciento cincuenta y ocho (158), frente a las veinticuatro (24) actividades restantes, 2 que están sin iniciar, 19 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, 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.

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.

6. RECOMENDACIONES

Frente a las desviaciones presentadas se solicita 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. Si es necesario, se debe replantear las actividades a fin de que se puedan cumplir. Si realizan cambios se debe notificar y justificar a la Oficina Asesora de Desarrollo Institucional y Oficina Asesora de Control Interno para su respectivo seguimiento.

JULIO HERNAN VILLABONA VARGAS
Jefe Oficina Asesora Control Interno

ANEXO 1