

# **CUARTO 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 octubre a 31 de diciembre 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 .....	5
4.3 PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PROCESOS DE APOYO .....	6
4.4 PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PROCESOS DE EVALUACIÓN Y CONTROL .....	7
5. CONCLUSIONES .....	8
6. RECOMENDACIONES .....	8
ANEXO 1 .....	9

## **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 transitorio de la ESE HUS, vigencia 2017.

El seguimiento se centró en la evaluación del cumplimiento del Plan de Acción transitorio en mención durante el periodo de 01 de octubre a 31 de diciembre 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 transitorio 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 transitorio durante el 01 de octubre al 31 de diciembre 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, en cumplimiento al Decreto 1499 de 2017 y 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 octubre al 31 de diciembre de 2017, para evaluar el nivel de cumplimiento del Plan de Acción transitorio 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

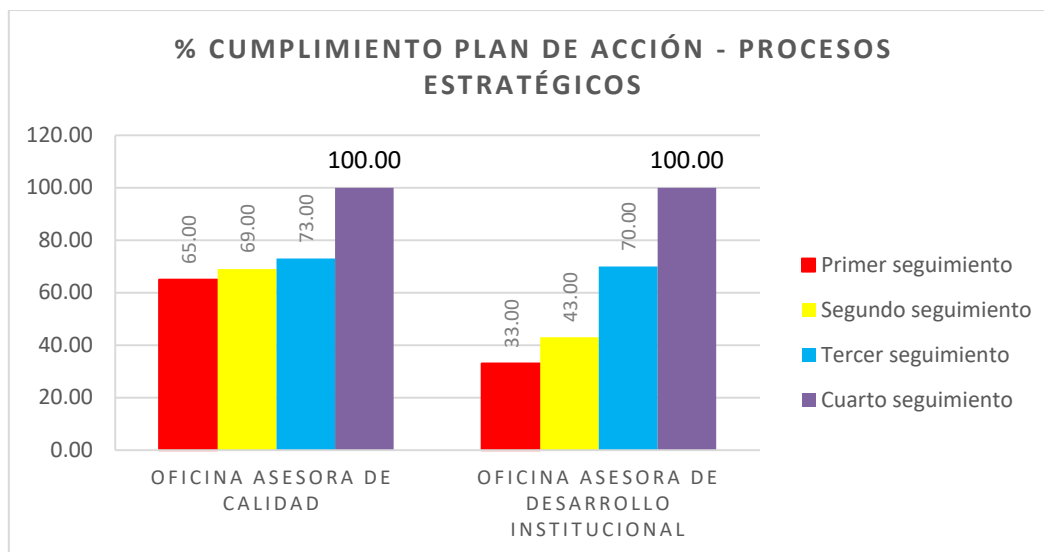
En el Plan de Acción transitorio se encuentran inscritas 179 actividades, los cuales arrojaron al 31 de diciembre de 2017 una ejecución del 90%, de las cuales 148 actividades han sido terminadas, 8 están en desarrollo y 23 actividades están atrasadas como se refleja en el cuadro Porcentaje de cumplimiento o avance de actividades, así:

UNIDAD FUNCIONAL/SUBGERENCIA/OFCINA	ATRASA DA	EN DESARROLLO	TERMINA DA	TOTAL GENERAL	
CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO			5	5	
OFICINA ASESORA DE CALIDAD			24	24	
OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL			13	13	
OFICINA ASESORA JURIDICA			3	3	
OFICINA CONTROL INTERNO			10	10	
SUBGERENCIA DE ALTO COSTO			24	24	
SUBGERENCIA DE SERVICIOS AMBULATORIOS Y APOYO TERAPÉUTICO	8		6	14	
SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE APOYO DIAGNOSTICO	8		3	11	
SUBGERENCIA DE SERVICIOS MEDICOS			7	7	
SUBGERENCIA MUJER INFANCIA	3		3	6	
SUBGERENCIA SERVICIOS DE ENFERMERÍA			1	9	10
SUBGERENTE ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA			1	6	7
UNIDAD FUNCIONAL DE APOYO TECNOLÓGICO Y DE INFORMACION	4		7	11	
UNIDAD FUNCIONAL DE RECURSOS FINANCIEROS			5	16	21
UNIDAD FUNCIONAL DE RECURSOS FISICOS Y SERVICIOS BASICOS			1	8	9
UNIDAD FUNCIONAL DE TALENTO HUMANO			4	4	
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>23</b>	<b>8</b>	<b>148</b>	<b>179</b>	

Fuente: Consolidado Plan de Acción – Consolidado por Oficina Asesora de Desarrollo Institucional y elaborado por cada responsable.

#### 4.1 PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PROCESOS ESTRATÉGICOS

OFICINAS ASESORAS	Primer seguimiento	Segundo seguimiento	Tercer seguimiento	Cuarto seguimiento
OFICINA ASESORA DE CALIDAD	65,00	69,00	73,00	100,00
OFICINA ASESORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL	33,00	43,00	70,00	100,00

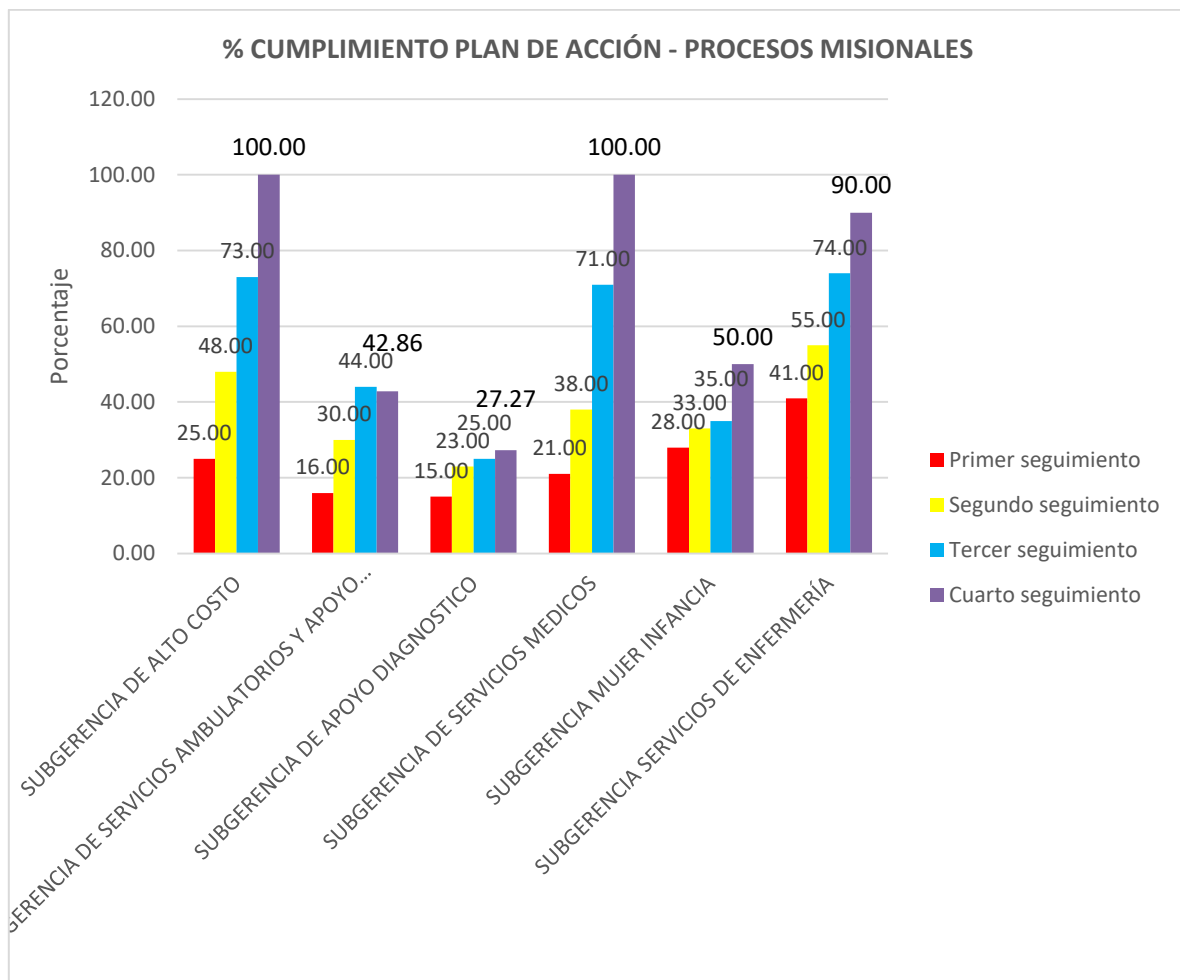


Elaboración propia.

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

#### 4.2 PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PROCESOS MISIONALES

SUBGERENCIAS	Primer seguimiento	Segundo seguimiento	Tercer seguimiento	Cuarto seguimiento
SUBGERENCIA DE ALTO COSTO	25,00	48,00	73,00	100,00
SUBGERENCIA DE SERVICIOS AMBULATORIOS Y APOYO TERAPEUTICO	16,00	30,00	44,00	42,86
SUBGERENCIA DE APOYO DIAGNOSTICO	15,00	23,00	25,00	27,27
SUBGERENCIA DE SERVICIOS MEDICOS	21,00	38,00	71,00	100,00
SUBGERENCIA MUJER INFANCIA	28,00	33,00	35,00	50,00
SUBGERENCIA SERVICIOS DE ENFERMERÍA	41,00	55,00	74,00	90,00

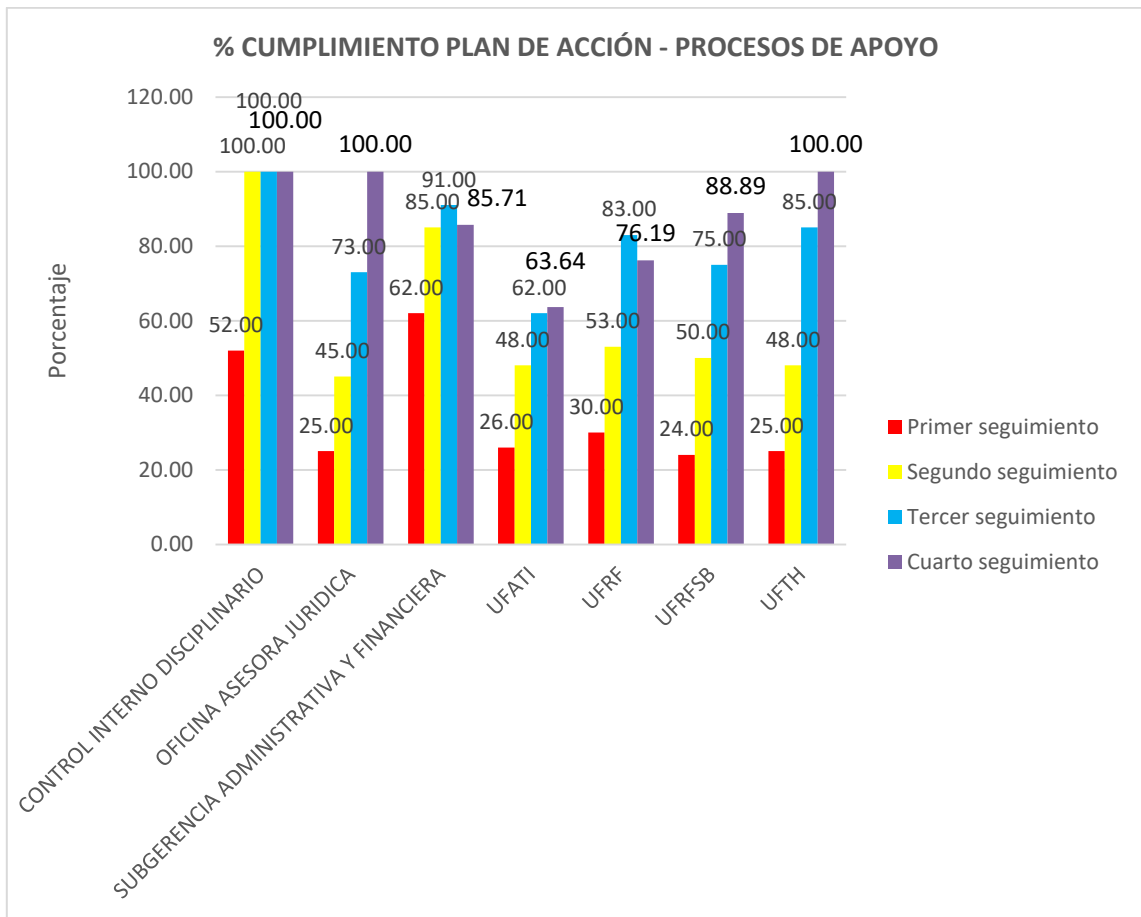


Elaboración propia.

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

#### 4.3 PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PROCESOS DE APOYO

UNIDAD/SUBGERENCIA/DEPENDENCIA	Primer seguimiento	Segundo seguimiento	Tercer seguimiento	Cuarto seguimiento
CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	52,00	100,00	100,00	100,00
OFICINA ASESORA JURIDICA	25,00	45,00	73,00	100,00
SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	62,00	85,00	91,00	85,71
UFATI	26,00	48,00	62,00	63,64
UFRF	30,00	53,00	83,00	76,19
UFRFSB	24,00	50,00	75,00	88,89
UFTH	25,00	48,00	85,00	100,00

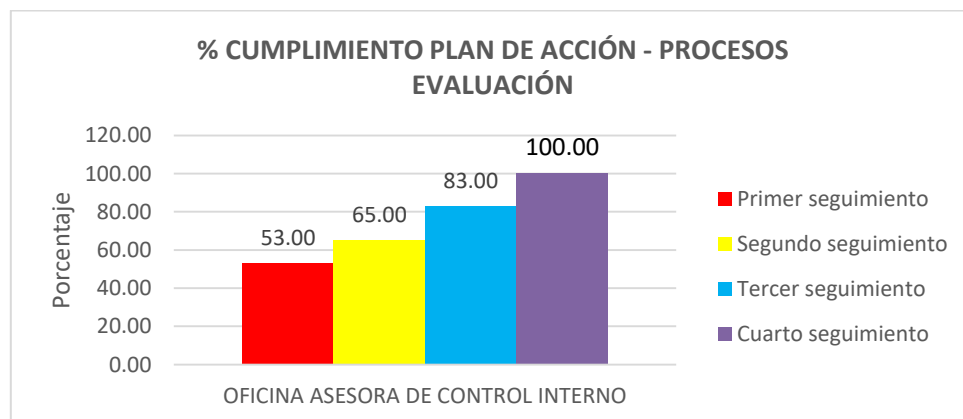


Elaboración propia.

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

#### 4.4 PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PROCESOS DE EVALUACIÓN Y CONTROL

OFICINA	Primer seguimiento	Segundo seguimiento	Tercer seguimiento	Cuarto seguimiento
OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO	53,00	65,00	83,00	100,00



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

En el anexo 1 se describen las actividades del Plan de Acción Anual 2017 desarrolladas durante el periodo del 01 de octubre al 31 de diciembre de 2017 por cada dependencia de la Entidad.

## **5. CONCLUSIONES**

El Plan de Acción Anual transitorio se cumplió en un 90% en el periodo del 01 de octubre a 31 de diciembre de 2017, toda vez que de las ciento setenta y nueve (179) actividades del plan de acción se ejecutaron satisfactoriamente ciento cuarenta y ocho (148), frente a las treinta y un (31) actividades restantes que no alcanzaron el nivel de cumplimiento programado de las cuales se solicita 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**

Se recomienda a la Oficina de Desarrollo Institucional, que una vez se cuente con el Plan de Desarrollo Institucional, iniciar las capacitaciones al personal de la ESE HUS para la correcta elaboración del Plan de Acción de la Entidad.

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

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



# **ANEXO 1**