

# PRIMER 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 enero a 31 de marzo de 2015

HOSPITAL  
UNIVERSITARIO  
DE SANTANDER  

---

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO





## Contenido

INTRODUCCIÓN.....	3
1. OBJETIVO.....	3
2. ALCANCE Y METODOLOGÍA.....	3
3. EJECUCIÓN PLAN DE ACCIÓN.....	4
4. ACCIONES DE MEJORA.....	4
5. CONCLUSIONES.....	10
6. RECOMENDACIONES.....	10



## **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.

La seguimiento se centró en la evaluación del cumplimiento del Plan de Acción en mención durante el periodo de 01 de enero a 31 de marzo de 2015, respecto de las metas propuestas. Por lo anterior se analizo 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 nuestros grupos de interés el análisis del avance logrado en la ejecución del Plan de Acción Anual durante el primer 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 enero al 31 de marzo 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.

Los instrumentos utilizados en la realización del seguimiento fueron:

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

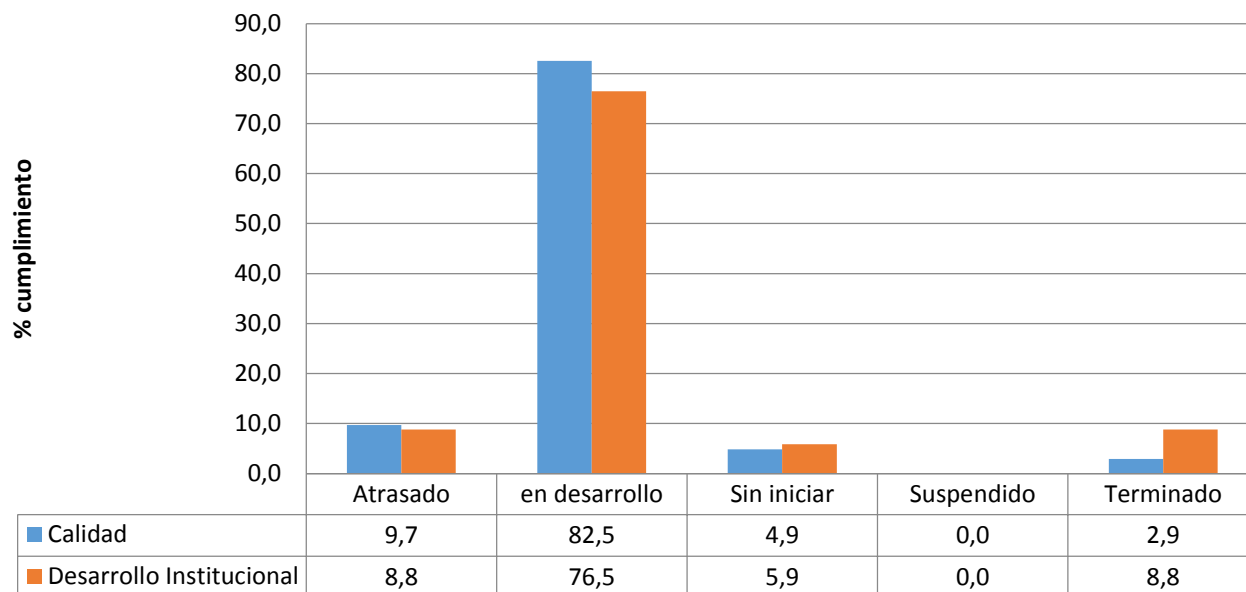
#### 4. EJECUCIÓN PLAN DE ACCIÓN

En el Plan de Acción se encuentran inscritas 327 actividades, los cuales arrojaron al 31 de marzo de 2015 una ejecución del 72,5%, de las cuales el 6,1% han sido terminadas y 66,4 están en desarrollo, como se refleja en el cuadro Porcentaje de cumplimiento o avance de actividades, así:

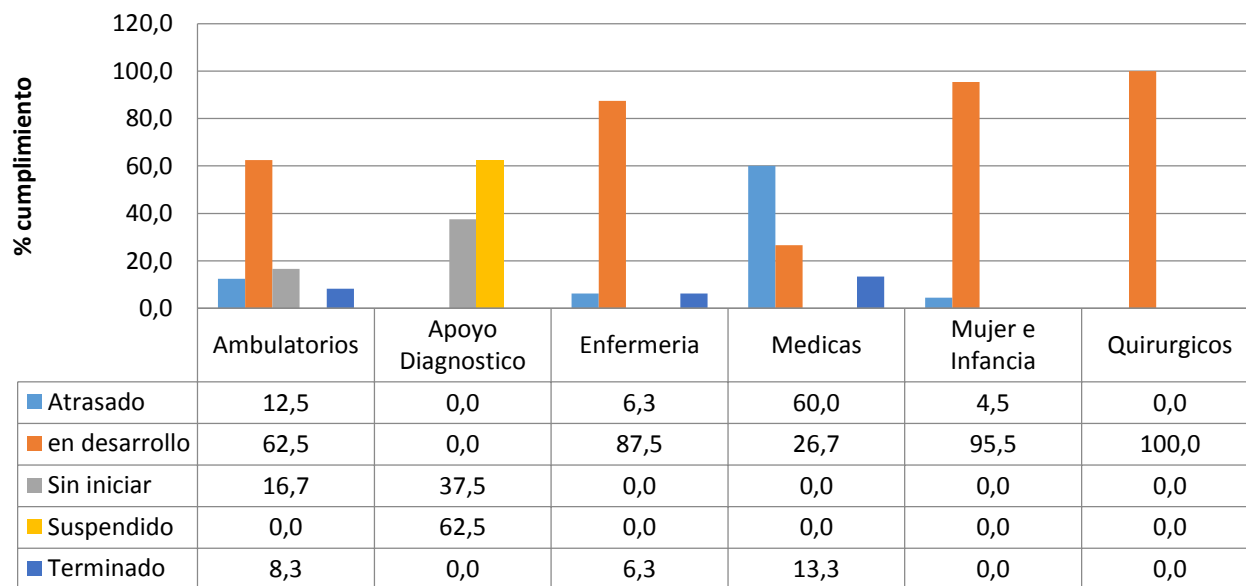
PROCESOS	Atrasado	en desarrollo	Sin iniciar	Suspendido	Terminado	Total general
Ambulatorios	3	15	4	0	2	24
Apoyo Diagnostico	0	0	3	5	0	8
Calidad	10	85	5	0	3	103
Control Interno	4	10	24	0	6	44
Control Interno Disciplinario	0	3	0	0	1	4
Desarrollo Institucional	3	26	2	0	3	34
Enfermería	1	14	0	0	1	16
Financiera	6	20	0	0	1	27
Medicas	9	4	0	0	2	15
Mujer e Infancia	1	21	0	0	0	22
Quirúrgicos	0	5	0	0	0	5
Recurso Físicos Servicios Básicos	0	2	1	0	0	3
Talento Humano	0	8	0	0	0	8
UFATI	5	4	4	0	1	14
<b>Total general</b>	<b>42</b>	<b>217</b>	<b>43</b>	<b>5</b>	<b>20</b>	<b>327</b>



**% Cumplimiento Plan de Acción - Procesos Estratégicos**

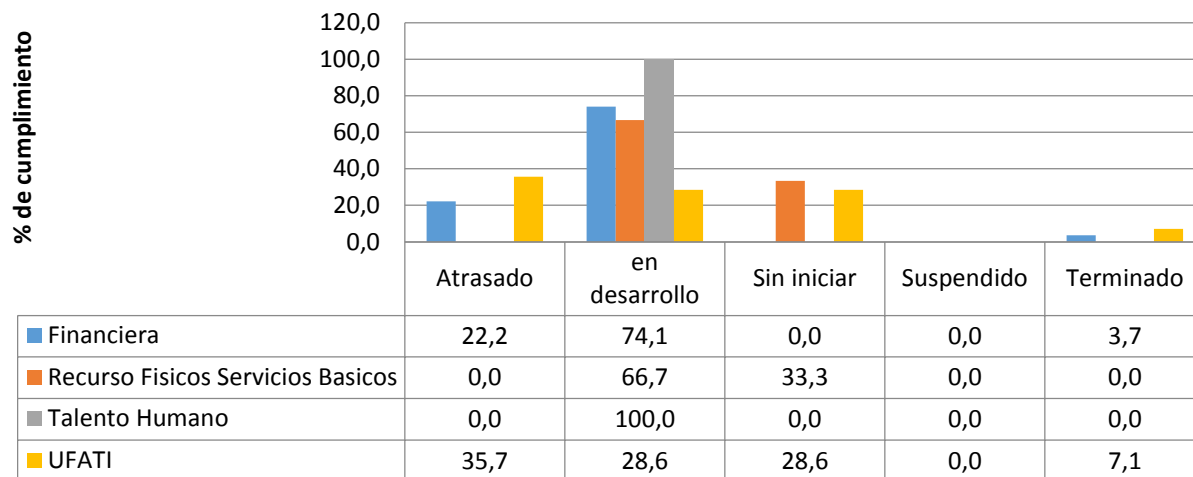


**% cumplimiento Plan de Acción - Procesos Misionales**

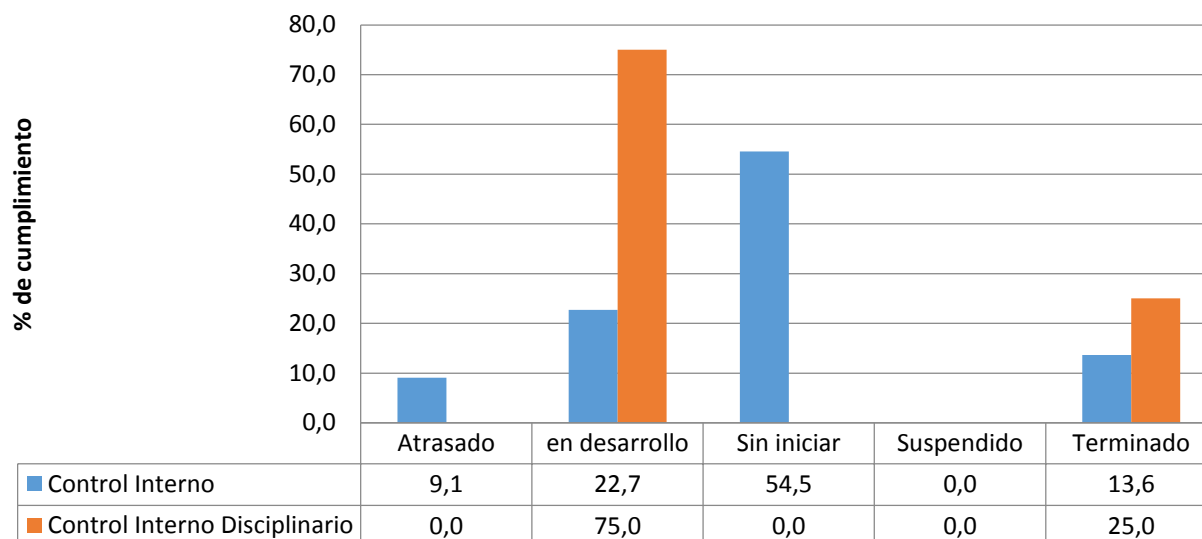




**% Cumplimiento Plan Acción -Procesos de Apoyo**



**% Cumplimiento Plan Acción - Procesos de Evaluación**



En el anexo 1 se describen las actividades del Plan de Acción Anual 2015 desarrolladas durante el primer 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 primer 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
<b>Subgerencia Servicios de Enfermería</b>	Realización de un curso de educación continuada de acuerdo a las necesidades observadas para los procesos de enfermería, de auxiliatura de enfermería, de mensajería asistencial y traslado intrainstitucional de pacientes.	El indicador muestra un cumplimiento del 25% del tiempo planeado y un 0% de avance en la actividad.	Con relación a este ítem, se está desarrollando el cronograma y los temas de cursos de educación continuada para este año.
<b>Sugerencia de apoyo diagnóstico</b>	Dotación de equipos y muebles hospitalarios para el Laboratorio Clínico	Actividad programada para seis meses y hay un avance del 0%	Este proceso fue suspendido ante el paso provisional de Laboratorio Clínico a otra área, por tanto la compra de muebles se reanudará cuando se tengan los diseños del sitio definitivo para el laboratorio clínico.
<b>Sugerencia de apoyo diagnóstico</b>	Actualización tecnológica (Un (1) congelador, Dos (2) centrifugas normales, Dos (2) estufas, Un (1) baño maría)	Actividad programada para dos meses y hay un avance del 0%	Este proceso fue suspendido ante el paso provisional de Laboratorio Clínico a otra área, por tanto la compra de muebles se reanudará cuando se tengan los diseños del sitio definitivo para el laboratorio clínico.
<b>Sugerencia de apoyo diagnóstico</b>	Modernización tecnológica patología (5 microscopios, estación de trabajo)	Actividad programada para doce meses y hay un avance del 0%	Se suspendió proceso por falta de presupuesto; pero se insistirá en Gerencia para gestionar los recursos y poder iniciar trámite durante el segundo semestre
<b>Subgerencia de apoyo diagnóstico - Hemocentro</b>	Un (1) agitador plaquetario	Actividad programada para seis meses y hay un avance del 0%	Se suspendió proceso por falta de presupuesto; pero se insistirá en Gerencia para gestionar los recursos y poder iniciar trámite durante el segundo semestre
<b>Subgerencia de apoyo diagnóstico - Hemocentro</b>	Un (1) incubador de CO2 para cultivos celulares	Actividad programada para seis meses y hay un avance del 0%	Se suspendió proceso por falta de presupuesto; pero se insistirá en Gerencia para gestionar los recursos y poder iniciar trámite durante el segundo semestre
<b>Urgencias</b>	Implementar el procedimiento: "Acceso a los servicios asistenciales del hospital" e identificar las barreras de acceso del área de Urgencias y Hospitalización con el fin de reducirlas y garantizar el acceso a los usuarios	El indicador muestra un cumplimiento del 80% del tiempo planeado y un 20% de avance en la actividad.	Se estableció cronograma en grupo primario para dar cumplimiento a la actividad.



<b>Urgencias, Medicina Interna, Hematología y las Unidades de Cardiología, neumología y neurología</b>	Fortalecer la socialización e implementación del protocolo de acogida del usuario en los servicios de hospitalización y urgencias, evaluar el conocimiento de los colaboradores sobre el protocolo de acogida del usuario a la ESE HUS. Evaluar la adherencia de los colaboradores que aplique el protocolo, y elaborar los planes de mejora para corregir las desviaciones encontradas	El indicador muestra un cumplimiento del 80% del tiempo planeado y un 20% de avance en la actividad.	Se estableció cronograma para evaluar la adherencia al protocolo de acogida del usuario en los servicios de hospitalización y Urgencias.
<b>Urgencias, Medicina Interna, Hematología y las Unidades de Cardiología, neumología y neurología</b>	Socializar la política de seguridad del paciente a los colaboradores de los servicios de urgencias y hospitalización incluyendo los servicios tercerizados a través de talleres, folletos, charlas magistrales y dejar evidencia de estas socializaciones	El indicador muestra un cumplimiento del 60% del tiempo planeado y un 40% de avance en la actividad.	Se estableció cronograma junto con Calidad para dar cumplimiento a la actividad.
<b>Urgencias, Medicina Interna, Hematología y las Unidades de Cardiología, neumología y neurología</b>	Conformar un equipo interdisciplinario para desarrollar las guías de educación de promoción de la salud y prevención de la enfermedad contenidas en las guías de práctica clínica que apliquen a los usuarios atendidos en los servicios de urgencias y hospitalización	El indicador muestra un cumplimiento del 80% del tiempo planeado y un 20% de avance en la actividad.	Se estableció cronograma para dar cumplimiento a la actividad.
<b>Urgencias, Medicina Interna, Hematología y las Unidades de Cardiología, neumología y neurología</b>	Socialización de Guías de Práctica Clínica	El indicador muestra un cumplimiento del 50% del tiempo planeado y un 10% de avance en la actividad.	Reunión quincenal para socialización de guías, a partir del mes de mayo.
<b>CONSULTA EXTERNA</b>	Revisión y Ajustes de procedimientos, protocolos, instructivos del Proceso de Consulta externa	El indicador muestra un cumplimiento del 70% del tiempo planeado y un 50% de avance en la actividad.	reunión semanal con aseguradora de calidad para revisión y ajuste de procedimientos, instructivos faltantes
<b>FARMACIA</b>	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" actividades: 1. Formulación del Proyecto 2. Presentación ante la Junta Directiva de la ESE HUS. 3. Etapa precontractual, Contratación. 4. Terminación de la consultoría. 5. Entrega de Informe por parte del contratista.	El indicador muestra un cumplimiento del 33,3% del tiempo planeado y un 20% de avance en la actividad.	Enviar carta a la Gerencia del HUS, y subgerencia administrativa y financiera para que se defina el área donde se va a construir la central de mezclas, una vez se cuente con esta información se procede con las siguientes actividades.





<b>CARTERA</b>	Conciliación de las glosas y la cartera de las 20 empresas más representativas.	El indicador muestra un cumplimiento del 25% del tiempo planeado y un 10% de avance en la actividad.	Se seguirán enviando solicitudes de conciliación y cartera con copia a los Entes de Control.
<b>CARTERA</b>	Aumento de la gestión de los pagares.	El indicador muestra un cumplimiento del 25% del tiempo planeado y un 0% de avance en la actividad.	Se solicitará a FUNDENAL de la entrega inmediata de la totalidad de los pagares pendientes.
<b>CONTABILIDAD- INVENTARIOS</b>	Auditorías semanales a las diferentes bodegas que conforman el inventario hospitalario	El indicador muestra un cumplimiento del 25% del tiempo planeado y un 1% de avance en la actividad.	En el comité de control interno contable se estableció que cada área debe aplicar principio de autocontrol presentando evidencias de este requerimiento.
<b>PROCESO GESTIÓN DE COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL</b>	Actualización intranethus (noticias, campañas, galería de imágenes, plataforma estratégica, entre otras).	El indicador muestra un cumplimiento del 25% del tiempo planeado y un 0% de avance en la actividad.	Se requiere una nueva capacitación en el manejo de la intranethus, ya que hubo cambios en el manejo de la misma.
<b>Procesos estratégicos, procesos Misionales, Procesos de apoyo y Procesos de Evaluación</b>	Documentación y actualización de cada uno de los procesos.	El indicador muestra un cumplimiento del 50% del tiempo planeado y un 20,3% de avance en la actividad.	Establecer dentro de la cultura institucional para ajustar los documentos de acuerdo a la guía de elaboración de documentos
<b>Gestión de Mejoramiento Continuo</b>	Documentación Lista de Chequeo para las auditorías programadas para cada proceso	El indicador muestra un cumplimiento del 25% del tiempo planeado y un 0% de avance en la actividad.	hacer lista de chequeo para la revisión de documentos de cada proceso
<b>Subgerencias, Unidades Funcionales, Oficinas Asesoras</b>	Ejecución auditorías internas de Calidad Procesos Misionales y Procesos de Apoyo	El indicador muestra un cumplimiento del 25% del tiempo planeado y un 0% de avance en la actividad.	hacer cronograma de auditorías para procesos 2015
<b>Subgerencias, Unidades Funcionales, Oficinas Asesoras</b>	Elaboración y presentación Informes de Auditorías	El indicador muestra un cumplimiento del 25% del tiempo planeado y un 0% de avance en la actividad.	establecer una metodología para la elaboración de informe de auditorías
<b>Subgerencias, Unidades Funcionales, Oficinas Asesoras</b>	Actualización del Listado maestro de documentos de la ESE HUS	El indicador muestra un cumplimiento del 100% del tiempo planeado y un 1% de avance en la actividad.	actualizar los formatos y establecer un inventario de documentos



## 6. CONCLUSIONES

El Plan de Acción Anual se cumplió en un 72,5% en el primer trimestre del año 2015, toda vez que de las trescientos veintisiete (327) actividades previstas para ese período se ejecutaron satisfactoriamente doscientas treinta y siete (237), frente a las cuarenta y siete (47) actividades restantes que no alcanzaron el nivel de cumplimiento programado 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 5 actividades suspendidas de la Subgerencia de Apoyo Diagnóstico por falta de asignación de recursos.

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.

Las solicitudes de cambio o ajuste al plan de Acción Anual deberán ser presentadas formal y oportunamente al Comité Coordinador de Control Interno quienes aprobarán o no el cambio.

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

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