

GESTION DE CONTROL INTERNO

FO-ARH-01

Versión: 04

Página 1 de 1

107

Popayán, Marzo 6 de 2021.

Doctor

CESAR EDMUNDO SARRIA PORRAS.

Gerente

Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E.

HOSPITAL UNIVERSITARIO
SAN JOSÉ DE POPAYÁN E.S.E.
GERENCIA
FECHA: 8/3/21 HORA: 9:22
FIRMA: *C. Lardue J.*

ASUNTO: Informe seguimiento Plan de Acción Institucional 2020.

Cordial saludo.

A continuación presento a usted, y a la oficina de Planeación, las observaciones y recomendaciones, para el cumplimiento de las acciones determinadas en el Plan de acción de la vigencia del 2020, teniendo en cuenta que tuvo un cumplimiento del 81%, esto debido a la pandemia sobre todo en cuanto a las actividades de capacitación, con una diferencia de 8 puntos en relación a los años 2018 y 2019 cuyo cumplimiento fue del 89%.

La oficina de Planeación envió al correo electrónico de la oficina de control de interno el informe de avance del plan de acción institucional del 2020, donde se presenta el % de avance por cada uno de los procesos, y las correspondientes recomendaciones, así:

Informe de seguimiento y evaluación del PAI 2020

Con el propósito de evidenciar el nivel de ejecución de las actividades programadas para cada proceso responsable del hospital, se presenta a continuación el análisis de implementación, las observaciones respectivas indicando cuales actividades fueron débiles y/o no se ejecutaron en cada proceso.

No.	Procesos	Actividades PAI 2020			
		Planeadas	Ejecutadas	No ejecutadas	% Cumplimiento año 2020
1	Subgerencia Científica	0,5	0,5	0	100,0%
2	Subgerencia Administrativa y Financiera	4,5	2,5	2	55,6%
3	Presupuesto	3	3	0	100,0%
4	Cartera	1	1	0	100,0%
5	Costos	3	3	0	100,0%

GESTION DE CONTROL INTERNO

6	Comunicaciones	3	3	0	100,0%
7	Venta de Servicios	2	1	1	50,0%
8	Oficina Asesora Jurídica	4	2	2	50,0%
9	Contabilidad	1	1	0	100,0%
10	SIAU	2	0	2	0,0%
11	Seguridad y Salud en el Trabajo	3	3	0	100,0%
12	Oficina Asesora de Planeación	6	6	0	100,0%
13	Aseguramiento de la Calidad	5	4	1	80,0%
14	Archivo	1	1	0	100,0%
15	Talento Humano	5	4,5	0,5	90,0%
16	Gestión de la Infraestructura y la Tecnología	3	3	0	100,0%
17	Convenio docencia-servicio	2	2	0	100,0%
18	Gestión Ética Legal	1	1	0	100,0%
19	Estadística	1	0	1	0,0%
20	Sistema de información	1	1	0	100,0%
21	Varios	1	0,5	0,5	50,0%
Total		53	43	10	81%

Cuadro 2: % cumplimiento ejecución PAI Año 2020

Fuente: Soportes de las actividades remitidas por coordinador de cada proceso.

El PAI para la vigencia 2020, se cumple en un 81% en su implementación. 13 procesos equivalente al 61.9% cumplieron al 100% en la implementación. Estos procesos fueron: Subgerencia científica, presupuesto, cartera, costos, comunicaciones, contabilidad, seguridad y salud en el trabajo, oficina asesora planeación, archivo, gestión de la infraestructura y tecnología, convenio docencia-servicio, gestión ético-legal y sistemas de información. Dos (2) procesos que representan el 9.5% del total, implementaron sus planes de acción entre el 80% y 90%; estos son: Aseguramiento de la calidad y Talento humano. Cuatro (4) procesos que representan el 19% del total, estuvieron entre 50% y 60% de ejecución; estos son: Jurídica, subgerencia administrativa, venta de servicios y varios; y, dos (2) procesos: SIAU y estadística, que representan el 9.5%, no implementaron sus actividades del plan de acción institucional.



GESTION DE CONTROL INTERNO

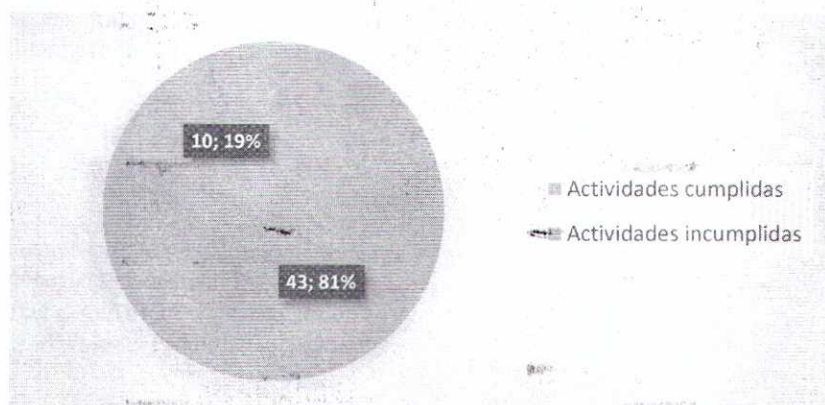


Gráfico 2: % Actividades cumplidas Vs Actividades incumplidas PAI HUSJ año 2020

Fuente: Oficina Asesora Planeación HUSJ

En general se puede decir que el 19% de las actividades programadas en el PAI 2020, no fueron ejecutadas.

No.	Proceso	No. Actividades Incumplidas	Observaciones
1	Subgerencia Científica	0	Ninguna
2	Subgerencia Administrativa y Financiera	2	La subgerencia no aportó a la oficina de planeación Actas de socialización y las listas de asistencias de la socialización periódica de los indicadores y análisis de los mismos, la cual era una actividad compartida con la Subgerencia científica. No elaboró el plan de implementación de factura electrónica, se cuenta con informe de las actividades realizadas en el proceso de factura electrónica desde agosto 2018 hasta 31 de diciembre 2020. No se generó un plan de austeridad y gestión ambiental. La oficina de gestión ambiental remite un informe que contiene la información del ahorro de agua y energía
3	Presupuesto	0	Ninguna
4	Cartera	0	Ninguna
5	Costos	0	Ninguna
6	Comunicaciones	0	Ninguna
7	Venta de Servicios	1	Pese a que el área adjunta Plan de mercadeo establecido para la vigencia 2020, no presenta el acto administrativo para su adopción que es la evidencia pactada.
8	Oficina Asesora Jurídica	2	La oficina no entregó evidencias de la formulación del plan de mejoramiento según análisis de las principales causas de condenas y demandas. No evidencia los seguimientos a dicho plan de mejoramiento.
9	Contabilidad	0	Ninguna



HOSPITAL
SAN JOSÉ

Confianza y valor para su vida

NIT. 891.580.002-5

GESTION DE CONTROL INTERNO

FO-ARH-01

Versión: 04

Página 1 de 1

10	SIAU	2	El SIAU no hizo entrega de informe de las necesidades detalladas de los usuarios. No presentó informe de seguimiento al plan de mejoramiento
11	Seguridad y Salud en el Trabajo	0	Ninguna
12	Oficina Asesora de Planeación	0	Ninguna
13	Aseguramiento de la Calidad	1	El plan de implementación al sistema único de acreditación contempló 14 actividades, de las cuales se implementaron 6 correspondientes al 43%, lo que generó un incumplimiento de la meta que estaba al menos en el 80%
14	Archivo	0	Ninguna
15	Talento Humano	0,5	El plan de capacitación Institucional 2020 fue adoptado mediante Resolución #0011 de enero 10 de 2020. Debido a la pandemia, las capacitaciones han sido virtuales y no se aplicaron las encuestas de satisfacción. Sin embargo el área de talento humano no presenta informe específico de la ejecución del plan de capacitación y el desarrollo del indicador
16	Gestión de la Infraestructura y la Tecnología	0	Ninguna
17	Convenio docencia-servicio	0	Ninguna
18	Gestión Ética Legal	0	Ninguna
19	Estadística	1	El área de archivo no presenta informe de la actividad de digitalización del archivo de historias clínicas pero el responsable según el plan es la coordinación de estadística
20	Sistema de información	0	Ninguna
21	Varios	0,5	El proceso de talento humano no hace entrega precisa de los 6 planes, no contiene el desarrollo de la fórmula del indicador: plan de previsión de recursos humanos; plan anual de vacantes; plan estratégico de talento humano; plan institucional de capacitación; plan de incentivos institucionales. Con respecto a los planes: plan estratégico de tecnología de la información y las comunicaciones PETI; plan de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información; plan de seguridad y privacidad de la información; plan institucional de archivos-PINAR; plan anticorrupción y atención al ciudadano - PAYAC, se cuenta con informe detallado de cada uno de ellos
TOTAL		10	

Cuadro 3: Observaciones por incumplimiento ejecución PAI Año 2020

Fuente: Soportes de las actividades remitida por coordinador de cada proceso.

Dirección: Carrera 6 # 10N – 142 Popayán – Cauca
Email: gescontrol@hospitalsanjose.gov.co

Líneas de atención: 8234508 ext. 249-115
Oficina de atención al usuario: 3206651134

www.hospitalsanjose.gov.co



GESTION DE CONTROL INTERNO

comités se determinó la priorización de esta actividad, con lo cual se propende por que la comunidad y las distintas EPS e IPS, conozcan nuestro portafolio de servicios, que incrementaría los ingresos y nos daría pie para lograr subir a un 4to nivel, en el 2020 se documento y esta en revisión y aprobación para el 2021.

3. SIAU: No hizo entrega de informe de necesidades detalladas de los usuarios, tampoco informe de seguimiento al plan de mejoramiento. Una de las recomendaciones de la oficina de control para el 2020, que para la formulación y seguimiento de los planes de mejoramiento en el área del SIAU, con los seguimientos que realiza la oficina de Control Interno, se implementara el formato de los planes de mejoramiento, que aplica la oficina para las auditorias internas, debido a la pandemia, decayó el seguimiento de las quejas mas frecuentes, por lo que para el 2021, se establecio entre las oficinas de planeación, SIAU y Control Interno, que se realizara el seguimiento por parte de la oficina de control interno, en cuanto al cumplimiento de las acciones correctivas por parte de cada uno de los procesos responsables, igualmente se detectó que no hay comunicación y articulación entre el SIAU y Humanización, en cuanto al análisis y acciones a seguir para el seguimiento de las quejas, ya que los Coordinadores no responden las quejas dentro de los cinco (5) días siguientes a la entrega de la queja para su respuesta, acción correctiva que quedó plasmada en los informes de seguimiento trimestral que realiza la oficina de control interno, así como la suscripción del plan de mejoramiento con cada uno de los Coordinadores.
4. Oficina Juridica: No presenta evidencia de la formulación del plan de mejoramiento según análisis de las principales causas de condenas y demandas, tampoco evidencia de seguimiento de dicho plan.

Debido a las quejas que se siguen presentando con este proceso debido a la demora en el proceso de adquisición de bienes y servicios, y a que en un 90% los procesos de contratación no se liquidan de manera inmediata ni dentro de los cuatro (4) meses que establece la póliza, aunque la oficina de vigilancia y control evidencia el envío de las liquidaciones de los contratos, los cuales se quedan en la oficina jurídica sin que se pronuncien para cerrar el proceso contractual y puedan subir la información al SECOP, de manera optima, ya que como se ha podido evidenciar el 90% de los contratos subidos al SECOP del 2020 estan sin liquidar, asi como también al no cumplimiento de las algunas acciones correctivas pendientes dentro del plan de mejoramiento del Comité de Conciliación suscrito con la Procuraduría en el mes de mayo de 2019, por lo cual en el Comité de Coordinación de Control interno del 29 de diciembre de 2020, se aprobó la auditoria interna al proceso Juridico del HUSJ, para la vigencia del 2021, la cual no se había realizado en años anteriores porque esta oficina no cuenta con el personal de apoyo e las auditorias administrativas suficiente y capacitado para este tipo de auditoria.

Se observa que los procesos: Subgerencia administrativa y financiera, jurídica y SIAU tuvieron cada uno, dos (2) actividades sin cumplir, es decir que participan con el 60% de las actividades que no se implementaron en la vigencia. Los procesos: Venta de servicios, aseguramiento de la calidad y estadística, presentaron una actividad incumplida cada uno, es decir que participan con el 30% de las actividades no desarrolladas en la vigencia; y el 10% de actividades incumplidas están en los procesos Talento humano y lo que se consideró como varios.

Conclusiones

- ✓ Las actividades propuestas en el PAI 2020 del hospital son cumplidas en un 81%
- ✓ Las actividades incumplidas en el PAI 2020 del hospital corresponden al 19%
- ✓ El 61.9% de los procesos del hospital cumplen al 100% con la ejecución del PAI 2020.
- ✓ El 9.5% de los procesos del hospital no implementaron las actividades programadas en el PAI 2020.
- ✓ Los incumplimientos se debieron a no remisión de las evidencias establecidas en el PAI 2020, o los procesos remiten evidencias que no corresponden a lo estipulado.


Recomendaciones presentadas por el Dr Hugo Ernesto Burbano Daza, Jefe de la oficina de Planeacion del Hospital Universitario San Jose ESE:

- ✓ Es conveniente que la oficina asesora de planeación realice una capacitación a los coordinadores de los procesos que tienen responsabilidad en la ejecución del plan de acción institucional PAI vigencia 2021, con el fin de explicar cada una de las columnas del formato y la información que debe contener las evidencias que allegaran los procesos.
- ✓ Es pertinente realizar al menos 3 seguimientos en el año 2021 para verificar estado de implementación del PAI de la actual vigencia.

Con el informe presentado por la oficina de Planeacion, la oficina de control interno presenta las observaciones y recomendación del plan de acción institucional del 2020, así:

1. Subgerencia Administrativa: Se persiste con la actividad de seguimiento al plan de contención de costos, y gastos de la institución, que por la pandemia no se pudieron realizar, así mismo no se cumplió con el plan de implementación de factura electrónica, tampoco realizó el seguimiento al plan de austeridad y gestión ambiental.
2. Venta de Servicios: Una de las recomendaciones a este proceso desde el 2018, es la implementación del plan de mercadeo institucional, del cual en distintos

5. Aseguramiento de la Calidad: El plan de implementación al sistema único de acreditación contempló 14 actividades, de las cuales se implementaron 6 correspondientes al 43%, lo que generó un incumplimiento de la meta que estaba al menos en el 80%. Debido a la pandemia se aplazo el plan de certificación de servicios, mientras tanto se siguen con las actividades relacionadas con la capacitación del talento humano de manera virtual, mantenimiento a la infraestructura y a los equipos biomédicos, adquisición de equipos biomédicos para continuar con el proceso de dotación de los servicios, continuación al estándar de procesos prioritarios en la construcción de la documentación a pesar de los ajustes a cronogramas de realización y socialización de guías de práctica clínica y demás manuales, procesos y procedimientos.
6. Talento Humano: El plan de capacitación Institucional 2020 fue adoptado mediante Resolución #0011 de enero 10 de 2020. Debido a la pandemia, las capacitaciones han sido virtuales y no se aplicaron las encuestas de satisfacción. Sin embargo el área de talento humano no presenta informe específico de la ejecución del plan de capacitación y el desarrollo del indicador. La oficina de control interno en el 2do semestre del 2020, inició la auditoría al proceso de Gestión del Talento Humano, que está integrado por los sub procesos de Talento Humano, Seguridad y Salud en el Trabajo y Coordinación de enfermería, del cual se presentó en el mes de diciembre un informe preliminar de la auditoría quedando la mayoría de las observaciones en plan de mejoramiento, y una de las acciones correctivas tiene que ver precisamente con que todos los planes deben realizarse con mínimo el 90% del personal no solo de planta sino con los contratistas y con los distintos sindicatos que agremian los afiliados participantes, para lograr la efectividad en el cumplimiento de las metas establecidas en el nuevo modelo integrado de planeación y gestión –MIPG–, que según la calificación del FURAG en el 2019, la dimensión de Talento Humano y Dirección disminuyeron en su cumplimiento afectando así la calificación en el avance del MIPG del Hospital San José, por lo que se evidenció la falta de comunicación e interacción de los demás procesos con el proceso de Talento Humano, que es el 1ro y más importante dimensión del MIPG.
7. Estadística: El área de archivo no presenta informe de la actividad de digitalización del archivo de historias clínicas pero el responsable según el plan es la coordinación de estadística. Con la auditoría realizada por la oficina de control interno al proceso de Gestión Documental se estableció la necesidad en la digitalización de las historias clínicas, que es una actividad compartida entre estos dos procesos, por lo cual se sugirió a la Alta gerencia en el Comité de Coordinación de control interno del 29 de diciembre de 2020, que además de actualizarse las

 HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ <i>Confianza y valor para su vida</i> NIT. 891.580.002-5	GESTION DE CONTROL INTERNO	FO-ARH-01
		Versión: 04
		Página 1 de 1

tablas de retención documental es necesaria la digitalización de las historias clínicas, con firma digital, para que sirvan de prueba ante los entes de control.

Me uno a la recomendación de la oficina de planeación en cuanto a que es pertinente realizar al menos 3 seguimientos en el año 2021 para verificar estado de implementación del PAI y a que se sigan construyendo y evaluando las metas de los distintos planes de manera consensuada con cada uno de los procesos realizando el acompañamiento por parte de las oficinas asesoras de planeación y de control interno para el cumplimiento efectivo del plan de desarrollo.

Esperando que se tengan en cuenta, las observaciones y recomendaciones presentadas en este documento, para el mejoramiento y cumplimiento de las metas determinadas en los distintos planes.

Por su atención y colaboración, gracias.

Atentamente;


EDNA MERCEDES LÓPEZ MOLINA
Jefe Oficina Asesora de Control Interno

Se anexa el informe cumplimiento del PAI del 2020, entregado por la oficina de planeación el 3 de marzo de 2021.



**HOSPITAL
SAN JOSÉ**

INFORME FINAL PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL PAI 2020

Popayán, febrero de 2021

INFORME FINAL PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL PAI 2020

Presentación

Teniendo en cuenta el Decreto Número 1876 de 1994 en su artículo 11 numeral 3, que reza que una de las funciones de las Juntas Directivas de las Empresas Sociales del Estado es aprobar los planes operativos anuales, se ampara el Acuerdo Número 02 de febrero 4 de 2004 emitido por el Concejo Municipal de Popayán, donde determina en su artículo 11 numeral 5 que es función de la Junta Directiva del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E. *“Aprobar el plan de desarrollo y los demás planes y programas necesarios para el cumplimiento del objeto y las funciones asignadas al Hospital por el presente acuerdo y las demás normas legales”*, adicionalmente, en su artículo 20 numeral 3, también manifiesta que es función del Gerente del Hospital *“Someter a consideración y aprobación de la Junta Directiva el Plan de Desarrollo y demás planes y programas necesarios para el cumplimiento del objeto y las funciones asignadas al Hospital por el presente acuerdo y demás normas”*. Finalmente con la Ley 1474 de 2011 en su artículo 74, se establece que *“todas las entidades del Estado a más tardar el 31 de enero de cada año, deberán publicar en su respectiva página web el Plan de Acción para el año siguiente, en el cual se especificarán los objetivos, las estrategias, los proyectos, las metas, los responsables, los planes generales de compras y la distribución presupuestal de sus proyectos de inversión junto a los indicadores de gestión”*.

En respuesta a la anterior normatividad, se presentó y adoptó el Plan de Acción Institucional - PAI vigencia 2020 del Hospital Universitario San José de Popayán E.S.E., mediante Acuerdo No. 006 de 31 de enero de 2020, con el propósito de implementar el plan de desarrollo 2017-2020 denominado “Juntos Mejoramos tu salud”.

Los procesos que tuvieron responsabilidad en la implementación del PAI 2020 fueron los siguientes

Proceso	Proceso
SIAU	Archivo
Comunicaciones	Jurídica
Subgerencia administrativa y financiera	Convenio docencia-servicio
Subgerencia científica	Planeación
Calidad	Estadística
Sistema de información	Cartera
Varios	Costos
Gestión ética-legal	Infraestructura y tecnología
Venta de servicios	Seguridad y salud en el trabajo
Talento humano	Contabilidad
Presupuesto	

Cuadro 1: Procesos responsables de la implementación del PAI 2020

Fuente: Acuerdo 006 de 31 de enero de 2020

En conveniente aclarar que el proceso que se denominó varios, corresponde a la actividad No. 30 del PAI, que estipula: “Diseñar e implementar los planes de acción anual

establecidos en el Modelo según Decreto 612 de 2018” y cuya responsabilidad se encuentra en el responsable de cada plan definido según Dcto 612/18, es decir: talento humano, seguridad y salud en el trabajo, archivo, sistema de información y control interno

Las 53 actividades establecidas en el plan de acción se ubican en cuatro (4) perspectivas: Financiera, Clientes, Procesos internos y a Aprendizaje y desarrollo.

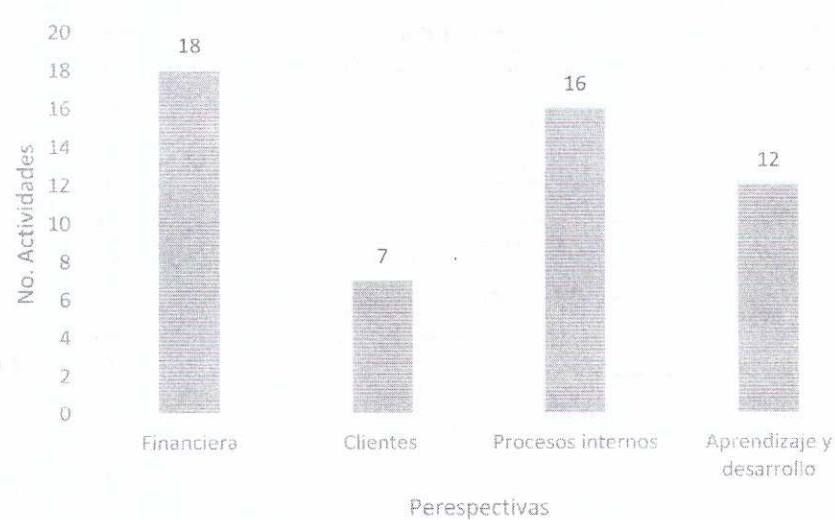


Gráfico 1: Relación de Actividades por Perspectivas para la Implementación del PAI 2020
Fuente: Acuerdo 006 de 31 de enero de 2020

El 33.9% de las actividades que se ejecutaron en el PAI correspondieron a la perspectiva financiera, siendo esta la que contuvo el mayor número de actividades (18 en total), seguida de la perspectiva de procesos internos con 16 actividades para un 30.2%. La perspectiva aprendizaje y desarrollo le correspondió el 22.6% de las actividades (es decir 12) y la de clientes fue la perspectiva de menor número de actividades con 7, es decir el 13.2%.

Metodología

Dada la situación de emergencia suscitada por efectos del Covid 19 el año anterior, solo se adelantaron dos (2) seguimientos al PAI, uno en el mes de julio 2020 y el último a mediados del mes de enero de 2021.

Con el último seguimiento y trasladando los resultados de las actividades ejecutadas al 100% durante el primer semestre del año 2020, se produjo la evaluación de la totalidad del PAI y corresponde al propósito del presente informe.

Cada actividad establecida en el PAI, cuenta con la respectiva evidencia de cumplimiento.

Como se mencionó en el cuadro anterior, para el año 2020 se realizó seguimiento a 21 procesos y subprocesos con quienes se verificó el cumplimiento de las actividades (mediante las evidencias entregadas a la oficina de planeación como soporte), formula del indicador y

metas propuestas. De los 21 procesos evaluados, uno (1) es asistenciales para el caso del Sistema de Información y Atención al Usuario - SIAU, y 20 equivalente al 95.2%% son procesos administrativos.

Informe de seguimiento y evaluación del PAI 2020

Con el propósito de evidenciar el nivel de ejecución de las actividades programadas para cada proceso responsable del hospital, se presenta a continuación el análisis de implementación, las observaciones respectivas indicando cuales actividades fueron débiles y/o no se ejecutaron en cada proceso.

No.	Procesos	Actividades PAI 2020			
		Planeadas	Ejecutadas	No ejecutadas	% Cumplimiento año 2020
1	Subgerencia Científica	0,5	0,5	0	100,0%
2	Subgerencia Administrativa y Financiera	4,5	2,5	2	55,6%
3	Presupuesto	3	3	0	100,0%
4	Cartera	1	1	0	100,0%
5	Costos	3	3	0	100,0%
6	Comunicaciones	3	3	0	100,0%
7	Venta de Servicios	2	1	1	50,0%
8	Oficina Asesora Jurídica	4	2	2	50,0%
9	Contabilidad	1	1	0	100,0%
10	SIAU	2	0	2	0,0%
11	Seguridad y Salud en el Trabajo	3	3	0	100,0%
12	Oficina Asesora de Planeación	6	6	0	100,0%
13	Aseguramiento de la Calidad	5	4	1	80,0%
14	Archivo	1	1	0	100,0%
15	Talento Humano	5	4,5	0,5	90,0%
16	Gestión de la Infraestructura y la Tecnología	3	3	0	100,0%
17	Convenio docencia-servicio	2	2	0	100,0%
18	Gestión Ética Legal	1	1	0	100,0%
19	Estadística	1	0	1	0,0%
20	Sistema de información	1	1	0	100,0%

21	Varios	1	0,5	0,5	50,0%
Total		53	43	10	81%

Cuadro 2: % cumplimiento ejecución PAI Año 2020

Fuente: Soportes de las actividades remitidas por coordinador de cada proceso.

El PAI para la vigencia 2020, se cumple en un 81% en su implementación. 13 procesos equivalente al 61.9% cumplieron al 100% en la implementación. Estos procesos fueron: Subgerencia científica, presupuesto, cartera, costos, comunicaciones, contabilidad, seguridad y salud en el trabajo, oficina asesora planeación, archivo, gestión de la infraestructura y tecnología, convenio docencia-servicio, gestión ético-legal y sistemas de información. Dos (2) procesos que representan el 9.5% del total, implementaron sus planes de acción entre el 80% y 90%; estos son: Aseguramiento de la calidad y Talento humano. Cuatro (4) procesos que representan el 19% del total, estuvieron entre 50% y 60% de ejecución; estos son: Jurídica, subgerencia administrativa, venta de servicios y varios; y, dos (2) procesos: SIAU y estadística, que representan el 9.5%, no implementaron sus actividades del plan de acción institucional.

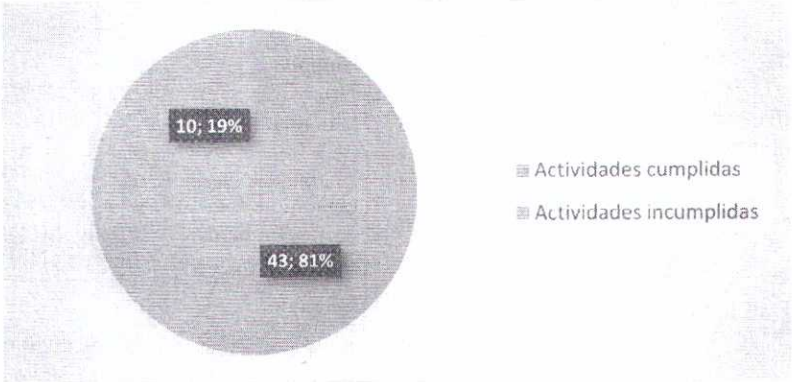


Gráfico 2: % Actividades cumplidas Vs Actividades incumplidas PAI HUSJ año 2020

Fuente: Oficina Asesora Planeación HUSJ

En general se puede decir que el 19% de las actividades programadas en el PAI 2020, no fueron ejecutadas.

No.	Proceso	No. Actividades Incumplidas	Observaciones
1	Subgerencia Científica	0	Ninguna
2	Subgerencia Administrativa y Financiera	2	La subgerencia no aportó a la oficina de planeación Actas de socialización y las listas de asistencias de la socialización periódica de los indicadores y análisis de los mismos, la cual era una actividad compartida con la Subgerencia científica. No elaboró el plan de implementación de factura electrónica, se cuenta con informe de las actividades realizadas en el proceso de factura electrónica desde agosto 2018 hasta 31 de diciembre 2020. No se generó un plan de austeridad y gestión ambiental. La oficina de gestión ambiental remite un informe que contiene la información del ahorro de agua y energía

No.	Proceso	No. Actividades Incumplidas	Observaciones
3	Presupuesto	0	Ninguna
4	Cartera	0	Ninguna
5	Costos	0	Ninguna
6	Comunicaciones	0	Ninguna
7	Venta de Servicios	1	Pese a que el área adjunta Plan de mercadeo establecido para la vigencia 2020, no presenta el acto administrativo para su adopción que es la evidencia pactada.
8	Oficina Asesora Jurídica	2	La oficina no entregó evidencias de la formulación del plan de mejoramiento según análisis de las principales causas de condenas y demandas. No evidencia los seguimientos a dicho plan de mejoramiento.
9	Contabilidad	0	Ninguna
10	SIAU	2	El SIAU no hizo entrega de informe de las necesidades detalladas de los usuarios. No presentó informe de seguimiento al plan de mejoramiento
11	Seguridad y Salud en el Trabajo	0	Ninguna
12	Oficina Asesora de Planeación	0	Ninguna
13	Aseguramiento de la Calidad	1	El plan de implementación al sistema único de acreditación contempló 14 actividades, de las cuales se implementaron 6 correspondientes al 43%, lo que generó un incumplimiento de la meta que estaba al menos en el 80%
14	Archivo	0	Ninguna
15	Talento Humano	0,5	El plan de capacitación Institucional 2020 fue adoptado mediante Resolución #0011 de enero 10 de 2020. Debido a la pandemia, las capacitaciones han sido virtuales y no se aplicaron las encuestas de satisfacción. Sin embargo el área de talento humano no presenta informe específico de la ejecución del plan de capacitación y el desarrollo del indicador
16	Gestión de la Infraestructura y la Tecnología	0	Ninguna
17	Convenio docencia-servicio	0	Ninguna
18	Gestión Ética Legal	0	Ninguna

No.	Proceso	No. Actividades Incumplidas	Observaciones
19	Estadística	1	El área de archivo no presenta informe de la actividad de digitalización del archivo de historias clínicas pero el responsable según el plan es la coordinación de estadística
20	Sistema de información	0	Ninguna
21	Varios	0,5	El proceso de talento humano no hace entrega precisa de los 6 planes, no contiene el desarrollo de la fórmula del indicador: plan de previsión de recursos humanos; plan anual de vacantes; plan estratégico de talento humano; plan institucional de capacitación; plan de incentivos institucionales. Con respecto a los planes: plan estratégico de tecnología de la información y las comunicaciones PETI; plan de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información; plan de seguridad y privacidad de la información; plan institucional de archivos-PINAR; plan anticorrupción y atención al ciudadano - PAYAC, se cuenta con informe detallado de cada uno de ellos
TOTAL		10	

Cuadro 3: Observaciones por incumplimiento ejecución PAI Año 2020

Fuente: Soportes de las actividades remitida por coordinador de cada proceso.


Se observa que los procesos: Subgerencia administrativa y financiera, jurídica y SIAU tuvieron cada uno, dos (2) actividades sin cumplir, es decir que participan con el 60% de las actividades que no se implementaron en la vigencia. Los procesos: Venta de servicios, aseguramiento de la calidad y estadística, presentaron una actividad incumplida cada uno, es decir que participan con el 30% de las actividades no desarrolladas en la vigencia; y el 10% de actividades incumplidas están en los procesos Talento humano y lo que se consideró como varios.

Conclusiones

- ✓ Las actividades propuestas en el PAI 2020 del hospital son cumplidas en un 81%
- ✓ Las actividades incumplidas en el PAI 2020 del hospital corresponden al 19%
- ✓ El 61.9% de los procesos del hospital cumplen al 100% con la ejecución del PAI 2020.
- ✓ El 9.5% de los procesos del hospital no implementaron las actividades programadas en el PAI 2020.
- ✓ Los incumplimientos se debieron a no remisión de las evidencias establecidas en el PAI 2020, o los procesos remiten evidencias que no corresponden a lo estipulado.

Recomendaciones

- ✓ Es conveniente que la oficina asesora de planeación realice una capacitación a los coordinadores de los procesos que tienen responsabilidad en la ejecución del plan de acción institucional PAI vigencia 2021, con el fin de explicar cada una de las columnas del formato y la información que debe contener las evidencias que allegaran los procesos.
- ✓ Es pertinente realizar al menos 3 seguimientos en el año 2021 para verificar estado de implementación del PAI de la actual vigencia.



HUGO ERNESTO BURBANO DAZA
Jefe Oficina Asesora de Planeación

Elaboró: Esmeralda Cuspoca/Profesional especializado Apoyo oficina asesora planeación