



PRIMER INFORME SEGUIMIENTO

IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL – PAI 2021 CORTE 30 DE JUNIO DE 2021

Popayán, agosto de 2021

PRIMER INFORME SEGUIMIENTO 2021

IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL – PAI 2021 CORTE A 30 DE JUNIO DE 2021

Presentación

Teniendo en cuenta el Acuerdo No. 002 de 29 de enero de 2021, por el cual la junta directiva del Hospital San José de Popayán aprobó el plan de acción institucional 2021, se presenta a continuación el primer informe de seguimiento a la implementación del mismo, el cual contiene el avance de las actividades realizadas durante el periodo comprendido entre enero y junio de 2021.

Metodología

Los procesos que tienen responsabilidad en la implementación del plan de acción institucional para la vigencia 2021, son 19 con un total de 69 actividades por implementar, tal como se presenta a continuación:

Procesos	No. Actividades	% Participación
Gestión documental	4	5.8
Calidad	5	7.2
Cartera	1	1.4
Talento Humano	7	10.1
Comunicaciones	1	1.4
Innovación e investigación	5	7.2
Seguridad y salud en el trabajo	3	4.3
Costos	3	4.3
Gestión ambiental	1	1.4
Infraestructura y tecnología	7	10.1
Jurídica	1	1.4
Planeación	12	17.4
Presupuesto	1	1.4
Sistema de Información y atención al usuario - SIAU	2	2.9
Sistemas de información	5	7.2
Subgerencia administrativa	4	5.8

Subgerencia científica	5	7.2
Marketing	1	1.4
Venta de servicios	1	1.4
Total	69	100

Cuadro 1: Procesos responsables de la implementación del Plan de Acción Institucional vigencia 2021

Fuente: Acuerdo 002 de 29 de enero de 2021

Se hizo una socialización del plan de acción institucional una vez aprobado por la junta directiva, ante los coordinadores de los procesos responsables de su implementación en la jornada de comité de gestión y desempeño que se llevó a cabo el 24 de marzo de 2021.

De las 69 actividades establecidas en el plan de acción institucional para la vigencia 2021, la oficina asesora de planeación tiene la mayor responsabilidad en cuanto a la cantidad de actividades a desarrollar con el 17.4%, seguido de las oficinas de talento humano e infraestructura y tecnología con 10.1%. Las oficinas de aseguramiento de la calidad, innovación e investigación, sistemas de información y la subgerencia científica, comparten el mismo número de actividades con el 7.2% cada una. Las áreas como oficina asesora jurídica, venta de servicios, marketing, cartera, comunicaciones, gestión ambiental y presupuesto, solo deben responder por una actividad, lo cual equivale al 1.4% cada uno.

Informe de seguimiento a la implementación del plan de acción institucional PAI periodo enero – junio de 2021.

Con el propósito de evidenciar el nivel de ejecución de las actividades programadas en el PAI vigencia 2021, se presenta a continuación el análisis de implementación, las observaciones respectivas indicando cuales actividades fueron débiles y/o no se ejecutaron por cada proceso durante el periodo enero – junio de 2021

Actividades Implementadas PAI Periodo Enero – Junio de 2021					
No.	Procesos	Actividades programadas	Actividades ejecutadas	Actividades No ejecutadas	% Cumplimiento enero-junio 2021
1	Gestión documental	4	0	4	0
2	Aseguramiento de la calidad	5	3	2	60
3	Cartera	1	1	0	100
4	Talento humano	7	4	3	57.1
5	Comunicaciones	1	1	0	100
6	Innovación e investigación	5	5	0	100
7	Seguridad y salud en el trabajo	3	3	0	100
8	Costos	3	0	3	0
9	Gestión ambiental	1	1	0	100
10	Infraestructura y tecnología	7	5	2	71.4

11	Jurídica	1	1	0	100
12	Planeación	12	8	4	66.7
13	Presupuesto	1	1	0	100
14	SIAU	2	1	1	50
15	Sistema de información	5	3	2	60
16	Subgerencia administrativa	4	2	2	50
17	Subgerencia científica	5	2	3	40
18	Marketing	1	1	0	100
19	Venta de servicios	1	0	1	100
Total		69	39	30	56.5%

Cuadro 2: % Cumplimiento ejecución Plan de Acción Institucional PAI Periodo enero – junio 2021

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

El plan de acción institucional durante el periodo enero - junio de 2021, se cumplió en un 56.5% en su implementación. Siete (7) procesos equivalente al 42.1% cumplieron al 100% en la implementación. Estos procesos fueron: cartera, comunicaciones, innovación e investigación, seguridad y salud en el trabajo, gestión ambiental, jurídica, presupuesto y marketing. El proceso de gestión de la infraestructura y la tecnología, tuvo un cumplimiento del 71,4%; mientras que los procesos: aseguramiento de la calidad, talento humano, planeación, SIAU, sistemas de información, subgerencia administrativa y subgerencia científica, tuvieron porcentaje de cumplimiento entre el 20% y 60%. No tuvieron ningún nivel de ejecución los procesos: gestión documental, costos y venta de servicios.



**Gráfico: % Actividades ejecutadas Vs Actividades no ejecutadas
Plan de Acción Institucional periodo enero – junio de 2021**

Fuente: Oficina Asesora Planeación HUSJ

En general se puede decir que el 43.5% de las actividades programadas en el plan de acción institucional 2021 a implementarse en el periodo enero – junio de 2021, no fueron ejecutadas.

No.	Procesos	Actividades No ejecutadas	Observaciones
1	Gestión documental	4	La coordinación del área no remite informes para verificar actividades realizadas del PINAR, avances en la digitalización de las historias clínicas, actualización de las tablas de retención documental, ni la reprogramación de las transferencias documentales al archivo central y su nivel de implementación
2	Aseguramiento de la calidad	2	No se cuenta con la autoevaluación con estándares de acreditación que fue realizada entre los meses de noviembre y diciembre de 2020. Por otro lado, el informe PAMEC demuestra un nivel de implementación del 7%, pero queda claro también que las coordinaciones de los servicios no tienen claridad en la presentación de las evidencias
3	Talento humano	3	La coordinación del área remitió informe de evaluación de desempeño entre 1 de febrero de 2020 y 31 de diciembre 2021, sin embargo, no contiene el desarrollo del indicador para verificar cumplimiento y avance en la meta. Con respecto al plan de bienestar no se cuenta con la evidencia correspondiente según lo establecido en el plan de acción institucional
4	Costos	3	La coordinación del área no presentó tres informes para realizar seguimiento al costeo por área productiva y por producto
5	Infraestructura y tecnología	2	La coordinación entregó informe que aunque manifiesta cumplimiento del 100% de las remodelaciones, ampliaciones, adecuaciones, enlucimiento y/o mejoramientos de la infraestructura, no establece la fórmula del indicador, tal como se solicita en el plan de acción por lo tanto no se cuenta con evidencia contundente para establecer resultado de indicador y avance en la meta. También presenta el radicado del proyecto de la nueva torre pero quedó pendiente el informe. Aunque se han realizado actividades del plan de reordenamiento hospitalario, estas no se encuentran documentadas como evidencia del plan de acción. El área solo entrega informe sobre dotación de equipos biomédicos pero no tuvo en cuenta los equipos de cómputo y mobiliario (que es un ejercicio que se debe hacer con las otras dos áreas, pero quedó bajo la responsabilidad del proceso de infraestructura y tecnología la consolidación y presentación del informe). Por otro lado, queda la duda si solo son 33 servicios que cumplen con el estándar de dotación o es el cumplimiento de todos los estándares, puede pasar que otros servicios no estén certificados pero que si estén cumpliendo con el estándar de dotación. Aunque remitió el informe de implementación del plan de mantenimiento, el documento no se logra abrir, por lo que es procedente siempre constatar que cada una de las evidencias están claras y se puede acceder a ellas
6	Planeación	4	No se ha presentado informe ante el comité de gestión y desempeño sobre análisis financiero y presupuestal. No se cuenta con informe de ejecución del plan para la implementación de la política de participación social en salud. No se cuenta con informe de implementación de MIPG
7	SIAU	1	No se cuenta con el informe de ejecución del plan de Mejoramiento a la información institucional de PQRS

No.	Procesos	Actividades No ejecutadas	Observaciones
8	Sistema de información	2	La coordinación del proceso remite la matriz de seguimiento a plan de acción por procesos, donde establece un avance en la meta del 90%. Sin embargo al revisar la evidencia, se cuenta solo con una ficha del indicador "Número de personas capacitadas en tecnologías de información y comunicaciones adoptadas, con una medición del indicador en 57%", la cual se encuentra mal diligenciada (no incluye siquiera el denominador del indicador). Es decir, solo reporta una actividad del PETI que se podría homologar con la definición, socialización y adherencia de la política de gerencia de la información, quedando las otras 6 actividades del plan sin informe de seguimiento. El coordinador del área no hace entrega de informe de seguimiento "Realizar seguimiento a la ejecución de las actividades establecidas en el Plan de Acción Institucional - PAI 2021" y en el PAI se encuentra el seguimiento al SUIT. Es importante anotar que las actividades estarían compartidas con la subgerencia administrativa
9	Subgerencia administrativa	2	La subgerencia administrativa y financiera hace entrega de un acta de 25 de febrero de 2021 de comité de calidad SIHO IV trimestre 2020 en la cual no se evidencian todos los indicadores del área administrativa y financiera, según master de indicadores y se encuentra pantallazos de las inconsistencias informativas, también las inconsistencias informativas encontradas según circular 012 de 2021. Se cuenta con otra acta del 19 de mayo de 2021 también del comité de calidad SIHO I Trimestre 2021, conformada por los mismos apartes del acta anterior. Del informe de facturación electrónica se observa que los datos del indicador están errados, el numerador debe ser 1 y el denominador 4, lo que se está midiendo es la entrega de informes. El informe presentado debe mejorarse en cuanto a aspectos de forma (título, fecha de corte del informe y presentar exclusivamente la información del periodo correspondiente, firmar el informe). Según plan de acción institucional, el informe presentado debía contener dos cortes: a marzo y a junio. Según plan de acción institucional a marzo 2021 debía contarse con el documento plan (que si se cumplió) y a corte junio 2021, debía presentarse un informe de seguimiento a las actividades realizadas, según lo establecido en el plan de austeridad y gestión ambiental que desarrollara el indicador, lo cual no se presentó.
10	Subgerencia científica	3	No se tienen documentadas las 6 RIAS propuestas, tampoco se cuenta con el acta sobre socialización de los indicadores del master de indicadores. No se cuenta aún con 6 proyectos en banco de proyectos relacionados con oferta de servicios
11	Venta de servicios	1	No se avanzado en la implementación de hacer de los procesos asistenciales más competitivos y rentables acorde con el mercado y la política de rentabilidad del Hospital
Total		30	

Cuadro 3: Observaciones por incumplimiento ejecución actividades Plan de Acción Institucional 2021, periodo enero – junio de 2021

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

Se observa que los procesos: gestión documental y planeación no cumplieron con la entrega de cuatro (4) actividades cada uno, es decir que participan con el 26.7% de las actividades que no se implementaron en la vigencia; los procesos: talento humano, costos y subgerencia científica no cumplieron con la entrega de tres (3) actividades cada uno, es decir que participan con el 12% de las actividades incumplidas; los procesos: aseguramiento de la calidad, infraestructura y tecnología, sistemas de información y la subgerencia administrativa, no cumplieron con la entrega de dos (2) actividades cada uno, es decir que participan con el 26.6% de las actividades incumplidas; y los procesos: SIAU y venta de servicios, no cumplieron con la entrega de dos (2) actividades cada uno, es decir que participan con el 6.7% de las actividades incumplidas.

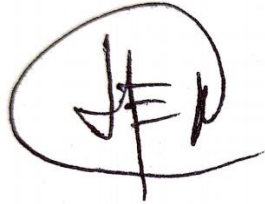
Conclusiones

- ✓ En el mes de enero se elaboró y subió a la plataforma institucional el plan de acción 2021 aprobado por la junta directiva. Y en el mes de marzo se realizó la respectiva socialización.
- ✓ Las actividades plasmadas en el plan de acción institucional 2021 a corte junio de 2021, fueron cumplidas en un 56.5%
- ✓ Las actividades incumplidas del plan de acción institucional 2021, correspondieron al 43.5%
- ✓ El 42.1% de los procesos del hospital cumplieron al 100% con la ejecución de las actividades del plan de acción institucional 2021, en el periodo enero – junio de 2021
- ✓ Fueron tres (3) procesos que no implementaron las actividades propuestas en el plan de acción institucional, por lo que sus avances fueron calificados en 0%
- ✓ Los incumplimientos se debieron a no remisión de las evidencias establecidas en el plan de acción institucional, o los procesos remitieron evidencias incompletas.
- ✓ No se logró evaluar a ningún proceso frente al seguimiento de las actividades de las políticas institucionales, ya que lo que referenciaron los coordinadores de las mismas, es que estas políticas no contienen actividades.

Recomendaciones

- ✓ Es pertinente realizar un seguimiento a la implementación del plan de acción institucional 2021 a corte septiembre 2021, ya que los coordinadores de los procesos están enterados del nivel de avance en las metas y se comprometieron a su mejora. Esto no implica que se genere un informe por escrito, pero si una verificación de cumplimiento.

- ✓ La oficina asesora de planeación debe revisar las políticas institucionales conjuntamente con los líderes de los procesos que les corresponde para establecer las actividades y poder medir a 31 de diciembre de 2021, el nivel de implementación.



HUGO ERNESTO BURBANO DAZA
Jefe Oficina Asesora de Planeación

Elaboró: Esmeralda Cuspoca/Profesional especializado Apoyo oficina asesora planeación