	FORMATO DE COMUNICACIONES	FECHA ELABORACION: 01-04-2019
		FECHA ACTUALIZACION: 30-03-2022
	CODIGO: CAL-F-027	PAGINA: 1 - 4
	VERSION: 3	REVISO Y APROBO: Grupo Primario Gestión de Calidad

1100-310-10

CI-024

Bucaramanga, 31 de enero de 2023

Doctor
GERMÁN JESÚS GÓMEZ LIZARAZO
Gerente
ESE ISABU

Firma _____

Radicado: **00000410**

Enviado: 31/01/2023 - 5:38 p.m.

ventanillaunica

ESE ISABU



ASUNTO: Informe de evaluación institucional por dependencias vigencia 2022
Departamento Administrativo de la Función Pública.

Cordial saludo:


La oficina de Control Interno en cumplimiento de la circular 04 de 2005, expedida el DAFP, se permite allegar el Informe de evaluación institucional por dependencias correspondiente a la vigencia 2022, para su conocimiento y fines pertinentes.

Agradezco la atención a la presente.

Cordialmente

SILVIA JULIANA PINZÓN CUEVAS
Jefe Oficina de Control Interno

P/E: Silvia Juliana Pinzón Cuevas
Jefe Oficina de Control Interno

	FORMATO DE COMUNICACIONES	FECHA ELABORACION: 01-04-2019
		FECHA ACTUALIZACION: 30-03-2022
	CODIGO: CAL-F-027	PAGINA: 2 - 4
	VERSION: 3	REVISO Y APROBO: Grupo Primario Gestión de Calidad

INFORME DE EVALUACIÓN DE GESTION POR DEPENDENCIAS VIGENCIA 2022 INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA E.S.E. ISABU

Con el propósito de garantizar la adecuada implementación del autocontrol y administración del riesgo en los procesos de la entidad y en procura que todas las actividades, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la alta dirección y atención a las metas u objetivos previstos, se presenta informe de cumplimiento de la Circular No. 04 de 2005 donde se establece: “El Jefe de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, para hacer la evaluación institucional a la gestión de las dependencias, deberá tener como referente: a) La planeación institucional enmarcada en la visión, misión y objetivos del organismo; b) Los objetivos institucionales por dependencia y sus compromisos relacionados; c) Los resultados de la ejecución por dependencias, de acuerdo a lo programado en la planeación institucional, contenidos en los informes de seguimiento de las Oficinas de Planeación o como resultado de las auditorías y/o visitas realizadas por las mismas Oficinas de Control Interno”.


Aunado a lo anterior, la evaluación de Gestión por Dependencias busca verificar el cumplimiento de las metas institucionales, por parte de las áreas y Oficinas Asesoras de la Entidad, siendo fuente objetiva de información respecto al cumplimiento de las metas establecidas, siendo el insumo necesario para realizar el presente informe de la oficina de control interno desde su rol de seguimiento y evaluación.

OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN

- Identificar los factores críticos de los procesos, detectar desviaciones que se encuentren por fuera de su rango de gestión para establecer las medidas correctivas y planes de mejoramiento que garanticen la continuidad de la operación y la satisfacción de los objetivos institucionales.
- Retroalimentar los procesos para la evaluación de desempeño.
- Medir, evaluar y controlar los resultados de las diferentes actividades.

ALCANCE

La evaluación se sustenta en la gestión adelantada por cada una de las dependencias, conforme a los compromisos y metas definidos en el Plan de Acción y en los indicadores de gestión por procesos de la vigencia 2022.

	FORMATO DE COMUNICACIONES	FECHA ELABORACION: 01-04-2019
		FECHA ACTUALIZACION: 30-03-2022
	CODIGO: CAL-F-027	PAGINA: 3 - 4
	VERSION: 3	REVISO Y APROBO: Grupo Primario Gestión de Calidad

EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN POR DEPENDENCIAS


Se realizó evaluación conforme al plan de acción 2020-2023, de acuerdo con la plataforma estratégica del plan de desarrollo “ISABU COMPROMETIDO CON LA SALUD Y BIENESTAR DE SUS USUARIOS 2020-2023”.

De conformidad con los parámetros establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública DAFP y ateniendo lo dispuesto en la normatividad vigente, se consolidó la información de autoevaluación a la gestión realizada por la oficina de control interno y el seguimiento al cumplimiento del plan de acción de la vigencia 2022.

ANÁLISIS

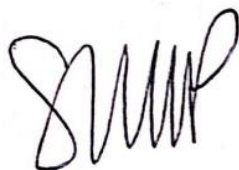
La Oficina de Control Interno procedió a la elaboración del presente informe, desde su rol de evaluador independiente, mediante el consolidado del avance del plan de acción reportado por la oficina asesora de planeación, el análisis de los datos reportados en el formato de evaluación de gestión por dependencias y el cálculo del porcentaje promedio de cumplimiento de los compromisos al final de la gestión.

	Dependencia Evaluada	% de Cumplimiento
1.	Gestión Planeación y Direccionamiento estratégico	100%
2.	Gestión de Calidad	100%
3.	Gestión de Atención al usuario SIAU	100%
4.	Gestión Atención Ambulatorios	100%
5.	Salud Pública	100%
6.	Gestión Financiera	80%
7.	Gestión de Recursos Físicos	100%
8.	Gestión de las TIC'S	100%
9.	Gestión de Control Interno	100%

	FORMATO DE COMUNICACIONES	FECHA ELABORACION: 01-04-2019
		FECHA ACTUALIZACION: 30-03-2022
	CODIGO: CAL-F-027	PAGINA: 4 - 4
	VERSION: 3	REVISO Y APROBO: Grupo Primario Gestión de Calidad

CONCLUSIONES

- De acuerdo con la evaluación a nueve (9) dependencias, se evidenció que ocho (8) obtuvieron un cumplimiento del 100% en las metas establecidas. Gestión Financiera obtuvo un resultado de 80% debido a una actividad que no se consiguió un óptimo cumplimiento.
- En cuanto a la meta de la Gestión Financiera que obtuvo el 80% de la meta, entiende esta oficina que el resultado del indicador no depende solo de esta dependencia, sin embargo, el llamado es a establecer un plan de mejoramiento que apunte al cumplimiento de los objetivos trazados en el Plan de Acción del plan de desarrollo, en el cual se involucre todas las áreas que influyen en el resultado.
- Las diferentes dependencias realizan las actividades con compromiso y determinación, sin embargo, hace falta fortalecer el trabajo mancomunado entre ellas, ya que el cumplimiento de las metas no depende de una sola dependencia.
- Es necesario fortalecer el seguimiento y el autocontrol de cada dependencia en la medición de las metas. El llamado es que se realicen seguimientos continuos a las actividades, se mida la efectividad de estas, con el fin de tomar decisiones oportunas para lograr el 100% del cumplimiento.
- Se recomienda a todas las dependencias de la entidad a mejorar la oportunidad de entrega de la información solicitada por la oficina de control interno, procurando respetar las fechas establecidas, con el fin de evitar reiteraciones y atrasos en las actividades de esta oficina.



SILVIA JULIANA PINZON CUEVAS

Jefe Oficina de Control Interno
E.S.E. ISABU

Apoyó: Vianey González Gamarra
Profesional de apoyo control interno

Se anexan; nueve (9) formatos de evaluaciones



**CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL
INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL**

**FORMATO
EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA**

1. ENTIDAD: E.S.E ISABU		2. DEPENDENCIA A EVALUAR: PLANEACIÓN	
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:			
<ul style="list-style-type: none"> - 1 Fortalecer la infraestructura física y tecnológica de la E.S.E ISABU. - 2 Lograr un posicionamiento institucional estratégico, mediante un enfoque integral del riesgo, énfasis en atención primaria en salud, promoción y prevención, maternidad segura y vocación docencia servicio. - 3 Fortalecer el sistema integrado de gestión administrativa que garantice mayor eficiencia, mejores resultados, enfocados en las competencias del ser, la humanización, el saber y el hacer en la gestión de salud. 			
4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO (%)	5.3. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
<p>Estudio médico técnico compuesto por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Definir las fuentes de información -Elaboración estudios medico técnico -Presentación para aprobación del estudio médico técnico a la Gerencia -Presentación de estudio médico técnico a la Secretaría de Salud Departamental - Gestionar recursos de inversión para la adecuación del 2do piso en el C.S Morrорico para la atención de la población migrante en el municipio de Bucaramanga. 	<p>NÚMERO DE PROYECTOS DE INVERSION GESTIONADOS PARA MODERNIZAR LA INFRAESTRUCTURA</p>	<p>1</p>	<p>Se logra obtener el concepto de coherencia con el Modelo de Red y la viabilidad del Departamento para el Proyecto de REPOSICIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA DE LA NUEVA UNIDAD HOSPITALARIA UIMIST DE ESE INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA, el cual contiene la concertación de la capacidad instalada.</p> <p>Se espera que, para enero de 2023, se obtenga viabilidad de capacidad instalada por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, para retomar los diseños médico - arquitectónicos y de redes.</p> <p>Se evidencia como soporte, el Concepto de coherencia PTRRMR-ISABU del Proyecto UIMIST, firmado por el secretario de Salud Departamental de Santander.</p> <p>Por otra parte, desde la vigencia 2021 la E.S.E ISABU con el apoyo financiero de la organización Internacional para las migraciones OIM mediante el contrato PSPJ 3471 CM-397 se gestionaron los recursos para adecuar el área del segundo nivel del centro de salud Morrорico, para la atención a migrantes.</p>



CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL

Diseñar, Elaborar, Aprobar y Socializar el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	100%	<p>El Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano forma parte de la política de transparencia participación y servicio al ciudadano del Modelo Integrado de Planeación y Gestión que articula el quehacer de las entidades mediante los lineamientos de cinco políticas de desarrollo administrativo y el monitoreo y evaluación de los avances en gestión institucional y sectorial. El Plan Anticorrupción debe formularse y publicarse a más tardar el 31 de enero de cada año. Por esta razón se realizó el siguiente contexto estratégico.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Un diagnóstico de los trámites y servicios de la entidad.2. Las necesidades orientadas a la racionalización y simplificación de trámites.3. Las necesidades de información dirigida a más usuarios y ciudadanos (rendición de cuentas).4. Un diagnóstico de la estrategia de servicio al ciudadano.5. Un diagnóstico del avance en la implementación de la Ley de Transparencia. <p>Se utilizó como guía "Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano V2" (www.funcionpublica.gov.co/Eva) para dar cumplimiento a los lineamientos y formular las diferentes estrategias en donde se indican los subcomponentes y actividades a desarrollar a excepción de la Estrategia de Racionalización que sugiere un formato en el que se definen únicamente los trámites a intervenir con una acción de mejora.</p>
--	--	------	---



CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL

<p>Elaboración del plan de plan de trabajo de Rendición de Cuentas, donde se garantice el cumplimiento normativo del proceso de realización de audiencia pública para rendición de cuentas.</p> <ol style="list-style-type: none">1- Elaborar 2 informes de seguimiento al plan de trabajo de Rendición de Cuentas, anexando las evidencias de las actividades efectuadas2- Realización de la audiencia pública de rendición de cuentas.3- Presentación de informe de rendición de cuentas.4- Evaluación de la audiencia pública de rendición de cuentas.5- Evidencia de 4 cargues de informes al concejo	<p># DE RENDICIONES DE CUENTAS REALIZADAS</p>	<p>1</p>	<p>Respecto a la rendición de cuentas, las acciones ejecutadas fueron:</p> <p>Aprestamiento: Organización Gradual Diseño: Actividades proyectadas para la realización de la rendición de cuentas. Preparación: Envío de circular para solicitud de información a líderes Recepción información por parte de los líderes consolidación Informe.</p> <p>Ejecución: Publicación en página web y página de la Supersalud Publicación de invitación en redes sociales y medios institucionales.</p> <p>Capacitación en rendición de cuentas con alianza de usuarios y personal administrativo del HLN. Generación de propuestas temas audiencia pública alianza de usuarios. Entrega de invitaciones y oficio donde se evidencia, el medio, la fecha y la hora para la transmisión de la audiencia pública de rendición de cuentas 2021. Publicación en página WEB de propuestas de organizaciones y respuesta a las entidades. Seguimiento y Evaluación en el link: Fortalecimiento de la página WEB, Procesos Continuos de Formación en Anticorrupción. transparencia y rendición de cuentas Eventos públicos de Rendición de cuentas vigencia 2021. Eventos públicos de Rendición de cuentas vigencia 2021. Evaluación Realizada por control interno: de la evaluación realizada por control interno se ejecutó un plan de mejoramiento. Este plan fue realizado por el área de comunicaciones el cual se establece para mitigar 3 hallazgos encontrados por la oficina de control interno. Estas actividades de mejora serán tenidas en cuenta para la próxima rendición de cuentas (vigencia. 2022).</p> <p>Respecto a los informes al Concejo Municipal: Se realizaron 4 informes al concejo de Bucaramanga, publicándose en la página web institucional.</p>
---	---	----------	--



CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL

<p>Generar una estrategia comunicativa que contiene:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Boletines informativos digitales: Periodicidad una vez al mes en total 12 boletines informativos.2. Comunicados de prensa digitales: dependiendo del número de solicitudes.3. Publicaciones redes sociales y página web: archivo por mes de capturas de pantalla.4. Soporte de piezas graficas realizadas para el desarrollo de campañas.5. Soporte de vídeos realizados.6. Actualización de imagen en diapositivas institucionales.	<p>NÚMERO DE ESTRATEGIAS DESARROLLADAS</p>	<p>1</p>	<p>De acuerdo a lo planificado para la vigencia 2022 se realizaron el total de actividades propuestas para el cumplimiento del 100% del proyecto denominado en el plan de acción ESTRATEGIA DE MARKETING. Para la vigencia se realizaron: Boletines y comunicados, según solicitud y del número de actividades que así lo requerían. También se desarrollaron piezas gráficas y videos; estos apuntaron a dar a conocer las diferentes acciones y actividades que realizaron durante la vigencia, tanto de la ESE como de aquellas que se realizaron para el PIC, dichas actividades se realizaron con el apoyo del equipo administrativo de la institución, quienes durante la ejecución de videos y piezas aportaban sus ideas para mejorar el mensaje a transmitir. Asimismo, todo video fue elaborado con el aval del Gerente Dr. Germán Gómez. Lo anteriormente mencionado se soporta con las capturas de pantalla de las publicaciones realizadas mes a mes los cuales incluyen piezas gráficas y archivos en PDF de los boletines. Con la realización de estas acciones a lo largo del año se logró dar a conocer la gestión realizada desde las diferentes áreas, proyectos, planes, obras y demás actividades enfocadas a la promoción y prevención. Actividad realizada al 100%.</p>
---	--	----------	--



CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL

<p>1-Realización de revisión de las recomendaciones generadas por el FURAG y priorización, Plan de Acción de MIPG y Documento de MIPG.</p> <p>2 presentación de aprobación en comité de CIGD de la documentación que hace parte del Módulo Integrado de Planeación y Gestión.</p> <p>3.1. Seguimiento de cumplimiento del Plan de trabajo MIPG vigencia 2021 - 2022 con corte del 31 de marzo de 2022 a través de Comité CIGD.</p> <p>3.2. Seguimiento de cierre de cumplimiento del Plan de trabajo MIPG vigencia 2021-2022 con corte a 30 de junio de 2022 a través del Comité CIGD.</p>	<p align="center">PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE ACCIÓN DE MIPG EN EL PERIODO OBJETO DE EVALUACIÓN</p>	<p align="center">99.5%</p>	<p>1. De las 282 recomendaciones generadas de la medición FURAG vigencia 2021, se priorizaron 173 recomendaciones, 190 recomendaciones no fueron priorizadas porque 35 de ellas se ejecutaron en el Plan de Acción MIPG 2021-2022, las restantes recomendaciones no incluidas en este Plan requieren recursos no contemplados en el Plan de Desarrollo- ni en los planes estratégicos institucionales.</p> <p>2. El Plan de Acción MIPG 2022-2023 con 127 actividades de trabajo y 205 metas ajustadas en seguimiento por la alcaldía. Se actualizó el documento de implementación del MIPG. Cód. PLA-MO-01. V5. Aprobado por el comité CIGD Acta No.7 y No.8-2022.</p> <p>3.1. Se realizó seguimiento Plan de Acción MIPG 2021-2022: A corte 31 de marzo de 2022 se tenían programadas 181 actividades de las cuales se cumplieron 189 actividades dando un cumplimiento del 96% y avance de cumplimiento acumulado del 84% del plan, quedando 7 actividades en desarrollo que se cerrarán en el II trimestre-2022:</p> <p>Las actividades pendientes fueron: Política de Seguridad Digital: 1 actividad. Aprobación por Comité CIGD del Plan de acción para la gestión sistemática y cíclica del riesgo de seguridad digital de la entidad de la vigencia 2022. Política de Defensa Jurídica: 5 actividades: Política de Defensa Judicial (acta de aprobación y resolución de adopción) Actualización política de daño antijurídico (acta de aprobación y resolución de adopción) Plan de daño antijurídico de la vigencia 2022 (aprobación). Política de Gestión Documental: Programa de reprografía diseñado. Seguimiento representado en comité de CIGD el 26-mayo-2022.</p> <p>3.2. Seguimiento PA-MIPG vigencia 2021 2022: A corte del 30 de junio de 2022 se dio el cierre del plan; de 215 actividades se cumplieron 214, con un cumplimiento del 99,5%. Siendo la meta establecida del 93% para el 2022. Actividad no cumplida: Política de Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional: Actividad: Realizar medición y análisis de los indicadores definidos en el Balance score card (Módulo de calidad del software Panacea). Es necesario precisar que esta actividad se incluirá en el Plan de Acción MIPG 2022-2023. Seguimiento presentado en el comité CIGD de julio Acta No. 07 de 2022.</p>
--	---	-----------------------------	--



CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

Del análisis aquí evidenciado y producto de los seguimientos realizados por la oficina de control a la gestión de Planeación y Direccionamientos estratégico, se puede determinar que esta dependencia cumplió al 100% con los objetivos propuestos para la vigencia 2022. Es necesario precisar que si bien el Plan de Acción MIPG se cumplió en un 99.5%, la meta era de 93%, porcentaje mucho mayor a lo propuesto.

Teniendo en cuenta lo anterior, la oficina de Planeación y Direccionamiento Estratégico cumplió con los objetivos propuestos al 100%.

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

1. Esta oficina de Control Interno recomienda a la oficina de Planeación y Direccionamiento Estratégico, realizar seguimiento periódico al cumplimiento de las actividades contenidas en cada uno de los Planes de Acción que se desarrollan en la entidad. Esto con el fin de evidenciar y asegurar el cumplimiento de las actividades en pro del mejoramiento continuo.
2. Esta recomendación es general para todas las dependencias de la entidad y refiere a mejorar la oportunidad de entrega de la información solicitada por la oficina de control interno, procurando respetar las fechas establecidas, con el fin de evitar reiteraciones y atrasos en las actividades de esta oficina.



**CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL
INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL**

8. FECHA: 31 de enero de 2023

9. FIRMA:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'SJP', is centered within the signature box.

SILVIA JULIANA PINZÓN CUEVAS
Jefe Oficina de Control Interno
ESE ISABU



**CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL
INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL**

**FORMATO
EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA**

1. ENTIDAD: INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA E.S.E. ISABU		2. DEPENDENCIA A EVALUAR: OFICINA ASESORA DE CALIDAD	
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA: <ul style="list-style-type: none"> Lograr un posicionamiento institucional estratégico, mediante un enfoque integral del riesgo, énfasis en atención primaria en salud, promoción y prevención, maternidad segura y vocación docencia servicio. Fortalecer el sistema integrado de gestión administrativa que garantice mayor eficiencia, mejores resultados, enfocados en las competencias del ser, humanización, el saber y hacer en la gestión de salud. 			
4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO (%)	5.3. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
1. Realizar consolidación y análisis trimestral, de los indicadores de Oportunidad de acuerdo con 2193. 2. Elaboración de planes de mejoramiento conforme a los resultados, si aplica, conforme a las desviaciones identificadas en la evaluación de los indicadores.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES DE OPORTUNIDAD REPORTADOS EN DECRETO 2193.	100%	La oficina de calidad dando cumplimiento al sistema obligatorio de garantía de la calidad, en su componente sistema de información, realizó durante el 2022 captura, consolidación y análisis de indicadores de calidad para reportar al ministerio de salud y protección social de acuerdo con decreto 2193 de 2004. Analizando el resultado de los indicadores durante toda la vigencia, todos estuvieron dentro de la meta establecida y se obtuvo un resultado óptimo. Las estrategias implementadas para que los indicadores obtuvieran resultados óptimos fueron: 1.Apoyo por parte de convenios docencia-servicio 2. Revisión de demanda insatisfecha 3. Revisión diaria de agendas 4.Asignación de médicos satélites para los centros de salud que presentan brechas 5.Reemplazo diario de inasistentes 6.Capacitación al personal médico de urgencias en clasificación triage. Con esto, se da por finalizadas las acciones planteadas para la vigencia 2022 cumpliéndose al 100%



CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL

2.Realizar actualización y ajuste a el listado maestro de acuerdo con los requerimientos de los Líderes de los procesos	NÚMERO DE REVISIONES DE LISTADO MAESTRO REALIZADAS/NÚMERO DE REVISIONES DE LISTADO MAESTRO PROGRAMADAS	100%	Durante la vigencia 2022, la oficina de calidad, desde su enfoque en mejoramiento continuo de los procesos, realizó de manera mensual, la actualización del listado maestro de documentos, ejecutando revisión y codificación de los documentos solicitados por los líderes. Para el IV trimestre se codificaron 61 documentos y el consolidado de documentos revisados y codificados del año fue de 246 documentos. Se da por cumplida la actividad planteada para el 2022 al 100%.
3.Realizar Autoevaluación de estándares de habilitación de acuerdo con cronograma de auditorías Internas	NÚMERO DE AUTOEVALUACIONES REALIZADAS	100%	La oficina de Calidad dando cumplimiento al sistema obligatorio de garantía de la calidad, en su componente de habilitación, en el 2022, planeó y ejecutó 22 visitas a centros de salud y unidades hospitalarias aplicando la lista de chequeo de autoevaluación de habilitación de acuerdo con resolución 3100 de 2021. Este cronograma se ejecutó en el segundo y tercer trimestre de 2022, dando así cumplimiento al 100% de las autoevaluaciones planteadas. Con estas autoevaluaciones realizadas, se logró identificar oportunidades de mejora, las cuales fueron remitidas a través de informes a los líderes de los centros de salud y unidades hospitalarias, logrando intervenir y hacer los ajustes necesarios para cumplir con la normatividad vigente.
4.Realizar el planteamiento de las acciones MECI inicial	NÚMERO DE ACTIVIDADES EJECUTADAS/NÚMERO DE ACTIVIDADES PROYECTADAS*100	100%	Para el 2022, se planteó la documentación del Plan de acción MECI para la vigencia, derivado de la autoevaluación de la política de control interno, esta acción fue desarrollada en el tercer trimestre. El documento MECI se mantiene en su cuarta versión. Esta actividad queda cumplida al 100%.



CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL

<p>5.Realizar una campaña para crear cultura hacia el cuidado por el medio ambiente.</p>	<p>NÚMERO DE CAMPAÑAS EJECUTADAS</p>	<p>100%</p>	<p>En la vigencia 2022 se implementó la campaña "MENTALÍZATE NO LO TIRES ¡RECICLA!". Cuyo objetivo fue fomentar en los usuarios internos y externos la cultura del reciclaje de botellas plásticas y aumentar el reciclaje de este, contribuyendo a un ambiente más sostenible, esto debido a que este tipo de material es muy nocivo para el ambiente por su durabilidad y la inadecuada segregación aumenta la posibilidad de que estos materiales lleguen a los océanos y ocasionen daños irreparables en nuestro ecosistema.</p> <p>La campaña consistió en dos estrategias: socialización y sensibilización a nuestros usuarios y colaboradores de porque reciclar y la instalación de canecas blancas y grises en puestos estratégicos del ISABU: tanto en las unidades Hospitalarias, Hospital Local del Norte y UIMIST como en las unidades Operativas, para el depósito de botellas plásticas.</p> <p>La Campaña implementada tuvo un impacto positivo, pues logró sensibilizar a los usuarios y colaboradores en como aportar para mejorar el medio ambiente y aumentar la recolección de kilos de reciclaje en la institución.</p> <p>Total de reuniones en las que se socializó la campaña: 33 Total de personal sensibilizado: 1.222 personas Total de puntos estratégicos: 30</p> <p>Gracias a la implementación de la campaña se logró un aumento del reciclaje en 69% con respecto al 2021.</p>
--	--------------------------------------	-------------	---



CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

La oficina de control interno, producto de los seguimientos y auditorias, puede determinar que la oficina de Asesora de Calidad, ha cumplido con el 100% de las actividades y ha cumplido los objetivos de manera optima en la vigencia 2022. De resaltar la tarea maratónica de autoevaluaciones de habilitación de calidad, que propenden por el mejoramiento del servicio en beneficio de nuestros usuarios.

Teniendo en cuenta lo anterior, esta oficina de control interno puede determinar que la oficina Asesora de Calidad cumplió con las metas propuestas para la vigencia inmediatamente anterior.

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

1. Continuar con las actividades que propendan por el mejoramiento de la calidad del servicio prestado en la ESE ISABU, ahondando en la implementación de campañas medio ambientales que labren el camino hacia un servicio de salud más consciente con las buenas prácticas ambientales.
2. Esta recomendación es general para todas las dependencias de la entidad y refiere a mejorar la oportunidad de entrega de la información solicitada por la oficina de control interno, procurando respetar las fechas establecidas, con el fin de evitar reiteraciones y atrasos en las actividades de esta oficina.



**CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL
INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL**

8. FECHA: 31 de enero de 2023

9. FIRMA:

SILVIA JULIANA PINZÓN CUEVAS
Jefe Oficina de Control Interno
ESE ISABU



CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL

**FORMATO
EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA**

1. ENTIDAD: INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA E.S.E. ISABU		2. DEPENDENCIA A EVALUAR: GESTION ATENCIÓN AL USUARIO SIAU	
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA: <ul style="list-style-type: none">Lograr un posicionamiento institucional estratégico, mediante un enfoque integral del riesgo, énfasis en atención primaria en salud, promoción y prevención, maternidad segura y vocación docencia servicio.			
4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO (%)	5.3. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
1-Realizar reuniones bimensuales con la alianza de usuarios para determinar las necesidades y expectativas. 2- Registrar en el formato del plan de mejoramiento de las necesidades con el fin de realizar la gestión y hacer seguimiento de las mismas. 3- Dar respuesta a los usuarios de los resultados de la gestión realizada frente a las necesidades identificadas	# DE REUNIONES REALIZADAS CON LA COMUNIDAD	100%	Durante la vigencia 2022, se realizaron 6 reuniones con los miembros de la alianza de usuarios donde se registraron las expectativas y necesidades para poder tramitarlas mediante plan de mejoramiento, las necesidades más frecuentes de los líderes es la oportunidad en la asignación de citas por medicina general y especializada, así como el mejoramiento y mantenimiento de las estructuras físicas de los centros de salud y el Hospital Local del Norte. Se realizaron 2 mesas de trabajo de manera presencial con líderes de la alianza de usuarios, el Gerente y el grupo directivo de la ESE ISABU donde se registraron las expectativas y necesidades para poder tramitarlas, también se les dio a conocer a los lideres el portafolio de servicios y los proyectos de remodelación e infraestructura del ISABU. Se realizó plan de mejora con las necesidades de los usuarios y se dio repuesta oportuna a las mismas. Se realizaron en total 6 reuniones para identificar las necesidades y expectativas de los usuarios, cumpliendo el 100% del indicador.



CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL

<p>1- gestionar las PQRD presentadas por los ciudadanos</p> <p>2- Realizar 4 informes de PQRD el cual consolide las causas más relevantes, la cantidad discriminada de peticiones, quejas, reclamos y denuncias, en forma comparativa con el trimestre anterior, adicionalmente, contendrá el plan de mejora frente a las desviaciones identificadas.</p> <p>3. Seguimiento a las acciones de mejoramiento definidas frente a las desviaciones identificadas</p>	<p># DE PQRD gestionadas / # TOTAL DE PQRD PUESTAS POR LOS CIUDADANOS* 100</p>	<p>100%</p>	<p>En el año 2022 se recibieron y gestionaron en total 614 PQRSF (peticiones 44, quejas 314, reclamos 24, sugerencia 18, felicitaciones 214 y solicitudes de información 0.), dando respuesta oportuna dentro de los términos estipulados por la ley.</p> <p>Se realizó plan de mejora de las desviaciones encontradas buscando la satisfacción del usuario, el mejoramiento en la calidad y oportunidad en el servicio identificando las principales causas para determinar las acciones a seguir.</p> <p>Los servicios donde más se presentan las PQRS son en facturación por la asignación de citas y por el trato por parte de algunos funcionarios, para lo cual se están realizando estrategias como el programa de humanización con sus respectivas actividades, el programa gestión de filas y el mejoramiento en la cobertura del call center y las citas web al igual que el mejoramiento locativo y mantenimiento de la infraestructura en varios centros de salud.</p> <p>La información de PQRS se plasmó en los informes trimestrales (4) de la oficina del SIAU que se encuentran publicados en la página web de la entidad. Se gestionaron el 100% las PQRS interpuestas cumpliendo con el indicador</p>
--	--	-------------	--



CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL

<p>1- Realizar cronograma de capacitaciones con la alianza de Usuarios 2- Realizar bimensualmente reuniones con la alianza de usuarios en donde se realizarán capacitaciones sobre temas de interés para ellos, el cual quedará reportado en las actas de reunión y las planillas de asistencia a la capacitación, las capacitaciones podrán ser realizadas por funcionarios de ISABU o gestionadas con otras entidades</p>	<p># DE CAPACITACIONES REALIZADAS A ALIANZA DE USUARIOS</p>	<p>100%</p>	<p>Se realizaron reuniones y capacitaciones con la alianza de usuarios dando cumplimiento al cronograma establecido; en dichas reuniones participaron los líderes recibiendo las capacitaciones solicitadas buscando la actualización y la participación social y comunitaria.</p> <p>Las capacitaciones realizadas fueron: Sistemas de computación para acceso a servicios, Rendición de cuentas, COVID 19, política ambiental, primeros auxilios, PAMEC, derechos y deberes, reglamento de alianza de usuarios, programa de humanización, programa de aseguramiento, portafolio de servicios, Participación ciudadana y SGSSS.</p> <p>En promedio asistieron a las capacitaciones 35 a 40 miembros. Se realizaron un total de 10 capacitaciones cumpliendo con el indicador al 100%.</p>
<p>1. Evaluar la percepción de calidad de la atención del usuario, aplicando la encuesta de evaluación de satisfacción institucional. 2. Consolidación de los resultados en forma mensual y presentación de los mismos en el Comité CIGD. 3. Definición de planes de mejoramiento, si aplica, con el fin de mejorar los resultados obtenidos en las encuestas.</p>	<p># DE ENCUESTAS QUE REPORTAN SATISFECHO CON EL SERVICIO RECIBIDO / # TOTAL DE ENCUESTAS REALIZADAS*100</p>	<p>100%</p>	<p>Se realizaron en el año 2022, 3.974 encuestas institucionales de satisfacción del usuario donde se pretendía evaluar la percepción de calidad de la atención mediante la satisfacción global, de igual manera, se indagó sobre si recomendase a familiares y amigos la ESE ISABU. Los resultados acumulados al 31 de diciembre de 2022 fueron: satisfacción global 94.81% y recomendaría al ISABU del 94.76%.</p> <p>Estos resultados se plasmaron en un tablero de indicadores para poder medir de acuerdo con la meta del 90% y plantear acciones de mejora frente a las desviaciones encontradas como, mejorar los temas de asignación de citas, tiempo de atención y mantenimientos locativos.</p> <p>Dichos resultados se presentaron en el CIGD.</p>



CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

De conformidad con los seguimientos realizados a lo largo de la vigencia por esta oficina de control interno y del análisis de lo reportado en este formato, se puede determinar que la oficina de Atención al Usuario SIAU, cumple de manera satisfactoria con los objetivos trazados.

El esfuerzo que realiza la oficina del SIAU para dar respuesta a las PQRSF en los términos de ley, ahonda en la satisfacción que puede llegar a manifestar el cliente, la cual según los indicadores es bastante alta.

Teniendo en cuenta lo anterior, esta oficina de control interno determina que la oficina de Atención al Usuario SIAU, cumple con los compromisos pactados para la vigencia 2022 en un 100%.

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

1. Si bien se han realizado las actividades pertinentes y necesarias para llegar a la plena satisfacción del cliente ISABU, se recomienda a la oficina de Atención al Usuario, estructurar más y nuevas actividades, que le permita una mejor calificación en los aspectos que se encuentran rezagados o que según las encuestas, no tiene rangos de satisfacción tan elevados.
2. Esta recomendación es general para todas las dependencias de la entidad y refiere a mejorar la oportunidad de entrega de la información solicitada por la oficina de control interno, procurando respetar las fechas establecidas, con el fin de evitar reiteraciones y atrasos en las actividades de esta oficina.



**CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL
INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL**

8. FECHA: 31 de enero de 2023

9. FIRMA:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'SJPC', is centered within the signature box.

SILVIA JULIANA PINZÓN CUEVAS
Jefe Oficina de Control Interno
ESE ISABU



CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL

**FORMATO
EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA**

1. ENTIDAD: E.S.E. ISABU		2. DEPENDENCIA A EVALUAR: SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA - GESTIÓN AMBULATORIA	
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA:			
<ul style="list-style-type: none"> Lograr un posicionamiento institucional estratégico, mediante un enfoque integral del riesgo, énfasis en atención primaria en salud, promoción y prevención, maternidad segura y vocación docencia servicio. 			
4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO (%)	5.3. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
<ol style="list-style-type: none"> Implementar el Call Center ISABU, con el fin de brindar atención, orientación y asignación de citas Médicas y Odontológicas en cualquiera de las modalidades tele consulta, atención domiciliario o presencial. Asignar de Citas WEB por medio de la plataforma Virtual Generar Material IEC como medio de Información a la comunidad Socializar con los diferentes medios de asignación de citas en redes sociales institucionales, Alianza de usuarios. Realizar un informe que contenga un análisis estadístico de la gestión 	Número de citas web asignadas para consulta medicina general y odontología de la ese ISABU a través de diferentes herramientas tecnológicas/ número total de citas asignadas para medicina y odontología de la ese ISABU *100	40, 03%	<ol style="list-style-type: none"> La institución inició en el 2021 el servicio de citas tel. apoyado en la implementación de un Call Center. Al finalizar el año contamos con 4 líneas, 54 troncales distribuidas en 15 por línea telefónica, garantizando el acceso a la asignación de citas de la E.S.E. La plataforma de citas web, viene funcionando y nos permite realizar el agendamiento continuo. 3 y 4. Los materiales de información, educación y comunicación (IEC) tales como videos, posters e imágenes, fueron realizados por el área de comunicaciones y se difundieron en los diferentes medios, para los afiliados incluyendo la Alianza de Usuarios. 5- El indicador de citas por medios tecnológicos inicio con un 17,38% toda la vigencia 2022 presentó un crecimiento de acuerdo a la gestión permanente y al compromiso del equipo de apoyo administrativo, en el mes de septiembre se evidenció un resultado del 20,16%, octubre 28,42%, noviembre 27,83% y termina la vigencia con un aumento significativo en el mes de diciembre, alcanzando un 40,03%, ya que de 30.305 citas, 12.132 citas fueron asignadas por medios tecnológicos,



CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL

<p>realizada</p> <p>6. Seguimiento al plan de mejora</p>			<p>dando cumplimiento a la meta esperada para la vigencia 2022, que era de 38%.</p> <p>Este crecimiento se presenta debido al aumento de líneas disponibles y la adherencia como respuesta a la educación y capacitación continua de los usuarios sobre la solicitud de citas por los diferentes números telefónicos, mediante material educativo en las diferentes unidades de atención y la demanda inducida realizada a la comunidad.</p> <p>Esto se puede atribuir a los 9 apoyos (mutis, rosario, Campohermoso, Toledo, comuneros, Café Madrid, Kennedy, San Rafael Girardot y en HLN). Dirigidas a la orientación y educación de filas en los centros con mayor número de usuarios, capacitando en el acceso a las citas vía web o herramientas tecnológicas.</p> <p>6. Se tiene como evidencia Excel con el seguimiento finalizado al 100% al plan de mejora correspondiente al cumplimiento del ítem 15 del plan de acción.</p>
<p>1. Realizar la Programación/Cronograma y realización de Jornadas de promoción y prevención según el ciclo de vida en enfermería y medicina: (primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez) , para los diferentes programas (tamizaje cáncer próstata, tamizaje cáncer mama, tamizaje cáncer colon, planificación familiar, control prenatal, control recién nacido, consulta posparto, consulta preconcepcional, educación para la salud, asesoría pre y post VIH, tamizaje RCV - laboratorios, inserción DIU, inserción de implante toma de</p>	<p>Porcentaje de cumplimiento de metas de PYP.</p>	<p>97%</p>	<p>Para el 2022 se obtuvo un resultado acum. anual del 97% cumpliendo con la meta.</p> <p>Durante la vigencia 2022 se realizó cronograma por cada trimestre del año para realizar actividades en la demanda inducida y la búsqueda de la población para identificar el riesgo y canalizar a los programas de las rutas de atención. Se programaron 67 actividades así: para el primer trimestre se programaron 13 actividades, en el segundo trimestre 20 actividades, para el tercer trimestre se programaron 16 actividades y en el último trimestre 18 actividades, las cuales se ejecutaron complemente, dando un cumplimiento del 100% durante la vigencia 2022. Entre las actividades ejecutadas se encuentran: las jornadas de salud oral con 15 actividades, continúa 36 jornadas rosas, 9 jornadas de vacunación, 5 actividades de "Isabu cuida tu salud" y 2 actividades del curso de preparación de paternidad y maternidad.</p>



CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL

<p>citología).</p> <p>2. Realizar la programación de actividades para odontología (primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez) para control de placa, aplicación sellantes, aplicación de flúor y Detartraje.</p> <p>3. Participar de Jornadas Nacionales de Vacunación con actividades intramurales y extramurales.</p>			
<p>1. Revisión y ajuste de la ficha que consolida la información correspondiente a número de horas contratadas y actividades realizadas en el periodo objeto de evaluación.</p> <p>2. Capacitación a los líderes de proceso sobre la medición de la productividad en los servicios³. Consolidación de la información suministrada por los diferentes servicios (Excel) acta de revisión de productividad Trimestral.</p> <p>3. Informe anualizado de la productividad en los servicios.</p>	<p>Informe anualizado que permita evaluar el comportamiento de la productividad de servicios, por capacidad instalada disponible y oferta de horas contratadas teniendo en cuenta los indicadores de rendimiento que la ese ha establecido, que permita, en correspondencia a la consecución de efectividad en términos de eficiencia y eficacia y su respectiva intervención según los resultados obtenidos.</p>	<p align="center">1 INFORME ANUALIZADO</p>	<p>Se realiza consolidación de la información analizada en forma trimestral, realizando evaluación de las diferentes unidades funcionales, como son: urgencias, servicios ambulatorios, hospitalización, cirugía, apoyo diagnóstico y apoyo terapéutico. De tal forma que permitió establecer el nivel de rendimiento de las horas contratadas para cada actividad asistencial analizada, conforme a los índices de rendimiento definidos por la Entidad. Dando cumplimiento con el informe anualizado, establecido como meta vigencia 2022.</p>



CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

De los seguimientos realizados por la oficina de control interno y del análisis de las evidencias que soportan lo reportado en este formato, se puede determinar que gestión ambulatoria cumple al 100% con las actividades y los objetivos propuestos para la vigencia. Sin embargo, las debilidades en la asignación de citas por medios tecnológicos continúan, a pesar de ser una actividad que concentra los esfuerzos de la dependencia.

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

1. A pesar de que las metas se cumplieron y que se realizan esfuerzos tendientes a mejorar el call center y demás medios tecnológicos, la asignación de citas web, sigue presentando debilidades que merecen atención especial. Es por esto que se recomienda ahondar en las actividades con el fin de fortalecer la oportunidad en la prestación del servicio.
2. Esta recomendación es general para todas las dependencias de la entidad y refiere a mejorar la oportunidad de entrega de la información solicitada por la oficina de control interno, procurando respetar las fechas establecidas, con el fin de evitar reiteraciones y atrasos en las actividades de esta oficina.

8. FECHA: 31 de enero de 2023

9. FIRMA:

SILVIA JULIANA PINZÓN CUEVAS
Jefe Oficina de Control Interno
ESE ISABU



CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL

**FORMATO
EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA**

1. ENTIDAD: ESE ISABU	2. DEPENDENCIA A EVALUAR: SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA - GESTIÓN PÚBLICA		
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA: <ul style="list-style-type: none">Lograr un posicionamiento institucional estratégico, mediante un enfoque integral del riesgo, énfasis en atención primaria en salud, promoción y prevención, maternidad segura y vocación docencia servicio.			
4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO (%)	5.3. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
<ol style="list-style-type: none">Realizar la consolidación de: registros individuales de prestación de servicios de los servicios de consulta externa, servicio de urgencias, hospitalización; base de datos de usuarios por EPS; registro único de afiliados (RUAF).Elaborar un perfil epidemiológico.Presentar el documento del perfil Epidemiológico a subgerencia científica para revisión y aprobación.Publicar el perfil epidemiológico en el observatorio digital ESE ISABU.	Número de perfiles epidemiológicos realizados/ número de perfiles epidemiológicos proyectados	1	Para la vigencia 2022, se realizó el perfil epidemiológico institucional y el anualizado de la vigencia del año 2022, de acuerdo con los RIPS, principal fuente de información. Las fuentes de información secundarias fueron: la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) que entregan las entidades promotoras de salud (EPS), la Base de Datos del Registro Único de Afiliados Nacimientos y Defunciones (RUAF-ND) y la base de datos de sala de partos para la caracterización de la población activa. Los datos fueron procesados y analizados en hojas de cálculo de Excel en términos de frecuencias absolutas y relativas. La información se presenta en tablas y gráficas en los que se describen los principales hallazgos identificados. Se presenta un análisis descriptivo de la morbilidad atendida por servicios (consulta externa, urgencias, hospitalización), se incluyeron los ciclos vitales que comprenden: primera infancia; infancia; adolescencia; juventud; adultez y persona mayor > 60 años, que consultaron de acuerdo a la lista del estudio mundial de carga de la enfermedad, donde agrupa los códigos CIE10 modificada por el MSPS, que permite analizar las siguientes categorías de causas: condiciones



CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL

			transmisibles y nutricionales; condiciones maternas perinatales; enfermedades no transmisibles; lesiones, donde además de las lesiones intencionales y no intencionales se incluyó todo lo relacionado con los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de las causas externas; condiciones mal clasificadas. Por lo anterior se da cumplimiento con la meta establecida. El documento y la presentación en PowerPoint del perfil epidemiológico correspondiente es revisado y aprobado por la subgerencia científica.
<p>1. Realizar 4 comités anuales de Docencia Servicio con las Instituciones de Educación Superior (universidades).</p> <p>2. Realizar 4 comités anuales de Docencia Servicio con las corporaciones educativas para el trabajo y el desarrollo humano en salud (enfermería, aux de servicios farmacéuticos y salud oral).</p>	<p># DE COMITÉS DOCENCIA SERVICIO REALIZADOS</p>	<p>44</p>	<p>Durante la vigencia 2022, se realizó el seguimiento al desarrollo de las prácticas formativas correspondientes a los programas académicos enmarcados en los convenios Docencia Servicio con las Instituciones de Educación Superior y a los programas de las áreas Auxiliares de la Salud. Durante la vigencia 2022, se realizaron 5 jornadas de inducción a los estudiantes que ingresaron a las prácticas formativas, en temas como normatividad vigente, portafolio de servicios, promoción y prevención, responsabilidad médica, consentimiento informado, seguridad del paciente, atención integral de la violencia, política ambiental, entre otros.</p> <p>Se tienen como evidencia las actas que reúnen la información de la de inducción en PDF. Se elaboró de manera conjunta el cronograma de rotaciones según las necesidades de los servicios. Se realizó la revisión de los planes de práctica y anexos técnicos, los cuales fueron previamente acordados con las líderes de los servicios o centros de salud.</p> <p>Se verificó el cumplimiento y se socializaron los resultados de las rotaciones al final de cada periodo académico.</p> <p>Se realizó el análisis de las dificultades, diferencias, conflictos, eventos adversos que se presentaron durante la vig.2022. Para dar cumplimiento a lo anterior, se realizaron 43 reuniones con las instituciones educativas durante la vigencia 2022 para coordinar los planes de trabajo, cronogramas de rotación, anexos técnicos y verificar el cumplimiento de las actividades asistenciales en las unidades</p>

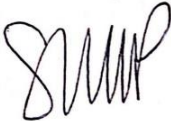


CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL

			operativas. Adicionalmente, se realizó durante la vigencia 2022, 1 reunión de manera conjunta con las instituciones Congregación Mariana, San Pedro Claver, SENA, UTC, Cruz Roja, CIDES, EFORSALUD y CORPOSALUD. La reunión de entrega de informes finales y cierre de periodo académico se programó para el mes de enero de la vigencia 2023. Se tiene evidencia de las reuniones, mediante actas. Actividad con cumplimiento del 100% ya que se realizaron en total 44 reuniones en la vigencia 2022.
Fortalecer una Ruta Integral de atención en Salud anualmente: 1. Ejecutar la Ruta Identificada. 2. Capacitar al personal Misional con Pre-Test y Poste-Test sobre la ruta 3. Evaluar la adherencia de la aplicación de la ruta integral definida a través de las historias clínicas. 4. Elaborar un plan de mejoramiento frente a las desviaciones identificadas. 5. Documentar los resultados de la ruta Identificada	RUTAS DEFINIDAS, FORTALECIDAS Y DOCUMENTADAS ACORDE A LINEAMIENTOS NACIONALES.	1	<p>1. Se realizó el seguimiento a la matriz de cumplimiento de las actividades para verificar avances y cumplimientos, los registros se encuentran en Excel por ciclos de vida; se observa un aumento de los cumplimientos en el primer trimestre del 82% en el segundo trimestre del 87%, en el tercer trimestre 122% y para el cuarto trimestre del 96% con un acumulado anual del 97%, cumpliendo la meta.</p> <p>Las actividades con un aumento significativo se encuentran en Primera infancia 130%, lactancia materna 135%, Juventud 103%, Adulthood 122%, Tamizaje de cáncer de Próstata 154%, Tamizaje de cáncer de mama 104 %, Tamizaje de cáncer de colon 142% superando las actividades programas por EPS. La E.S.E busca la integralidad para la población > de 50 años, cáncer de cérvix 93% para los ingresos de control prenatal con 247% mejorando la calidad en la atención del binomio madre-hijo prenatal con 131% mejorando la calidad en la atención del binomio madre-hijo.</p> <p>2. Se realizaron 9 capacitaciones con sus respectivos pretest y pos-test durante la vigencia.</p> <p>3. Para evaluar la adherencia de la aplicación de la ruta integral a través de historias clínicas, se evaluó la RPMS por medio de la revisión de los registros de HC realizadas por médicos y enfermeras con un promedio de adherencia del 92%.</p> <p>4. Se estableció seguimiento de los planes de mejora implementados desde el 1 trimestre e ingreso de nuevos hallazgos encontrados en las auditorías externas realizadas a los programas de PYP en el periodo comprendido enero a diciembre 2022. Se plantearon 29 actividades 100% realizadas, soportado</p>



CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL

			<p>con plan de mejora consolidado de PYP, con avances de ejecución. Se lograron subsanar hallazgos encontrados durante toda la vigencia 2022. Se logró mejorar la calidad en la atención como los registros de atención en historias clínicas.</p> <p>5. Documentar los resultados de la ruta identificada: Se realiza informe de las actividades ejecutadas por las rutas de atención con un análisis en plan de acción e informe de resultados, para el fortaleciendo Rutas de atención para el 2023 es el fortalecimiento de la ruta cardio metabólica.</p> <p>Por lo anterior, se da por cumplida la meta establecida en la vigencia 2022.</p>
<p>6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:</p> <p>De los seguimientos realizados por parte de la oficina de control interno, aunado al análisis de lo reportado en este formato, se puede determinar qué Gestión Pública ha cumplido satisfactoriamente con las metas y objetivos trazados. Las actividades desplegadas ahondan en el mejoramiento de la prestación del servicio y la salud de los usuarios de la ESE ISABU.</p>			
<p>7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Esta recomendación es general para todas las dependencias de la entidad y refiere a mejorar la oportunidad de entrega de la información solicitada por la oficina de control interno, procurando respetar las fechas establecidas, con el fin de evitar reiteraciones y atrasos en las actividades de esta oficina.			
<p>8. FECHA: 31 de enero de 2023</p>			
<p>9. FIRMA:</p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">SILVIA JULIANA PINZÓN CUEVAS Jefe Oficina de Control Interno ESE ISABU</p>			



**CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL
INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL**

**FORMATO
EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA**

1. ENTIDAD: E.S.E. ISABU	2. DEPENDENCIA A EVALUAR: GESTIÓN FINANCIERA		
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA: <ul style="list-style-type: none">Lograr la sostenibilidad financiera a través de medidas de fortalecimiento institucional que asegure el flujo de los recursos necesarios para prestar los servicios de salud.			
4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO (%)	5.3. ANÁLISIS DEL RESULTADOS



CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL

<p>1. Capacitar al personal de cuentas medicas 2 veces al año en la correcta revisión y alistamiento de las cuentas.</p> <p>2. Socializar con el personal de cuentas medicas la contratación realizada dejando los parámetros de auditoría de la cuenta lo más claro posibles.</p> <p>3. Presentar la facturación recibida con corte a 30 de cada mes, de las EPS grandes los 10 primeros días hábiles del mes y de las demás dentro de los 15 primeros días del mes.</p> <p>4. Realizar seguimiento al indicador por EPS para determinar las causales de no cumplimiento y realizar las acciones necesarias (visita, llamada, correo, etc.), con la ERP específica o internamente con facturación o comité de cartera de ser el caso.</p> <p>5. Reunión mensual con el líder o coordinador de facturación, para revisar el tema de causales de devolución antes de enviar la cuenta y de las realizadas directamente por la ERP, y demás temas que influyan de manera directa con la radicación.</p>	<p align="center">Porcentaje de radicación de facturación</p> <p align="center">93.9%</p> <p align="center">Facturación radicada/facturación generada</p>	<p>ítem 1. En vigencia 2022 se realizó seguimiento a la radicación de la facturación y se capacitó sobre los motivos de devolución y glosas a fin de focalizar la preauditoría de la cuenta que impacte en la disminución de glosas y devoluciones. Se tiene actas.</p> <p>ítem 2. La contratación con las diferentes ESP se socializa constantemente y en la medida que el proceso es informado, tanto la contratación, como los otros si o los servicios que se adicionan a cada entidad con sus respectivas tarifas, así mismo se socializan las tarifas propias y se está en constante comunicación con contratación para la resolución de dudas que se tengan al momento de realizar la auditoría. Se tienen correos de socialización.</p> <p>ítem 3. Con el fin de presentar la facturación recibida con corte a 30 de cada mes, mensualmente se realizó y analizó entre cartera-radicación y Facturación el cronograma de entrega que contine las fechas específicas tanto de entrega interna de los procesos de facturación hacia cartera, como de las fechas en las cuales cartera las radicara ante las EAPB, cumpliendo no solo con las exigencias de fechas de algunas EAPB, sino también con lo establecido en el plan de acción. Igualmente se cumple con las exigencias de entrega de la información en cada EAPB, radicando presencial, por correo certificado, correo electrónico o plataformas preestablecidas. Se adjunta cronograma.</p> <p>ítem 4. Se realiza el cálculo del indicador para determinar las causales de no cumplimiento y mejorar las acciones que finalmente fueron expuestas y aprobadas en comité de cartera.</p> <p>ítem 5. Con la líder del proceso de facturación, y el equipo de Cartera-Radicaciones se suscribieron actas de reunión mensualmente para analizar lo referente al radicado del mes inmediatamente anterior, se evidencian actas. Teniendo en cuenta lo anterior, se cumple con la meta que se estableció en mayor o igual a 90%.</p>
---	---	--



CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL

<p>1. Fortalecer el proceso de contratación con las diferentes EPS, involucrando las áreas que sean necesarias a fin de tener una contratación adecuada a los servicios ofrecidos y la capacidad humana y física instalada en la ESE ISABU, con el fin de disminuir las glosas por incumplimiento de metas y poder tener el recaudo esperado.</p> <p>2. Socializar la contratación con el personal de glosas y cartera, para tener claridad al momento no solo del cobro sino de la resolución de las glosas y las devoluciones.</p> <p>3. Disminuir el tiempo de resolución definitiva de las glosas.</p> <p>4. Liquidar los contratos capitados y evento</p> <p>5. Realizar seguimiento al giro o pago realizado por las ERP con respecto a su radicación.</p> <p>6. Realizar periódicamente conciliaciones de cartera, con los diferentes pagadores, mínimo dos en cada vigencia.</p> <p>7. Realizar circulación de saldos, mínimo dos en cada vigencia.</p> <p>8. Socializar en el comité de cartera de la ESE ISABU, los avances, indicadores e inconvenientes presentados en el cobro a fin de tomar las medidas correctivas necesarias, para cumplir con la meta de recaudo.</p> <p>9. Realizar saneamiento de cartera y conciliación con contabilidad y tesorería</p>	<p align="center">Equilibrio operacional con ingresos recaudados y gastos comprometidos 1. valor recaudado / gasto comprometido</p>	<p align="center">0.9439</p>	<p>ítem 1: Se realizaron reuniones con EPS que tienen asignados usuarios del Régimen Subsidiado por la salida de otras EPS del mercado, a fin de lograr la venta de servicios de salud y mesas de trabajo para la actualización de portafolio y tarifas con las Entidades con las que se tenían contratos a 31/12, producto de ello son mejoras en integralidad de los servicios que se prestan a los usuarios de la ESE y estamos cerrando contratación por evento con entidades como SALUD TOTAL y FAMISANAR que manejan buena parte de usuarios del régimen Subsidiado, en el último trimestre se enviaron propuestas para la contratación a la Policía Nacional y el INPEC.</p> <p>ítem 2: Se socializa y en la medida que el proceso es informado, tanto la contratación, como los otros si o los servicios que se adicionan a cada entidad con sus respectivas tarifas, así mismo se socializan las tarifas propias y se está en comunicación con contratación para la resolución de dudas que se tengan al momento de realizar la auditoria.</p> <p>ítem 3: Mensualmente se realizó informe de lo recibido como objeciones a la facturación, y los avances obtenidos en la conciliación de las glosas, recobros y descuentos por incumplimiento de las actividades contractualmente pactadas; seguimiento a todo lo pendiente de conciliar. Adicionalmente, se lograron conciliar en un 99% las glosas con la secretaria de salud de Santander y PYP de Coosalud, disminuyendo los tiempos actuales de la resolución definitiva de las glosas.</p> <p>ítem 4: En 2022 se adelantaron diferentes mesas de trabajo que permitieron liquidar contratos con ASMET SALUD y COOSALUD 202.</p> <p>ítem 5: Se realiza el seguimiento al giro por medio de comunicaciones con la ERPS cotejando con lo radicado vs lo pagados.</p> <p>ítem 6: Como resultado de la circularizaron se tienen conciliaciones con EPS y entes territoriales como SANITAS MUTUAL SER y Gobernación de Santander y de Boyacá entre otras.</p> <p>ítem 7: En la vigencia 2022 se realizó circularización de la cartera desde EPS más representativa como de aquella que registra ausencia de pago.</p> <p>ítem 8: Se realizaron más de dos comités de cartera en el año.</p> <p>ítem 9: Mensualmente se concilió entre cartera, contabilidad y Tesorería.</p> <p>Con lo anterior se cumplió la meta ya que esta se estableció en mayor o igual a 0.8.</p>
---	---	------------------------------	--



CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL

<p>1- Monitorizar los ingresos reconocidos por cada una de las entidades del paço a las que se les preste servicio de salud 2- Determinación y Seguimiento al gasto contable en forma mensual 3- Análisis de los ingresos reconocidos VS los gastos contables, que permitan determinar el excedente o déficit de la operación. 4- Presentación de los resultados al comité del CIGD, para toma de decisiones oportuna, pertinentes.</p>	<p>Equilibrio operacional con ingresos reconocidos y gastos comprometidos</p>	<p align="center">1.12</p>	<p>Los costos estimados y provisionados presentan una media mensual de 4.395 millones de pesos con una desviación de 145 millones de pesos aproximadamente, que significa una desviación de tan solo un 3.26% con respecto a su promedio. El promedio anual proyectado de los costos-gastos operativos de la ESE ISABU pueden estimarse en 4.300 millones lo que podría puntualizarse para el trimestre como el mantenimiento de un costo mensual a lo estimado. La estructura de costos que se mantiene ha generado utilidad operativa en el trimestre y con una media anual estimada de 600 millones. Se tiene informe y documentos Excel que soportan el análisis. Teniendo en cuenta lo anterior, se cumplió con la meta establecida que era de 1, dando un resultado positivo ya que supera la meta en 0.12.</p>
<p>1- Monitorizar la producción de actividades por cada una de las entidades del paço a las que se les preste servicio de salud 2- Determinación y Seguimiento al gasto contable en forma mensual 3- Análisis de la producción de las actividades VS los gastos contables del mes objeto de evaluación. 4- Presentación de los resultados al comité del CIGD, para toma de decisiones oportunas, pertinentes.</p>	<p>Evolución del gasto por unidad de valor relativo (UVR) producida</p>	<p align="center">1.169</p>	<p>Mensualmente se realizó una revisión de valor de costos en insumos y medicamentos para ajustar precio de venta a tarifas de costos más un porcentaje entre 20% y 30%. Esta actualización permite que no se venda o suministre insumos y medicamentos a precios inferiores del costo, entendiendo que la inflación en Colombia puede aumentar en periodos siguientes, este proceso deberá revisarse con regularidad periódica para mantener precios actualizados a la realidad económica de los contratos con proveedores. Se efectuaron auditorias al proceso de facturación con el fin de facturar cargos que por diferentes razones no habían sido legalizados durante el año; sin embargo, quedaron aún pendientes los cuales se esperan legalizar a más tardar en el mes de febrero de 2023. Se tiene informe y documentos Excel que soportan el análisis. Con lo anterior se analiza la evolución de gasto por UVR para el año 2022, comparado con la información anual vigencia 2021. El valor referente al año corriente se actualiza según al coeficiente del índice acumulado del anual 2022 en un 13.12%. El indicador presenta resultados desfavorables mayor a 1.15, por lo tanto, no se cumple con la meta establecida para la vigencia 2022.</p>



CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL

<p>1- Realizar Plan anual de adquisiciones y cargue a página antes del 31 de enero de la vigencia. 2- Realizar actualizaciones al plan anual de adquisiciones pertinentes en la plataforma SECOP</p>	<p>Equilibrio operacional con ingresos reconocidos y gastos comprometidos</p>	<p>1.12</p>	<p>Se actualizó el Plan Anual de Adquisiciones durante la vigencia 2022 que se adoptó inicialmente con la Resolución No. 026 de enero de 2022 modificada posteriormente ante modificación del PAAC mediante Resolución No. 0324 de 2022, las demás modificaciones no se adoptaron mediante acto administrativo ya que ante incursión de SECOP II se publicaron y adoptaron ajustes en la misma plataforma, dichas modificaciones fueron cargadas, aprobadas y publicadas en el SECOP II. Se cuenta con soporte de cargue SECOP II. Teniendo en cuenta lo anterior, se cumplió con la meta establecida que era de 1, dando un resultado positivo ya que supera la meta en 0.12.</p>
--	---	-------------	--

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

Se denota reporte de un número considerable de actividades tendientes al cumplimiento de las metas y los compromisos por parte de la dependencia de Gestión Financiera, sin embargo, una meta quedó con un cumplimiento negativo.

A pesar de realizarse un cierre parcial para obtener los resultados, el mismo sigue siendo desfavorable a la meta establecida. Sin embargo, las demás metas se cumplieron satisfactoriamente.

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

1. Es necesario adoptar las medidas suficientes para el cumplimiento de las metas propuestas, involucrando las áreas que influyen en los resultados del indicador.
2. La recomendación de la oficina de control interno no puede ser otra que hacer un llamado para que la gestión financiera realice de manera continua un seguimiento logrando detectar retrasos en el cumplimiento de las metas con el fin de tomar decisiones oportunas.
3. Esta recomendación es general para todas las dependencias de la entidad y refiere a mejorar la oportunidad de entrega de la información solicitada por la oficina de control interno, procurando respetar las fechas establecidas, con el fin de evitar reiteraciones y atrasos en las actividades de esta oficina.



**CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL
INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL**

8. FECHA: 31 de enero de 2023

9. FIRMA:

SILVIA JULIANA PINZÓN CUEVAS
Jefe Oficina de Control Interno
ESE ISABU



**CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL
INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL**

**FORMATO
EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA**

1. ENTIDAD: ESE ISABU		2. DEPENDENCIA A EVALUAR: RECURSOS FISICOS	
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA: <ul style="list-style-type: none">FORTALECER LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA Y TECNOLÓGICA DE LA E.S.E ISABU.			
4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL		5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS	
		5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO (%)
		5.3. ANÁLISIS DEL RESULTADOS	
1- Diseñar un cronograma de los mantenimientos a la Infraestructura de la E.S.E ISABU 2-Realizar los mantenimientos a la infraestructura de la E.S.E ISABU, conforme al cronograma definido. 3- Realizar un informe trimestral incluyendo balance de los mantenimientos preventivos y correctivos realizados en cada sede y porcentaje de cumplimiento de avance.		% DE CUMPLIMIENTO DEL CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO DE INFRAESTRUCTURA ANUAL	100%
			Se coordinó el mantenimiento preventivo de todos los centros de salud, HLN y UIMIST en cuanto a cubiertas y limpieza de canales de aguas lluvias, inspección de cielo raso y pinturas, inspección de tanques de agua potable, inspección de aparatos eléctricos, iluminación y comunicaciones, inspección y mantenimiento de aparatos sanitarios, inspección y reparación de cerraduras deterioradas, inspección de ventanería, puertas, portones y rejas, según lo estipulado en el cronograma. Se realizó informe trimestral incluyendo todos los mantenimientos correctivos, preventivos y hallazgos por habilitación, donde se dio a conocer la realización de diferentes actividades con el equipo de mantenimiento donde se impartió instrucciones sobre la adecuación de la división en ambientes del centro de salud Colorados, Morrórico, Gaitán, Girardot y Santander. Adicionalmente se finalizan las obras de adecuación en el centro de salud IPC, y el área de urgencias del Hospital Local del Norte. Teniendo en cuenta lo anterior se cumplió el cronograma establecido al 100%.



CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL

<p>1- Diseñar un cronograma de los mantenimientos a los equipos biomédicos, ambulancias y equipos Hospitalarios de la E.S.E ISABU</p> <p>2-Realizar los mantenimientos a los equipos biomédicos, ambulancias y equipos Hospitalarios de la E.S.E ISABU, estipulados en el cronograma de mantenimiento</p> <p>3- Realizar un informe trimestral de los mantenimientos preventivos realizados.</p>	<p>% CUMPLIMIENTO DEL CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS, AMBULANCIAS Y EQUIPOS HOSPITALARIOS</p>	<p>100%</p>	<p>A fecha del 31 de diciembre del 2022, se ha dado un cumplimiento del 100% al cronograma de mantenimiento biomédico de la ESE ISABU del cuarto trimestre del 2022. De la misma manera, el cronograma de mantenimiento preventivo anual se ejecutó y cumplió, dando cumplimiento al 100% durante el año 2022</p> <p>A fecha del 31 de diciembre del 2022, se ha dado un cumplimiento del 100% al cronograma de equipos industriales de uso hospitalario de la ESE ISABU del cuarto trimestre del 2022. De la misma manera, el cronograma de mantenimiento preventivo anual se ejecutó y cumplió, dando cumplimiento al 100% durante el año 2022</p> <p>De igual manera, para la vigencia 2022, se ha dado un cumplimiento del 100% al cronograma de los ascensores de la ESE ISABU del cuarto trimestre del 2022. De la misma manera, el cronograma de mantenimiento preventivo anual se ejecutó y cumplió, dando cumplimiento al 100% durante el año 2022</p> <p>En la vigencia 2022, se dio un cumplimiento del 100% al cronograma de calibración de equipo biomédicos de la ESE ISABU del cuarto trimestre del 2022. De la misma manera, el cronograma de mantenimiento preventivo anual se ejecutó y cumplió, dando cumplimiento al 100% durante el año 2022.</p> <p>A fecha del 31 de diciembre del 2022, se ha dado un cumplimiento del 100% al cronograma de mantenimiento del parque automotor de la ESE ISABU del cuarto trimestre del 2022. De la misma manera, el cronograma de mantenimiento preventivo anual se ejecutó y cumplió, dando cumplimiento al 100% durante el año 2022</p> <p>Se da cumplimiento al 100% de los cronogramas de mantenimientos anuales de la ESE ISABU durante el año del 2022.</p>
--	---	-------------	---



CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL

<p>1- Relacionar los activos Fijos que han ingresado a la institución con los que se encuentran en el sistema</p> <p>2- Realizar un informe trimestral de los activos que han ingresado a la institución y comparar los que se encuentran en físico vs sistema</p>	<p>NÚMERO DE ACTIVOS RELACIONADOS EN EL INVENTARIO FÍSICO / NÚMERO DE ACTIVOS RELACIONADOS EN EL SISTEMA * 100</p>	<p>100%</p>	<p>Se relacionaron los activos Fijos que ingresaron a la institución con los que se encuentran en el sistema. Se evidencia informe relacionando lo ingresado al área de inventarios, el cual se realizó mediante información obtenida por las entradas de activos fijos para dotar las diferentes unidades operativas de la ESE ISABU, se puede manejar soporte, con las entradas realizadas mediante el sistema de información PANACEA vs facturas o documentos de donación entregados por terceros.</p> <p>Para el cierre de vigencia se ha realizado ingreso por 325 activos al sistema PANACEA, a la fecha contamos con un inventario físico de 23.214 activos y en el sistema 23.214 activos, dando como cumplimiento del 100% para la vigencia.</p> <p>Se realizó el 100% de los ingresos al sistema Panacea de los activos que ingresaron a la institución tanto en compras como en donaciones durante la vigencia 2022</p> <p>Meta $23.214/23.214*100= 100\%$</p>
--	--	-------------	--



CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

Del análisis de lo reportado para la estructuración de esta evaluación, se puede determinar que Recursos Físicos, cumplió de manera satisfactoria con las metas y los objetivos establecidos. La evaluación reporta un cumplimiento del 100%.

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

1. Debido a la importancia de la permanencia de los activos fijos actualizados y su concordancia en el sistema de la entidad, es necesario que esta actividad sea permanente y efectiva, con el fin de reportar inventarios actualizados.
2. Los mantenimientos preventivos de la infraestructura y de los equipos biomédicos, constituye una actividad primordial con el fin de prestar un óptimo servicio, por lo tanto, las actividades deben continuar con en su frecuencia, evitando situaciones que afecten a los usuarios de la ESE ISABU.
3. Esta recomendación es general para todas las dependencias de la entidad y refiere a mejorar la oportunidad de entrega de la información solicitada por la oficina de control interno, procurando respetar las fechas establecidas, con el fin de evitar reiteraciones y atrasos en las actividades de esta oficina

8. FECHA: 31 de enero de 2023

9. FIRMA:

SILVIA JULIANA PINZÓN CUEVAS
Jefe Oficina de Control Interno
ESE ISABU



**CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL
INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL**

**FORMATO
EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA**

1. ENTIDAD: ESE ISABU	2. DEPENDENCIA A EVALUAR: Proceso Gestión de las TIC'S		
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA: <ul style="list-style-type: none">• Fortalecer la infraestructura física y tecnológica de la E.S.E ISABU.			
4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO (%)	5.3. ANÁLISIS DEL RESULTADOS



CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL

Actualización Del Plan Estratégico De Tecnologías De La Información Y Las Comunicaciones Petic.	100%	100%	<p>Se ejecutó el plan de estratégico de tecnología de la información PETI al 100%. Con 13 actividades programadas y cumplidas para la vigencia 2022.</p> <p>a-Plan de mantenimiento preventivo a los sistemas de información:</p> <p>1. Cronograma De Mantenimiento: Realizado en 31/03/2022.2.3 y 4. Se realizaron. 3. Mantenimientos cerrando en la vigencia con 456 equipos intervenidos. 30/06/2022. 30/09/2022. 31/12/2022.</p> <p>b-Plan de Reposición y Adquisición de Equipos Tecnológicos: 5. Informe Necesidad de adquisición de equipos tecnológicos. Realizado 31/03/2022. 6.Fichas Técnicas: realizado 30/06/2022. 7.Estudio de mercados con mínimo 3 cotizaciones: realizado 30/06/2022. 8.Copia de Contratos: realizado 31/12/2022.9.Informe de Instalación y Puesta en Marcha: realizado 31/12/2022. Sumando un total de 84 equipos tecnológicos adquiridos de 51 equipos programados. Cumpliendo con un 100% de la meta anual y acumulando un total de 35 equipos para la vigencia 2023.</p> <p>c-Adecuación Mejoramiento e Implementación del Software de Gestión Integral:10.11. Dos Informes y análisis de ejecución de la prueba Piloto Telemedicina para personas con discapacidad en el cual se adecuó el consultorio con los equipos tecnológicos necesarios para las actividades del proyecto. Realizado 30/06/2022.30/12/2022. 12.13. Dos informes de gestión y análisis mejoramiento del software PANACEA. realizado 30/06/2022. 30/12/2022. En el último informe de mejoramiento se registran las actualizaciones y nuevos desarrollos según requerimiento de mejora para el módulo citas web.</p>
---	------	------	--



CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL

Actualizar El Plan De Tratamiento De Riesgos De Seguridad Y Privacidad De La Información.	100%	100%	Se ejecutó el PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN Se cumplió con el 100% de las actividades. De 9 actividades programadas con un valor de 11.11% cada una de la siguiente manera: a. Realizar Seguimiento del sistema de tratamiento de riesgo de seguridad y privacidad de la información y protección de datos personales: 1. Se realizó Cronograma de sensibilización y capacitación en seguridad de la información.30/06/2022. 2. Se implementó el programa de sensibilización y capacitación en seguridad de la información realizado a 31/12/2022. b. Informes de custodia de la información. 3 y 4. Se realizaron informes semestrales donde se evidencia la custodia de la información y la gestión de copias de seguridad de la información a servidores y base de datos de la institución. 30/06/2022. 31/12/2022. Actualización de licencia de Antivirus. 5.6.7 y 8. Se realizó seguimiento mediante informe trimestral de las alarmas generadas por el software integral de protección de antivirus en donde para el 4to informe se evidencia la consola activa y debidamente configurada con un promedio de 88% de efectividad y un total de 230 amenazas bloqueadas. 31/03/2022. 30/06/2022. 30/09/2022. 31/12/2022. d. Clasificación de activos de la información. 9. Se realizó un informe de levantamiento y clasificación de activos entregado en el 30/06/2022.
---	------	------	--



CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL

Actualizar El Plan De Seguridad Y Privacidad De La Información.	100%	100%	Se ejecutó el PLAN DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN al 100%. el cual se programaron 9 actividades como evidencia a su cumplimiento para la vigencia 2022 de la siguiente manera: a. Contratación de un profesional que realice el seguimiento y monitoreo de las herramientas de seguridad de la información de la Institución. 1. Se ejecutó contrato- 31/03/2022. b. Actualización de Plan de seguridad de la información de la ISABU. 2 y 3. Se actualizó política de seguridad de la información y se realizó publicación de esta en página web.31/12/2022. c. seguimiento y gestión a sistemas de riesgos tecnológicos de la institución. (Informe del Firewall que nos indica el número de intento de ingresos fraudulentos a nuestro sistema de información). 4.5.6 y 7. Se realizaron 4 informes trimestralmente del funcionamiento del firewall activo y debidamente configurado donde se evidencia la efectividad del 100% en cuanto prevención de intrusos y bloqueos. d. Seguimiento a las Políticas de: Seguridad de la Información y Protección de Datos. Se realizaron 2 informes de seguimiento con periodicidad semestral donde se evidencia la actualización y sensibilización de esta.30/06/2022.31/12/2022.
---	------	------	--



CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

De los constantes seguimientos y de las auditorías realizadas a la Gestión TIC's, se evidencia que se cumplen las actividades y los objetivos en un 100%. Sin embargo, es necesario resaltar que la dependencia de las TIC's sigue presentando debilidades, pese a los grandes esfuerzos realizados por actualizar equipos y redes.

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

1. El mejoramiento de la Gestión TIC's debe ser constante, debido a que es una dependencia que impacta a casi todas las dependencias de la ESE ISABU, su progreso debe evidenciarse, por lo tanto, la recomendación desde la oficina de control interno es fortalecer el talento humano, definir los roles de cada una de las sub-dependencias, con el fin de brindar un servicio interno de mayor calidad y que brinde mayor satisfacción a las demás áreas de la entidad.
2. Esta recomendación es general para todas las dependencias de la entidad y refiere a mejorar la oportunidad de entrega de la información solicitada por la oficina de control interno, procurando respetar las fechas establecidas, con el fin de evitar reiteraciones y atrasos en las actividades de esta oficina.

8. FECHA: 31 de enero de 2023

9. FIRMA:

SILVIA JULIANA PINZÓN CUEVAS
Jefe Oficina de Control Interno
ESE ISABU



**CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL
INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL**

**FORMATO
EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA**

1. ENTIDAD: INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA E.S.E. ISABU	2. DEPENDENCIA A EVALUAR: GESTIÓN DE CONTROL INTERNO		
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA: <ul style="list-style-type: none">• Lograr un posicionamiento institucional estratégico, mediante un enfoque integral del riesgo, énfasis en atención primaria en salud, promoción y prevención, maternidad segura y vocación docencia servicio.• Fortalecer el sistema integrado de gestión administrativa que garantice mayor eficiencia, mejores resultados, enfocados en las competencias del ser, la humanización, el saber y el hacer en la gestión de salud.• Fortalecer la infraestructura física y tecnológica de la E.S.E ISABU.			
4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	5.1. (%) INDICADOR	5.2. (%) RESULTADO	5.3. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
Realizar seguimiento a las metas establecidas en el plan anticorrupción y atención al ciudadano - Mapa de riesgos de corrupción de acuerdo a las fechas establecidas por Ley.	Porcentaje de cumplimiento del plan anticorrupción y atención al ciudadano	100%	Se realizó solicitud a cada líder de proceso de las evidencias al cumplimiento de las metas establecidas en el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano - Mapa de Riesgos de Corrupción, en los periodos correspondientes al primer, segundo y tercer cuatrimestre de la vigencia 2021, y se verificó cada uno de los soportes allegados para los componentes Gestión del Riesgo de corrupción-Mapa de riesgos de Corrupción, Racionalización de trámites, Rendición de Cuentas, mecanismos para mejorar la atención al ciudadano, mecanismos para la transparencia y acceso a la información generándose así el respectivo informe de seguimiento dentro de las fechas establecidas por ley para cada cuatrimestre, En lo que



CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL

			<p>corresponde al seguimiento de las actividades establecidas en el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, en todos sus componentes de la vigencia 2021, se dio un cumplimiento del 100%. Se adjunta como soportes: Informe de seguimiento del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano (PAAC) – Mapa de Riesgos de Corrupción, correspondiente al periodo comprendido 01 de enero al 30 de abril de 2021.</p> <p>Informe de seguimiento del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano (PAAC) – Mapa de Riesgos de Corrupción, correspondiente al periodo comprendido 01 de mayo al 31 de agosto de 2021 e Informe de seguimiento del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano (PAAC) – Mapa de Riesgos de Corrupción, correspondiente al periodo comprendido 01 de septiembre al 31 de diciembre de 2021.</p>
Realizar seguimiento y evaluación a la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas	# de rendiciones de cuentas realizadas	100%	La oficina de control interno, realizó seguimiento y evaluación a la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas de la E.S.E ISABU Vigencia 2020, la cual se llevó a cabo el 25 de marzo de 2021, a través del Fan Page del Facebook institucional E.S.E. ISABU, se realizó evaluación de las etapas en el proceso de preparación y desarrollo de la audiencia, generando como observación que dentro de la metodología planeada, se debe tener en cuenta las situaciones imprevistas que se llegaren a presentar, se concluyó que de manera general la audiencia pública, cumplió con todos los lineamientos normativos para su realización y se llevó a cabo con éxito. Se anexa como soporte: Informe seguimiento y evaluación audiencia pública rendición de cuentas vigencia 2020.
Realizar las AUDITORÍAS aprobadas por el Comité de Coordinación de Control Interno, realizar las auditorías exprés y auditorías especiales si llegaren a surgir.	Número de auditorías realizadas/ número de auditorías programadas*100	100%	En Comité Institucional de Coordinación de Control Interno realizado el 28 de julio de 2021, se aprobó la modificación del plan anual de auditorías según resolución, Resolución 0392 del 29 de julio 2021, pasando de once (11) auditorías programadas inicialmente para la vigencia 2021, a un total de ocho (8) auditorías, para el cambio en el



CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL

			número de auditorías basada en riesgos para la vigencia 2021, se tuvo en cuenta atendiendo las circunstancias especiales que originaron la pandemia por el COVID 19, y atendiendo que en el capítulo de informes de Ley y de seguimientos, se hacen las observaciones pertinentes a cada caso en particular, dando lugar a las recomendaciones y observaciones requeridas en cada proceso. A 31 de diciembre de 2021, se da cumplimiento al 100% de las auditorías programadas de las cuales se generaron cuatro (4) planes de mejoramiento producto de las siguientes auditorías: apoyo diagnóstico, cirugía y atención a partos, Gestión atención al usuario, y gestión a las Tics, permitiendo el mejoramiento en los procesos. Se anexan como soportes: Acta de comité de coordinación de control interno de fecha 28 de julio de 2021 , Resolución 0392 del 29 de julio 2021 , informe de auditoría proceso apoyo diagnóstico, Informe de Auditoría Estancias Hospitalarias Prolongadas, Informe Auditoría Proceso Cirugía y Atención a partos, informe de auditoría salud pública, Informe de auditoría gestión contractual, informe de auditoría gestión presupuestal, Informe de Auditoría proceso Gestión atención al usuario, informe de auditoría Gestión de las TIC.
Seguimiento y evaluación al mapa de riesgos de gestión institucional de acuerdo al segundo componente del MECI Evaluación del Riesgo	Número de actividades ejecutadas/ número de actividades proyectadas*100	100%	La oficina de control interno en cumplimiento del rol de evaluación y seguimiento a los riesgos de gestión, realizó seguimiento y evaluación al mapa de riesgos de gestión, consolidado en dos informes en la vigencia 2021, de acuerdo al consolidado de evidencias para los controles de la mitigación del riesgo formulados por cada uno de por los líderes de procesos, los cuales fueron remitidos por parte de la oficina calidad, conforme al seguimiento realizado en la evaluación, se tuvo en cuenta el análisis del riesgo (riesgo inherente, riesgo residual), valoración del riesgo (descripción del control, probabilidad, impacto) y administración del riesgo (plan de acción, responsable, periodicidad de la acción y fecha de implementación), establecidos en los mapas de riesgos



**CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL
INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL**

			de gestión de la vigencia 2021. Se anexa como soporte. Informe de seguimiento al mapa de riesgos de Gestión Institucional, primer semestre y segundo semestre de la vigencia 2021.
De acuerdo al quinto componente del MECI, realizar actividades de monitoreo, seguimientos a los planes de mejoramiento producto de las AUDITORÍAS realizadas por control interno y por los entes de control	Número de actividades ejecutadas/ número de actividades proyectadas*100	100%	La oficina de control interno realizó seguimiento a los planes de mejoramiento externos como internos producto de las auditorías, en el que se solicitó a los responsables el avance a cada una de las acciones establecidas, se realizaron los siguientes seguimientos: - PLANES DE MEJORAMIENTO EXTERNOS: - Un Plan de Mejoramiento con la Contraloría Municipal de Bucaramanga (Auditoría Financiera y de Gestión No. 005-2021 de la Vigencia 2020. - dos Planes de Mejoramiento Mesa de Trabajo Contaduría General de la Nación: 28 de septiembre de 2020, - PLANES DE MEJORAMIENTOS INTERNOS: Como resultado de las auditorías internas realizadas se suscribieron cinco (5) planes de mejoramiento, a los cuales se le realizó su respectivo seguimiento y corresponden a: - Plan de mejoramiento Auditoría Recursos Físicos. - Plan de Mejoramiento Auditoría Apoyo diagnóstico. - Plan de mejoramiento Auditoría Cirugía y atención a partos - Plan de mejoramiento Auditoría Tesorería - Plan de mejoramiento Auditoría Gestión Atención al Usuario Conforme a lo anterior, se realizaron en la vigencia un total de diecinueve (19) seguimientos evidenciando avance en las metas proyectadas, Se anexan como soportes: seguimiento plan de mejoramiento auditoria 005 Contraloría Municipal de Bucaramanga Seguimiento plan de mejoramiento mesa de trabajo Contaduría General de la Nación, Seguimiento plan de mejoramiento auditoria recursos físicos, Seguimiento plan de mejoramiento auditoria apoyo diagnóstico, seguimiento plan de mejoramiento cirugía y atención a partos, Seguimiento plan de



CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL

			mejoramiento tesorería, Seguimiento plan de mejoramiento Gestión atención al usuario.
Realizar Evaluación al cumplimiento de las actividades del plan de acción MECI	Número de actividades ejecutadas/ número de actividades proyectadas*100	100%	<p>Conforme a los resultados del FURAG, se elaboró el plan de acción MECI 2021-2022, el cual consta de un total de 9 actividades a realizar de acuerdo a cada componente del MECI, La oficina de control interno, realizó grupo primario el 8 de septiembre de 2021, en el que asistieron la oficina de planeación y la oficina de calidad, cuyo objetivo era la revisión y aprobación del documento MECI-ARTICULADO MIPG y plan de acción MECI vigencia 2021-2022.</p> <p>En lo que corresponde a ésta actividad del plan de acción, la oficina de control interno tenía programado realizar evaluación al cumplimiento de actividades del plan de acción MECI en las siguientes fechas: 31/03/2021 - 30/06/2021 - 30/09/2021 - 31/12/2021, fechas que se modificaron debido a que los resultados del Furag fueron recibidos en el mes de julio de 2021 en la entidad, se procedió a elaborar el plan de acción MECI articulado con MIPG para la vigencia 2021-2022 y el plan de acción definitivo del MECI fue aprobado el 8 de septiembre de 2021, por lo tanto se realizaron dos seguimientos 30/09/2021 - 31/12/2021, cumpliendo así con lo programado en un 100% en esta actividad. Se anexan como soportes: Acta de fecha 08/09/2021 grupo primario aprobación plan de acción MECI vigencia 2021-2022, Acta de socialización a los líderes de procesos del Plan de acción MECI, Informes de seguimiento al plan de acción MECI. Por lo anterior, de seis acciones programadas para la vigencia 2021, se ejecutaron 6 actividades dando como resultado el 100% de la meta.</p>
Realizar seguimiento y Evaluación al Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE ACCIÓN DE MIPG EN EL PERIODO OBJETO DE EVALUACIÓN	100%	<p>En lo que corresponde a esta actividad se realizó seguimiento de manera integral a Planeación y Dirección y Dirección Estratégico en el que se evaluó el plan de acción MIPG el cual se cerró la vigencia 2020-2021 con un cumplimiento de 98%. Se dio inicio al plan de acción MIPG vigencia 2021-2022 el cual se encuentra en ejecución y conforme a seguimiento realizado se ha venido cumpliendo por</p>



CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL

			parte de los responsables con las acciones programadas. La entidad ha venido adelantada la gestión pertinente a la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, acorde con los lineamientos legales establecidos en el Decreto 1499 de 2017. Se anexan como soportes: informe de seguimiento a la Planeación y Direccionamiento Estratégico, informe de seguimiento plan de acción MIPG.
Realizar seguimiento semestral a SIAU PQRS de la Entidad, conforme a lo dispuesto en la Ley 1474 de 2011 Art. 76	# DE PQRD gestionadas / # TOTAL DE PQRD PUESTAS POR LOS CIUDADANOS*100	100%	La oficina de control interno en cumplimiento con lo dispuesto en la Ley 1474 de 2011 Art. 76, realizó informe de seguimiento primer y segundo semestre vigencia 2021 a Peticiones, Quejas, Reclamos, Sugerencias, Recibidas en el sistema de información y atención al Usuario - SIAU de la E.S.E ISABU, conforme al informe reportado de las PQRSF enviado por el profesional del proceso SIAU, identificándose que el proceso de PQRSF de la E.S.E ISABU cumple con los lineamientos legales establecidos. Cumpliéndose su presentación en un 100%. Se anexan como soportes. Informe de seguimiento primer y segundo semestre vigencia 2021 a PQRS - SIAU de la E.S.E ISABU.
Rendir los informes de Ley de la Oficina de Gestión y Control Interno	NÚMERO DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN PLAN DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN / ACTIVIDADES PROGRAMADAS DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN *100	100%	En cumplimiento de la normatividad vigente, la oficina de Gestión y Control Interno de la E.S.E ISABU, procedió a la presentación de los informes de Ley, permitiendo dar a conocer los resultados, en lo referente a la labor evaluadora, de acompañamiento y asesoría, establecidos en los roles de la oficina de control interno. Para la vigencia 2021 se programaron de acuerdo con el plan anual de auditorías la presentación de veintinueve (29) informes de ley, de los cuales dos (2) informes se elaboran ante la posible ocurrencia, como son: Informe sobre posibles actos de corrupción y auditoria por el Archivo General de la Nación, En lo que corresponde al presente plan de acción se cumplió su presentación en un 100%. Cabe aclarar que por error involuntario en el cronograma el informe de seguimiento al PAAC quedó programado trimestralmente, y por cumplimiento normativo éste se



CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL

			<p>debe realizar cada cuatro meses. Se anexan como soportes: Certificación reporte MECI en el marco de MIPG a través del FURAG, Informes de Evaluación Independiente del Sistema de Control Interno mes de enero y mes de julio de 2021, informe primer y segundo semestre atención al ciudadano, informe de evaluación de Control Interno Contable, Informe de evaluación por dependencias, Informe derechos de autor, informe de evaluación audiencia pública de rendición de cuentas, informe seguimiento a la actividad litigiosa, seguimiento a la racionalización de tramites Suit I,II,III cuatrimestre, Informe de austeridad del gasto vigencia 2020, Informe reporte de seguimiento al plan de mejoramiento con la Contraloría Municipal de Bucaramanga enero y julio, informe seguimiento ley de cuotas, informe seguimiento al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano I,II,III cuatrimestre, informes al Concejo Municipal de Bucaramanga, informe 1er y 2so trimestre meritocracia cargos de carrera administrativa (consolidado).</p>
--	--	--	--



CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL

6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:

La oficina de control interno reporta un cumplimiento de 100%, las nueve (9) actividades programadas, fueron ejecutadas en su totalidad, logrando el cumplimiento de las metas asociadas a los objetivos institucionales para la vigencia 2022.

7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:

- Esta oficina de control interno identifica la necesidad de solicitar a las diferentes áreas, mayor compromiso en la oportunidad de la entrega de información realizada por esta oficina. En tal caso, es necesario que se realicen reiteraciones con el fin de cumplir con los términos establecidos.

8. FECHA: 31 de enero de 2023

9. FIRMA:

SILVIA JULIANA PINZÓN CUEVAS
Jefe Oficina de Control Interno
ESE ISABU