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

1100-310-10

CI-041

Bucaramanga, 31 de enero de 2024

Doctor
GERMÁN JESÚS GÓMEZ LIZARAZO
Gerente
ESE ISABU

Firma _____

Radicado: **00000469**

Recibido: 31/01/2024 - 3:54 p.m.

ventanillaunica

ESE ISABU



ASUNTO: Informe de evaluación institucional por dependencias vigencia 2023 - 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 2023, 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

	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
	CODIGO: 1300-CIN-F-006	FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	VERSION: 2	PAGINA: 1-1
		REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

INFORME DE EVALUACIÓN DE GESTION POR DEPENDENCIAS VIGENCIA 2023

INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA E.S.E. ISABU

Responsable del Proceso o subprocesso: Oficina de Control Interno

INTRODUCCION

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”.

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, teniendo en cuenta, no solo los logros obtenidos desde los programado en la planeación institucional, sino de lo evidenciado en los seguimientos y auditorías realizadas por esta oficina.

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 2023.

OBJETIVOS

- 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.

MARCO NORMATIVO

- ✓ Circular No. 04 de 2005 Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de control interno de las entidades del orden nacional y territorial.
- ✓ Inciso 2 del artículo 39 de la Ley 909 de 2004
- ✓ Artículo 52 del Decreto Reglamentario 1227 de 2005

DESARROLLO


De acuerdo con la plataforma estratégica del plan de desarrollo “ISABU COMPROMETIDO CON LA SALUD Y BIENESTAR DE SUS USUARIOS 2020-2023” y producto de los seguimientos y auditorías realizadas por la oficina de control interno, se realizó la evaluación de gestión por dependencias para la vigencia 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 2023.

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 Subgerencia Científica	100%
5.	Gestión Financiera	100%
6.	Gestión de Recursos Físicos	100%
7.	Gestión de las TIC'S	100%
8.	Gestión de Control Interno	100%

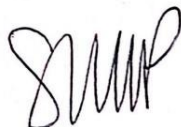
	INFORME DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION	FECHA ELABORACIÓN: 28-09-2020
	CODIGO: 1300-CIN-F-006	FECHA ACTUALIZACIÓN: 27-09-2021
	VERSION: 2	PAGINA: 3-1
		REVISO Y APROBÓ: Grupo Primario Control Interno

La evaluación realizada permitió concluir que las dependencias en general han cumplido los compromisos establecidos para la vigencia 2023, entendiendo que se han asumido desafíos o retos que han puesto a prueba las capacidades institucionales y han sido exitosamente superados.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- De acuerdo con la evaluación a ocho (8) dependencias, se evidenció que la totalidad de ellas obtuvieron un cumplimiento del 100% en las metas establecidas. Particularmente, con Gestión Financiera es necesario presentar el resultado de indicador preliminar, ya que el definitivo se conocerá solo hasta que el Ministerio de Salud emita la certificación.
- Las diferentes dependencias realizan las actividades con compromiso y determinación, sin embargo, se hace necesario que se realice un seguimiento al cumplimiento de las actividades, sin desconocer la labor de la oficina de Planeación, ya que se debe propender por el autocontrol de cada una de las dependencias, lo anterior, permitirá tomar decisiones oportunas en el momento de rezagos con el fin de lograr el 100% del cumplimiento.

Equipo auditor:



SILVIA JULIANA PINZÓN CUEVAS
 Jefe Oficina Control Interno
 E.S.E. ISABU

Se anexan; ocho (8) formatos de evaluaciones

**Evaluación de Gestión por Dependencias
Oficina de Control Interno**

1. Fecha: 31 de enero de 2024

2. Dependencia a evaluar: **Oficina Asesora de Planeación.**

3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:

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.

5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS

4. PRODUCTO SGI	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
Diseñar, Elaborar, Aprobar y Socializar el 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 que hacer 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 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. 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> <p>Para el cumplimiento de este producto, se evidencia: percepción de la ciudadanía frente a los componentes del PAAC, Mesas de trabajo para la construcción del PAAC con los líderes y equipo de trabajo, sustentación y aprobación del PAAC ante el comité CIGD, Soporte de publicación en la página institucional del PAAC antes del 31 de enero, Soporte de socialización del PAAC a los líderes de la institución. Actividad cumplida al 100%.</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.	100%	<p>El cumplimiento de este producto se define mediante las siguientes acciones: 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.) Ejecución (Publicación en página web y página de la SUPERSALUD, Publicación de invitación en redes sociales y medios institucionales, Capacitación en rendición de cuentas de los diferentes grupos de valor del HLN, Generación de</p>

		<p>propuestas temas audiencia pública alianza de usuarios, Entrega de invitaciones y oficio donde se evidencia medio, fecha, hora para la transmisión de la audiencia pública de rendición de cuentas 2023. Seguimiento y Evaluación (Fortalecimiento de la página WEB, Procesos Continuos de Formación en Anticorrupción, transparencia y rendición de cuentas, Eventos públicos de Rendición de cuentas vigencia 2023, Evaluación Realizada por control interno), dando cierre a las recomendaciones realizadas por la oficina de control interno respecto a la Rendición de Cuentas Vigencia 2023, para el cumplimiento de este producto se evidencia lo siguiente: cronograma en Excel, Captura de pantalla del cargue del formato GT03 en la plataforma de la Superintendencia Nacional de Salud de la actividad realizada. 2 actas de seguimiento al plan de trabajo de Rendición de Cuentas. Informe final Audiencia Pública Rendición de Cuentas Vigencia 2023. Evaluación de la audiencia pública de rendición de cuentas. Radicado 2591 donde se envía comunicado a control interno dando respuesta a las recomendaciones radicado 2398. informes de Rendición de Cuentas al Concejo primer, segundo, tercer y cuarto trimestre. Actividad cumplida al 100%.</p>
<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 gráficas realizadas para el desarrollo de campañas. 5. Soporte de vídeos realizados. 6. Actualización de imagen en diapositivas institucionales. 	<p>100%</p>	<p>Para el cumplimiento de la estrategia de marketing se realizaron 12 boletines informativos (uno mensual) que consistían en informar eventos o actividades relevantes de la institución y posterior ser publicados en la página web institucional. Se realizó un comunicado de prensa en el que se informó un incidente sucedido en el HLN. Se realizaron diferentes piezas gráficas y videos los cuales dieron a conocer las diferentes acciones y actividades que se realizaron durante esta vigencia tanto de la ESE ISABU 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 vídeos y piezas aportaban sus ideas para mejorar el mensaje a transmitir. Así mismo todo contenido multimedia elaborado a lo largo de este y los demás periodos contaron 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. Por otra parte, se realizó socialización de la nueva imagen de las diapositivas institucionales a cada uno de los líderes de la entidad con el fin de utilizarlas mediante presentaciones por todos los colaboradores de la ESE ISABU. Por lo anterior se da un cumplimiento del 100% de la estrategia de marketing.</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1-Realización de revisión de las recomendaciones generadas por el FURAG y priorización, Plan de Acción de MIPG y Documento de MIPG. 2. Presentación de aprobación en comité de CIGD de la documentación que hace parte del Modelo Integrado de Planeación y Gestión. 3.1. Seguimiento de cumplimiento del Plan de trabajo MIPG vigencia 2022 - 2023 con corte del 31 de marzo de 2023 a través de Comité CIGD. 	<p>98,99%</p>	<p>El Plan de Acción MIPG 2022-2023 (1 julio 2022 al 30 de junio 2023): Se ejecutó 196 metas de 198 metas programadas dando un cumplimiento del 98.99%, cumpliendo la meta para el 2023 del 95% del Plan de acción de MIPG en el periodo objeto de evaluación definida en el Plan de Desarrollo 2020-2023. Las actividades NO cumplidas, se reprogramaron en el plan de acción 2023-2024 para su ejecución las cuales fueron: POLÍTICA TALENTO HUMANO: Actividad: Realizar actualización al manual de funciones de la entidad para dar cumplimiento a la Ley 1955 de 2019 y el Decreto 2365 de 2019 para facilitar el ingreso de los jóvenes a la administración pública. Seguimiento: No se ejecutó la actividad porque la entidad proyectó la ejecución el segundo semestre de 2023 proyectando realizar un estudio técnico de formalización laboral y actualización de actos administrativos.</p>

3.2. Seguimiento de cierre de cumplimiento del Plan de trabajo MIPG vigencia 2022-2023 con corte a 30 de junio de 2023 a través del Comité CIGD.

POLÍTICA TRANSPARENCIA, ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN:

Actividad: Realizar socialización de la Estrategia de Transparencia y Acceso a la Información Pública a los servidores públicos y contratistas desde el compromiso personal para el fortalecimiento institucional.

Seguimiento: Actividad incluida en el plan de acción MIPG 2023-2024 ejecutada en diciembre de 2023.

En julio de 2023 se presentó la Medición del Índice de Desempeño Institucional de la vigencia 2022 a través del FURAG. Los resultados fueron socializados en noviembre por Función Pública, de acuerdo con los lineamientos generados por la secretaria de Planeación municipal se realizó la revisión de los resultados y respuestas del FURAG para la priorización de las actividades del Plan de acción MIPG 2023-2024 con los líderes y equipo de apoyo de cada política de MIPG; se formuló el Plan de acción MIPG 2023-2024 y se actualizó el documento de MIPG el cual fue aprobado en el comité CIGD el 21 de diciembre de 2023.

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

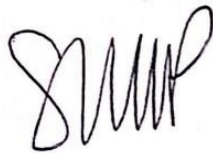
Del análisis aquí evidenciado y producto de los seguimientos realizados por la oficina de control interno a la gestión de Planeación y Direccionamiento estratégico, se puede determinar que esta dependencia cumplió al 100% con los objetivos propuestos para la vigencia 2023.

Si bien se reporta un cumplimiento del 98% en el cumplimiento del Plan de trabajo MIPG vigencia 2022-2023, la meta establecida era mayor al 95%, un porcentaje mucho mayor a lo propuesto.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

Esta oficina de Control Interno recomienda continuar con los seguimientos realizados, asegurando con esto el cumplimiento de las actividades en pro del mejoramiento continuo.

8. Firmas:



SILVIA JULIANA PINZÓN CUEVAS
Jefe Oficina de Control Interno
ESE ISABU

Auditor (es)

**Evaluación de Gestión por Dependencias
Oficina de Control Interno**

1. Fecha: 31 de enero de 2024

2. Dependencia a evaluar: **OFICINA ASESORA DE CALIDAD**

3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:

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.

4. PRODUCTO SGI

5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS

5.1. Avance producto SGI (%)

5.2. Análisis de Resultados

1. Realizar consolidación y análisis trimestral, de los indicadores de Oportunidad de acuerdo a 2193
2. Elaboración de planes de mejoramiento conforme a los resultados, si aplica, conforme a las desviaciones identificadas en la evaluación de los indicadores.

100%

Durante la vigencia 2023, se realizó mensualmente recolección, medición y análisis de los indicadores de oportunidad de acuerdo con la resolución 2193 de 2004, lo que permitió llevar un control de los indicadores y mantener la oportunidad dentro de la meta establecida para medicina general, odontología y todas las especialidades que oferta la ESE ISABU, no se presentaron desviaciones en los indicadores por lo que no se generaron planes de mejoramiento.

La acción se cumplió al 100%.

Evidencia el cumplimiento de la meta el tablero de indicadores de oportunidad con corte a 30 de diciembre de 2023 y el Informe de análisis de indicadores de oportunidad de cuarto trimestre.

<p>Realizar actualización y ajuste a el listado maestro de acuerdo a los requerimientos de los Líderes de los procesos</p>	<p>100%</p>	<p>En la vigencia 2023 se mantuvo el sistema de gestión de calidad por procesos con enfoque en la mejora continua, se promovió la revisión y actualización documental, así como la creación de documentos por procesos de acuerdo con los cambios de normatividad. Durante la vigencia 2023, se actualizaron y/o crearon 503 documentos manteniendo actualizado el listado maestro institucional.</p> <p>INDICADOR: NUMERO DE REVISIONES DE LISTADO MAESTRO REALIZADAS / NUMERO DE REVISIONES DE LISTADO MAESTRO PROGRAMADAS: 12/12: 100%.</p> <p>Se cumplió al 100% con la acción programada para la vigencia. Evidencia el cumplimiento de la meta la Carpeta denominada "DOCUMENTOS APROBADOS IV trim", que contiene tres archivos de Excel: octubre, noviembre y diciembre con el listado de los documentos actualizados y/o creados en estos meses, listado maestro actualizado a 31 de diciembre de 2023.</p>
<p>Realizar Autoevaluación de estándares de habilitación de acuerdo a cronograma de auditorías Internas</p>	<p>100%</p>	<p>Durante la vigencia 2023, se dio cumplimiento al 100% del cronograma planteado de visitas de autoevaluación, (34) visitas de autoevaluación de los estándares de Habilitación programadas de acuerdo al cronograma de auditorías internas de los Centros de salud (22): Café Madrid, Kennedy, San Rafael, Gaitán, Santander, Bucaramanga, Joya, Colorados, Villa Rosa, IPC, Regaderos, Girardot, Comuneros, Toledo Plata, Libertad, Cristal, Pablo VI, Concordia, Campo Hermoso, Rosario, Morrórico, Mutis y en unidades hospitalarias (11): HLN los servicios: Urgencias, Transporte asistencial, Internación, Farmacia, Radiología, Partos- Cirugía, Laboratorio. UIMIST los servicios: Internación- Urgencias, Laboratorio, Radiología, Consulta Externa; de igual forma se verificó el Estándar (1) de Talento Humano.</p>

Realizar el planteamiento de las acciones MECI inicial	100%	Derivado de la entrega de los resultados de la autoevaluación del FURAG, entregada en el mes de septiembre por la función pública, la oficina de control interno procedió a la elaboración del Plan de acción MECI, para la vigencia 2024, la oficina de calidad revisó y aprobó el plan de acción, el cual fue socializado a los líderes responsables el 27 de diciembre de 2023, cumpliendo al 100%, con esta actividad.
--	------	--

<p>Realizar una campaña para crear cultura hacia el cuidado por el medio ambiente.</p>	<p>100%</p>	<p>Durante la vigencia 2023 se implementó la campaña " LLEGO LA HORA PONTE PILAS CON EL AMBIENTE". Cuyo objetivo fue fomentar en los usuarios internos y externos la recolección de las pilas que son usadas diariamente en nuestras labores y hogar, ya que son un residuo altamente contaminante para el medio ambiente, teniendo en cuenta que posee materiales peligrosos que pueden causar daño a la salud humana y el medio ambiente. La campaña consistió en realizar la instalación de contenedores llamativos con el objetivo de poder realizar la recolección de este residuo, los cuales fueron identificados con una imagen tanto en las unidades Hospitalarias como en las Operativas.</p> <p>Se realizó sensibilización a usuarios como colaboradores de todas las sedes de la importancia de realizar una correcta segregación de estos residuos y de incentivar su recolección.</p> <p>La campaña tuvo un impacto positivo, pues se logró sensibilizar a los usuarios y colaboradores en como aportar al medio ambiente realizando la recolección y disposición final de un residuo tan contaminante.</p> <p>* Total de puntos instalados para la recolección de las pilas: 29 distribuidos así: 22 unidades Operativas y 7 en las unidades hospitalarias ya que instalaron en diferentes servicios.</p> <p>* Socialización al personal de la institución de la importancia de recolectar las pilas</p> <p>* Socialización a Usuarios: se realizó en las 24 sedes de la ESE ISABU</p> <p>Gracias a la implementación de la campaña se logró realizar un aporte considerable al medio ambiente realizando la correcta gestión de 173.08 kilogramos de baterías usadas.</p>
--	-------------	---

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

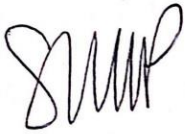
La oficina de control interno producto de los seguimientos y auditorias, puede determinar que la oficina de Asesora de Calidad ha cumplido con el 100% de las actividades y los objetivos de manera óptima en la vigencia 2023. De esta vigencia se puede destacar el cumplimiento de las normas ambientales en los centros de salud y unidades hospitalarias, sumados a los esfuerzos por crear conciencia ambiental entre los usuarios y trabajadores de la salud. La respuesta positiva de las áreas por actualizar la documentación da cuenta del arduo trabajo de la oficina de Calidad en procura del mejoramiento continuo de la ESE ISABU.

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:

Desde las auditorias y seguimientos realizados por la oficina de control interno se pudo detectar falencias en los aspectos documentales de las diferentes áreas auditadas, por esta razón, la recomendación de esta oficina es continuar con la concientización a los líderes de la importancia de actualizar los documentos de sus áreas, promoviendo la mejora continua institucional.

8. Firmas:



SILVIA JULIANA PINZÓN CUEVAS
Jefe Oficina de Control Interno
ESE ISABU

Auditor (es)

**Evaluación de Gestión por Dependencias
Oficina de Control Interno**

1. Fecha: 31 de enero de 2024

2. Dependencia a evaluar: **GESTION ATENCIÓN AL USUARIO**

3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:

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. PRODUCTO SGI

5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS

5.1. Avance producto SGI (%)

5.2. Análisis de 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

100%

Se realizaron reuniones bimensuales con los líderes 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.
Se realizaron 2 mesas de trabajo de manera presencial con líderes de la alianza de usuarios, el Gerente, la subdirectora científica las jefes de zona y el coordinador del SIAU de la ESE ISABU donde se registraron las expectativas y necesidades para poder tramitarlas, también se les dio a conocer a los líderes 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 7 reuniones 5 bimensuales y 2 rendiciones de cuentas para identificar las necesidades y expectativas de los usuarios cumpliendo el 100% del indicador

<p>1- gestionar las PQRD presentadas por los ciudadanos 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. 3. Seguimiento a las acciones de mejoramiento definidas frente a las desviaciones identificadas</p>	<p>100%</p>	<p>Se gestionaron y respondieron PQRSF recibidas de manera (Buzón o presencial 464 y virtual Electrónica (página web, correo, teléfono 263), en el año 2023 se recibieron y gestionaron en total 737 PQRSF (peticiones 21 equivalente al 3%, quejas 360 equivalente al 50%, reclamos 30 equivalente al 4%, sugerencia 43 equivalente al 6%, solicitud de información 0, y felicitaciones 273 equivalente al 38%) 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 PQRSF son en facturación por la asignación de citas y contra el trato por parte de algunos funcionarios, para lo cual se están realizando estrategias como el programa de humanización con sus respectivas actividades y el mejoramiento en la cobertura del call center, chatboot y la estrategia de cero filas.</p> <p>La información de PQRSF se plasmó en los informes trimestrales (4) de la oficina del SIAU. Se gestionaron 100% las PQRSF interpuestas cumpliendo con el indicador.</p>
--	-------------	--

<p>1- Realizar cronograma de capacitaciones con la alianza de Usuarios</p> <p>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>100%</p>	<p>Se realizaron reuniones y capacitaciones con la alianza de usuarios dando cumplimiento al cronograma establecido y socializado en el mes de enero de 2023, 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: rendición de cuentas diálogo en doble vía, liderazgo y participación social, Sistemas de computación para acceso a servicios, sistema general de seguridad social en salud, reforma a la salud, política de humanización primeros auxilios, programa de mejoramiento de la calidad - PAMEC, derechos y deberes, cuotas moderadoras y copagos.</p> <p>Se realizaron un total de 10 capacitaciones cumpliendo con el indicador</p>
<p>1. Evaluar la percepción de calidad de la atención del usuario, aplicando la encuesta de evaluación de satisfacción institucional.</p> <p>2. Consolidación de los resultados en forma mensualizada y presentación de los mismos en el Comité CIGD.</p> <p>3. Definición de planes de mejoramiento, si aplica, con el fin de mejorar los resultados obtenidos en las encuestas.</p>	<p>100%</p>	<p>Se realizaron en el año 2023, un total de 3.989 encuestas institucionales de satisfacción del usuario donde se pretendía evaluar la percepción de calidad de la atención mediante la satisfacción global y si recomendaría a familiares y amigos la ESE ISABU.</p> <p>Los resultados acumulados al 31 de diciembre de 2023 fueron: satisfacción global 95.05% y recomendaría al ISABU del 95.45% 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 y tiempo de atención.</p> <p>Dichos resultados se presentaron en el CIGD.</p>

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, ya que se identificó un cumplimiento en las metas propuestas.

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, más si tenemos en cuenta los cambios normativos recientemente introducidos en los cuales se modificaron los términos para las respuestas por parte de las entidades de salud.

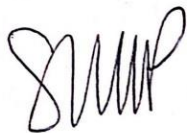
Teniendo en cuenta lo anterior, esta oficina de control interno determina que la oficina de Atención al Usuario SIAU, cumple con los compromisos pactados para la vigencia 2023 en un 100%.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

De las recomendaciones identificadas en las retroalimentaciones con usuarios y con la alianza de usuarios se identificó la necesidad de mejorar la oportunidad en la asignación de citas por medicina general y especializada. De esto, es pertinente que desde el SIAU se adelante actividades tendientes a lograr una mejor satisfacción al usuario, respecto al tema en concreto, buscando la sincronía con las diferentes que áreas que intervienen en beneficio del usuario de la ESE ISABU.

Lo mismo frente a las desviaciones encontradas en la consolidación de datos de los diferentes canales de información, en las cuales se requiere mejorar los temas de asignación de citas y tiempo de atención. El trabajo conjunto será la clave para lograr la plena satisfacción de nuestros usuarios.

8. Firmas:



SILVIA JULIANA PINZÓN CUEVAS
Jefe Oficina de Control Interno
ESE ISABU

Auditor (es)

Evaluación de Gestión por Dependencias Oficina de Control Interno

1. Fecha: 31 de enero de 2024

2. Dependencia a evaluar: **SUBGERENCIA CIENTÍFICA**

3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:

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. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS	
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de 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. 	60.67%	<p>Es importante recalcar que nuestra misión es incentivar el uso de herramientas tecnológicas para evitar las filas, aglomeración y afectación del tiempo en familia y laboral. Por ello nos hemos fortalecido con las estrategias Call center, página web, ChatBot y respuesta oportuna a las solicitudes en sala de EAPB para tener el mejoramiento continuo.</p> <p>Se evidencia que para la vigencia 2023, el comportamiento de asignación de citas fue de preferencia por nuestros usuarios las herramientas tecnológicas (Call center, ChatBot y página web), para cerrar toda la vigencia con: 39.33% citas presenciales y 60.67% herramientas tecnológicas dando cumplimiento a la meta establecida en el plan de acción.</p> <p>Los trimestres con mayor asignación de citas por medios tecnológicos fueron I y II, seguido del III y baja 5 % entre último y el primer y segundo trimestre, esto se debe a la terminación de una EPS y la pérdida de un número significativo de usuarios por tanto hemos fortalecido mediante campañas educativas el uso de estas herramientas. El mes de diciembre los usuarios no consultan tanto para citas médicas y odontológicas se presentan varios días festivos lo cual disminuye la asignación. Cabe destacar que en esos meses la disponibilidad estuvo en las agendas a un día de oportunidad, en el último trimestre se adquirió para herramienta -del Call center un módulo que se llama Isabel en cual ingresa la llamada y se direcciona al operador disponible y se actualizo el módulo para garantizar mayor gestión y obtener estadísticas del proceso. Se tiene como evidencia 4 informes trimestrales donde se muestra el comportamiento de la asignación de citas.</p>

<ol style="list-style-type: none"> 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 citología). 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. 3. Participar de Jornadas Nacionales de Vacunación con actividades intramurales y extramurales. 	<p>90%</p>	<p>Para la vigencia del 2023 las actividades ejecutadas de las rutas de atención se observan un cumplimiento en el cuarto trimestre 79% con un cumplimiento global del 90% en los trimestres anteriores con un comportamiento para primer trimestre 91% en el segundo trimestre 90% en tercer trimestre 98 % se puede observar que se cumplió la meta establecida para el plan de acción del 2023. Las actividades con un porcentaje acumulado anual como: Primera infancia 124%. lactancia materna 224%. Juventud 103%. Adultez 122%. Tamizaje de cáncer de Próstata 148%. Tamizaje de cáncer de mama (consulta) 104% y Tamizaje de cáncer de colon (laboratorio) 278% supera las actividades programas por eps la institución busca la integralidad de la ruta de atención para la población mayor de 50 años para los ingresos de control prenatal con 173% mejorando la calidad en la atención del binomio madre-hijo. Se tiene como evidencia 4 informes que incluyen análisis estadístico por trimestre y comparativo.</p>
<ol style="list-style-type: none"> 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. 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. 3. Informe anualizado de la productividad en los servicios. 	<p>100%</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 de la vigencia 2023.</p>

<ol style="list-style-type: none"> 1. 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). 2. Elaborar un perfil epidemiológico. 3. Presentar el documento del perfil Epidemiológico a subgerencia científica para revisión y aprobación. 4. Publicar el perfil epidemiológico en el observatorio digital ESE ISABU. 	<p>100%</p>	<p>Se realizó el perfil epidemiológico correspondiente al 4to trim y de la vig. 2023, de acuerdo a los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud, generados por el Sistema de Información PANACEA de la institución, principal fuente de información conformado por variables sociodemográficas, administrativas y clínicas que permite establecer perfiles de morbilidad atendida y realizar procesos de seguimiento y control de diferentes aspectos de la prestación de los servicios. Fuentes de información secundarias son: la Base de Datos Única de Afiliados que entregan las EPS, la Base de Datos del Registro Único de Afiliados Nacimientos y Defunciones y la base de datos de sala de partos para la caracterización de la población activa. Los datos fueron procesados y analizados en 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 durante el 1er trim 2023 por servicios (consulta externa, urgencias, hospitalización), se incluyeron los ciclos vitales que comprenden: 1era infancia; infancia; adolescencia; juventud; adultez y persona mayor de 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 transmisibles y nutricionales; 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. El perfil epidemiológico correspondiente es revisado y aprobado por la subgerencia científica y presentado ante la junta directiva. El perfil correspondiente al 4to trim de 2023 se encuentra publicado para consulta en la página www.isabu.gov.co Observatorio Digital.</p>
--	-------------	---

<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar 4 comités anuales de Docencia Servicio con las Instituciones de Educación Superior (universidades). 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). 	65	<p>Durante la vig.2023, 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 (universidades) y a los programas técnicos de las áreas Auxiliares de la Salud. Durante la vig.2023, se realizaron 4 jornadas de inducción general a los estudiantes de pregrado y auxiliares 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; se cuenta como evidencia 2 actas que reúnen la información de las 4 jornadas de la de inducción. Se realizaron 2 reuniones de manera conjunta con las universidades para la elaboración del cronograma de rotaciones según las necesidades de los servicios. Se realizaron 47 reuniones con las universidades (UNAB, UDES, UIS, UCC, UMB, USTA) y 5 reuniones de manera conjunta con las instituciones de formación técnica (Congregación Mariana, San Pedro Claver, SENA, UTC, Cruz Roja, EFORSALUD y CORPOSALUD) para coordinar los planes de trabajo, anexos técnicos y verificar el cumplimiento de las actividades asistenciales en las unidades operativas; se socializaron los resultados de las rotaciones al final de cada periodo académico y se realizó el análisis de las dificultades, diferencias, conflictos, que se presentaron durante la vigencia 2023, lo cual quedó consignado en las actas de cada reunión. Como evidencia, se cuenta con 56 actas de las reuniones del comité docencia servicio realizadas con las diferentes instituciones educativas en total de la vig.2023 y 9 actas de las reuniones del Comité de Ética en la Investigación de la ESE ISABU en formato PDF. Actividad con cumplimiento del 100%.</p>
---	----	--

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

1

Para el 2023 por necesidades de mejora se prioriza la Ruta Cardio metabólica para fortalecer mejorar la calidad de atención desde la actualización de historias clínicas, capacitaciones al personal de salud y el seguimiento auditorias de salud.

Se logró el cumplimiento del 90% en la meta establecida para el plan de acción del 2023 el comportamiento en los trimestres: IV trimestre 79% para la ruta Cardio metabólica actividades derivadas de la RPMS con un cumplimiento 62% anual. Se realizaron 4 capacitaciones en el 2023 con una adherencia del 90% anual, para el IV trimestre se capacitó en guía de manejo de DM2 con una adherencia 90% y se evaluó la adherencia por medio auditorías de las historias clínicas con una muestra de las 480 historias auditadas en año con calificación optima mayor al 90%, correspondiente a los criterios evaluativos, con un promedio de adherencia 95%.

Las desviaciones encontradas generaron un plan de acción para mejorar la atención en el cual se plantearon 14 actividades en 2023 con un cumplimiento del 78% en el último trimestre y 3 actividades en desarrollo con la actualización de historias clínicas. Para 2024 se pretende continuar con el fortalecimiento a la ruta promoción y manteniendo de la salud.

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

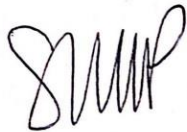
De conformidad con los seguimientos realizados a lo largo de la vigencia por esta oficina de control interno y del análisis de lo reportado en este formato, se puede determinar que las diferentes áreas de la Subgerencia Científica han realizado grandes esfuerzos por cumplir cada una de las metas establecidas, es así como se evidencian avances en la socialización de los canales tecnológicos para la asignación de citas, propendiendo por evitar filas que afecten a nuestros usuarios. De igual manera se destaca el gran numero de actividades ejecutadas por rutas de atención, las cuales evidencian un porcentaje de cumplimiento bastante alto. El cumplimiento de las metas ahonda en la satisfacción de nuestros usuarios y el mejoramiento continuo de la prestación del servicio.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

La recomendación por parte de esta oficina de control interno va dirigida a fortalecer el uso de los canales tecnológicos para la asignación de citas por parte de los usuarios, teniendo en cuenta el contexto socioeconómico de nuestros usuarios y las acciones de contingencia para obtener mejores resultados en este aspecto. Si bien los avances han sido significativos, la implementación de estas herramientas tecnológicas amerita mucha más socialización, con el fin de hacerlas masivas y de común utilización entre los usuarios. La tarea es ardua, pero en la medida que se implementen diferentes acciones los resultados serán más evidentes.

En cuanto a las actividades por rutas de atención, la recomendación es continuar con las labores que garanticen la continuidad del cumplimiento de las metas, teniendo en cuenta que el contexto del cumplimiento de estas actividades, en gran medida obedecen a factores externos de la entidad.

8. Firmas:



SILVIA JULIANA PINZÓN CUEVAS
Jefe Oficina de Control Interno
ESE ISABU

Auditor (es)

Evaluación de Gestión por Dependencias Oficina de Control Interno

1. Fecha: 31 de enero de 2024

2. Dependencia a evaluar: **Gestión Financiera**

3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: 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. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS	
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de Resultados
<p>PORCENTAJE DE RADICACION DE FACTURACION</p> <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 en el comité de cartera los inconvenientes que se presentan al momento de generar los RIPS, a fin de tomar las medidas necesarias en cada área involucrada.</p> <p>4. Entregar desde el proceso de facturación al proceso de cartera, la facturación generada por los servicios prestados en salud, para que el área de cartera atienda la radicación en los tiempos establecidos por norma.</p> <p>5. 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>6. Reunión cada tres meses entre el proceso de cartera y facturación, para revisar las causales de devolución de las facturas y tomar las medidas que permitan la radicación efectiva.</p>	<p>98.06%</p>	<p>Item1y2: Se realizó socialización y capacitación al personal de cuentas médicas como consta en diferentes actas. ítem 3. En comité de cartera se trató el tema de RIPS, sin embargo, adelanto con frecuencia en GRUPO INTERNO GERENCIA DE LA INFORMACION el cual cuanta con la participación de directivos para la efectiva toma de decisiones. ítem 4. Con el fin de presentar la facturación recibida con corte a 30 de cada mes, se realizó y analizó entre cartera-radicación y facturación el cronograma de entrega que contiene 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.</p> <p>ítem 5. Se realiza seguimiento a la radicación mensual y a los motivos de devolución o no radicación por parte de las ERP, para ello se suscribieron actas mensuales entre los procesos de Radicación-Cartera y facturación, a fin de llevar un mejor control, así mismo se notifica a las ERP la radicación realizada para el pago a obtener según norma.</p> <p>ítem 6. Las causales de devolución junto con las de glosas fueron socializadas, no solo al líder de facturación sino también a los líderes asistenciales con el fin de impactar la disminución de las devoluciones; se realizó socialización de las causales de devolución en el grupo primario financiero, para que se eviten errores que generen estas devoluciones. La facturación por servicios prestados de enero a diciembre del 2023 asciende a la suma de \$69.292.538.963, con radicación de \$ 67.947.490.954.51, para un porcentaje 98.06%, superando la meta establecida para el 2023 del 80%.</p>

EQUILIBRIO OPERACIÓN CON RECAUDO Y FACTURACION RADICADA

93.7%

1. Revisión, actualización y ajuste del proceso de cartera y su manual si se requiera para mejoramiento del flujo de caja de la ESE ISABU
2. Reuniones directivas semestrales para fortalecimiento del proceso de contratación con las diferentes EPS, con el fin de tener una contratación adecuada a los servicios ofrecidos, la capacidad humana y física instalada en la ESE ISABU, disminuyendo las glosas por incumplimiento de metas y lograr recaudo que mejore el flujo de caja de la ESE ISABU.
3. 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.
4. Realizar seguimiento a tiempo entre la recepción de la glosa y la resolución de esta, para lograr el recaudo del servicio prestado.
5. Realizar seguimiento al giro o pago realizado por las ERP con respecto a su radicación.
6. Efectuar circularización de cartera que conlleve a conciliaciones periódicas entre las partes determinando los saldos a pagar por los terceros logrando mayor recaudo para la ESE ISABU
7. 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.

Item1. Se establecieron nuevos procedimientos, con un proceso estructurado y caracterizado.

Item2. Reuniones con EPS con participación de la gerencia y subgerentes de la ESE ISABU

Item3. Reuniones de socialización de la contratación, con el objetivo de conocer y poder tener herramientas para un menor porcentaje de glosa y la aceptación de esta; como prueba de ello, se adjunta acta de reunión y planilla de asistencia.

Item4. Se cumplen con los tiempos establecidos en la Res 3047, promedio la respuesta en 16.06 días, seguimiento a los motivos de glosas, socializados al área asistencial conformada por el subgerente científico, las directoras técnicas, el auditor concurrente, la jefe de PYP, sub administrativa, facturación y cartera.

Item5. Radicada la facturación en las ERP, se envía comunicación a las ERP informando el valor radicado "Radicación y Pago según norma"; se revisa radicación vs pagos para analizar según la norma (cápita 100%; evento mínimo el 50%), si no se cumple se envía comunicación reportando lo pendiente de pago según la ESE ISABU; finalmente se solicita a las ERP información sobre la facturación objeto de dispersión de pago.

Item 6. Se realizo mensualmente la circularización de cartera ante las diferentes ERP, con el fin de dar a conocer a las entidades el valor que nos adeudan y de esta forma poder llegar a la conciliación y posterior pago de esta. Se circularizo promedio el 90% de deudores. Adjunta correos electrónicos soporte de su cumplimiento.

Item 7. realización de Comités de Cartera en la que se presentan los avances, indicadores y anomalías de facturación y cartera.

INDICADORES= recaudo durante la vigencia fue de \$ 66.404.726.524 y facturación radicada \$70.798.187.072, **con un porcentaje de cumplimiento del 93.7%, por encima de la meta (datos según cartera vigencia actual y anterior), que es >=0.8.**

La glosa aceptada por servicios del 2023 fue de \$114.106.352, valor aceptado sobre facturación 2023 frente a la facturación radicada del año 2023 \$67.947.490.954.51 (dato según presupuestos), con un resultado 0.17%

<p>EQUILIBRIO OPERACIONAL CON INGRESOS RECONOCIDOS Y GASTOS COMPROMETIDOS.</p> <p>1- Monitorizar los ingresos reconocidos por cada una de las entidades del pago a las que se les preste servicio de salud</p> <p>2- Determinación y Seguimiento al gasto comprometido</p> <p>3- Análisis de los ingresos reconocidos VS los gastos comprometidos, que permitan determinar el excedente o déficit de la operación.</p> <p>4- Análisis de los ingresos contables VS los gastos contables, que permitan determinar el excedente o déficit de la operación.</p> <p>5- Presentación de los resultados para toma de decisiones oportuna y pertinentes.</p>	<p>1.37</p>	<p>El control sobre las entidades responsables de pago a las cuales se les factura y radica la cuenta, se monitorea a través de comunicaciones que se envían previa radicación e información del pago esperado y luego el giro (ministerio o recurso propio) se genera comunicación, correo o llamada si no se cumple con lo esperado.</p> <p>Mes a mes se realizan las ejecuciones presupuestales determinando allí el compromiso presupuestal frente al ingreso reconocido; en el año 2023, se revisó periódicamente la ejecución del presupuesto vs el presupuesto definitivo; reconocimiento de ingresos vs recaudo; ejecución del gasto y sus pagos; monitoreando así el presupuesto con fines de ser asertivos en el cumplimiento presupuestal.</p> <p>INDICADOR</p> <p>Se tomo el total de ingresos reconocidos en el periodo enero a diciembre del 2023 fue de \$ 86.006.268.115.85 y los Gatos-Costos comprometidos de \$62.691.887.572, generándose un indicador de 1.37, esto es que por cada peso comprometido en gasto o costo se tiene un respaldo por ingresos reconocidos de 1,37; se cumple con la meta.</p>
--	-------------	--

<p>EVOLUCION DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVA</p> <p>1- Monitorizar la producción de actividades por cada una de las entidades responsables del pago a las que se les preste servicio de salud</p> <p>2- Determinación del gasto contable para el análisis del gasto por UVR</p> <p>3- Análisis de la producción de las actividades VS los gastos contable del mes objeto de evaluación.</p> <p>4- Presentación de los resultados para toma de decisiones oportuna y pertinentes.</p> <p>5- Seguimiento al plan de mejora.</p>	<p>1.03</p>	<p>Se analiza la evolución del gasto por UVR a diciembre 2023 comparado con 2022. El valor referente al año corriente se actualiza según el coeficiente del índice acumulado interanual 2023 en un 9.28%.</p> <p>El indicador presenta resultado Favorable Menor a 1,15 (1.03), para el cumplimiento en su medición la producción se mantuvo comparativamente con el año 2022 y el gasto 2022 fue en mayor proporción a la generación del gasto 2023.</p> <p>El cálculo se realiza tomando como base la producción presentada en SIHO 2022 y 2023 así como los gastos presupuestales y se obtiene un indicador de 1.03, con producción similar año a año, pero mayor gasto-costos en el año 2023.</p> <p>En lo que respecta al Plan de mejora, el mismo se realizó conforme a ciclo PHV, dando cumplimientos a las actividades y estrategias planteadas. Se cuenta con análisis de resultados obtenidos de la medición del indicador de producción-UVR por costo en cada unidad de servicio, arrojando que la entidad presenta un saldo favorable en su utilidad contable del ejercicio para el periodo acumulado diciembre 2023. Comparativamente el resultado es adicionalmente positivo para el relativo 2022, ya que los ingresos aumentaron en mayor proporción al incremento de los gastos y costos lo que permite evidenciar una utilidad mayor. Por lo tanto, las acciones tomadas en el plan de mejora fueron positivas para la institución.</p> <p>INDICADOR: 1.03 (calculado con datos producción SIHO y compromisos presupuestales). META: entre 1.0 y 1.15.</p> <p>Nota: Por lo anterior el cálculo será tomado con la producción reportada en el SIHO y los gastos comprometidos según el presupuesto (1.03), este resultado será definitivo una vez el Ministerio entregue el certificado.</p>
<p>EQUILIBRIO OPERACIÓN CON INGRESOS RECONOCIDOS Y GASTOS COMPROMETIDOS.</p> <p>1- Realizar Plan anual de adquisiciones y cargue a página antes del 31 de enero de la vigencia.</p> <p>2- Realizar actualizaciones al plan anual de adquisiciones pertinentes en la plataforma SECOP</p>	<p>1.37</p>	<p>Mediante Resolución No. 001 de 2023 se adopta el plan anual de adquisiciones que se ejecutara por la ESE ISABU durante la vigencia 2023.</p> <p>Se soporta con pantallazos de cargue de actualización del plan anual en la plataforma SECOP II.</p> <p>INDICADOR</p> <p>Se tomo el total de ingresos reconocidos año 2023 frente a los Gastos-Costos comprometidos, generándose un indicador de 1.37, esto es que por cada peso comprometido en gasto o costo se tiene un respaldo por ingresos reconocidos de 1.37. Meta establecida 1.</p>

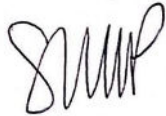
6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

Del análisis aquí evidenciado y producto de los seguimientos realizados por la oficina de control interno a la gestión Financiera, se puede determinar que esta dependencia cumplió al 100% con los objetivos propuestos para la vigencia 2023. Si bien en la evolución del gasto por unidad de valor relativa se tiene un resultado preliminar, se espera que una vez el Ministerio emita el certificado, el resultado sea muy parecido al aquí manifestado.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

Comparativamente, se denota una mejoría del indicador relacionado con la evolución del gasto por unidad de valor relativa, que para el 2022 no resultó positivo, sin embargo y con la ejecución del plan de mejoramiento a raíz de los resultados, la recomendación de la oficina de control interno es continuar con las actividades con el fin de mantener monitoreado el indicador y garantizar mejores resultados en las próximas mediciones.

8. Firmas:



SILVIA JULIANA PINZÓN CUEVAS
Jefe Oficina de Control Interno
ESE ISABU

Auditor (es)

Evaluación de Gestión por Dependencias Oficina de Control Interno		
1. Fecha: 31 de enero de 2024	2. Dependencia a evaluar: Recursos físicos	
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: Fortalecer la infraestructura física y tecnológica de la E.S.E ISABU.		
4. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS	
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de 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.	100%	<p>Se logró a cumplir a cabalidad las actividades programadas en los cronogramas de i) cronograma general de mantenimiento a la infraestructura, ii) cronograma de mantenimiento de cubiertas y limpieza de canales, iii) cronograma de mantenimiento a la infraestructura física por hallazgos de habilitación y, iv) cronograma de mantenimiento eléctrico para el periodo 2023. Ante ello se evidencia un cumplimiento del 100% de las actividades proyectadas, el cual son soportadas en los informes de avance que son presentadas trimestralmente a lo largo del año 2023 de la cuales se resaltan actividades como: instalación de timbres de llamado de emergencia en baterías sanitarias, adecuación de división fija y móvil en consultorios, instalación de media cañas en consultorio requeridas, embellecimiento de las instalación internas y externas, revisiones y reparaciones de baterías sanitarias por fugas presentadas, adecuación de espacios para el mejoramiento de las instalaciones prestadas a los usuarios en el Hospital Local del Norte, UISMIST, Centro de Salud Café Madrid, Villa Rosa, Regaderos, Gaitán y Santander.</p> <p>Así mismo se llevó a cabo actividades de mantenimiento para la limpieza de techos, canales y canaletas a fin de evitar filtraciones de agua y taponamiento del sistema pluvial, impermeabilizaciones en las diferentes áreas de la infraestructura para mitigar filtraciones, cambio de luminarias para mejoramiento de la visibilidad y en área por finalización de la vida útil del material, mantenimiento y reparación al mobiliario de la infraestructura para el óptimo funcionamiento, tendido de cable de puntos de internet como apoyo al área de sistemas para la adecuación de sistema de red de internet.</p> <p>Finalmente se realizó apoyo en los diferentes centros de salud y unidades hospitalarias en relación con reportes de imprevistos que requieren de una atención pronta para no ver afectada la calidad de la prestación del servicio a los usuarios, el cual es atendida y priorizada según el nivel de criticidad.</p>

<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 y correctivos realizados</p>	<p>100%</p>	<p>Se da cumplimiento al contrato de mantenimiento preventivo y correctivo con repuestos incluidos para los equipos biomédicos de la ESE ISABU, al contrato de mantenimiento preventivo y correctivo del equipo industrial de uso hospitalario de la ese ISABU, contrato de mantenimiento preventivo y correctivo para el parque automotor de la institución, contrato de mantenimiento preventivo y correctivo para los ascensores, contrato de calibración de la tecnología biomédica de las unidades hospitalarias y los 22 centros de salud. Se da cumplimiento al 100% de los cronogramas de mantenimientos anuales de la ESE ISABU durante la vigencia 2023.</p>
<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>100%</p>	<p>Se relacionaron los activos Fijos que ingresaron a la institución con los que se encuentran en el sistema. Se envía 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, podemos manejar soporte, con las entradas realizadas mediante el sistema de información panacea vs facturas entregadas por los contratistas. De 23.848 activos físicos de la E.S.E ISABU, se encuentran 23.848 activos físicos en el Sistema dando cumplimiento al 100% a la meta programada para el 2023 Meta 23848/23848 *100= 100%</p>

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 Recursos Físicos, cumple de manera satisfactoria con los objetivos trazados, ya que se identificó un cumplimiento en las metas propuestas. Los esfuerzos por cumplir con los cronogramas trazados y los resultados en el mejoramiento de la infraestructura de la entidad impactan positivamente en la calidad de la prestación de los servicios en la entidad.

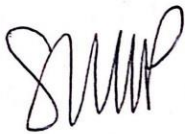
Del análisis de lo reportado para la estructuración de esta evaluación, se reporta un cumplimiento del 100%.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

Conoce esta oficina de control interno los esfuerzos adelantados por el área de recursos físicos con el fin de mantener los activos fijos actualizados y en concordancia con el software institucional, por lo tanto, es necesario que los buenos resultados sean permanentes y que la actividad de comparación continúe, con el fin de reportar inventarios actualizados.

Los mantenimientos preventivos y correctivos 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 ser frecuentes, evitando situaciones que afecten a los usuarios de la ESE ISABU.

8. Firmas:



SILVIA JULIANA PINZÓN CUEVAS
Jefe Oficina de Control Interno
ESE ISABU

Auditor (es)

**Evaluación de Gestión por Dependencias
Oficina de Control Interno**

1. Fecha: 31 de enero de 2024

2. Dependencia a evaluar: **GESTIÓN DE LAS TICS**

3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:

FORTALECER LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA Y TECNOLÓGICA DE LA E.S.E ISABU.

4. PRODUCTO SGI

5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS

5.1. Avance producto SGI (%)

5.2. Análisis de Resultados

Ejecución y seguimiento al Plan Estratégico de Tecnologías de la información y las Comunicaciones PETIC, vigencia 2023.

100%

Para el año 2023, se llevó a cabo el Plan Estratégico de Tecnología de la Información (PETI) de la ESE ISABU. Se habían previsto 21 actividades para el año, logrando un cumplimiento total del 100% en el indicador general.

Las acciones implementadas abarcaron varios aspectos clave: se realizaron 3 mantenimientos preventivos que englobaron la totalidad de los centros de salud y las unidades hospitalarias. También se ejecutó y puso en marcha el plan de adquisición de dispositivos tecnológicos para reforzar la infraestructura, con una adquisición del 10% de la Línea Base, sumando 52 dispositivos adquiridos en 2023.

Además, se llevó a cabo la mejora e implementación del software de gestión integral de programas entre sedes, así como la optimización del Software Panacea mediante actualizaciones, mejoras e instalación de parches en cumplimiento con normativas vigentes.

Dos inclusiones fundamentales para el año 2023 fueron: primero, la gestión de adquisición del software para el sistema de gestión de riesgos, indicadores y gestión integral, con la ejecución de la parametrización inicial por parte del proveedor del servicio; segundo, la implementación de una herramienta tecnológica que facilita la comunicación automatizada y sencilla con el usuario final para la asignación de citas.

<p>Ejecución y seguimiento al Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información, vigencia 2023.</p>	<p>100%</p>	<p>Para el año 2023, se llevó a cabo el plan de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información de la ESE ISABU. Se habían previsto 10 actividades para el año, logrando un cumplimiento total del 100% en el indicador general.</p> <p>Las acciones llevadas a cabo abarcaron aspectos fundamentales: se realizó un seguimiento del sistema de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información y protección de datos personales mediante la implementación del programa de sensibilización y capacitación en esta área. Además, se aseguró la custodia de la información, se realizaron copias de seguridad a servidores y bases de datos de la institución, y se actualizó la licencia del antivirus. También se elaboró un informe trimestral de riesgos detectados por el software de control de intrusos, junto con la actualización del plan de tratamiento de riesgos de seguridad y privacidad de la información para la siguiente vigencia.</p>
<p>Ejecución y seguimiento al Plan de Seguridad y Privacidad de la Información, vigencia 2023.</p>	<p>100%</p>	<p>Para el año 2023, se llevó a cabo el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información de la ESE ISABU. Se habían previsto 9 actividades para el año, logrando un cumplimiento total del 100% en el indicador general.</p> <p>Las acciones implementadas abarcaron aspectos fundamentales: se llevó a cabo la socialización de las políticas de seguridad y privacidad de la información, se actualizó la licencia del firewall y se generaron informes automáticos que detallaban los intentos de ingreso fraudulento al sistema de información. Además, se realizó un seguimiento exhaustivo a las políticas de seguridad de la información y protección de datos personales, evidenciado a través de actas de reuniones con el gobierno de seguridad y protección de datos personales. Por último, se procedió a la actualización del plan de seguridad y privacidad de la información para la nueva vigencia.</p>

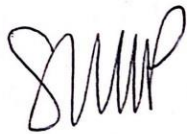
6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

De los constantes seguimientos y de la auditoría realizada a la Gestión TIC's, se evidencia que se cumplen las actividades y los objetivos en un 100%. De resaltar el gran trabajo adelantado en temas de seguridad y privacidad de la información, documentando y actualizando los procedimientos del área. De igual manera, la adquisición de equipos de computo y servidores lo que refuerza la infraestructura tecnológica de la entidad. Se están realizando actividades de mejora del software PANACEA, lo que permite una interactividad efectiva entre la prestación del servicio y el sistema de información.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

Continuar con las actividades de mejora del área de las TIC's, las cuales en la vigencia 2023, lograron un gran avance en infraestructura tecnológica, actualización del software existente y la adquisición de nuevas herramientas que ahonden en el camino tecnológico de la ESE ISABU. El trabajo continuo será la forma más eficiente de lograr grandes avances en el área.

8. Firmas:



SILVIA JULIANA PINZÓN CUEVAS
Jefe Oficina de Control Interno
ESE ISABU

Auditor (es)

**Evaluación de Gestión por Dependencias
Oficina de Control Interno**

1. Fecha: 31 de enero de 2024

2. Dependencia a evaluar: **Control Interno**

3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:

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. PRODUCTO SGI	5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS	
	5.1. Avance producto SGI (%)	5.2. Análisis de 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.	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 SICOF, correspondiente al primer, segundo y tercer cuatrimestre de la vigencia 2023, se verificó cada uno de los soportes allegados para cada uno de los componentes, como son: Racionalización de tramites, Rendición de Cuentas, mecanismos para mejorar la atención al ciudadano, mecanismos para la transparencia y acceso a la información, generándose así los respectivos informes de seguimiento con sus publicaciones en la página web institucional, dentro de los términos establecidos. De lo evaluado del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de la E.S.E ISABU correspondiente a la vigencia 2023, se dio cumplimiento del 100% de las metas programadas. Los Informes de seguimientos al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano (PAAC) – Mapa de Riesgos de Corrupción SICOF del primer, segundo y tercer cuatrimestre 2023 se encuentran publicados en la página web institucional.

<p>Realizar seguimiento y evaluación a la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas</p>	<p>100%</p>	<p>La oficina de control interno realizó evaluación a la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas de la E.S.E ISABU Vigencia 2022, la cual se llevó a cabo el 31 de marzo de 2023, a través del Fan Page del Facebook institucional E.S.E. ISABU, se realizó evaluación en la preparación y desarrollo de la audiencia, la cual de manera general se llevó a cabo dando cumplimiento a los lineamientos normativos y dentro de los parámetros establecidos, desarrollándose con éxito.</p> <p>El Informe de evaluación de la audiencia pública rendición de cuentas vigencia 2022, realizado por la oficina de control interno se encuentra publicado en la página web institucional.</p>
<p>Realizar las AUDITORÍAS aprobadas por el Comité de Coordinación de Control Interno, realizar las auditorías exprés y auditorías especiales si llegaren a surgir.</p>	<p>100%</p>	<p>La oficina de control interno presentó ante el comité de coordinación de control interno el Plan anual de auditorías basado en riesgos para la vigencia 2023, el cual fue aprobado según acta de fecha 20 de enero de 2023 y a través de la resolución 0018 del 23 de enero de 2023; por ajuste en el cronograma de presentación del FURAG, se realizó modificación del plan anual de auditorías por comité de control interno extraordinario según acta del día 24 de febrero del 2023 y resolución 0088 del 24 de febrero de 2023.</p> <p>El plan anual de auditorías basado en riesgos vigencia 2023 comprendía la realización de seis (6) auditorías regulares, las cuales se ejecutaron al 100% según lo programado, realizándose auditoría a farmacia, gestión de recursos físicos, Gestión TICS, radiología, contratación y control disciplinario interno en los cuales se generaron las observaciones pertinentes. Igualmente se realizó una (1) auditoría exprés a la gestión ambiental.</p> <p>El Acta Comité de control interno de enero 20 de 2023, Resolución 0018 del 23 de enero 2023, acta de comité extraordinario del 24 de febrero de 2023 y Resolución 0088 del 24 de febrero de 2023, Plan anual de auditorías vigencia 2023 modificado, Informe final auditoría a la farmacia, informe final auditoría gestión de recursos físicos, informe final auditoría Gestión TICS, Informe final auditoría radiología, informe final auditoría contratación, informe final auditoría control disciplinario interno, informe final auditoría exprés a la gestión ambiental, se encuentran publicados en la página web institucional.</p>

<p>Seguimiento y evaluación al mapa de riesgos de gestión institucional de acuerdo al segundo componente del MECI Evaluación del Riesgo</p>	<p>100%</p>	<p>La oficina de control interno realizó seguimiento trimestralmente en la vigencia 2023 del mapa de riesgos operacional, evaluando cada una de las evidencias para los controles establecidos con el fin de mitigar el riesgo los cuales fueron formulados por cada uno de por los líderes de procesos; de acuerdo con el seguimiento realizado se aplicaron los controles programados en un 100%, permitiendo de esta manera el mejoramiento continuo en los procesos de la entidad. Los Informes de seguimiento al mapa de riesgos operacional correspondiente al primer, segundo, tercer y cuarto trimestre vigencia 2023 se encuentran publicados en la página web institucional.</p>
<p>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</p>	<p>100%</p>	<p>La oficina de control interno realizó seguimiento a los planes de mejoramiento externos como internos producto de las auditorías, para ello se solicitó de manera bimensual a los responsables el avance a cada una de las acciones establecidas. Con corte al cuarto trimestre del 2023 se realizaron (39) seguimientos, cumpliendo con la meta establecida. Los Seguimientos al plan de mejoramiento auditoria 005 2020, 2021 y 2022 de la Contraloría Municipal de Bucaramanga, Seguimientos plan de mejoramiento mesa de trabajo Contaduría General de la Nación 2020 y 2021, Seguimiento plan de mejoramiento auditoria recursos físicos, Seguimiento plan de mejoramiento Gestión TICS vigencias 2021 y 2022, Seguimiento plan de mejoramiento auditoria cartera, Seguimiento plan de mejoramiento gestión contractual, Seguimiento plan de mejoramiento auditoría ambiental, Seguimiento plan de mejoramiento tesorería, seguimiento plan de mejoramiento auditoria farmacia, seguimiento plan de mejoramiento auditoria recursos físicos 2023, se encuentran publicados en la página web institucional.</p>

Realizar Evaluación al cumplimiento de las actividades del plan de acción MECI	100%	<p>El plan de acción MECI 2022-2023 lo conformaban dieciséis (16) acciones de mejora con veintidós (22) actividades a realizar entre el periodo 2022-2023 cumpliéndose con el 100% de las actividades programadas, de acuerdo con lo anterior se realizó el cierre de dicho plan. Se tenían programados 4 seguimientos al plan de acción MECI quedando pendiente un (1) seguimiento el cual se realizó conforme a los resultados del FURAG Vigencia 2022, el cual comprendió la estructuración del nuevo plan de acción MECI para la vigencia 2024. De acuerdo con lo anterior se dio cumplimiento del 100% de las actividades programadas para la vigencia 2023.</p> <p>Se aporta como evidencia del cumplimiento, el Informe de seguimiento al plan de acción MECI 2022-2023 con corte a 31 de marzo de 2023, Informe de seguimiento al plan de acción MECI 2022-2023 con corte a 31 de mayo de 2023, informe de seguimiento al plan de acción MECI cierre, Cronograma establecido por el DAFP, Informe plan de acción MECI 2024.</p>
Realizar seguimiento y Evaluación al Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG	100%	<p>La oficina de control interno realizó seguimiento al plan de acción del MIPG 2022-2023, en el cual se presentaron dos (2) informes de seguimiento y evaluación al MIPG en las fechas programadas; teniendo como resultado el plan de acción MIPG 2022-2023 un cumplimiento global del 98.99%, correspondiente a 196 metas realizadas de 198 metas programadas. Con el fin de evidenciar el seguimiento se adjunta: Dos Informes de seguimiento al plan de acción MIPG 2022-2023.</p>
Realizar seguimiento semestral a SIAU PQRS de la Entidad, conforme a lo dispuesto en la Ley 1474 de 2011 Art. 76	100%	<p>La oficina de control interno en cumplimiento con lo dispuesto en la Ley 1474 de 2011 Art. 76, realizó informe de seguimiento al primer y segundo semestre vigencia 2023 a las 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. Conforme a lo anterior se da cumplimiento en un 100% de las actividades programadas para la vigencia 2023.</p>

<p>Rendir los informes de Ley de la Oficina de Gestión y Control Interno</p>	<p>100%</p>	<p>En cumplimiento normativo y conforme al plan anual de auditorías vigencia 2023 la oficina de Control Interno tenía programado la presentación de (39) informes de ley de los cuales (2) informes se elaboran ante la posible ocurrencia. como son: Informe sobre posibles actos de corrupción y el informe de cumplimiento del plan de mejoramiento archivístico de la auditoria del Archivo Gral. de la Nación por lo tanto se tenían (37) informes a realizar cumpliéndose con corte al 4 trimestre del 2023 con el 100% de lo programado, permitiendo a la oficina de control interno a través del desempeño de su labor evaluadora de acompañamiento y asesoría, dar a conocer resultados de gestión de la institución. Se tiene como soportes: 1. Medición MECI-MIPG 2. Informe Evaluación Independiente del Sistema CI 2do semestre 2022 3. Informe Evaluación Independiente Sistema de CI primer semestre 2023 4. Informe PQRS 2do semestre 2022. 5.Inf. PQRS primer semestre 2023. 6.Inf. Control Interno Contable 7. Informe evaluación por dependencias 8. Informe derechos de autor 9. Informe rendición de cuentas 10. Informe actividad litigiosa 11. Informe SUIT primer cuatri 2023. 12.Inf. SUIT 2do cuatrimestre 2023. 13.Inf. SUIT tercer cuatrimestre 2023. 14.Inf. austeridad cuarto trimestre 2022 15. Informe austeridad 1 trimestre 2023 16. Informe austeridad 2do trimestre 2023 17. Informe austeridad tercer trimestre 2023 18. Informe (cuenta anual) 2do semestre 2022 19. Informe (cuenta anual) primer semestre 2023 20. Informe Ley de cuotas 2023 21. Informe. PAAC inicial 2023 22. Informe PAAC 1cuatri2023 23. Informe PAAC 2do cuatrimestre 2023 24.Reporte plan de acción OCI Cierre 2022 25.Reporte plan de acción OCI 1 trimestre 2023 26.Reporte plan de acción OCI 2do trimestre 2023 27.Reporte plan de acción OCI 3 trimestre 2023 28.Reporte Plan de acción MIPG OCI 3 cuatrimestre 2022 29.Reporte plan de acción MIPG OCI primer cuatrimestre 2023 30.Reporte plan de acción MIPG OCI 2do cuatrimestre 2023 31.Reporte plan de acción MIPG OCI 3er cuatrimestre 2023 32.Reporte cumplimiento del plan de acción MECI OCI mayo 2023, 33.Reporte cumplimiento del plan de acción MECI OCI junio 2023 34.Inf al Concejo 4to trimestre 2022. 35.Inf al Concejo 1 trimestre 2023. 36.Inf al Concejo 2do trimestre 2023. 37.Inf al Concejo 2do trimestre 2023.</p>
--	-------------	--

6. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

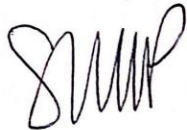
La oficina de control interno reporta un cumplimiento de 100% de las nueve (9) actividades programadas las cuales fueron ejecutadas en su totalidad, logrando el cumplimiento de las metas asociadas a los objetivos institucionales para la vigencia 2023.

7. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

Continuar ejecutando las actividades hasta ahora desplegadas, con la misma capacidad de análisis, brindando herramientas suficientes para el desarrollo de un mejor sistema de control interno en la ESE ISABU.

Desde la secretaría técnica del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, debe la oficina lograr que los integrantes del Comité manifiesten sus consideraciones frente a los hallazgos que realice la oficina de control interno, ya que es necesario que el análisis realizado de las diferentes situaciones evidenciadas se deje de presente en las actas, con el fin que la línea estratégica de la ESE ISABU, aporte desde su conocimiento y experiencia al sistema de control interno de la entidad.

8. Firmas:



SILVIA JULIANA PINZÓN CUEVAS
Jefe Oficina de Control Interno
ESE ISABU

Auditor (es)