 E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga NIT: 800.084-206-2	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	FORMATO UNICO COMUNICACIONES	CODIGO	F-1400-27
	PROCESO DE GESTION DE CALIDAD		FECHA	30/07/2020
			VERSION	2.0

1300-39.01
CI-016

Bucaramanga, 28 de enero de 2022

Firma _____
 Radicado: **00000367**
 Enviado: 28/01/2022 - 4:06 p.m.
 abenitez
 ESE ISABU



Señores
 E.S.E. ISABU
Atte. Dr. GERMAN JESUS GOMEZ LIZARAZO
 Gerente E.S.E. ISABU
 Ciudad

ASUNTO: Informe de evaluación institucional por dependencias vigencia 2021 DAFP.


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 2021, para su conocimiento y fines pertinentes.

Agradezco la atención a la presente.

SILVIA JULIANA PINZÓN CUEVAS
 Jefe Oficina de Gestión y Control Interno

Copia: Dr. Camilo Andrés Maldonado Bautista
 Jefe Oficina Asesora de Planeación

 E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga NIT: 800.084-206-2	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	FORMATO UNICO COMUNICACIONES	CODIGO	F-1400-27
	PROCESO DE GESTION DE CALIDAD		FECHA	30/07/2020
			VERSION	2.0

INFORME DE EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIAS VIGENCIA 2021 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 de 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”.

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 2021.

EVALUACION DE LA GESTION POR DEPENDENCIAS

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

 E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga NIT: 800.084-206-2	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	FORMATO UNICO COMUNICACIONES	CODIGO	F-1400-27
			FECHA	30/07/2020
	PROCESO DE GESTION DE CALIDAD		VERSION	2.0

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 2021.


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.

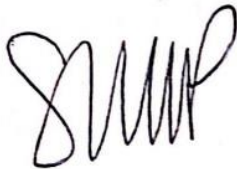
Dependencia Evaluada	% de Cumplimiento
Gestión planeación y direccionamiento estratégico	100%
Gestión de calidad	100%
Gestión de Atención al usuario SIAU	100%
Gestión Atención Ambulatorios	67%
Gestión Salud Publica	100%
Gestión financiera	100%
Gestión de Recursos Físicos	100%
Gestión de las TIC'S	100%
Gestión de Control Interno	100%

CONCLUSIONES

- De acuerdo a la evaluación a nueve (9) dependencias, se evidenció que ocho (8) obtuvieron un cumplimiento del 100% en las metas establecidas.
- En lo que corresponde a las metas en gestión ambulatoria, el cumplimiento fue del 67%, en las que de tres (3) metas, una no obtuvo el porcentaje esperado, debido a que los usuarios supera la capacidad de operación que puede ofrecer el Call Center, siendo necesario reforzar el call center.

 E.S.E. ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga NIT: 800.084-206-2	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	FORMATO UNICO COMUNICACIONES	CODIGO	F-1400-27
	PROCESO DE GESTION DE CALIDAD		FECHA	30/07/2020
			VERSION	2.0

- Se recomienda que cada dependencia verifique que la información entregada a Planeación como parte de cumplimiento de las actividades del Plan de Acción, se encuentre debidamente soportadas y verificadas, ya que este reporte se nutre de la información aportada en mencionado informe.
- Continuar con el fomentar la cultura de autogestión y autocontrol en la entidad.
- Continuar con el fortalecimiento de las actividades que garanticen el cumplimiento en la ejecución de los Planes de Acción.



SILVIA JULIANA PINZON CUEVAS
 Jefe Oficina Gestión y Control Interno
 E.S.E. ISABU

Apoyó: Vianey González Gamarra y William Figueroa Pineda
 Profesionales de apoyo control interno

Se anexan; 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
OFICINA DE CONTROL INTERNO.**

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 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.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES DE OPORTUNIDAD REPORTADOS EN DECRETO 2193.	100%	Se realiza medición mensual y consolidación trimestral de los indicadores de acuerdo a decreto 2193 de 2004 del 4 trimestre correspondiente a los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2021, se adjunta tablero de indicadores e informe de análisis de indicadores que será presentado ante el Comité del CIGD. Se adjunta tablero en Excel con el consolidado de indicadores 2193 de todo el año 2021 e informe de indicadores. Durante el 2021 se logró a través del tablero de indicadores realizar un seguimiento a la oportunidad de los diferentes servicios logrando cumplir con la meta establecida en cuanto a oportunidad. Se realiza respectivo análisis no se generó ningún plan de mejoramiento pues todos los indicadores estuvieron dentro de la meta establecida



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

Realizar actualización y ajuste al listado maestro de acuerdo a los requerimientos de los Líderes de los procesos.	NÚMERO DE REVISIONES DE LISTADO MAESTRO REALIZADAS/NÚMERO DE REVISIONES DE LISTADO MAESTRO PROGRAMADAS	100%	<p>Durante el Cuarto trimestre de 2021 se continuo con el mantenimiento y actualización del listado maestro, durante el mes de noviembre y diciembre se actualizó la documentación de acuerdo a resolución 3100 de 2019 en un trabajo articulado con los líderes de proceso y oficina de calidad. Teniendo en cuenta que, a partir del mes de julio, se tomó la decisión que los documentos sean aprobados en grupos primarios o si el documento tiene un Comité se deberá presentar acta de Comité respectivo y no en Comité CIGD, se adjuntan actas de grupos primarios de documentos codificados. Es de aclarar que los documentos codificados para dar cumplimiento a la resolución 3100 de 2019 y debido a que era prioritario tener la totalidad de los mismos para poder ser presentados a auditoria de la Secretaría de salud departamental a realizarse del 29 al 9 de diciembre se codificaron por parte de la oficina de calidad sin adjuntar estas actas de grupos primarios, el soporte fue el correo enviado por el líder del proceso solicitando su codificación. Estas actas de grupo primario serán enviadas en el primer trimestre de 2022.</p> <p>Se logró cumplir la meta 4 revisiones y ajustes al listado maestro.</p> <p>Se adjunta como soporte:</p> <ol style="list-style-type: none">1.Listado maestro actualizado a 31 de diciembre de 2021: archivo de Excel2.Listado de documentos actualizados por mes: octubre, noviembre y diciembre: 3 archivos de Excel3.Actas de grupo primario4.Pantallazos de correo de solicitud de codificación de documentos
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------	------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



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

Realizar Autoevaluación de estándares de habilitación de acuerdo a cronograma de auditorías Internas	NÚMERO DE AUTOEVALUACIONES REALIZADAS	100%	Se realizó el 100% de las auditorías programadas en los diferentes centros de salud y Unidades Hospitalarias, donde por medio de recorridos a los diferentes lugares según la programación, se realizó la autoevaluación con base en los estándares definidos en la resolución 3100 de 2019 y generando unos informes por las diferentes sedes donde se identificaron las brechas frente a los requisitos establecidos. Adicional a esto el Ministerio de Salud y Protección Social definió con plazo máximo de manera inicial el 31 de Agosto del 2021, la actualización del portafolio de servicios y la autoevaluación de los servicios de salud, siendo este un requisito establecido para la contratación de la EPS y la generación de los distintivos de Habilitación, para eso la E.S.E ISABU realizó el 100% de la actualización de estos dos requisitos (autoevaluación y actualización del portafolio de servicios) para sus 22 centros de salud y 2 unidades hospitalaria.
Realizar el planteamiento de las acciones MECI inicial	NÚMERO DE ACTIVIDADES EJECUTADAS/ NÚMERO DE ACTIVIDADES PROYECTADAS* 100	100%	Una vez finalizado el autodiagnóstico de la Política de control interno se documentó por parte de la oficina de planeación y control interno el plan de acción MECI para la vigencia, posteriormente la oficina de calidad revisó y ajustó el documento MECI de acuerdo a la normatividad vigente. Es de aclarar que de aquí en adelante el documento MECI solo se actualizará si la normatividad lo exige. Se da cumplimiento a la acción planteada al 100%
Realizar una campaña para crear cultura hacia el cuidado por el medio ambiente.	NÚMERO DE CAMPAÑAS EJECUTADAS	100%	Se logró finalizar con la estrategia visual para crear cultura en el ahorro de luz, colocando sticker en el 100% de los interruptores de los 22 centros de salud y las dos unidades hospitalarias, con mensaje: " Si este mundo quieres conservar la luz que no usas debes apagar, ahorremos energía", además se inició sensibilización para generar esta cultura a todo el personal a través correos electrónicos y participación en los diferentes grupos primarios realizados en la institución. Se logró cumplir con la meta establecida desplegar una campaña ambiental.



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:

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

Recomendaciones generales para todas las dependencias:

- Se recomienda que cada dependencia verifique que la información entregada a Planeación como parte de cumplimiento de las actividades del Plan de Acción, se encuentre debidamente soportadas y verificadas, ya que este reporte se nutre de la información aportada en mencionado informe.

Recomendaciones particulares para Oficina Asesora de Calidad:

- Se recomienda realizar las mediciones debidas del impacto verdadero de las campañas ambientales, con el fin de reforzar, si es el caso, la sensibilización y socialización, de tal manera que se alcancen los óptimos resultados esperados del desarrollo de estas campañas.

8. FECHA: 28 de enero de 2022

9. FIRMA:



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

**FORMATO
EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA
OFICINA DE CONTROL INTERNO.**

1. ENTIDAD: ESE ISABU	2. DEPENDENCIA A EVALUAR: GESTIÓN PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO		
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA: 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 HACEREN 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



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

<p>Diseñar , Elaborar, Aprobar y Socializar el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano</p>	<p>porcentaje de cumplimiento del plan anticorrupción y atención al ciudadano</p>	<p>100%</p>	<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.</p> <p>Conforme a lo establecido en la Ley 1474 de 2011 del Estatuto Anticorrupción, cada entidad del orden nacional, departamental y municipal debe elaborar anualmente una estrategia de lucha contra la corrupción y de atención al ciudadano, que contempla, entre otras cosas, el mapa de riesgos de corrupción en la respectiva entidad, las medidas concretas para mitigar esos riesgos, las estrategias anti trámites y los mecanismos para mejorar la atención al ciudadano.</p> <p>El Plan Anticorrupción debe formularse y publicarse a más tardar el 31 de enero de cada año.</p> <p>Por esta razón se realizó el siguiente contexto estratégico</p> <p>Un panorama sobre posibles hechos susceptibles de corrupción o de actos de corrupción que se han presentado en la entidad. Con un análisis de las principales denuncias y la percepción de los ciudadanos sobre la materia.</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> <p>Se anexan Carpetas con Soportes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Socialización 2. Consolidación Matriz 3. Consulta-Encuesta 4. Publicación Página WEB
------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------	-------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



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

<p>Elaboración del 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> <p>1- Elaborar 2 informes de seguimiento al plan de trabajo de Rendición de Cuentas, anexando las evidencias de las actividades efectuadas</p> <p>2- Realización de la audiencia pública de rendición de cuentas.</p> <p>3- Evaluación de la audiencia pública de rendición de cuentas</p> <p>4- Presentación de informe en la plataforma de la Superintendencia Nacional de Salud de la actividad realizada.</p>	<p># de rendiciones de cuentas realizadas</p>	<p style="text-align: center;">100%</p>	<p>Respecto a la actividad Rendición de Cuentas Vigencia 2020 realizada el 25 de marzo del 2021, se dio cumplimiento de un 100%; Para su cumplimiento se realizaron 13 actividades en el siguiente orden: ACTIVIDAD; FECHA, RESPONSABLE.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alistamiento Institucional; febrero 8,9,10 y 12; Grupo de Apoyo 2. Envío de circular para solicitud de informe de líderes; febrero 10; Planeación- proyección de circular, firmada por gerencia. 3. Recepción información por parte de los líderes: febrero 18; Planeación. 4. Consolidación Informe; febrero 19 y 20; Planeación y Responsable del manejo de la estrategia de Rendición de cuentas. 5. Publicación en página web y página de la SUPERSALUD; febrero 22; Responsable de área de comunicaciones y planeación, 6. Publicación de invitación en redes sociales y medios institucionales; febrero 22; Responsable de área de comunicaciones. 7. Capacitación en rendición de cuentas con alianza de usuarios y personal adm del HLN; febrero 26; SIAU Comunicaciones. 8. Generación de propuestas temas audiencia pública alianza de usuarios; marzo 01 SIAU; Comunicaciones. 9. Entrega de invitaciones y oficio donde se evidencia medio, fecha, hora para la transmisión de la audiencia pública de rendición de cuentas 2020; marzo 01; SIAU Comunicaciones. 10. Publicación en página WEB de propuestas de organizaciones y respuesta a las entidades; marzo 01; SIAU Comunicaciones. 11. Fortalecimiento de la página WEB; Todo el año 2021; Comunicaciones, 12. Procesos Continuos de Formación y capacitación en normativa Anticorrupción, transparencia y rendición de cuentas; Todo el año 2021; SIAU Comunicaciones. 13. Eventos públicos de Rendición de cuentas vigencia 2020; marzo 25 2021, Gerencia; Planeación y Grupo de Apoyo. <p>En el segundo trimestre se dio respuesta a las recomendaciones realizadas por control interno, generando un plan de mejora sobre el tiempo de inicio de la Audiencia de rendición de cuentas virtual Vigencia 2020. Se Realizó el procedimiento de rendición de cuentas, incluyendo la virtualidad y la implementación de pruebas simultáneas con todos los equipos que harán parte de la presentación. Se adjunta (PDF) como evidencia el cual tiene como nombre Respuesta Informe de evaluación audiencia pública de rendición de cuentas vigencia 2020 y se encuentra en la página institucional en el siguiente link https://isabu.gov.co/?s=rendicion+de+cuentas&et_pb_searchform_submi t=et_search_process&et_pb_include_posts=yes&et_pb_include_pages=yes</p> <p>Por otra parte, se realizó informe de Gestión al Concejo del primer, segundo, tercer y cuarto trimestre del 2021, este se encuentra publicado en la página web institucional.</p> <p>Se realiza entrega de documento que tiene como título procedimiento de rendición de cuentas.</p> <p>Se da cumplimiento de un 100% a las actividades programadas anuales del plan de acción 2021.</p>
<p>Generar una estrategia comunicativa que contiene:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Boletines informativos digitales: Periodicidad quincenal 24 en el AÑO. 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. 	<p>NÚMERO DE ESTRATEGIAS DESARROLLADAS</p>	<p style="text-align: center;">1</p>	<p>Para la vigencia 2021, se realizaron las actividades propuestas, dando así cumplimiento al proyecto denominado en el plan de acción: ESTRATEGIA DE MARKETING.</p> <p>Para el cumplimiento de este en el cuarto trimestre se realizaron las siguientes actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> ● boletines y comunicados: Se realizaron según solicitud y del número de actividades que así lo requerían. ● piezas gráficas y videos: Estas herramientas permitieron que se dieran a conocer las diferentes acciones y actividades que se realizaron durante el año; tanto de la ESE como las realizadas por el PIC. <p>Es de precisar que todas las actividades realizadas contaron 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 elaborado a lo largo de este y los demás periodos contaron con el aval del Gerente Dr. Germán Gómez.</p> <p>Se adjuntan también las capturas de pantalla de las publicaciones realizadas mes a mes, los cuales incluyen piezas gráficas, estadísticas y archivos en pdf de los boletines y videos.</p> <p>Con la ejecución de las actividades propuestas y realizadas a lo largo de la vigencia 2021, se logró evidenciar la gestión realizada desde las diferentes áreas; siempre apoyados en los canales de difusión vigentes.</p>



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

<p>Implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión:</p> <p>1-Realización de Autodiagnóstico. 2-Plan de Acción de MIPG. 3-Documento de MIPG actualizado. 4-Seguimiento del Plan de Acción de MIPG con corte Trimestral a través de Comité CIGD.</p>	<p>Porcentaje de cumplimiento del plan de acción de MIPG en el periodo objeto de evaluación</p>	<p style="text-align: center;">98%</p>	<p>Implementación MIPG:</p> <p>1. Autodiagnóstico: En los meses de junio y julio de 2021 se realizó los autodiagnósticos y revisión de las observaciones del FURAG de las políticas implementadas en la ESE ISABU bajo el Modelo Integrado de Planeación y Gestión, como resultado de la priorización se generó el Plan de MIPG para la vigencia 2021 – 2022.</p> <p>2. Plan de Acción o de trabajo MIPG: Se realizó el Plan de trabajo de acuerdo a la priorización en el autodiagnóstico y las recomendaciones establecidas por el FURAG de la Función Pública, quedando 88 acciones y 196 actividades para ejecutar del 1 de julio de 2021 al 30 de junio de 2022; el plan fue aprobado el día 9 de septiembre de 2021 por el Comité CIGD.</p> <p>3. Actualización del Documento de implementación de MIPG: documento que contiene los siguientes criterios: Los nuevos lineamientos en la actualización del Marco General Sistema de Gestión - MIPG versión 4 de marzo de 2021, Manual operativo MIPG versión 4 de marzo de 2021, Resultados de los Planes de MIPG ejecutados en las vigencias 2018 al 2021, recomendaciones de los años 2019 y 2020 y metodología de trabajo del nuevo plan.</p> <p>Observación: Plan de MIPG vigencia 2021 - 2022: de acuerdo a la metodología del Plan de MIPG abarca dos vigencias definida desde la Secretaría de Planeación Municipal.</p> <p>4. Seguimiento del Plan de Acción MIPG: A través del Comité de CIGD se realizó seguimiento del Plan de Acción de MIPG vigencia 2020 - 2021, en el cual se dio cumplimiento a las 17 políticas implementadas en la ESE ISABU; de acuerdo a la matriz establecida por la Secretaría de Planeación Municipal el Plan de MIPG cerró en un cumplimiento del 98%, quedando dos actividades no cerradas o cumplidas; de las 7 dimensiones se dio cumplimiento 5 dimensiones en el 100% y 2 dimensiones por debajo de 100%, las cuales fueron: La dimensión 4 - Evaluación de Resultados con un cumplimiento del 83% y la dimensión 5 - Información y Comunicación con un cumplimiento del 95%. El Plan de MIPG vigencia 2020 – 2021 se programaron 116 acciones con 161 productos/entregables (actividades), de los cuales se ejecutaron 159 actividades quedando 2 actividades pendientes por cumplir.</p> <p>Actividades pendientes por cumplir:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dimensión 4: Política de Evaluación de resultados: Actividad: Informe de medición y análisis de los indicadores definidos en el Balance Score Card (Módulo de calidad del software Panacea). - Dimensión 5: Política Gestión Documental: Actividad: Diagnóstico de los archivos de los documentos electrónicos de archivo que produce la entidad. <p>Las actividades no cerradas en el Plan de trabajo vigencia 2020 – 2021 fueron incluidas en el nuevo plan de trabajo vigencia 2021 – 2022 para su ejecución y cumplimiento.</p> <p>Seguimiento Plan 2021 – 2022:</p> <p>Del nuevo Plan de trabajo vigencia 2021 – 2022 que va del 1 de julio de 2021 al 30 de junio de 2022, plan que consta de 88 acciones, de estas acciones se desprenden 196 actividades con 215 productos o entregables en el plan, la Alcaldía de Bucaramanga realiza seguimiento a las acciones que están con recomendaciones generadas de la evaluación a través del FURAG de la Función Pública, se realiza seguimiento de 68 actividades de las cuales se generan 94 productos o entregables para seguimiento por parte de la Administración municipal. De este Plan, en la vigencia 2021 se realizó el primer seguimiento de cumplimiento en el comité CIGD del 25 de noviembre de 2021, seguimiento con corte al 30 septiembre 2021 dando un cumplimiento del 100% de las actividades programadas, correspondiente a 14 actividades programadas de las cuales 14 actividades fueron ejecutadas. Estas actividades programadas y ejecutadas corresponden a las siguientes políticas:</p> <p>Política de Integridad: una actividad - Diseñar encuesta para identificar la apropiación del código de integridad en la entidad.</p> <p>Política Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos: una actividad - Realizar análisis con respecto a la Rendición de Cuentas realizada en el 2021 teniendo en cuenta los siguientes aspectos: 1. recomendaciones y resultados del FURAG vigencia 2020, 2. evaluación de Control Interno, 3. condiciones de entorno social, económico, político, ambiental y cultural que afecten el desarrollo de la rendición de cuentas.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



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

		<p>Política Gobierno Digital: una actividad - Realizar herramienta de seguimiento y control de los proyectos de TI a través de indicadores.</p> <p>Política Servicio al Ciudadano: cuatro actividades – 1. Elaborar procedimiento incluyendo el reglamento interno de la gestión interna de peticiones y quejas recibidas incluyendo el seguimiento. 2. Revisar, aprobar y socializar por grupo primario de calidad el procedimiento donde se incluya el reglamento interno de gestión de peticiones y quejas recibidas. 3. Codificar por la Oficina de Calidad. 4. Solicitar asesoría a la Dirección de participación, transparencia y servicio al ciudadano de la Función Pública sobre los temas de discapacidad auditiva, Discapacidad psicosocial (mental) o intelectual (cognitiva), visual y Grupos étnicos para mejorar la accesibilidad de los usuarios a los trámites y servicios de la entidad.</p> <p>Política Racionalización de Trámites: una actividad - Diseñar encuesta de consulta a la ciudadanía sobre los trámites y/o procedimientos a tener en cuenta en la racionalización de trámites.</p> <p>Política Participación Ciudadana: una actividad - Realizar Diagnóstico de los canales, espacios, mecanismos y medios presenciales y electrónicos que empleó la entidad para promover la participación ciudadana si fueron idóneos de acuerdo a la caracterización de ciudadanos, usuarios o grupos de valor.</p> <p>Política Seguimiento y Evaluación De Desempeño Institucional: dos actividades: 1. Realizar seguimiento trimestral al cumplimiento del Plan de Acción del Plan de Desarrollo 2020 - 2023. 2. Diseñar matriz de monitoreo de los indicadores definidos en los mapas de riesgos de corrupción y de gestión de la vigencia 2021.</p> <p>Política Transparencia y Acceso a la Información: dos actividades: 1. Diseñar ficha técnica del indicador de oportunidad a las solicitudes de información pública. 2. Revisar y actualizar la encuesta de transparencia y acceso a la información pública que actualmente está publicada en página web.</p> <p>Política Control Interno: una actividad: Realizar Seguimiento al PAAC de forma cuatrimestral.</p> <p>Las demás políticas a 30 de septiembre de 2021 no tenían actividades programadas para ejecutar.</p> <p>Cumplimiento del Indicador: la medición del indicador Cumplimiento al Plan de acción de MIPG en el periodo objeto de evaluación, se hace con el Plan cerrado durante la vigencia 2021, es decir con el Plan vigencia 2020 – 2021, el cual cerró el 30 de junio de 2021, con un cumplimiento del 98% estando por encima de la meta definida en el Plan de Desarrollo para la vigencia 2021 que fue del 90%.</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:

Gestión de Planeación y Direccionamiento estratégico, cumplió con el porcentaje de cumplimiento esperado para cada uno de los indicadores.

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

Recomendaciones generales para todas las dependencias:

- Se recomienda que cada dependencia verifique que la información entregada a Planeación como parte de cumplimiento de las actividades del Plan de Acción, se encuentre debidamente soportadas y verificadas, ya que este reporte se nutre de la información aportada en mencionado informe.

Recomendaciones particulares para Gestión Planeación y Direccionamiento Estratégico:

- A pesar que el cumplimiento del Plan de acción de MIPG en el periodo objeto de evaluación, estaba determinado en un 90%, y teniendo en cuenta que al momento del cierre se cumplió con un 98%, es decir por encima de la meta definida, se evidencia un rezago en 2 actividades, que aunque no afectan la meta, son de vital importancia para el mejoramiento continuo institucional. Por lo tanto la Dependencia de Planeación y Direccionamiento estratégico debe implementar estrategias con el fin de propender por el cumplimiento de ciertas actividades que impactan directamente el mejoramiento de la entidad.
- Debido a que esta dependencia tiene un relacionamiento directo con todas las áreas institucionales, en lo referente a la solicitud de resultados y evidencias, es necesario que se mejore en la exigencia al cumplimiento de fechas límites para entregas, ya que al no cumplirse los tiempos determinados, le está restando tiempo al análisis de los resultados, no solo de esa dependencia, sino de las otras como Control Interno, produciendo una posible baja calidad de los informes a presentar.

8. FECHA: 28 de enero de 2022

9. FIRMA:



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

**FORMATO
EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA
OFICINA DE CONTROL INTERNO.**

1. ENTIDAD: E.S.E ISABU	2. DEPENDENCIA A EVALUAR: GESTIÓN DE LAS TICS		
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA: 1 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

Ejecución y evaluación del plan estratégico de tecnologías de la información y las comunicaciones.	ACTIVIDADES REALIZADAS DE ACUERDO AL PETIC POR VIGENCIA /CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES PRIORIZADAS PARA DESARROLLAR DEL PLAN ESTRATÉGICO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES PETIC *100	100%	<p>Se realizó el 100% al seguimiento del Plan Estratégico de Tecnologías de la Información PETI, El cual para la vigencia del 2021 se programaron 11 actividades, las cuales fueron:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Se elaboró cronograma de mantenimiento anual, con una periodicidad cuatrimestral.2-4. Se realizaron 3 Mantenimientos a los equipos de manera cuatrimestral: En el primer cuatrimestre se realizó el mantenimiento a 320 equipos activos y en uso dentro de las instalaciones de la institución. En el segundo cuatrimestre se realizó el mantenimiento a 400 equipos activos y en uso dentro de las instalaciones de la institución. Y para el tercer cuatrimestre Se Ejecutó el mantenimiento # 3, a 400 equipos activos y en uso dentro de las instalaciones de la institución donde se cumple el número de equipos programados y el número de mantenimientos anuales según plan de mantenimiento.5. Se realizó informes de necesidades de los equipos a adquirir.6. Para la adquisición de equipos se documentó la ficha técnica de los equipos requeridos según actividades realizadas por la ESE ISABU (equipos de cómputo y servidor.)7. Se realizaron las cotizaciones de los equipos de cómputo y del servidor, con el fin de realizar los estudios previos, necesarios en el proceso de compra.8. Se realizó entrega de las copias de los contratos generadas en la adquisición de los equipos para la vigencia 2021.9. Se realizó Informe de instalación y configuración de equipos en las diferentes sedes de la E.S.E ISABU, con evidencia de las diferentes configuraciones y adaptaciones realizadas por el equipo de sistemas para su respectiva asignación por el área de inventarios.10-11. Se realizaron 2 pruebas piloto como informe y análisis de ejecución para el módulo de telemedicina, el cual describe las diferentes actividades realizadas por el personal encargado de la prueba piloto de telemedicina programada, informando los avances y conclusiones a la fecha en la ejecución del proyecto.
----------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



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

<p>Realizar Seguimiento al cumplimiento de los lineamientos de la política de protección de datos personales debidamente aprobada.</p>	<p>NÚMERO DE ACTIVIDADES REALIZADAS AL PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN / NÚMERO DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN* 100</p>	<p align="center">100%</p>	<p>Para dar cumplimiento al Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información. Proyectado en la vigencia actual, el cual para este primer año se programan 9 entregables en total como evidencia a su cumplimiento logrando el 100% de lo programado de la siguiente forma: Seguimiento del sistema de protección de datos personales 1. Se realizó cronograma Plan protección de Datos y de la información y Plan de Capacitaciones a Personal ESE ISABU Autorizado por la empresa FERSACO, empresa con la cual se contrata el servicio de oficial de protección de Datos para la ejecución de las actividades de seguimiento. 2-3 Se realizaron 2 Capacitaciones al personal de la institución y se evidencia por medio de dos Informes de Capacitaciones Realizadas con Planillas de Asistencia. 4-5 Se Realizaron 2 informes de copias de seguridad de la información a servidores y bases de datos de la institución. 6-9. Se realizaron 4 Informes trimestrales de riesgos reportados por software de control de intrusos. (Antivirus) (4): Para la vigencia del 2021, donde se registra la las estadísticas y el correcto funcionamiento del antivirus, los bloqueos y prevención de intrusos ejecutados por el software.</p>
<p>Seguimiento de los lineamientos de la política de seguridad de la información debidamente aprobada.</p>	<p>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</p>	<p align="center">100%</p>	<p>Para el Plan de Seguridad y Privacidad de la Información proyectado para el 2021 se programaron un total de 6 entregables como evidencia a su cumplimiento, logrando un 100% del cumplimiento de la meta. Las actividades realizadas son: 1-4 Se realizaron cuatro informes de manera trimestral, el cual genera automáticamente el Firewall, indicando el número de intento de ingresos fraudulentos a nuestro sistema de información, donde se relaciona los porcentajes de bloqueos de virus, Spyware, intrusos, incluyendo diferentes graficas de reportes. 5-6 Se realizaron dos socializaciones de alineamientos de política de seguridad al personal de la institución de la ESE ISABU.</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 Gestión de las Tics presenta mejoras en su proceso, constancia de ello es el resultado de la medición de los compromisos, la cual alcanzó un 100% de cumplimiento, sin embargo, se determinan ciertos aspectos por mejorar de los cuales se trazará nota respetiva en las recomendaciones.

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

Recomendaciones generales para todas las dependencias:

- Se recomienda que cada dependencia verifique que la información entregada a Planeación como parte de cumplimiento de las actividades del Plan de Acción, se encuentre debidamente soportadas y verificadas, ya que este reporte se nutre de la información aportada en mencionado informe.

Recomendaciones particulares para Gestión de las Tics:

- Teniendo en cuenta el objetivo institucional relacionado con la dependencia, el cual se encamina a Fortalecer la infraestructura tecnológica de la ESE ISABU, es necesario que las actividades se enfoquen a innovar el hardware y software de la entidad, ahondar en el sistema de gestión de la seguridad de la información y fortalecer el recurso humano, con el fin de cumplir de manera más eficiente con el objetivo institucional.

8. FECHA: 28 de enero de 2022

9. FIRMA:



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

**FORMATO
EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA
OFICINA DE CONTROL INTERNO.**

1. ENTIDAD: INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA E.S.E. ISABU	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. 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 la cuentas.</p> <p>2. Socializar con el personal de cuentas médicas la contratación realizada dejando los parámetros de auditoria de la cuenta lo más claro posibles.</p> <p>3. Presentar en el comité de cartera todos los inconvenientes que se presentan al momento de generar los RIPS, a fin de tomar las medidas necesarias en cada área involucrada, logrando más efectividad en este proceso.</p> <p>4. Presentar la facturación recibida con corte a 30 de cada mes, de las EPS grandes los 5 primeros días hábiles del mes y de las demás dentro de los 15 primeros días del mes.</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 especifica o internamente con facturación o comité de cartera de ser el caso.</p> <p>6. 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>PORCENTAJE DE RADICACIÓN DE FACTURACIÓN N FACTURACIÓN N RADICADA/FACTURACIÓN GENERADA</p>	<p>100%</p>	<p>Item 1. Se realiza capacitación a los contratistas de cuentas médicas, sobre la correcta revisión de la factura de SOAT y diligenciamientos de FURIPS, el día 3 de agosto de 2021 y sobre las causales de glosas y devoluciones realizadas por las diferentes ERP el día 28 de octubre de 2021. Se adjuntan actas</p> <p>Item 3. Se realizan reportes semanales de los rips pendientes de diligenciar a cada director de la unidad operativa y a cada coordinador.</p> <p>Item 4. Con el fin de presentar la facturación recibida con corte a 30 de cada mes, mensualmente se realizó y analizo entre cartera-radicación y Facturación el cronograma de entrega que contiene las fechas especificas 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 que debe ser dentro de los 15 primeros días del mes. 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 mensual del último trimestre.</p> <p>Item 5. Se está llevando control de lo enviado a cada EAPB, realizando seguimiento a los recibidos para poder así dar el respectivo Radicado en el sistema de información PANACEA, que es donde se registra toda la información y posteriormente se genera el indicador propuesto. La gestión ante las EAPB, se hacen a través de llamadas telefónicas, visita constante del mensajero a recoger en cada EPS, igualmente internamente se lleva control sobre las facturas devueltas al proceso de Facturación por que no fueron recibidas y a las facturas que este proceso no ha entregado a cartera, con el fin de lograr no solo el cumplimiento del indicador sino aumentar mes a mes dentro del mismo aumentar el radicado del servicio prestado. Podemos citar un cumplimiento de lo radicado vs facturado promedio de enero a noviembre 2021 del 98,4% sin embargo incluyendo diciembre (Facturación evento diciembre que se radica en enero del 2022) el % promedio acumulado es del 96.4%, por lo que podemos concluir que hemos cumplido con el mínimo esperado y que proyectamos cerrar son un indicador muy cercano al 100%</p> <p>Item 6. Con la líder del proceso de Facturación, y el equipo de Cartera-Radicación-Devoluciones se efectuó actas de reunión para los meses septiembre, octubre y noviembre para analizar lo referente a radicado y devoluciones del mes anterior, en lo que respecta a las actas del mes de diciembre se encuentran pendientes ya que para el corte de entrega de este informe nos encontramos en cierre de vigencia.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



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

<p>1. Estructurar un sistema de gestión de cartera en la ESE ISABU.</p> <p>2. 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>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.</p> <p>4. Disminuir el tiempo de resolución definitiva de las glosas.</p> <p>5. Liquidar los contratos capitados a más tardar dentro de los 4 meses siguientes a su finalización.</p> <p>6. Realizar seguimiento al giro o pago realizado por las ERP con respecto a su radicación.</p> <p>7. Realizar periódicamente conciliaciones de cartera, con los diferentes pagadores, mínimo dos en cada vigencia.</p> <p>8. Realizar circulación de saldos, mínimo dos en cada vigencia.</p> <p>9. 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>10. Realizar saneamiento de cartera y conciliación con contabilidad y tesorería</p>	<p>EQUILIBRIO OPERACIONAL CON INGRESOS RECAUDADOS Y GASTOS COMPROMETIDOS</p> <p>1. VALOR RECAUDADO / GASTO COMPROMETIDO</p>	<p>100%</p>	<p>1. Se realizó un seguimiento mensual a los ingresos por sede determinado desde los informes de producción de la entidad y su facturación. Soporte: Informe de ingresos de enero a diciembre (adjunto), estados financieros de enero A diciembre (http://www.isabu.gov.co/isabu/5-3-estados-financieros/). Resultados: incremento de los ingresos y los resultados financieros para el año 2021 con respecto al año 2020. 2. Se realizó la distribución de gastos por sede, de acuerdo a la legalización y provisión de gastos mensuales por centros de costos. Soporte: Informe de COSTO-SEDE para los meses de enero a diciembre (adjunto). Resultados: utilidades (ingresos- costos y gastos). 3. Se realizó para el mes de enero a diciembre el análisis financiero de los resultados financieros y contables de la entidad, lo que permite evidenciar favorabilidad por las utilidades reflejadas en sus estados de resultados. 4. Se presentó informes financieros mensual en el comité precedido por la subgerencia Administrativa, para los corte anual 2021.</p> <p>Una vez realizado el cierre presupuestal de la vigencia 2021 arroja la siguiente información del indicador, numerador que hace referencia a ingresos reconocidos que tiene un valor acumulado a diciembre 31 de \$68.611.360.023,5 y en el denominador gastos comprometidos por valor de \$65.942.412.474,39 para un valor de 1,04</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 paño a las que se les preste servicio de salud</p> <p>2- Determinación y Seguimiento al gasto contable en forma mensual</p> <p>3- Análisis de los ingresos reconocidos VS los gastos contables, que permitan determinar el excedente o déficit de la operación.</p> <p>4- Presentación de los resultados al comité del CIGD, para toma de decisiones oportuna, pertinentes.</p>	<p>EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO (UVR) PRODUCIDA</p>	<p>100%</p>	<p>1. Se realizó un seguimiento mensual a los ingresos por sede determinado desde los informes de producción de la entidad y su facturación. Soporte: Informe de ingresos de enero a diciembre (adjunto), estados financieros de enero A diciembre (http://www.isabu.gov.co/isabu/5-3-estados-financieros/). Resultados: incremento de los ingresos y los resultados financieros para el año 2021 con respecto al año 2020. 2. Se realizó la distribución de gastos por sede, de acuerdo a la legalización y provisión de gastos mensuales por centros de costos. Soporte: Informe de COSTO-SEDE para los meses de enero a diciembre (adjunto). Resultados: utilidades (ingresos- costos y gastos). 3. Se realizó para el mes de enero a diciembre el análisis financiero de los resultados financieros y contables de la entidad, lo que permite evidenciar favorabilidad por las utilidades reflejadas en sus estados de resultados. 4. Se presentó informes financieros mensual en el comité precedido por la subgerencia Administrativa, para los corte anual 2021.</p> <p>Una vez realizado el cierre presupuestal de la vigencia 2021 arroja la siguiente información del indicador , numerador que hace referencia a ingresos reconocidos que tiene un valor acumulado a diciembre 31 de \$68.611.360.023,5 y en el denominador gastos comprometidos por valor de \$65.942.412.474,39 para un valor de 1,04</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------	-------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



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

<p>1- Monitorizar la producción de actividades por cada una de las entidades del paqo 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>Se realizó un seguimiento mensual a los ingresos por sede, determinado desde los informes de producción de la entidad y su facturación. Soporte: Informe de ingresos de enero a diciembre. Resultados: incremento de los ingresos para el año 2021 con respecto al año 2020. EL INDICADOR presenta a favorabilidad en el anual en 0,62. 2. Se realizó la distribución de gastos por sede, de acuerdo a la legalización y provisión de gastos mensuales por centros de costos. Soporte: Informe de COSTO-SEDE para los meses de enero a diciembre. Resultados: los informes que han presentado déficit en la mayoría de sedes pero un superávit a nivel institucional. 3. Se realizó para el año 2021, el análisis del indicador de gastos por UVR por SEDE de acuerdo con la legalización y provisión de gastos mensuales por centros de costos y la producción por tipo de servicios. Los resultados presentan para algunas sedes el incumplimiento del indicador pero a nivel global de la institución un comportamiento positivo dentro del indicador.4. Se presentó informes financieros mensual en el comité precedido por la subgerencia Administrativa, para los corte de enero hasta diciembre.</p> <p>una vez realizado el cierre presupuestal de la vigencia 2021 arroja la siguiente información del indicador , numerador gastos comprometidos por valor de \$49.921.164.561,66 y una producción de UVR 4,186,953 dando como resultado un valor de UVR para el 2021 de \$11,923, en el 2020 el valor por UVR fue de \$19,330 para un valor del indicador de 0,62, esto refleja una eficiencia mayor de la esperada y por esto quedaría por fuera del rango establecido inicialmente , esto se da por los excelentes resultados obtenidos durante la vigencia 2021</p>
<p>1- Realizar Plan anual de adquisiciones y cargue a pagina antes del 31 de enero de la vigencia. 2- Realizar actualizaciones al plan anual de adquisiciones pertinentes en la plataforma SECOP Se elaboró el Plan Anual de Adquisiciones vigencia 2021, se adoptó mediante resolución No. 0020 de 18 de enero de 2021 y fue cargado al SECOP I y a la Página Web de la E.S.E ISABU. Adjunto en pdf: Resolución No. 0020 y cargue SECOP I y Página Web se realizó una segunda actualización bajo la resolución 015 de 2021</p>	<p>EQUILIBRIO OPERACIONA L CON INGRESOS RECONOCIDO S Y GASTOS COMPROMETI DOS</p>	<p>100%</p>	<p>Se elaboró el Plan Anual de Adquisiciones vigencia 2021, se adoptó mediante resolución No. 0020 de 18 de enero de 2021 y fue cargado al SECOP I y a la Página Web de la E.S.E ISABU. Adjunto en pdf: Resolución No. 0020 y cargue SECOP I y Página Web se realizó una segunda actualización bajo la resolución 015 de 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 dependencia de Gestión Financiera cumplió con la totalidad de las actividades desarrolladas, alcanzando un resultado del 100%, con un nivel satisfactorio de su cumplimiento.			
7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:			
Recomendaciones generales para todas las dependencias:			
<ul style="list-style-type: none">Se recomienda que cada dependencia verifique que la información entregada a Planeación como parte de cumplimiento de las actividades del Plan de Acción, se encuentre debidamente soportadas y verificadas, ya que este reporte se nutre de la información aportada en mencionado informe.			
Recomendaciones particulares para Gestión Financiera:			
<ul style="list-style-type: none">A pesar de reflejarse un incremento de los ingresos para el año 2021 con respecto al año 2020, este ejercicio debe reforzarse con una eficiente gestión de conciliación logrando mejores resultados, ya que el desafío para la próxima vigencia es un fortalecimiento en la Gestión Financiera que se proyecte a toda la institución.			
8. FECHA: 28 de Enero de 2022			
9. FIRMA:			



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

**FORMATO
EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA
OFICINA DE CONTROL INTERNO.**

1. ENTIDAD: INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA E.S.E. ISABU	2. DEPENDENCIA A EVALUAR: GESTIÓN DE 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 realizaron actividades correctivas y preventivas en el HLN, UIMIST y Centros de Salud siguiendo el cronograma de trabajo y la necesidad según sea el caso, dando así cumplimiento al 100% de la meta propuesta para la vigencia 2021; Se cuenta con un equipo de trabajo para determinar las necesidades más importantes en infraestructura, permitiendo de esta manera priorizar los requerimientos y así dar cumplimiento al cronograma de trabajo propuesto, cumpliendo siempre con la norma de habilitación correspondiente. Se realizan los mantenimientos de la ESE ISABU a las siguientes sedes:(VILLA ROSA, IPC, COLORADOS, CAFÉ MADRID, SAN RAFAEL, KENNEDY, REGADEROS, GAITÁN, COMUNEROS, MORRORICO, GIRARDOT, SANTANDER, ROSARIO, MUTIS, CRISTAL ALTO, TOLEDO PLATA, PABLO VI, CONCORDIA, LA JOYA, CAMPO HERMOSO, BUCARAMANGA Y LIBERTAD, UIMIST Y EL HOSPITAL LOCAL DEL NORTE).



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 y correctivos realizados</p>	<p>% CUMPLIMIENTO DEL CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS, AMBULANCIAS Y EQUIPOS HOSPITALARIOS</p>	<p>100%</p>	<p>Se realizaron los respectivos mantenimientos preventivos de acuerdo al cronograma de mantenimiento preventivo anual del 2021 de la siguiente manera:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Se realiza mantenimiento preventivo de equipos biomédicos de las dos unidades hospitalarias y los 22 centros de salud de acuerdo al cronograma de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos 2021, con una ejecución para el cuarto trimestre del 2021 del 100%. Como documentos soportes se encuentran los reportes de servicio de mantenimiento preventivos realizados en octubre, noviembre y diciembre del 2021.2. Se realizó y se dio el 100% de cumplimiento al mantenimiento preventivo anual vigencia 2021 de los equipos biomédicos de la ESE ISABU.3. Se realizó modificación de cantidades de la tecnología biomédica a calibrar la cual se justifica en el acta realizada el 12/10/2021. De acuerdo a esto, se realiza la calibración de la tecnología biomédica de acuerdo al cronograma de calibración del 2021, con un cumplimiento del 100% al cuarto trimestre. Se cumple al 100% la calibración de tecnología biomédica de acuerdo al cronograma anual vigencia 2021. Como documentos soportes se encuentran los informes por parte de la empresa contratista y los certificados de calibración y verificación.3. Se realizó los mantenimientos preventivos de neveras y congeladores de acuerdo al cronograma de mantenimiento preventivo del 2021, se cumple al 100% en el cuarto trimestre del 2021. Igualmente se cumple al 100% los mantenimientos preventivos programados para aires acondicionados y neveras del año 2021. Como soportes, el contratista entregó los respectivos reportes de servicio.5. Se realizó mantenimiento preventivo de los ascensores de acuerdo al cronograma de mantenimiento preventivo, se cumple al 100%. Como soportes, el contratista entregó los reportes de servicio. Así mismo, se cumple el 100% del cronograma de mantenimiento preventivo anual para los ascensores de la ESE ISABU.6. Se realizó mantenimiento preventivo de bombas de agua y plantas eléctricas de acuerdo al cronograma de mantenimiento preventivo, se ejecutó al 100%. Como soportes se realizan los respectivos reportes de servicio.7. Se realizó mantenimiento preventivo del parque automotor de acuerdo al mantenimiento preventivo del 2021, se ejecutó dando cumplimiento al 100%. Como soportes el contratista entrega las ordenes de servicio con la descripción del mantenimiento realizado. De la misma manera, se da cumplimiento al cronograma de mantenimiento preventivo anual del parque automotor vigencia 2021.
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



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

1- Relacionar los activos Fijos que han ingresado a la institución con los que se encuentran en el sistema 2- Realizar un informe trimestral de los activos que han ingresado a la institución y comparar los que se encuentran en físico vs sistema	NÚMERO DE ACTIVOS RELACIONADOS EN EL SISTEMA/NÚMERO DE ACTIVOS RELACIONADOS EN EL INVENTARIO FÍSICO * 100	100%	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, adicional a esto se realizó cronograma iniciando año para levantar inventario de la ESE ISABU. De 22.444 activos físicos de la E.S.E ISABU, se encuentran 22.444 activos físicos en el Sistema dando cumplimiento al 100% a la meta programada para el 2021. meta $22444/22444*100= 100\%$.
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

Recursos físicos cumple al 100% con todas y cada una de sus actividades, siendo satisfactorio su desempeño.

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

Recomendaciones generales para todas las dependencias:

- Se recomienda que cada dependencia verifique que la información entregada a Planeación como parte de cumplimiento de las actividades del Plan de Acción, se encuentre debidamente soportadas y verificadas, ya que este reporte se nutre de la información aportada en mencionado informe.

Recomendaciones particulares para Gestión de Recursos Físicos :

- Se evidencia actividades de mantenimiento preventivo, que si bien evitan el deterioro temprano de equipos biomédicos, ambulancias y equipos Hospitalarios de la E.S.E ISABU, no previenen el desgaste natural por el uso. Por lo tanto el llamado para la dependencia de recursos físicos es a realizar la estimación pertinente de los equipos con muchos años de uso, con el fin de determinar su vida útil, evitando con esto en algún momento accidentes o situaciones que generen riesgo para la ESE ISABU.

8. FECHA: 28 de enero de 2022

9. FIRMA:



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

**FORMATO
EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA
OFICINA DE CONTROL INTERNO.**

1. ENTIDAD: ESE ISABU		2. DEPENDENCIA A EVALUAR: SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA - GESTIÓN AMBULATORIA	
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. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO (%)	5.3. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
<ul style="list-style-type: none"> 1- 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. 2- Asignar de Citas WEB por medio de la plataforma Virtual. 3- Generar Material IEC como medio de Información a la comunidad. 4- Socializar con los diferentes medios de asignación de citas en redes sociales institucionales, Alianza de usuarios. 5- Realizar un informe que contenga un análisis estadístico de la gestión realizada. 	<p>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</p>	17,41%	<p>1. La institución inició este año el servicio de citas telefónicas apoyado en la implementación de un contact center de 3 operadores, 14 líneas telefónicas digitales y un número centralizado para recepcionar las llamadas. (6973655). Para esto se implementó un servidor virtualizado con un software de gestión y administración de telefonía IP, 3 equipos de cómputo y 3 diademas especiales para call center. Con este servicio se puede atender 3 llamadas de manera simultánea y 12 llamadas en cola de espera. Se realizó el seguimiento del número de citas agendadas por los diferentes medios tecnológicos utilizando un reporteador creado por el departamento de sistemas el cual permite realizar una trazabilidad del número de citas agendadas por página web y call center, sin embargo, el call center compuesto por tres personas atendiendo las líneas no da abasto para los 139.000 usuarios afiliados; en el segundo trimestre se reunió la oficina asesora de planeación y los directores técnicos de la zona norte y sur y se sugiere contratar una empresa para ampliar la capacidad de atención, estamos a la espera del estudio de las propuestas. En el tercer trimestre, la entidad decidió implementar una solución de recepción de llamadas para citas médicas para los usuarios de Coosalud, para lo cual se implementó un servidor virtual de Voz IP, 2 operadores, 2 equipos de cómputo, 2 diademas especializadas para call center y 10 líneas telefónicas digitales con un número exclusivo. (6978141).</p>



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

			<p>Con esto se pueden atender 2 llamadas de manera simultánea y 8 en cola. Es importante resaltar que los dos servicios se pueden combinar y se configuró de tal manera que se puedan transferir llamadas entre operadores para brindar una mejor atención, ofreciendo citas de medicina general, odontología y medicina especializada con programas de promoción y prevención de acuerdo al ciclo de vida, con una duración de tiempo para asignación de citas de 15 minutos para verificar usuarios y crear si es el caso en nuestro sistema de información. Para continuar con el fortalecimiento en la asignación de citas se debe realizar un trabajo multidisciplinario en la ESE ISABU como son: planeación-administrativa-calidad-facturación con el fin de lograr la meta esperada. Durante el tercer trimestre el indicador de números de citas por call center ha aumentado, sin embargo, el canal más utilizado continúa siendo el presencial.</p> <p>2-</p> <table border="1"><thead><tr><th>Medio de asignación</th><th>Número de citas 1 Trimestre</th><th>Número de citas 2 Trimestre</th><th>Número de citas 3 Trimestre</th><th>Número de citas 4 Trimestre</th></tr></thead><tbody><tr><td>Call Center - Telefónica</td><td>14.961</td><td>13.271</td><td>13.514</td><td>17.208</td></tr><tr><td>Presencial</td><td>94.110</td><td>102.984</td><td>112.461</td><td>104.982</td></tr><tr><td>Web</td><td>8.502</td><td>8.490</td><td>6.550</td><td>4.974</td></tr><tr><td>Total</td><td>117.573</td><td>124.745</td><td>132.525</td><td>127.164</td></tr></tbody></table> <p>A corte de 31 de diciembre del 2021 se asignaron 501.989 citas a los usuarios de la ESE ISABU, donde se mantuvo a lo largo del año como medio de asignación prioritario las solicitudes presenciales, seguidas de las solicitudes por Call center donde el porcentaje de citas por medios tecnológicos es del 17.41%, cabe destacar que se observa un aumento en la solicitud telefónica de citas por parte de los usuarios trimestre a trimestre, iniciando el año con 14.961 citas asignadas por call center y culminando en el cuarto trimestre con 17.208, lo cual muestra un aumento de 2.247 citas más que las asignadas al inicio del año 2021. En el cuarto trimestre se presenta una disminución en la asignación en todas las modalidades, debido a las actividades del mes de diciembre lo cual refleja una disminución en la prestación de los servicios. Teniendo en cuenta el resultado de la modalidad de solicitud de citas, se requiere generar una herramienta tecnológica virtual más robusta, para lo cual se solicita para la vigencia 2022 una reunión con oficina de planeación, facturación y sistemas con el objetivo de proponer acciones y dar cumplimiento al indicador. 3. Se generó el material IEC por la oficina de comunicaciones. 4. Se socializó el proceso para la asignación de citas por medio de las diferentes redes sociales y demás medios de comunicación, mostrando los números telefónicos</p>	Medio de asignación	Número de citas 1 Trimestre	Número de citas 2 Trimestre	Número de citas 3 Trimestre	Número de citas 4 Trimestre	Call Center - Telefónica	14.961	13.271	13.514	17.208	Presencial	94.110	102.984	112.461	104.982	Web	8.502	8.490	6.550	4.974	Total	117.573	124.745	132.525	127.164
Medio de asignación	Número de citas 1 Trimestre	Número de citas 2 Trimestre	Número de citas 3 Trimestre	Número de citas 4 Trimestre																								
Call Center - Telefónica	14.961	13.271	13.514	17.208																								
Presencial	94.110	102.984	112.461	104.982																								
Web	8.502	8.490	6.550	4.974																								
Total	117.573	124.745	132.525	127.164																								



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

			<p>asignados; se realizó socialización a los líderes de la Alianza de Usuarios con el fin de contar con este apoyo en la difusión de la información en los barrios y sectores para lograr subir el agendamiento, pero los usuarios se quejan que el call center no funciona o no contestan las llamadas y que no cuentan con computadores en casa para solicitar cita por la página web; los usuarios y las alianzas solicitan que se fortalezca el call center para mejorar la asignación de citas. Se adjunta documento con la socialización.</p> <p>5. Se entrega un documento con un análisis del comportamiento de la asignación de citas por medios tecnológicos; se relacionan a continuación la opción de mejora para la asignación de citas web:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento y empoderamiento a la población para que acceda a las herramientas tecnológicas. • Cargue masivo de usuarios de las EPS contratadas en el sistema de información • Cambio de servidor para tener el informe detallado del cumplimiento en esta estrategia • Sensibilización al personal misional en el compromiso de esta meta de bienestar que es transversal a los objetivos institucional. • Apoyo de las diferentes áreas de la ESE ISABU para lograr el cumplimiento y empoderamiento en la utilización de herramientas tecnológicas en la asignación de citas de medicina general, odontología y especializada. <p>Se adjunta plan de mejoramiento, para optimizar los tiempos del call center.</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</p>	<p>PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE METAS DE PYP.</p>	<p>62%</p>	<p>1. Se entrega cronograma de actividades realizadas en los diferentes ciclos de vida y programas. Para la vigencia 2021, las actividades ejecutadas de las rutas de atención se observa un aumento de los cumplimientos en el primer trimestre 58% en el segundo trimestre 60% en tercer trimestre 62% y para un cuarto trimestre 67% un acumulado anual del 62% cumpliendo la meta propuesta para la vigencia 2021 (según matriz adjunta).</p> <p>2. Valoración de odontología por ciclos de vida, con un porcentaje de cumplimiento en el 4 trimestre del 88% y en el año del 89%; en el total de actividades de control de placa, fluor, sellantes y detartraje, se evidencia un porcentaje en el cuarto trimestre del 45 % y en el año del 48% (según matriz adjunta).</p> <p>3. Prestar el servicio de vacunación de esquema regular para nuestra población infantil de 0 a 5 años, rubeola y sarampión, adolescentes de 9 años a 17 años, mujeres en edad fértil de 15 años a 45 años, gestantes y adultos mayores en las siguientes fechas : 23</p>



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

<p>implante toma de 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>de octubre, 20 de noviembre y 11 de diciembre (según cronograma de realización).</p>
<p>1. Definición de las unidades funcionales a las cuales se les realizará la medición de productividad.</p> <p>2. Elaboración de ficha que consolida la información correspondiente a número de horas contratadas y actividades realizadas en el periodo objeto de evaluación.</p> <p>3. Capacitación al personal de los diferentes servicios en la forma de medir los indicadores de productividad a evaluar.</p> <p>4. Consolidación de la información suministrada por los diferentes servicios y análisis de datos en forma mensual.</p> <p>5. Elaboración y presentación de informe a la gerencia de la ESE en forma bimensual.</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 CONSECUCCIÓN DE EFECTIVIDAD EN TÉRMINOS DE EFICIENCIA Y EFICACIA Y SU RESPECTIVA INTERVENCIÓN SEGÚN LOS RESULTADOS OBTENIDOS.</p>	<p style="text-align: center;">100%</p>	<p>Se presentó la metodología a utilizar para el cálculo de la productividad de actividades ambulatorias como consulta de medicina general, controles de enfermería, vacunación, consultas de odontología.</p> <p>Para realizar el análisis de productividad por hora contratada, es indispensable determinar con precisión la producción, es decir, el tipo de actividad realizada, el lugar donde se realizó y la cantidad, este valor debe coincidir con la información oficial de la ESE, la cual corresponde a lo reportado o registrado para dar cumplimiento al Decreto 2193.</p> <p>Se ha establecido que el índice de rendimiento en promedio es de 2,5 consultas por hora, debido a que la ESE ISABU, atiende morbilidad y programas de promoción y mantenimiento de la salud, se calculó un promedio de tiempo porque la atención de consulta por rutas implica varias actividades como son: tamizajes, controles, consultas de primera vez y los tiempos definidos para cada una de ellas son diferentes; en cuanto a las atenciones por morbilidad se tiene definido una consulta cada 20 minutos.</p> <p>En conclusión, para este ejemplo, el índice de rendimiento de consulta ambulatoria de medicina general es 2,5 consultas por hora.</p> <p>Cálculo de productividad en consulta ambulatoria de medicina general: Total de actividades realizadas en el periodo / (Número de horas contratadas en el periodo) * Índice Rendimiento</p>



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

			<p>En el análisis realizado se tuvo en cuenta las horas contratadas y las horas dedicadas o efectivas, para realizar la actividad pueden variar, ya que se pudieron presentar incapacidades, capacitaciones, entre otras. Lo importante es que este tipo de novedades se tengan en cuenta y se describan en la casilla de observaciones frente a la actividad asistencial objeto de análisis.</p> <p>Se incluye una nueva columna donde se pueda registrar las horas efectivamente contratadas, para que se puedan identificar y ser debidamente explicadas en la casilla de observaciones.</p> <p>Se analiza la actividad de vacunación, o dosis de biológicos aplicadas, la institución en periodos anteriores había definido como índice de rendimiento 12,5 vacunas aplicadas en una hora, sin embargo, este índice está sobreestimado, porque no se ha tenido en cuenta el tiempo de atención del paciente, el diligenciamiento del registro en el PAI Web, la preparación del biológico o vacuna, entre otros, por tal razón y frente a esta argumentación se define que se reduce el índice de rendimiento a 6 vacunas por hora.</p> <p>Para dar cumplimiento a la meta, se entrega un informe anualizado que analiza los datos registrados en la herramienta.</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 las tres (3) actividades programadas, dos (2) se ejecutaron, logrando el cumplimiento de sus metas asociadas a los objetivos institucionales para la vigencia 2021, es necesario aclarar en lo referente al porcentaje de cumplimiento de metas de PYP, que estas estaban programadas en un 35%, cumpliéndose por encima de lo esperado en un 62%.

En el compromiso asociado con la implementación del Call Center ISABU, el resultado de cumplimiento fue del 17.41%, debido a los inconvenientes presentados con el Call center, ya que los usuarios superan la capacidad de operación que puede ofrecer el Call Center, siendo necesario reforzarlo.

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

Recomendaciones generales para todas las dependencias:

- Se recomienda que cada dependencia verifique que la información entregada a Planeación como parte de cumplimiento de las actividades del Plan de Acción, se encuentre debidamente soportadas y verificadas, ya que este reporte se nutre de la información aportada en mencionado informe.

Recomendaciones particulares para Gestión Ambulatoria:

- Indudablemente la recomendación es a fortalecer el Call Center de la ESE ISABU, implementar acciones más efectivas que solucionen el problema con la asignación de citas.

8. FECHA: 28 de enero de 2022

9. FIRMA:



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

**FORMATO
EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA
OFICINA DE CONTROL INTERNO.**

1. ENTIDAD: ESE ISABU		2. DEPENDENCIA A EVALUAR: SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA - GESTIÓN PÚBLICA		
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. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL		5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
		5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO (%)	5.3. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
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		NÚMERO DE PERFILES EPIDEMIOLÓGICOS REALIZADOS/ NÚMERO DE PERFILES EPIDEMIOLÓGICOS PROYECTADOS	100%	En el cuarto trimestre de la vigencia 2021, se realizó el perfil epidemiológico institucional correspondiente al tercer trimestre del año 2021 y de los meses de octubre y noviembre del año en curso, de acuerdo a los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), generados por el Sistema de Información CNT- PANACEA de la institución, la cual es una de las principales fuentes de información dado que su conformación por variables sociodemográficas, administrativas y clínicas permite establecer perfiles de morbilidad atendida y realizar procesos de seguimiento y control de diferentes aspectos de la prestación de los servicios. 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 durante el tercer trimestre del año en curso por servicios (consulta externa, urgencias, hospitalización), se incluyeron los ciclos vitales que comprenden: primera infancia (0 – 5 años); infancia (6 – 11 años); adolescencia (12 -17 años); juventud (18 - 28 años); adultez (29 - 59 años) y persona mayor (> 60 años) que consultaron de acuerdo a la lista del estudio mundial de carga de la



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

<p>el observatorio digital ese Isabu.</p>			<p>enfermedad, donde agrupa los códigos CIE10 modificada por el MSPS, que permite analizar las siguientes categorías de causas: condiciones 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. El documento y la presentación en power point del perfil epidemiológico correspondiente es revisado y aprobado por la subgerencia científica para posteriormente ser presentado ante la junta directiva.</p>
<p>1- Realizar 2 comités anuales de Docencia Servicio a las IES (6) Instituciones de Nivel Superior.</p> <p>2- Realizar 2 comités anuales de Docencia Servicio con las escuelas de enfermería.</p>	<p># DE COMITÉS DOCENCIA Y SERVICIOS REALIZADOS</p>	<p>100%</p>	<p>Durante la vigencia 2021 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: UIS, UNAB, UMB, UCC, UDES, USTA, UNIPAMPLONA, UNIMINUTO, UDI, UNAD, UNAC y a los programas de las áreas Auxiliares de la Salud, que son certificados como técnico laboral por competencias, correspondientes a los programas ofertados por las Instituciones de Formación Técnica (Escuelas): CORPOSALUD, EFORSALUD, CONGREGACIÓN MARIANA, FITEC, CIDES, SAN PEDRO CLAVER, SENA, UTC, CRUZ ROJA.</p> <p>Todos los convenios docencia servicio con las instituciones mencionadas anteriormente, se encuentran vigentes a 10 años según lo establece el Decreto 2376 de 2010, compilado en el Decreto Único Reglamentario 780 de 2016 y Acuerdo 153 de 2012.</p> <p>Adicional a lo anterior, también contamos con el Convenio de Cooperación Interinstitucional o Convenio Administrativo con FITEC, UNIMINUTO, UPB y EFORSALUD.</p> <p>El Decreto Único Reglamentario 780 de 2016 establece los aspectos importantes que sirven de base para la evaluación de los convenios docencia servicio con cada una de las instituciones educativas, dando cumplimiento a ello, se realizaron las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante la vigencia 2021, se realizaron dos (02) jornadas de inducción a los estudiantes que ingresaron a las prácticas formativas en las diferentes unidades de atención, 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, vía virtual usando la página denominada "Campus Virtual Isabu", usando el enlace "https://www.wixinformacionvigilancicampusisabu.com/", contando con una participación de 820 personas entre estudiantes y docentes. Se adjunta archivo Excel con la información que se descarga del drive. • Con las Instituciones de Formación Técnica o Corporaciones Educativas para el Trabajo y el Desarrollo Humano en salud (Escuelas Auxiliares) se elaboró de manera conjunta el cronograma de



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

		<p>rotaciones según las necesidades del servicio.</p> <ul style="list-style-type: none">• Se realizó la revisión de los planes de práctica y anexos técnicos de cada uno de los programas académicos por institución educativa, previamente acordados con los jefes de los servicios o centros de salud para el mejoramiento de la prestación del servicio.• Se realizaron las reuniones del comité docencia servicio con cada una de las instituciones educativas en convenio para la coordinación de las prácticas y hacer seguimiento al cumplimiento del plan de trabajo y cronograma, lo cual quedó registrado en las actas del comité.• Se realizó el análisis de las dificultades, diferencias, conflictos, eventos adversos o incidentes que se presentaron (o se tuvo conocimiento) durante la vigencia 2021 en el comité docencia servicio, lo cual quedó registrado en las actas del comité. <p>Para dar cumplimiento a lo anterior, se realizaron 76 reuniones con las instituciones educativas durante la vigencia 2021 para coordinar los planes de trabajo, cronogramas de rotación, anexos técnicos y verificar el cumplimiento de las actividades asistenciales en las unidades operativas, discriminadas así:</p> <p>UCC: 7 reuniones UDES: 15 reuniones UDI: 2 reuniones UIS: 12 reuniones UMB: 4 reuniones UNAB: 21 reuniones UNAD: 1 reunión UNIMINUTO: 3 reuniones USTA: 4 reuniones Congregación Mariana: 1 reunión EFORSALUD: 1 reunión SENA: 1 reunión</p> <p>Adicionalmente, se realizaron durante la vigencia 2021, 4 reuniones de manera conjunta con las instituciones Congregación Mariana, SENA, UTC, EFORSALUD, CORPOSALUD, Cruz Roja y San Pedro Claver.</p> <p>Se adjuntan como evidencia las actas de las reuniones correspondientes al IV trimestre.</p> <p>Se apoyó la realización de 11 reuniones del Comité de Ética en la Investigación donde se asegura el espacio para la generación de conocimiento enmarcado en los objetivos de la relación docencia servicio en las cuales se presentaron 18 proyectos de investigación y se otorgó el concepto favorable a 13 proyectos de investigación que fueron presentados por las instituciones educativas para su ejecución en las diferentes unidades operativas de la ESE ISABU durante la vigencia 2021. Se adjuntan las actas del Comité de Ética en la Investigación.</p> <p>Se elaboró el Manual del Convenio Docencia Servicio, se actualizó el procedimiento para el desarrollo de prácticas formativas y el procedimiento para la presentación de proyectos de investigación en la ESE ISABU, los cuales quedaron codificados como CDS-M-003, CDS-P-004, CDS-P-006 respectivamente; se</p>
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



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

			diseñaron los formatos de hoja de vida de estudiantes (CDS-F-038) y docentes (CDS-F-037), información que fue socializada a las instituciones educativas vía correo electrónico el día 09 de diciembre de 2021. Por lo anterior, esta actividad tiene un cumplimiento del 100%. Se adjuntan documentos formalizados desde la oficina de calidad y pantallazo de la socialización vía correo electrónico.
Fortalecer una Ruta Integral de atención en Salud anualmente: 1- Ejecutar la Ruta Identificada. 2 -Capacitar al personal Misional con Pre-Test y Post-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.	100%	<p>1. Ejecutar la ruta: Se realizó el seguimiento con la matriz de cumplimiento de las actividades del cuarto trimestre para verificar avances y cumplimientos por mes y el consolidado trimestral - se realizó la verificación por RIPS y los registros de actividades en cuadro Excel de producción de los programas por ciclos de vida; el trabajo esta soportado por un informe de análisis ejecución de actividades de cumplimiento; el resultado obtenido para la vigencia del 2021 de las actividades ejecutadas de las rutas de atención se observa un aumento de los cumplimientos en el primer trimestre 58% en el segundo trimestre 60% en tercer trimestre 62% y para un cuarto trimestre 67% un acumulado anual del 62% cumpliendo la meta propuesta para la vigencia 2021. Durante la vigencia 2021 se presentaron inconvenientes como fue cierre de la EPS COMPARTA cuyas actividades se dejaron de reflejar desde el mes de agosto, pero superando los inconvenientes por el traslado de usuarios, se realizó la demanda inducida para lograr la integralidad de los servicios, es por eso que se puede observar un impacto positivo en las actividades en acumulado anual como: Primera infancia 91%, Juventud 87%, Adultez 122%, Tamizaje de cáncer de Próstata 111%, Tamizaje de cáncer de mama (consulta) 585% y Tamizaje de cáncer de colon (laboratorio) 152% superando las actividades programas por EPS la institución busca la integralidad de la ruta de atención para los mayores de 50 años, toma de citología 70% para los ingresos de control prenatal con 131% mejorando la calidad en la atención del binomio madre-hijo.</p> <p>2. Capacitar al personal misional: con pre-test y post-test sobre la ruta, como un proceso continuo de mejora de la calidad en la atención; durante la vigencia del año 2021 se realizó 25 capacitaciones con sus respectivos pre-test y pos-test para el último trimestre se realizaron dos capacitaciones con sus respectivas evaluaciones y con sus adherencias.</p> <p>1. Capacitación programa planificación familiar en transversalidad de la salud sexual personal capacitado 48. Adherencia en el pre-test 82.2% y adherencia en pos-test 90%.</p> <p>2. Capacitación valoración y clasificación estado nutricional menores de 5 años. Adherencia en el pre-test 41% y adherencia en pos-test 70%.</p> <p>3. Evaluar la adherencia de la aplicación de la ruta integral definida a través de las historias clínicas: Se evaluó la aplicación de guía de manejo del Programa de Crecimiento y Desarrollo por medio de la revisión de los registros de Historia Clínica digitales realizadas por</p>

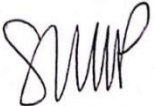


CONSEJO ASESOR DEL GOBIERNO NACIONAL EN MATERIA DE CONTROL INTERNO DE LAS ENTIDADES DEL ORDEN NACIONAL Y TERRITORIAL

		<p>médicos y enfermería distribuidas del 2021.</p> <p>El cálculo del tamaño de muestra se realizó con base en el total de consultas realizadas en el año inmediatamente anterior (2020) de los servicios Crecimiento y Desarrollo - CYD (32.002), teniendo en cuenta un nivel de confianza del 95% y un error tipo I del 5%, se evidenció que por cada servicio se deben realizar revisión de 386 historias clínicas, que al mes representan 32 historias clínicas para CYD. La selección aleatoria de las historias clínicas objeto de auditoría evidencia:</p> <p>INDICADOR EVALUACIÓN ESTRICTA A LA GUÍA CYD</p> <p>N. Historias clínicas con cumplimiento >80% (91) x 100 = 95 %</p> <p>N. Historias clínicas total evaluadas (96)</p> <p>INDICADOR EVALUACIÓN ESTRICTA A LA GUIA HTA</p> <p>N. Historias clínicas con cumplimiento >85% (94) x 100 = 98 %</p> <p>N. Historias clínicas total evaluadas (96)</p> <p>Se evaluó la adherencia a la aplicación de guía de manejo de Hipertensión Arterial por medio de la revisión de los registros de historia clínica realizadas por médicos; se evaluaron las historias clínicas de consulta primera vez e historias clínicas de consulta de control o seguimiento para un total de historias evaluadas discriminadas así:</p> <p>El cálculo del tamaño de muestra se realizó con base en el total de consultas realizadas en el año inmediatamente anterior (2020) de los servicios de Riesgo Cardiovascular - RCV (20.549), teniendo en cuenta un nivel de confianza del 95% y un error tipo I del 5%, se evidenció que por cada servicio se deben realizar revisión de 386 historias clínicas, que al mes representan 32 historias clínicas para RCV. La selección aleatoria de las historias clínicas objeto de auditoría evidenciando:</p> <p>4. Elaborar un plan de mejoramiento frente a las desviaciones identificadas: Qué se hizo: Se realizó el seguimiento de los planes mejora implementados desde el primer trimestre e ingreso de nuevos hallazgos encontrados en las auditorías externas realizadas a los programas de promoción y prevención en el periodo comprendido enero a diciembre 2021 se plantearon 59 actividades como planes mejoramiento de las auditorías realizadas • (C) Completas 50 actividades correspondientes 85% • (A) Atrasadas 1 actividad corresponde 1.6% por causas externas de la institución • (D) Desarrollo: 2 actividades corresponden 3.3% dotación de consultorios con insumos. • (P) Pendientes por ejecutar: 6 actividades 10.1% corresponden auditorías realizadas en el mes de diciembre que sus actividades quedan para vigencia del 2022 para su cierre se soportan con: plan de mejora consolidado de promoción y prevención, con avances de ejecución. Qué resultados obtuvo: se lograron subsanar hallazgos encontrados durante toda la vigencia 2021; se logró mejorar la calidad en la atención como los registros de</p>
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



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

			atención en historias clínicas. 5. Documentar los resultados de la ruta identificada: Se realiza informe de las actividades ejecutas por las rutas de atención con un análisis de los 5 puntos en plan de acción. Qué lo soporta: Informe de resultados. Qué resultados obtuvo frente a la meta propuesta: se realizó fortalecimiento de la ruta de atención, ruta de promoción y mantenimiento de salud y ruta cardiometabolica; para la vigencia 2022 se realizará el fortalecimiento de la ruta de atención en las alteraciones nutricionales.
6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: Todas las actividades desarrolladas por la dependencia de Gestión Pública se cumplieron en un 100%, siendo satisfactorio.			
7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO: Recomendaciones generales para todas las dependencias: <ul style="list-style-type: none">• Se recomienda que cada dependencia verifique que la información entregada a Planeación como parte de cumplimiento de las actividades del Plan de Acción, se encuentre debidamente soportadas y verificadas, ya que este reporte se nutre de la información aportada en mencionado informe.			
8. FECHA: 28 de enero de 2022			
9. FIRMA: 			



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

**FORMATO
EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA
OFICINA DE CONTROL INTERNO.**

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



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

			<p>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 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</p>
--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



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

			periodo comprendido 01 de septiembre al 31 de diciembre de 2021.
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



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

			<p>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 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</p>
--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



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

			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



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

			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 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.



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

			<p>- 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:</p> <ul style="list-style-type: none">- Plan de mejoramiento Auditoria Recursos Físicos.- Plan de Mejoramiento Auditoria Apoyo diagnóstico.- Plan de mejoramiento Auditoria Cirugía y atención a partos- Plan de mejoramiento Auditoria Tesorería- Plan de mejoramiento Auditoria Gestión Atención al Usuario <p>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</p>
--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



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

			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 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%	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. 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



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

			<p>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	100%	En lo que corresponde a esta actividad se realizó seguimiento de manera integral a Planeación y Direccionamiento Estratégico en el que se



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

	PERIODO OBJETO DE EVALUACIÓN		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 parte de los responsables con las acciones programadas. La entidad ha venido adelantado 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*10 0	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



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

			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 al 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 auditoría por el Archivo General



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

			<p>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 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</p>
--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



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

			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).
--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



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:

- Las nueve (9) actividades programadas, fueron ejecutadas en su totalidad, logrando el cumplimiento de las metas asociadas a los objetivos institucionales para la vigencia 2021.

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

Recomendaciones generales para todas las dependencias:

- Se recomienda que cada dependencia verifique que la información entregada a Planeación y Direccionamiento estratégico como parte de cumplimiento de las actividades del Plan de Acción, se encuentre debidamente soportadas y verificadas, ya que este reporte se nutre de la información aportada en mencionado informe.

Recomendaciones particulares para la Oficina de Control Interno:

- Se observa la necesidad de fortalecer los controles, que garanticen la calidad en la presentación de los informes, ya que se han detectado inconsistencias que desdibujan el propósito de los informes presentados.

8. FECHA:

Bucaramanga, 28 de enero de 2022

9. FIRMA:



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

**FORMATO
EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA
OFICINA DE CONTROL INTERNO.**

1. ENTIDAD: INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA E.S.E. ISABU	2. DEPENDENCIA A EVALUAR: GESTION ATENCIÓN AL USUARIO		
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 O (%)	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%	se realizaron 3 reuniones virtuales con 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 la falta de información a los familiares sobre los usuarios hospitalizados en el HLN se realizaron 5 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.



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 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># DE PQRD gestionadas / # TOTAL DE PQRD PUESTAS POR LOS CIUDADANOS*10 0</p>	<p>100%</p>	<p>se gestionaron y respondieron pqr recibidas de manera (Buzón o presencial 185) y virtual Electrónica (página web, correo, teléfono 247), en el año 2021 se recibieron y gestionaron en total 432 pqr (peticiones 48 equivalente al 11%, quejas 303 equivalente al 70%, reclamos 24 equivalente al 6%, sugerencia 5 equivalente al 1% y felicitaciones 52 equivalente al 12%) dando respuesta oportuna dentro de los términos estipulados por la ley, 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. Los servicios donde más se presentan las pqr 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 y las citas web. La información de pqr se plasmó en los informes trimestrales (4) de la oficina del SIAU.</p>
<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 con la alianza de usuarios de manera virtual debido a la pandemia por Covid 19 y atendiendo los protocolos y recomendaciones de bioseguridad dando cumplimiento al cronograma establecido, en dichas reuniones participaron los líderes recibiendo las capacitaciones solicitadas buscando la actualización y la participación social y comunitaria. Las capacitaciones realizadas fueron: Capacitaciones sobre política IAMI y Sistemas de computación para acceso a servicios, parto humanizado, primeros auxilios, PAMEC, derechos y deberes, reglamento de alianza de usuarios, programa de humanización, programa de aseguramiento, portafolio de servicios, Participación ciudadana y sgsss. En promedio asistieron a las capacitaciones 35 a 40 miembros.</p>



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

<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># DE ENCUESTAS QUE REPORTAN SATISFECHO CON EL SERVICIO RECIBIDO / # TOTAL DE ENCUESTAS REALIZADAS*100</p>	<p>100%</p>	<p>se realizaron en el año 2021 3.957 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. Los resultados acumulados al 31 de diciembre de 2021 fueron: satisfacción global 94.47% y recomendaría al ISABU del 93.96% Estos resultados se plasmaron en un tablero de indicadores para poder medir de acuerdo a 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. 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:

Se evidenció cumplimiento del 100% de las metas programadas en las actividades de la Gestión de atención al Usuario, relacionados con el indicador de 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.

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

Recomendaciones generales para todas las dependencias:

- Se recomienda que cada dependencia verifique que la información entregada a Planeación como parte de cumplimiento de las actividades del Plan de Acción, se encuentre debidamente soportadas y verificadas, ya que este reporte se nutre de la información aportada en mencionado informe.

Recomendaciones particulares para Gestión de Atención al Usuario:

- Identificados los servicios que más generan PQRS, es necesario centrar los planes de mejora a optimizar la asignación de citas y el trato de algunos funcionarios, con el fin de reducir los requerimientos por estos aspectos. De igual manera, sería conveniente medir los resultados de las actividades implementadas con más regularidad con el fin de obtener resultados fidedignos que evidencien los resultados de las campañas, de tal manera que los correctivos se apliquen de manera más oportuna.

8. FECHA: 28 de enero de 2022

9. FIRMA: