 <p>ISA Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 800.084.206-2</p>	<p>COMUNICACIONES</p>		Elaboro	04/01/2019	Gestión de Calidad	
			Revisó:	04/01/2019	Gestión de Calidad	
			Aprobó:	1/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD)#5 2019	
	Código:	F-1400-27	Versión	1.0	Página:	1/1

1300-39.01
CI-034

Bucaramanga, 30 de Enero de 2020

Señores
E.S.E ISABU
Atte. Dr. JUAN EDUARDO DURAN DURAN
Gerente ESE ISABU
Carrera 21 No. 12-02 San Francisco
Bucaramanga

Firma _____
Radicado: 00000539
Envío: 30/01/2020 - 2:57 p.m.
abenitez
ESE ISABU



ASUNTO: PRESENTACION INFORME CIRCULAR 04 DE 2005

Cordial saludo Doctor Duran:

Atendiendo lo dispuesto por la circular 04 del 2005, allego para su conocimiento la Evaluación de gestión por dependencias, realizado por la oficina de gestión y control interno, según los parámetros de la circular.

Agradezco su atención.



CIRO ELBERTO GAMBOA SERRANO
Jefe Oficina de Gestión y Control Interno

Anexo: 5 folios
1 CD

P/E Nubia Jazmín Martínez Becerra

ESE-ISABU AVANZANDO CON LOS CIUDADANOS

UIMIST
Carrera 21 Calle 12-02 San Francisco
Conmutador: 6973009-6719613
Web: www.isabu.gov.co
Bucaramanga, Departamento de Santander, Colombia

 ISA Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 8 00.084.206-2	COMUNICACIONES		Elaboro	04/01/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	04/01/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	1/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD)#5 2019
	Código:	F-1400-27	Versión	1.0	Página:


INFORME DE EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIAS

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

VIGENCIA 2019

ESE-ISABU AVANZANDO CON LOS CIUDADANOS


UIMIST
 Carrera 21 Calle 12-02 San Francisco
 Conmutador: 6973009-6719613
 Web: www.isabu.gov.co
 Bucaramanga, Departamento de Santander, Colombia

 ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit:8 00.084.206-2	COMUNICACIONES		Elaboro	04/01/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	04/01/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	1/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD)#5 2019
	Código:	F-1400-27	Versión	1.0	Página:

INTRODUCCION

Ley 909 de 2004, en su Artículo 39 establece que: “El Jefe de Control Interno o quien haga sus veces en las entidades u organismos a los cuales se les aplica la presente ley, tendrá la obligación de remitir las evaluaciones de gestión de cada una de las dependencias.

Así mismo, la Circular No. 04 de 2005 establece que: “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”.

 Instituto de Salud de Bucaramanga Nit:8 00.084.206-2	COMUNICACIONES		Elaboro	04/01/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	04/01/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	1/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD)#5 2019
	Código: F-1400-27	Versión	1.0	Página:	3/5

OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN

- Identificar los factores críticos.
- 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.
- 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 2019.

EVALUCION DE LA GESTION POR DEPENDENCIAS

De conformidad con los parámetros establecidos por el departamento Administrativo de la función Pública DAFP, y ateniendo lo dispuesto en la normatividad vigente, se consolida la información de autoevaluación a la gestión realizada por la oficina de control interno y el seguimiento al cumplimiento a la vigencia 2019.

ANÁLISIS

La Oficina de Control Interno dentro de su proceso evaluador, hace uso de la escala de valoración propuesta por la oficina para la Evaluación de Desempeño Laboral, para ser coherentes y transparentes frente a la calificación de los compromisos.

 ESE-ISABU Instituto de Salud de Bucaramanga Nit:8 00.084.206-2	COMUNICACIONES		Elaboro	04/01/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	04/01/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	1/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD)#5 2019
	Código:	F-1400-27	Versión	1.0	Página:

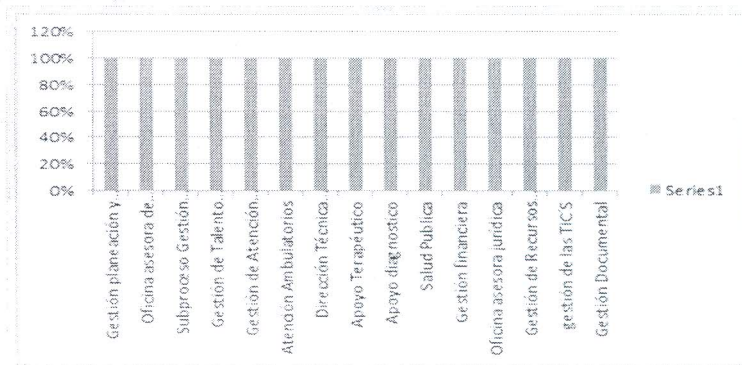
Nivel de Análisis


TABLA RETENCIÓN	VALOR RESULTADO
Menor o igual a 65%	No satisfactorio
Mayor del 65% y menor que el 80%	Satisfactorio
Mayor o igual a 80% y menor de 95%	Destacado
Mayor o igual al 95%	Sobresaliente

Tabla resultados de cumplimiento

Dependencia Evaluada	% de Cumplimiento	Valor Resultado
Gestión planeación y direccionamiento estratégico.	100%	Sobresaliente
Oficina asesora de calidad	100%	Sobresaliente
Subproceso Gestión Ambiental	100%	Sobresaliente
Gestión de Talento Humano	100%	Sobresaliente
Gestión de Atención al usuario SIAU	100%	Sobresaliente
Atención Ambulatorios	100%	Sobresaliente
Dirección Técnica Hospital, Internación, Urgencias, Cirugía y atención partos	100%	Sobresaliente
Apoyo Terapéutico	100%	Sobresaliente
Apoyo diagnóstico	100%	Sobresaliente
Salud Pública	100%	Sobresaliente
Gestión financiera	100%	Sobresaliente
Oficina asesora jurídica	100%	Sobresaliente
Gestión de Recursos Físicos	100%	Sobresaliente
gestión de las TIC'S	100%	Sobresaliente
Gestión Documental	100%	Sobresaliente

Grafica de la Tabulación:



 Instituto de Salud de Bucaramanga Nit: 8 00.084.206-2	COMUNICACIONES		Elaboro	04/01/2019	Gestión de Calidad
			Revisó:	04/01/2019	Gestión de Calidad
			Aprobó:	1/04/2019	Comité Institucional de Gestión y Desempeño (CIGD)#5 2019
	Código:	F-1400-27	Versión	1.0	Página:

CONCLUSIONES

- De acuerdo con la revisión por parte de la oficina de gestión de control interno, se pudo evidenciar a nivel general una buena gestión de todas las dependencias, cuyo resultado arrojó un cumplimiento entre del 100%, actividades programadas.
- 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



CIRO ELBERTO GAMBOA SERRANO
 Jefe Oficina Gestión y Control Interno
 E.S.E. ISABU



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

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

1. ENTIDAD: INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA- E.S.E. ISABU		2. DEPENDENCIA A EVALUAR: GESTION FINANCIERA	
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA: <ul style="list-style-type: none"> • Atención al usuario y su familia con servicios seguros y de calidad • Prevención y saneamiento fiscal y Sostenibilidad Financiera. • Fortalecimiento institucional bajo un sistema integrado de gestión. • Articulación en redes para la prestación de 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
REALIZAR UN INFORME TRIMESTRAL DE GESTIÓN DEL PROCESO DE GESTIÓN FINANCIERA.		# DE RENDICION DE CUENTAS REALIZADAS AL AÑO	100% La Subgerencia Administrativa presentó informe de gestión financiera ante la Gerencia de la ESE ISABU en la vigencia 2019, atendiendo los parámetros para rendir ante el Concejo de Bucaramanga, en tal sentido se relacionan los temas más relevantes tratados: 1.Ingresos por venta de servicios de salud representa el 67,7% de participación sobre los ingresos definitivos de la entidad, estos ingresos incluyen los ingresos provenientes por concepto de la prestación del servicio médico, quirúrgico, de diagnóstico clínico y comercialización de productos por parte de la ESE ISABU a la población cubierta y no cubierta por los diferentes pagadores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.2.La Facturación en la modalidad Evento tuvo importante crecimiento con en comparación a la vigencia anterior de aproximadamente una diferencia ascendente de \$4.200 millones por encima de lo facturado en 2018, posesionando financieramente las ventas de la ESE, lo que demuestra la recuperación de la imagen y credibilidad de las unidades hospitalarias y las sedes ambulatorias para las atenciones de mediana complejidad, el cual fue otra de las políticas gerenciales que se dieron durante la vigencia aumentado la contratación con las diferentes EPS para atenciones de II Nivel.
SEGUIMIENTO DE INDICADORES FINANCIEROS DEL PLAN DE GESTIÓN 25% TRIMESTRAL		TABLERO DE MANDO DE INDICADORES FINANCIEROS PERMANENTEMENTE ACTUALIZADO	100% Para la vigencia 2019 Se realizó una evaluación de los indicadores comparativos vigencia 2018 a 2019 del subproceso de presupuesto con corte al VI Trimestre de 2019.



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

ANÁLISIS DE COSTOS POR CENTRO DE SALUD.	PRODUCTIVIDAD POR SERVICIOS VS RECURSOS UTILIZADOS	100	Se realizó un análisis de costos por centro de salud correspondiente al VI trimestre de 2019 con el discriminado de costos por centros de salud, unidades funcionales y unidades hospitalarias, se detallan contratos y cuentas de acuerdo a la unidad funcional. Se adjuntan informe hoja de cálculo. Se realizó un análisis de costos por centro de salud correspondiente al IV trimestre de 2019 con el discriminado de costos por centros de salud, unidades funcionales y unidades hospitalarias, se detallan contratos y cuentas de acuerdo a la unidad funcional.
1. REALIZAR LA EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO TRIMESTRAL DE LAS MEDIDAS FORMULADAS EN EL PSFF PREVENTIVO E INFORMAR AL EQUIPO DIRECTIVO SOBRE LAS DESVIACIONES O INCUMPLIMIENTO DE METAS Y OBJETIVOS. 2. ACTUALIZAR LOS CUADROS QUE SEAN REQUERIDOS A FIN DE PODER ESTABLECER SEGUIMIENTO DE MEDIDAS.	NÚMERO DE EVALUACIONES REALIZADAS	100%	Como implementación del programa preventivo de saneamiento se han adelantado las siguientes actividades: 1. Creación y formalización de la planta temporal, la cual dio inicio el 1 de Enero de 2018; en la primera fase se formalizaron 96 cargos, de los cuales 37 son auxiliares de enfermería, 30 enfermeras, 25 médicos y 4 técnicos en rayos x, dando cumplimiento a la medida propuesta para mitigar el alto número de OPS de servicio misional con evidencia Acuerdo 11 del 19 de octubre de 2017 y resoluciones 0407, 0408, 0409, 0410, 0411, 0412, 0413, 0414, y 0415. 2. Se ha venido adelantado el mantenimiento del HLN y 8 centros de salud (Gaitan, Toledo Plata, Villa Rosa, Santander, Regaderos, Pavlo VI, Concordia e IPC) permitiendo el cumplimiento de estándares sanitarios. Por otro lado y según lo estipulado en la plataforma de plan bienal y los estudios medico técnicos realizados, se procedió a realizar remodelación de los centros de salud de San Rafael, Kennedy, Girardot, Bucaramanga, la Joya, Campo Hermoso, La Libertad y Rosario, además de la reposición del centro de salud Morrорico, ubicándolo en una nueva sede, en este caso, el antiguo restaurante " Corcovado", centro de salud "Antonia Santos" en el que se habilitó como tipo B, atendiendo la demanda de la población soto sur y Unidad hospitalaria UIMIST, dado esto se previó dar cumplimiento al 100% de los estándares de habilitación Estudios medico técnicos en el que se evidencian los levantamientos y esquemas arquitectónicos del proceso de remodelación y mantenimiento de los centros de salud., 3. Se realiza constante seguimiento de la ejecución presupuestal y con esto la estimación de costos y gastos, así mismo, se ha venido trabajando con la plataforma BIONEXO la cual nos ha permitido conocer y contratar una mejor oferta de servicios y bienes, esto en cuanto a las compras conjuntas.



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

ADELANTAR GESTIONES ANTE LA ALCALDÍA DE BUCARAMANGA PARA GARANTIZAR EL PAGO DE LAS MESADAS PENSIONALES CON CARGO AL PRESUPUESTO DEL MUNICIPIO.	NÚMERO DE MESADAS PENSIONALES DEJADAS DE PAGAR	100%	se solicitó información acerca de los pagos a pensionados de la ESE ISABU de las gestiones adelantadas para reembolsar a la institución, la Alcaldía de Bucaramanga respondió destacando el saldo a favor del ISABU.
MANTENER EN FUNCIONAMIENTO UN SISTEMA QUE PERMITA DETERMINAR LOS COSTOS DE LOS SERVICIOS PRESTADOS POR LA ESE Y REALIZAR ANÁLISIS Y MONITOREOS PERIÓDICOS	ANÁLISIS DE COSTOS REALIZADOS	100%	Se diseñó e implementó una macro accesible a todos los funcionarios con responsabilidad de toma de decisiones para la consulta seguimiento de ejecución del PAA. 1. Se determinó y consolidó el costo por centro de costo incurrido en los meses 2019 en la E.S.E ISABU. 2. Se hizo una comparación entre el costo incurrido y valores facturados para determinar el margen de utilidad o déficit en cada uno de los centros de atención en la E.S.E ISABU.
1. MANTENER ACTUALIZADO UN TABLERO DE INDICADORES FINANCIEROS QUE PERMITA AL EQUIPO GERENCIAL CONOCER LA SITUACIÓN ECONÓMICA Y FINANCIERA DE LA ENTIDAD EN TIEMPO REAL 2. MONITOREAR LA EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DE GASTOS E INGRESOS DE LA ENTIDAD 3. MONITOREAR LAS MODIFICACIONES Y PUBLICACIÓN DEL PLAN ANUAL DE ADQUISICIONES	TABLERO DE MANDO DE INDICADORES FINANCIEROS PERMANENTE ACTUALIZADO	100%	1, Se diseñó e implementó una macro accesible a todos los funcionarios con responsabilidad de toma de decisiones para la consulta seguimiento de ejecución del PAA. 2, Con el fin de monitorear la ejecución de ingresos y gastos de la entidad, se realizó un cálculo de la proyección de cierre de ingresos y gastos vigencia 2019 que muestra un comparativo frente a la vigencia inmediatamente anterior y un desglose de los rubros presupuestales por terceros. 3, Se ha venido publicando la modificación al Plan Anual de Adquisiciones vigencia 2019 ante el SECOP I Y II.
ELABORAR UN DOCUMENTO DE ANÁLISIS DE IMPACTO FINANCIERO QUE PERMITA DECIDIR SOBRE LA REVERSIÓN, CONTINUIDAD O AMPLIACIÓN DE LA FORMALIZACIÓN DE LOS EMPLEOS MISIONALES	ESTUDIO REALIZADO	100%	Mediante Acuerdo No. 11 de 2018 y No.005 de 2019; la ESE ISABU y la Junta Directiva estableció la Planta de personal de la entidad en consideración al análisis financiero.



**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 cumplieron los compromisos asociado al objeto institucional vigencia 2019, según el cumplimiento de las acciones del plan de acción (POA).

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

1. Continuar con el análisis de costos con todos los centro de salud
2. Realizar la evaluación y seguimiento trimestral de las medidas formuladas en el PSFF preventivo e informar al equipo directivo sobre las desviaciones o incumplimiento de metas y objetivos.
3. Mantener en funcionamiento un sistema que permita determinar los costos de los servicios prestados por la E.S.E. ISABU y realizar análisis y monitoreo periódicos.
4. Se recomienda continuar con el fortalecimiento de MIPG, con el fin de generar resultados al cumplimiento de la misión y objetivos institucionales.

8. FECHA:

Bucaramanga, Enero 27 de 2020

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: PROCESO DE GESTIÓN APOYO TERAPÉUTICO		
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA: Garantizar los servicios oportunos de farmacia y rehabilitación relacionados con medicamentos, dispositivos médicos y tratamientos terapéuticos empleados en la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida y garantizar la seguridad de los usuarios de la Empresa Social del Estado, Instituto de Salud de Bucaramanga E.S.E ISABU.			
4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTA DO (%)	5.3. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
Entrega de informe con indicadores y estadística trimestral de farmacia y rehabilitación.	# de rendición de cuentas realizadas al año	100%	Se realizaron 4 informes de indicadores, y estadística trimestral de los servicios de Farmacia y Rehabilitación correspondientes al año 2019. Y los respectivos informes de Gestión del Proceso de Gestión Apoyo Terapéutico. Con cumplimiento del 100%.
Análisis de productividad trimestral del Proceso de Gestión Apoyo Terapéutico.	Productividad por servicios vs recursos utilizados	100%	Se realizaron los respectivos análisis de productividad de los cuatro trimestres de año 2019 y comparativos con el mismo periodo del año anterior de los servicios de Farmacia y Rehabilitación. Con un cumplimiento del 100%



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 cumplieron los compromisos asociado al objeto institucional vigencia 2019, según el cumplimiento de las acciones del plan de acción (POA).

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

1. Continuar trabajando con los programas de rehabilitación con los usuarios de la E.S.E. ISABU
2. Seguir con la calidad de buenos suministro de medicamentos que ofrece la farmacia a todos nuestros usuarios
3. Cumplir estrictamente los protocolos de almacenamiento y entrega de medicamentos.
4. Se recomienda continuar con el fortalecimiento de MIPG, con el fin de generar resultados al cumplimiento de la misión y objetivos institucionales.

8. FECHA:

Bucaramanga, Enero 27 de 2020

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: DIRECCION TECNICA HOSPITAL LOCAL DEL NORTE - UIMIST. PROCESOS: GESTIÓN DE INTERNACIÓN GESTIÓN DE ATENCIÓN DE URGENCIAS GESTIÓN CIRUGÍA Y ATENCIÓN DE PARTOS		
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA: <ul style="list-style-type: none">• Atención al usuario y su familia con servicios seguros y de calidad.				
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 un informe trimestral de gestión de internación, gestión atención de urgencias y gestion cirugia y atención partos..		# DE RENDICION DE CUENTAS REALIZADAS AL AÑO	100%	Se elaboró un Informe de Gestión Trimestral de las unidades operativas hospitalarias durante la vigencia 2019 para internación, gestión de atención de urgencia y gestión cirugía y atención de partos. Se consolida el comportamiento anual de la producción de la vigencia 2019, basado en el reporte de productividad según el Decreto 2193 de 2004. Se realiza comparativo con las vigencias 2016, 2017 y 2018.
2. Elaborar un informe de productividad de cada servicio del hospital local del norte y uimist		PRODUCTIVIDAD POR SERVICIOS VS RECURSOS UTILIZADOS	100%	Se realizaron 12 informes (1 mensual) de productividad de los servicios del HLN y UIMIST y 1 informe consolidado de la vigencia 2019. Se consolida el comportamiento anual de la producción de la vigencia 2019, basado en el reporte de productividad según el Decreto 2193 de 2004. Se realiza comparativo con las vigencias 2016, 2017 y 2018.



**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 cumplieron los compromisos asociado al objeto institucional vigencia 2019, según el cumplimiento de las acciones del plan de acción (POA).

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

1. Continuar trabajando por el bienestar de los usuarios de la E.S.E. ISABU, prestándole un buen servicio en todas las áreas, con una buena atención en sus servicios.
2. Se recomienda continuar con el fortalecimiento de MIPG, con el fin de generar resultados al cumplimiento de la misión y objetivos institucionales.

8. FECHA:

Bucaramanga, Enero 27 de 2020

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: OFICINA ASESORA JURIDICA		
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA: <ul style="list-style-type: none">• Atención al usuario y su familia con servicios seguros y de calidad• Prevención y saneamiento fiscal y Sostenibilidad Financiera.• Fortalecimiento institucional bajo un sistema integrado de gestión.• Articulación en redes para la prestación de 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
REALIZAR INFORME TRIMESTRAL DEL PROCESO DE CONTRATACIÓN Y REPRESENTACIÓN JUDICIAL	# DE RENDICION DE CUENTAS REALIZADAS AL AÑO	100%	Con corte a 31 de diciembre de 2019 se consolidó el cuarto informe trimestral del proceso de contratación y representación judicial, el cual contiene un análisis comparativo de los procesos de contratación adelantados en cantidad y ahorro, así como los procesos judiciales en los que la entidad actúa como demandante o demandado.



**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 cumplieron los compromisos asociado al objeto institucional vigencia 2019, según el cumplimiento de las acciones del plan de acción (POA).

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

1. Continuar vigilando el estricto cumplimiento de las normas que regulan la contratación estatal.
2. Garantizar la debida representación judicial, que permita la defensa de los intereses de la institución.
3. Se recomienda continuar con el fortalecimiento de MIPG, con el fin de generar resultados al cumplimiento de la misión y objetivos institucionales.

8. FECHA:

Bucaramanga Enero 27 de 2020

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 DE ATENCION AL USUARIO SIAU		
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA: Atención al usuario y su familia con servicios seguros y de calidad			
4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO (%)	5.3. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
Implementar un mecanismo de identificación necesidades de los usuarios a través de encuestas a la alianza de usuarios de las diferentes unidades operativas de la ESE ISABU	# de encuestas proyectadas / # de encuestas realizadas	100%	En las reuniones de la alianza de usuarios se realizaron las encuestas de expectativas y necesidades de los usuarios ya que ellos son los representantes de la comunidad. Estas expectativas y necesidades fueron revisadas y tramitadas para buscar solución con lo que se logró que los líderes se sientan escuchados y puedan participar activamente en la realización de planes, programas y actividades que benefician a la comunidad.



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

<p>1. Apertura de buzones semanalmente. 2. Clasificación y envío de las PQRSF a los directores técnicos para su solución o respuesta. 3. Entrega de respuesta al usuario.</p>	<p># de PQRSF recibidas / # de PQRSF gestionadas</p>	<p>100%</p>	<p>Se realizaron con frecuencia de 2 veces por semana las aperturas de los buzones ubicados en los centros de salud y las 2 unidades hospitalarias, se clasificaron, tramitaron, gestionaron y respondieron un total de 805 PQRSF (Peticiónes 73, Quejas 405, Reclamos 20, Sugerencias 66 y Felicidades 240) a las cuales se les realizó plan de mejoramiento trimestral buscando el mejoramiento continuo y la prestación de servicios de calidad, pertinencia y oportunidad. El tiempo promedio de respuesta al usuario fue de 5 días que de acuerdo a la normatividad es el tiempo máximo para dar respuesta.</p>
<p>Realizar un informe trimestral de gestión del proceso de gestión atención al ciudadano</p>	<p># de informes proyectados / # informes realizados</p>	<p>100%</p>	<p>se presentaron 4 informes trimestrales donde se clasifican los canales de comunicación que tienen los usuarios, el consolidada de PQRSF y su respectivo comparativo trimestral como la identificación de las quejas más recurrentes, indicadores de satisfacción del usuario de acuerdo a encuestas realizadas y participación social y comunitaria para dar cumplimiento a la política donde se realizaron reuniones de alianza de usuarios mensualmente y elección por periodo de 2 años de los representantes ante los entes de participación.</p>



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

<p>1. Realización de cronograma de capacitaciones con la alianza 2. Capacitación de acuerdo al cronograma establecido</p>	<p># de capacitaciones proyectadas / # de capacitaciones realizadas</p>	<p>100%</p>	<p>Se realizaron reuniones con los miembros elegidos de la alianza de usuarios y se realizaron capacitaciones sobre acceso a seguridad social, rendición de cuentas, citas web, política de humanización, cuidadores, herramientas informáticas, política de participación social, las capacitaciones realizadas se hacen en convenio con las secretarías de salud, la personería y la contraloría. Estas capacitaciones permitieron la participación y comunitaria social en salud de nuestros usuarios ya que están empoderados y con conocimientos de acuerdo a las necesidades del sector. En el mes de octubre de 2019 la alianza de usuarios de la ESE ISABU fue elegida como la mejor alianza de usuarios de Santander e invitada por la Supersalud para hacer el ejercicio piloto de rendición de cuentas de la alianza de usuarios.</p>
---	---	-------------	--



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

Implementar el mecanismo de monitoreo a la satisfacción del usuario a través de encuesta en las diferentes unidades operativas de la ESE ISABU	# indicadores de satisfacción proyectados / # indicadores de satisfacción realizados	100%	Se realizaron en el año 5.610 encuestas de satisfacción arrojando los siguientes resultados: Usuarios que Recomendaría su IPS a Familiares y Amigos 94.62% y Satisfacción Global de Usuarios 94.51%, estas encuestas se realizaron en todos los centros de salud y unidades hospitalarias. Se realizó análisis del indicador mensualmente arrojando resultados superiores a la meta del 90% y sirviendo como insumo para el plan de mejoramiento.
Garantizar el acceso real y efectivo de las personas con discapacidad a los servicios que ofrece la ESE ISABU	# de actividades realizadas	100%	Se realizó socialización de la política de discapacidad con los miembros de la alianza y la comunidad, también se realizó la señalización con imágenes alusivas al servicio y lenguaje braille que permite que nuestros usuarios con discapacidad auditiva y visual se ubiquen y orienten con facilidad en nuestros diferentes servicios



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 cumplieron los compromisos asociados al objeto institucional vigencia 2019, según el cumplimiento de las acciones del plan de acción (POA).

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

1. Seguir capacitando al personal de la Alianza de usuarios.
2. Continuar con la apertura de Buzones PQRS.
3. Garantizar el acceso real y efectivo de las personas con discapacidad a los servicios que ofrece la E.S.E. ISABU
4. Fortalecer el sistema de asignación de citas en la página Web.
5. Se recomienda continuar con el fortalecimiento de MIPG, con el fin de generar resultados al cumplimiento de la misión y objetivos institucionales.

8. FECHA:

Bucaramanga, Enero 27 de 2020

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 DE RECURSOS FISICOS	
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA: <ul style="list-style-type: none">- Atención al usuario y su familia con servicios seguros y de calidad.- Fortalecimiento institucional bajo un sistema integrado de gestión.			
4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL		5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS	
	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO (%)	5.3. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
1. Informe trimestral de recursos físicos.	# Total de Informes entregados.	100%	Se dio cumplimiento con la entrega trimestral de los informes de mantenimiento e inventarios. Anexo evidencia
2. Caracterizar y documentar el proceso de gestión de Recursos Físicos	Total procesos definidos Almacen General / Total de procesos almacen general*100	100%	Se definieron y actualizaron los procedimientos del proceso de gestión de recursos físicos, los cuales se socializaron debidamente. Anexo evidencia
3. Verificar las condiciones de los estándares de habilitación.	# de estándares realizados / # de estándares proyectados * 100	100%	Estas actividades se encuentran a cargo de la oficina de calidad.
4. Realizar un informe trimestral de los mantenimientos preventivos y correctivos realizados.	# de actividades ejecutadas/# de actividades proyectadas * 100	100%	Se dio cumplimiento con la entrega trimestral de los informes de mantenimiento de infraestructura y tecnología. Anexo evidencia



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

5. Dar cumplimiento a las acciones de mejora que resulten de la autoevaluación de los estándares de acreditación.	# de plan de mejora presentada / # de plan de mejora proyectada *100	100%	Se cumplió con las acciones de mejora en un 100%, de acuerdo al informe del PAMEC entregado con corte a 30 de Septiembre de 2019. Se anexa informe enviado
6. Entregar plan de acción; mapa de riesgos de corrupción; socializar procedimientos de gestión de recursos físicos y cronograma comité de bajas de activos.	# de actividades ejecutadas / numero de actividades proyectadas *100	100%	Se dio cumplimiento con la entrega del plan de Acción el día 9 de enero de 2020 y con la entrega del mapa de riesgos de corrupción el 10 de enero de 2020 enviado a la oficina de control interno y planeación. Se inició capacitación de los procedimientos de gestión de Recursos Físicos. El cronograma presentado en el trimestre inmediatamente anterior fue cumplido en su totalidad. Anexo evidencias
7. Elaboración plan anticorrupción del proceso gestión de recursos físicos.	Total actividades ejecutadas / total actividades registradas * 100	100%	Se envió a la oficina de calidad el plan anticorrupción del proceso de gestión de recursos físicos. Anexo evidencia



**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 cumplieron los compromisos asociado al objeto institucional vigencia 2019, según el cumplimiento de las acciones del plan de accion (POA).

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

1. Continuar trabajando con el mantenimiento preventivo y correctivo de la E.S.E ISABU.
2. Dar cumplimiento a las acciones de mejora que resulten de la autoevaluación de los estándares de acreditación.
3. Se recomienda continuar con el fortalecimiento de MIPG, con el fin de generar resultados al cumplimiento de la misión y objetivos institucionales.

8. FECHA:

Bucaramanga, Enero 27 de 2020

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: SALUD PÚBLICA	
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA: Articulación en redes para la prestación de 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
Implementar las Rutas Integrales de Mantenimiento y promoción de la salud	Rutas programadas/ Rutas implementadas	100%	Se programó la implementación de la Rutas de mantenimiento y promoción de la salud, Ruta materno perinatal y cáncer. Se hizo la socialización al personal por zonas-
Rediseñar el perfil epidemiológico	Perfiles epidemiológicos programados /Perfiles elaborados	100%	Se realizaron 4 perfiles epidemiológicos durante la vigencia 1 por trimestre y se presentaron en comité de VE y entregados a la oficina de planeación dentro del POA
Elaboración de Indicadores (21-22) del Plan de Gestión Gerencial	No Indicadores elaborados y presentados	100%	Se presentaron los indicadores /4) 1 por trimestre, correspondientes a CAOTACION TEMPRANA DE LA GESTANTE Y E INCIDENCIA DE SIFILIS GESTACIONAL
Elaboración y presentación Informe al concejo Municipal del proceso de Gestión de salud publica	No de informes al concejo presentados	100%	Se elaboraron y presentaron 4 informes al concejo, 1 por trimestre durante la vigencia, y de manera comparativa.



**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 cumplieron los compromisos asociados al objeto institucional vigencia 2019, según el cumplimiento de las acciones del plan de acción (POA).

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

1. Se recomienda garantizar el personal suficiente para la atención de la población objeto de los contratos suscritos para las acciones de salud pública, su continuidad durante la ejecución del proyecto o actividades programadas y el cumplimiento de los perfiles definidos y requeridos para cada tipo de intervención.
2. Se recomienda fortalecer las actividades de Socialización de las Estimaciones contratadas para cada unidad operativa y las oportunidades y estrategias definidas en las rutas integrales de atención del ISABU con los Directivos, Directores Técnicos y Jefes de Enfermería, médicos, todo el personal relacionado con el proceso, buscando una demanda inducida más efectiva.
3. Se recomienda dentro del Modelo Integral de Atención en Salud el abordaje e implementación de la gestión integral del riesgo en salud (GIRS), en actividades de educación, información y comunicación, tamizaje y formular su respectivo procedimiento y/o actualizar la denominación de la estrategia.
4. Se recomienda formular estrategias para mejorar la CALIDAD DEL DATO de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud para disminuir la cuenta glosa por inconsistencias como la repetición de actividades en el mismo, usuarios inactivos, edad que no aplican, error en finalidades, entre otros. Representado esto en pérdidas de recursos para el ISABU.
5. Se recomienda fortalecer los Registros Médicos e Historias Clínicas. El registro debe ser consolidado con métodos de calidad, procesos de incorporación de información confiables, supervisados, analizados, y en continuo y constante CAPACITACIÓN al personal para que los procesos se consoliden en información adecuada que satisfaga las necesidades de la institución y a los procedimientos.
6. Se recomienda fortalecer la actividad del procedimiento respecto a visitas de seguimiento a las unidades operativas, para verificar el cumplimiento de las Estrategias establecidas y el avance en el cumplimiento de las estimaciones y su respectiva socialización mensual.

8. FECHA:

Bucaramanga, Enero 27 de 2020

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: Oficina Asesora de Gestión de control interno	
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA: Fortalecer el sistema de control interno a través de la verificación electiva al cumplimiento de las leyes, normas, políticas, procedimientos, programas, planes, proyectos, metas de la institución, recomendado los ajustes necesarios producto de la evaluación y seguimiento, valoración de riesgos e incentivando la cultura de autocontrol que a través de la asesoría y acompañamiento le permita a la entidad alcanzar mayor eficiencia admirativa.			
4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO (%)	5.3. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
Programa General de Auditorias	# DE AUDITORIAS PROGRAMADAS/# AUDITORIAS REALIZADAS	100%	Se presentó el Plan General de Auditorias ante la Gerencia Isabu, aprobado mediante resolución
Realizar auditorias programadas	Todas	100%	Se cumplió con todas las auditorias programadas para la vigencia y se hizo entrega de todos los informes
Herramienta de la cultura de Autocontrol	1	100%	Se realizó una guía técnica de control interno y se socializo



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 cumplieron los compromisos asociados al objeto institucional vigencia 2019, según el cumplimiento de las acciones del plan de acción (POA)

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

1. Continuar fortaleciendo el trabajo de las auditorías internas en la E.S.E. ISABU.
2. Seguir implementando el autocontrol con capacitaciones.
3. Se recomienda continuar con el fortalecimiento de MIPG, con el fin de generar resultados al cumplimiento de la misión y objetivos institucionales.

8. FECHA: Bucaramanga, Enero 27 de 2020

9. FIRMA:

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

<p>Actualizar el PGD, incluyendo otros instrumentos archivísticos proceso continuo. Elaborar el Documento SIC el cual se entregó a Planeación para seguir su respectivo tramite revisión, aprobación y Acto Administrativo</p> <p>Actualizar y Consolidar Inventarios Documentales-FUID y de Archivos: Gestión, Central e Histórico de la Institución</p> <p>Elaborar las Tablas Control de Acceso-TCA. Actualizar el Cuadro de Clasificación Documental-CCD</p> <p>La entidad cuenta con Mapa de Procesos. Gestión Documental de Apoyo.</p>	<p>PGD.</p> <p>SIC</p> <p>Inventarios Documentales Consolidados en FUID.</p> <p>TCA CCD</p> <p>MAPA PROCESOS</p>		<p>Se actualizo PGD, incluidos PINAR, TVD, TRD, SIC</p> <p>Se elaboró únicamente el Documento está pendiente tramite</p> <p>Se elaboró y consolido el Inventario Documental de la ESE-ISABU, para Empalme 2016-2019</p> <p>Se elaboró únicamente las TCA.</p> <p>Se actualizo el CCD de acuerdo a TRD.</p> <p>Proceso de Gestión Documental de Apoyo</p>
<p>11. Actualizar Instrumentos Transparencia, implementados. Ley 1712 de 2015</p>	<p>Registro Índice Información Clasificada Reservada, Registro Activos de Información y Registro Esquema de Publicación de Información.</p>	<p>100%</p>	<p>Se actualizaron los Instrumentos Archivísticos cuentan con Acto Administrativo Resolución No. 0343 del 14 de Diciembre de 2017, publicados en Pagina web</p>
<p>12. Organizar Archivo Central Historias Clínicas bajo Directrices de acuerdo a la Ley 594 de 2000 y Resolución 1995 de 1999.</p>	<p>Inventario Documental HC</p>		<p>Se continúa la organización, función Archivística y elaboración de Inventarios Documentales de Historias Clínicas.</p>
<p>13. Dar cumplimiento requerimiento FURAG-2019</p>	<p>Cuestionario FURAG</p>		<p>Se dio cumplimiento al requerimiento de la Pregunta 264 a la 297 de Gestión Documental con sus respectivos Links publicación Pagina Web y evidencias</p>
<p>14. Dar cumplimiento requerimiento MIPG</p>	<p>MIPG</p>		<p>Se dio cumplimiento al Plan de Mejoramiento 2019 de Gestión Documental. Únicamente en la elaboración del Documento.</p>
		<p>100%</p>	



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

FORMATO
EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIA
OFICINA DE CONTROL INTERNO

1. ENTIDAD: ESE-ISABU		2. DEPENDENCIA A EVALUAR: GESTION DOCUMENTAL - AÑO 2019	
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA: Establecer la Política Institucional del Sistema de Gestión Documental, mediante la cual la organización hace oficial el compromiso corporativo hacia su adopción e implementación y socialización del proceso de Gestión Documental, como herramientas para la transparencia, la igualdad, y garantizar el acceso oportuno a la información a través de la preservación y manejo adecuado de los documentos en la entidad.			
4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO (%)	5.3. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
Realización de Informes Trimestrales de Avances del Proceso de Gestión Documental. Vigencia año 2019	No. de Informes realizados al año/No de Informes programados al año*100	100%	Se realizaron Cuatro (04) Informes Trimestrales del Proceso de Gestión Documental
Actualización de la Caracterización y Procedimientos de Gestión Documental 2019. Actualización Formatos de Procedimientos	No. de Procedimientos actualizados/No de actualizaciones programadas*100	100%	Se actualizo la Caracterización y los Procedimientos (07) de Gestión Documental los cuales fueron aprobados por el CIGD y se encuentran publicados en la Página Web. Se Actualizaron los Formatos- Procedimientos
Dar cumplimiento de las acciones de mejora correspondientes a Gestión Documental de Acuerdo al Autodiagnóstico de MIPG. Vigencia 2019.	Plan de Mejora	100%	Se dio seguimiento y cumplimiento al Plan de Mejora de Gestión Documental únicamente en Elaboración de Documentos.



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

1. Elaborar y Entregar Registro Formato del Plan de Acción Estratégico-PINAR, Vigencia 2019 y Realizar ejecución cada trimestre.	Plan de Acción Estratégico Institucional - PINAR Ejecución Plan de Acción		Se elaboró el Plan de Acción Estratégico PINAR. Ejecución (04) Informes.
2. Elaborar y Entregar Registro Formato del Plan Operativo Anual-POA, Vigencia 2019 y Realizar ejecución cada trimestre.	Plan Operativo Anual-POA Ejecución Plan Operativo Anual		Se elaboró el POA. Ejecución (04) Informes
3. Elaborar y Entregar Registro Formato Plan Atención al Ciudadano-PAAC, vigencia 2019 y Realizar ejecución cada cuatrimestre	Plan Atención al Ciudadano Ejecución del PAAC		Se elaboró el PAAC Ejecución de (03) Informes
4. Elaborar y Entregar Registro Formato Mapa de Riesgos de Gestión 2019 y Realizar ejecución cada cuatrimestre	Mapa de Riesgos de Gestión. Ejecución cada cuatrimestre.		Se elaboró Mapa de Riesgos de Gestión. Ejecución (03) Informes
5. Elaborar y Entregar Registro Formato Mapa de Riesgos de Corrupción. 2019 y Realizar ejecución cada cuatrimestre	Mapa de Riesgos Corrupción Ejecución cada cuatrimestre.	100%	Se elaboró Mapa de Riesgos de Corrupción. Ejecución (03) Informes
6. Divulgar la Ley General de Archivos. Ley 594 de 2000	Circular		Circular No. 001, Radicado No.0655. Febrero/04/2019
7. Tramitar Ventanilla Única GED. Radicación y trámite Correspondencia Enero a Diciembre de 2019.	Radicados en el GED		Radicado No. 00001 Radicado No. 7.637
8. Se actualizo Normograma Proceso de Gestión Documental y se publicó Pagina WEB. Requerido por Directiva No. 009 del 09 de Julio de 2019-AGN.	Normograma del proceso de Gestión Documental		Se actualizo a Septiembre de 2019. Circular Externa 001 de Septiembre/10/2019 del AGN.
9. Estrategia Cero Papel: Se continúa con la aplicación y culturización estrategias implementadas en la institución	Documento Estrategia Cero Papel.		Se elaboró el Documento Versión 2.0 y publicado en Pagina Web
10. Se cuenta con algunos Instrumentos Archivísticos: Se elaboró PINAR, Se elaboraron TVD, aprobadas por CIGD y Convalidadas Por el Consejo Departamental de Archivos en Septiembre de 2019. Se Actualizaron las TRD, pendiente comité CIGD para aprobar y trámite ante el Consejo Departamental de Archivos.	Documentos: PINAR, TVD, TRD		Se elaboró PINAR, TVD, TRD.



**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 cumplieron los compromisos asociado al objeto institucional vigencia 2019, según el cumplimiento de las acciones del plan de acción (POA).

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

1. Continuar con la adecuación de la parte archivística, capacitando al personal.
2. Seguir con la organización del archivo central y toda la E.S.E. ISABU.
3. Se recomienda continuar con el fortalecimiento de MIPG, con el fin de generar resultados al cumplimiento de la misión y objetivos institucionales.

8. FECHA:

Bucaramanga, Enero 27 de 2020

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: APOYO DIAGNÓSTICO	
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA: <ul style="list-style-type: none">• Atención al usuario y su familia con servicios seguros de calidad			
4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO (%)	5.3. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
ENTREGA DE INFORME CON INDICADORES Y ESTADÍSTICA MENSUAL DEL PROCESO APOYO DIAGNÓSTICO	# DE RENDICION DE CUENTAS REALIZADAS AL AÑO	100%	Se realizaron 4 informes de Indicadores y estadística del Proceso Apoyo Diagnóstico correspondiente al periodo de Octubre a Diciembre de 2019; en el área de Laboratorio clínico se consolidaron datos estadísticos del número de exámenes y usuarios tomados en las dos Unidades Hospitalarias y los diferentes centros de salud, se reportó indicadores de oportunidad en la validación de resultados de los servicios de Consulta Externa y Urgencias y se anexa Indicador de muestras mal marcadas. En el área de Radiología se consolidaron datos estadísticos del número de estudios radiológicos, ecografías y usuarios atendidos, de igual forma se reportó oportunidad en la asignación de citas de Consulta Externa



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 cumplieron los compromisos asociado al objeto institucional vigencia 2019, según el cumplimiento de las acciones del plan de acción (POA).

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

1. Continuar con el buen servicio en la toma de exámenes en laboratorio.
2. Continuar con el buen servicio en radiología con relación a la atención y asignación de citas.
3. Se recomienda continuar con el fortalecimiento de MIPG, con el fin de generar resultados al cumplimiento de la misión y objetivos institucionales.

8. FECHA:

Bucaramanga, Enero 27 de 2020

9. FIRMA:



**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: ATENCIÓN AMBULATORIOS		
3. OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA: 1. ATENCION AL USUARIO Y SU FAMILIA CON SERVICIOS SEGUROS Y DE CALIDAD.				
4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL		5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
		5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO (%)	5.3. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
PROYECTO RENDICION DE CUENTAS: REALIZAR UN INFORME TRIMESTRAL DE GESTIÓN DEL PROCESO DE AMBULATORIOS CORRESPONDIENTE A LA VIGENCIA 2019.		# DE RENDICION DE CUENTAS REALIZADAS AL AÑO	100%	Se elaboró un informe ejecutivo de gestión 2019, de los servicios ambulatorios de los centros de salud de la ESE ISABU. Se consolida el comportamiento anual de la producción de la vigencia 2019, basado en el reporte de productividad según el Decreto 2193 de 2004. Se realiza comparativo con las vigencias 2016, 2017 y 2018.
PROYECTO SERVICIOS PRODUCTIVOS: REALIZAR UN INFORME TRIMESTRAL DE PRODUCTIVIDAD POR CENTRO DE SALUD		PRODUCTIVIDAD POR SERVICIOS VS. RECURSOS UTILIZADOS	100%	Se realizaron 12 informes (1 mensual) de productividad de los servicios ambulatorios de centros de salud y 1 informe consolidado de 2019. Se consolida el comportamiento anual de la producción de la vigencia 2019, basado en el reporte de productividad según el Decreto 2193 de 2004. Se realiza comparativo con las vigencias 2016, 2017 y 2018.

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

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

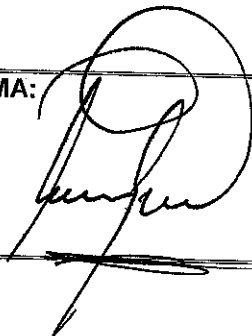
Se cumplieron los compromisos asociado al objeto institucional vigencia 2019, según el cumplimiento de las acciones del plan de acción (POA).

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

1. Continuar trabajando por con los Centros de salud para prestar todos los servicios de buena calidad y reflejarnos en una buena productiva para todos los usuarios de la .E.S.E ISABU. *atención*
2. Se recomienda continuar con el fortalecimiento de MIPG, con el fin de generar resultados al cumplimiento de la misión y objetivos institucionales.

8. FECHA: Bucaramanga, Enero 27 de 2020

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: Oficina Asesora de Calidad.	
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA: 1. Atención al usuario y su familia con servicios seguros y de calidad. 2. Prevención y Saneamiento Fiscal y Sostenibilidad Financiera. 3. Fortalecimiento Institucional bajo un Sistema Integrado de Gestión.			
4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO (%)	5.3. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
REALIZAR UN INFORME TRIMESTRAL DE GESTIÓN DEL PROCESO DE GESTIÓN DE CALIDAD.	# DE RENDICION DE CUENTAS REALIZADAS AL AÑO	100%	Se dio cumplimiento a la meta establecida. Se realizó el informe trimestral de la Gestión de la oficina de calidad. Se realiza un informe general del seguimiento a los planes de mejora de Contraloría-Habilitación (Auditorías Internas y Externas), PAMEC, Asesoría, Seguimiento a Documentación Procedimientos de Procesos- Programas de Seguridad del Paciente
* REALIZAR MEDICIÓN MENSUAL A LOS INDICADORES DE OPORTUNIDAD. * REALIZAR ANÁLISIS TRMESTRAL DE LOS RESULTADOS DE LOS INDICADORES DE OPORTUNIDAD	NÚMERO DE DÍAS TRANSCURRIDOS DESDE EL MOMENTO EN QUE EL PACIENTE SOLICITA LA CITA/ NÚMERO DE CITAS ASIGNADAS X 100	100%	Se dio cumplimiento a la meta establecida. Se realizó la medición mensual a los indicadores de oportunidad con el fin de mantenernos en el rango permitido. Se realizó un análisis trimestral mostrando el comportamiento de los indicadores de oportunidad y el rango permitido.



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

<p>* BRINDAR ASESORIA Y ACOMPAÑAMIENTO A LOS LIDERES DE PROCESOS EN LA DOCUMENTACION Y ACTUALIZACION DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</p> <p>*MANTENER ACTUALIZADO EL ARCHIVO MAESTRO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD</p> <p>* REALIZAR AUDITORIA INTERNA A LOS PROCESOS ASISTENCIALES A PARTIR DEL TERCER TRIMESTRE DEL 2019 DE ACUERDO A CRONOGRAMA DE AUDITORIAS INTERNAS DE LA OFICINA DE CALIDAD</p>	<p>NUMERO DE PROCEDIMIENTOS DOCUMENTADOS / NUMERO DE PROCEDIMIENTOS EXISTENTES*100</p>	<p align="center">100%</p>	<p>Se dio cumplimiento a la meta establecida. Se brindó la Asesoría y acompañamiento a los líderes en la documentación de los procedimientos. Se realizó las respectivas auditorías internas a los procesos asistenciales de acuerdo al cronograma de auditorías internas de la oficina de calidad y se actualizó el archivo maestro del sistema de Gestión de Calidad.</p>
<p>* REALIZAR AUTOEVALUACION DE ESTANDARES DE HABILITACION SEGÚN CRONOGRAMA DE AUDITORIAS INTERNAS DE LA OFICINA DE CALIDAD A PARTIR DEL SEGUNDO TRIMESTRE DE 2019</p>	<p>NUMERO DE AUTOEVALUACIONES REALIZADAS</p>	<p align="center">100%</p>	<p>Se dio cumplimiento a la meta establecida. Según el cronograma de auditorías de la oficina de calidad se realizó las autoevaluaciones de estándares de habilitación.</p>
<p>* REALIZAR AUTOEVALUACION DE ESTANDARES DE ACREDITACIÓN ANUAL</p>	<p>AUTOEVALUACIONES VIGENCIA ANTERIOR / AUTOEVALUACIONES VIGENCIA ACTUAL</p>	<p align="center">100%</p>	<p>La autoevaluación de los estándares de acreditación fue realizado en el primer trimestre de 2019 obteniendo una calificación de 1.98.</p>
<p>* DAR CUMPLIMIENTO A LA RUTA CRITICA PAMEC 2019</p>	<p>NUMERO DE PLANES DE MEJORA EJECUTADAS/ NÚMERO DE PLANES DE MEJORA PROYECTADOS*100</p>	<p align="center">100%</p>	<p>Se dio cumplimiento a la ruta crítica pamec, se programaron 451 acciones de mejoramiento de las cuales se cumplieron con 445 para un porcentaje de cumplimiento óptimo del 98%</p>
<p>*REVISAR Y ACTUALIZAR LOS PROCEDIMIENTOS DE GESTION DE CALIDAD</p> <p>*REALIZAR CONSOLIDACION DE LOS MAPAS DE RIESGO POR PROCESO</p> <p>* REALIZAR SEGUIMIENTO A LAS ACTIVIDADES PLANTEADAS EN EL MECI 2019 DE LA ESE ISABU.</p>	<p>NUMERO DE ACTIVIDADES EJECUTADAS/ NÚMERO DE ACTIVIDADES PROYECTADAS*100</p>	<p align="center">100%</p>	<p>Se dio cumplimiento a la meta establecida. Se brindó la Asesoría y acompañamiento a los líderes en la documentación de los procedimientos. Se entrega informe de mapa de riesgos de gestión con sus respectivas evidencias, Se hizo la respectiva consolidación y entrega de las evidencias correspondientes al MECI 2019 dando cumplimiento al 100% de las actividades del plan de mejoramiento MECI 2019</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 CUMPLIERON LOS COMPROMISOS ASOCIADO AL OBJETO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2019, SEGÚN EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES DEL PLAN DE ACCION (POA).

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

1. Continuar fortaleciendo el trabajo en la gestión por procesos: revisiones periódicas de la caracterización de los procesos, procedimientos.
2. Fortalecer el proceso del modelo estándar de control interno "MECI", vigencia 2019, alienado con MIPG.
-Fortalecer en el MECI, el capítulo de administración de riesgos (política de administración de riesgos, identificación de los riesgos y análisis, valoración de los riesgos), en apoyo integral con los líderes de los procesos.
3. Fortalecer auditorías internas que contemplen desde la programación, planificación, ejecución y documentación, hasta el seguimiento a las acciones preventivas, correctivas, planes de mejoramiento que resulten de las auditorías internas a los procesos institucionales, lo cual contribuye al mejoramiento continuo de la ESE ISABU.
4. Continuar con el plan de auditorías internas acorde a necesidades y prioridades institucionales, así como como las acciones correspondientes de conformidad con la normatividad vigente y con el sistema de gestión por procesos (institucional) en busca del nivel de calidad esperado.
5. **Fortalecer auditorías de Autoevaluación** para la acreditación como herramienta que permita optimizar los logros institucionales y obtener nuevos resultados en la atención de los usuarios, desechando los procesos ineficientes y descubriendo nuevos que permitan encontrar resultados expresados en la percepción del paciente en lo referente a la calidad y seguridad del paciente.
6. Es responsabilidad del Líder de Proceso la revisión de la TOTALIDAD de los documentos y formatos que se utilizan en el área o servicio con el fin de garantizar su codificación por la Oficina de Calidad y Auditoría.
7. Se recomienda continuar con el fortalecimiento de MIPG, con el fin de generar resultados al cumplimiento de la misión y objetivos institucionales.

8. FECHA: **Bucaramanga, Enero 27 de 2020**

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: Subproceso Gestión Ambiental		
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA: 1. Fortalecimiento institucional bajo un sistema integrado de gestión.				
4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL		5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
		5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO (%)	5.3. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
REALIZAR UN INFORME TRIMESTRAL DE GESTIÓN DEL PROCESO DE GESTIÓN AMBIENTAL		# DE RENDICION DE CUENTAS REALIZADAS AL AÑO	100%	Se dio cumplimiento a la meta establecida. Se realizó la entrega de cuatro informes de la gestión realizada durante la vigencia 2019 del subproceso de Gestión Ambiental en lo relacionado con la fumigación, lavado y desinfección de los tanques, auditorías internas y externas, capacitaciones, indicadores de residuos, análisis de los consumos servicios públicos (agua y energía), gestión de las podas realizadas y estrategias de producción más limpia.



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 cumplieron los compromisos asociados al objeto institucional vigencia 2019, según el cumplimiento de las acciones del plan de acción (POA).

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

1. Evidenciar adecuadamente la ejecución y operación del plan de gestión integral de residuos hospitalarios y centros de salud.
2. Continuar con la campaña del ahorro del agua y energía en la E.S.E. ISABU.
3. Seguir capacitando al personal interno y externo.
4. Se recomienda continuar con el fortalecimiento de MIPG, con el fin de generar resultados al cumplimiento de la misión y objetivos institucionales.

8. FECHA:

Bucaramanga, Enero 27 de 2020

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 TALENTO HUMANO	
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA: 1- Atención al usuario y su familia con servicios seguros y de calidad 2- Prevención y saneamiento fiscal y Sostenibilidad Financiera 3-Fortalecimiento institucional bajo un sistema integrado de gestión			
4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO (%)	5.3. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
REALIZAR UN INFORME TRIMESTRAL DE GESTIÓN DEL PROCESO DE GESTIÓN TALENTO HUMANO.	# DE RENDICIÓN DE CUENTAS REALIZADAS AL AÑO	100%	En la vigencia 2019 desde el área de talento humano se proyectaron 5 informes de gestión del área en donde se describía lo realizado en temas como capacitaciones, actividades de bienestar e incentivos, gestiones administrativas y de SST, se presentaron los siguientes informes 1. de gestión total de la vigencia 2018 2. Informe de gestión I trimestre 2019 3. Informe de gestión II trimestre 2019 4. Informe de gestión III trimestre 2019 5. Informe de gestión IV trimestre 2019
IMPLEMENTAR EL ESTUDIO DE FORMALIZACIÓN PARA LA VIGENCIA 2019	ESTUDIO REALIZADO	100%	El 01 de enero entraron a planta de personal 52 cargos de planta temporal, 96 provisionales del área asistencial y 6 del área administrativa. Así es como seguimos en la implementación de lo obtenido y concluido en el estudio de formalización, y aplicando el acuerdo 10 de junta directiva de 2018




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

<p>1 ACTUALIZACIÓN DE LA MATRIZ DE IDENTIFICACIÓN DE REQUISITOS LEGALES EN SST 2 DESPLIEGUE DE MECANISMOS DE COMUNICACIONES EN SST 3 DOCUMENTACIÓN DE PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN DEL CAMBIO 4 DESCRIPCIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y CONDICIONES DE SALUD DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA 5 PLAN DE ACTIVIDADES DE MEDICINA DEL TRABAJO, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN A PARTIR DEL DIAGNOSTICO DE CONDICIONES DE SALUD Y DE INTERVENCIÓN DE PELIGROS Y RIESGOS PRIORITARIOS 6. DOCUMENTACIÓN DE PROFESIOGRAMA 7. PROGRAMA DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE 8. CONFORMACIÓN DE LA BRIGADA DE EMERGENCIAS 9. REVISIÓN POR LA DIRECCIÓN DEL SGSST cada valor de la actividad tiene un 11.1%</p>	<p>NÚMERO DE ACTIVIDADES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PROYECTADA S/ NUMERO DE ACTIVIDADES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO</p>	<p>100%</p>	<p>1. Esta actividad ya se completó y se actualizo con corte a Diciembre de 2019 2. En el primer semestre se despliego a través del aplicativo Helpdesk y en el segundo semestre se despliego a través de la jornada de inducción y reinducción en SST 3. Se documentó como instructivo de Gestión del Cambio 4. Se aplicó encuesta de perfil sociodemográfico a 381 trabajadores y contratistas y se documentó informe estadístico de los resultados. 5. Se ejecutó la realización de el 90% de los exámenes médicos ocupacionales y se documentó los resultados a través de la Matriz EMO 6. Se documentó el profesiograma y se firmó por parte del médico esp en SST 7. Se documentó un programa de hábitos y estilos de vida saludable 8. Se conformó y capacito a la brigada de emergencias de las zonas 1,2 y 3 y de las unidades hospitalarias 9. Se documentó el instructivo de revisión por la dirección</p>
<p>"FORMULAR PLAN DE CAPACITACIONES.</p>	<p>NÚMERO DE CAPACITACIONES DEL PIC REALIZADAS/NUMERO DE CAPACITACIONES PROYECTADAS</p>	<p>100%</p>	<p>Mediante resolución N28 del 25 de enero de 2019 quedo formulado y aprobado el plan de capacitación para los funcionarios de la ESE ISABU, y se ha realizado el seguimiento a la ejecución de las actividades programadas para los meses de enero a diciembre, en esta vigencia se realizaron 123 encuentros.</p>
<p>IMPLEMENTAR PLAN DE CAPACITACIONES"</p>	<p>NÚMERO DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE BIENESTAR REALIZADOS/NUMERO DE ACTIVIDADES DEL PLAN EJECUTADOS</p>	<p>100%</p>	<p>El 25 de enero de 2019 quedo formulado y aprobado mediante resolución el plan de bienestar e incentivos para los funcionarios de la ESE ISABU, y se han ejecutado el 100 % de las actividades programadas con corte a diciembre, debido a programación de jornadas laborales, y necesidades del servicio hemos debido re agendar algunas de las actividades programadas con el fin de dar cumplimiento y no terminar vigencia sin realizarlas, se han realizado Taller de liderazgo, fomentos de estilos de vida saludables, conmemoración de fechas especiales, cumpleaños, otorgamiento de día de la familia, carrusel de cineforo, día del servidor público, capacitaciones con asehisan y desarrollo del programa de pre pensionados.</p>



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

<p>"FORMULAR PLAN DE BIENESTAR E INCENTIVOS</p>	<p>COMITÉS DOCENCIA SERVICIO REALIZADOS</p>	<p>100%</p>	<p>Se realizaron 6 reuniones de seguimiento a las Instituciones de educación , mediante el COMITÉ DE DOCENCIA SERVICIO (UDES, UCC, UMB, UNAB, UIS, SANTOTO y 1 reunión general de Convenio Docencia servicio a las escuelas de enfermería conteniendo 6 Actas haciendo evidenciándose la entrega de sus respectivos informes (Congregación Mariana, EFORSALUD, SAN PEDRO Y SENA) durante el III Trimestre del 2019. De igual manera se anexa el CRONOGRAMA COMITÉ DE DOCENCIA Y SERVICIO donde se evidencian las reuniones con sus respectivas fechas y actividades soportas. Como el registro de (4) presentación de PDA Seguimiento ante los resultados del -Plan de trabajo como propuesta de último año de practica formativa UDES, UCC y UNAB, UIS (1) y entrega de Documentación para realizar sus respectivas rotaciones.</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:**

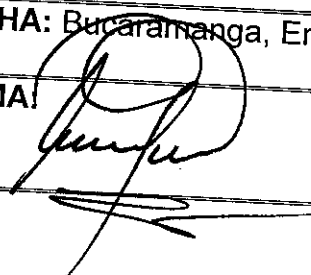
Se cumplieron los compromisos asociado al objeto institucional vigencia 2019, según el cumplimiento de las acciones del plan de acción (POA).

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

1. Seguir con la implementación del estudio de formalización para la vigencia 2020, cargos para la planta temporal de la .E.S.E. ISABU.
2. Seguir implementando el Plan de capacitación con el personal de la E.S.E. ISABU
3. Seguir con el programa de hábitos y estilos de vida saludable con el personal de la E.S.E. ISABU.
4. Continuar con el Plan de Bienestar e Incentivos.
5. Se recomienda continuar con el fortalecimiento de MIPG, con el fin de generar resultados al cumplimiento de la misión y objetivos institucionales.

8. FECHA: Bucaramanga, Enero 27 de 2020

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 PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		
2. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA: <ul style="list-style-type: none">• Atención al usuario y su familia con servicios seguros de calidad• Prevención y saneamiento fiscal y sostenibilidad financiera• Fortalecimiento institucional bajo un sistema integrado de gestión• Articulación en redes para la prestación de 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 Invitación a la audiencia pública con un mes de antelación mediante: boletín informativo, Facebook, página web. 2 Invitación personalizada mínimo con 15 días a entes de control, instituciones educativas, entidades gubernamentales, veedores, alianzas de usuario. 3. Realizar un informe de gestión de la entidad de la vigencia 2019. 4. Realizar una audiencia pública de rendición de cuentas anual.</p>	<p># DE ACTIVIDADES EJECUTADAS EN EL CUMPLIMIENTO DE LA RENDICION DE CUENTAS /# DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN EL CUMPLIMIENTO DE LA RENDICION DE CUENTAS.</p>	<p style="text-align: center;">100%</p>	<p>1 La audiencia pública se realizó el 6 de Junio, en el auditorio Low Murtra SENA, para el despliegue de la audiencia pública se realizaron invitaciones a: Instituciones gubernamentales, educativas, veedores, entes de control, miembros alianza de usuarios; así mismo se publicaron en nuestras redes sociales y páginas web, piezas graficas invitando a la comunidad en general a participar de la audiencia pública y a participar de la elaboración de propuestas que posteriormente serían desarrolladas durante la audiencia. Se anexa soporte boletín, capturas de pantalla de Facebook y página web. 2 Se realizaron las invitaciones personalizadas según lo estipulado para la audiencia pública con 15 días de anticipación a entes de control, instituciones educativas, entidades gubernamentales, veedores y alianzas de usuario. Se anexan evidencias de las invitaciones. 3 Se consolidó el informe de gestión de la entidad 4to trimestre donde estuvieron involucrados todos los líderes de proceso de la institución, este documento incluye las actividades de coordinación, gestión, administración y dirección que se han efectuado durante un el 4to período del año 2019, además se incluye el informe de gestión vigencia 2018, el cual fue necesaria para la rendición de cuentas. 4 El pasado 6 de junio se llevó a cabo en las instalaciones del Sena de la carrera 27 Auditorio Low Murtra. La audiencia pública de rendición de cuentas vigencia 2018, en donde el gerente el Dr. Juan Eduardo Durán realizó un informe detallado de la gestión de la E.S.E ISABU CUANDO: 6 junio, 2019 a las 7:30 am – 12:00 pm DONDE: Auditorio Low Murtra SENA Cra. 27 #15-07</p>
<p>1 Elaboración Del Plan Anticorrupción Vigencia 2019</p>	<p>NÚMERO DE ESTRATEGIAS CUMPLIDAS POR COMPONENTE/ ESTRATEGIAS PROGRAMADAS *100</p>	<p style="text-align: center;">100%</p>	<p>La ESE ISABU de Bucaramanga, comprometida con el objetivo de promoción de estándares de Transparencia y Lucha contra la corrupción y acorde a lo establecido en la Ley 1474 de 2011, el Decreto 2641 de 2012 y acatando la metodología definida por la Secretaría de Transparencia de la Presidencia de la República, proyectó su plan de Anticorrupción y Atención al Ciudadano de la E.S.E ISABU 2019 "PAAC 2019", como una herramienta de nivel estratégico buscando la prevención de hechos de corrupción, mejorar la atención a las necesidades de los ciudadanos y la efectividad del control de la gestión del riesgo institucional. Este plan se subió a la página de la entidad antes del 31 de Enero de 2019.</p>



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

<p>Rrealizar estrategia de marketing enfocada al posicionamiento de la institución, donde se haga uso de (publicidad en los diferentes boletines instituciones, redes sociales y página web) que permitan dar a conocer los diferentes servicios que presta la institución.</p>	<p>NÚMERO DE ESTRATEGIAS DESARROLLADAS</p>	<p>100%</p>	<p>Para el desarrollo de la estrategia de marketing se han realizado diferentes acciones, todas lideradas desde la Gerencia y la Oficina Asesora de Planeación de la ESE ISABU.</p> <p>Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none">*Desarrollo de afiche de citas web para socialización de estrategias con la comunidad.*Terminación de instalación de señalización en 14 centros de salud con lenguaje braille, color del servicio e imagen alusiva al mismo; lo anterior a fin de dar respuesta a la estrategia de inclusión de las personas en condición de discapacidad visual y auditiva.*Se realizaron videos*Diseños*Publicaciones <p>http://www.isabu.gov.co/isabu/ https://www.facebook.com/ESEISABUBGA/?ref=settings</p> <ul style="list-style-type: none">*Cubrimiento de eventos <p>https://www.facebook.com/pg/ESEISABUBGA/photos/?ref=page_internal</p> <ul style="list-style-type: none">*Boletines de prensa bimensual <p>http://www.isabu.gov.co/isabu/boletines-y-publicaciones/</p> <ul style="list-style-type: none">*Publicación de convocatorias públicas, simples y contratación en Bionexo en página web. <p>*Dentro de las acciones de la estrategia de marketing se encuentran las carteleras digitales, en las cuales proyectamos información de interés de nuestra institución como horarios, servicios, planes de contingencia etc.</p> <p>Es preciso mencionar que dentro de nuestro Fan Page de Facebook, tenemos asignado un presupuesto para promocionar aquellas publicaciones que tienen más relevancia a fin de llegar a un mayor número de usuarios y ser transparentes en nuestros procesos.</p> <p>Se anexan 24 boletines e informes que soportan esta actividad.</p>
---	--	-------------	--

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

<p>Inscribir Proyectos En Plataforma Del Plan Bienal *Gestionar Con La Alcaldía El Trámite Correspondiente A La Radicación De Proyectos</p>	<p>NÚMERO DE PROYECTOS DE INVERSIÓN EJECUTADOS/ NÚMERO DE PROYECTOS PROYECTADOS</p>	<p style="text-align: center;">100%</p>	<p>1- La E.S.E ISABU dio inicio al convenio interadministrativo 152 con el "OBJETO: "MANTENIMIENTO Y ADECUACION DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA DE LOS CENTROS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA "estos 7 centros de salud contarán con las especificaciones técnicas exigidas en la normativa hospitalaria vigente con el fin de garantizar una adecuada prestación de los servicios salud. Para el desarrollo del presente proyecto se deben llevar a cabo las siguientes actividades: PRELIMINARES PUERTAS Y VENTANAS BARRAS, BARANDAS Y PASAMANOS ASEO Y LIMPIEZA RED ELÉCTRICA. CONCRETOS ACEROS Y ESTRUCTURAS METÁLICAS CUBIERTAS MUROS DIVISORIOS CIELOS RASOS RED HIDRÁULICA AGUA FRÍA RED SANITARIA Y VENTILACIÓN RED AGUA LLUVIA CAJAS DE INSPECCIÓN APARATOS HIDROSANITARIOS MESONES ACABADOS DE PARED ACABADO DE PISO. Los 7 centros de salud son la Libertad, Bucaramanga, Kennedy, san Rafael, campo hermoso, Girardot y la joya. Se anexa convenio 152 y contratos de obra 763/2019, 764/2019 y 765/2019, contrato de Interventoría 731/2019 y contrato de coordinación 690/2019.</p> <p>2- LA E.S.E ISABU Realizó el CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 129 DE 2019 cuyo objeto "ANUAR ESFUERZOS ENTRE EL MUNICIPIO BUCARAMANGA Y LA ESE INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA-ISABU PARA EL MANTENIMIENTO DE LA COCINA DEL HOSPITAL LOCAL DEL NORTE DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA". Finalizado por un valor de \$139.889.266 el 08/08/2019, convenio liquidado.</p> <p>3- LA E.S.E ISABU Realizó el CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 230 de 2019 cuyo objeto "AUNAR ESFUERZOS ENTRE EL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA Y LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA- ESE ISABU PARA LA ADQUISICION DEL MOBILIARIO PARA SIETE (7) CENTROS DE SALUD OBJETO DE REMODELACION DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA". Por un valor inicial de \$666.089.109, convenio terminado.</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:

CUMPLIERON LOS COMPROMISOS ASOCIADO AL OBJETO INSTITUCIONAL VIGENCIA 2019, SEGÚN EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES DEL PLAN DE ACCION (POA).

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

1. Continuar fortaleciendo del plan Anticorrupción de la E.S.E. ISABU, quien está comprometida con los estándares de transparencia y lucha contra la corrupción.
2. Seguir trabajando en las estrategias de marketing enfocada al posicionamiento de la institución, donde se haga uso de la publicidad en los diferentes boletines institucionales y redes sociales.
3. Continuar trabajando en los Proyectos de la Plataforma del Plan Bienal.
4. Se recomienda continuar con el fortalecimiento de MIPG, con el fin de generar resultados al cumplimiento de la misión y objetivos institucionales.

8. FECHA:

Bucaramanga, Enero 27 de 2020

9. FIRMA:

