 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 2020 INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA E.S.E. ISABU

Ley 909 de 2004, en su Artículo 39 establece: “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: “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 2020.

EVALUCION DE LA GESTION POR DEPENDENCIAS

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

De conformidad con los parámetros establecidos por el departamento Administrativo de la función Pública DAFP, y ateniendo lo dispuesto en la normatividad vigente, se consolidó

 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

la información de autoevaluación a la gestión realizada por la oficina de control interno y el seguimiento al cumplimiento del plan de acción de acción de la vigencia 2020.


ANÁLISIS

La Oficina de Control Interno procedió a la elaboración del presente informe, desde su rol de evaluador independiente, mediante la consolidación del avance del plan de acción reportado por la oficina asesora de planeación, el análisis de los datos 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	50%
Gestión Salud Publica	100%
Gestión financiera	60%
Gestión de Recursos Físicos	67%
Gestión de las TIC'S	100%
Gestión de Control Interno	100%

CONCLUSIONES

- De acuerdo a la evaluación a nueve (9) dependencias, se evidenció que seis (6) tuvieron un cumplimiento del 100% en las metas establecidas, en lo que corresponde al cumplimiento de metas en gestión ambulatorios, gestión financiera, y recursos físicos, se vieron afectadas debido a la emergencia sanitaria por el Covid 19, al no poder operar todos los centros de salud y la disminución en la oferta de servicios que presta la institución.

 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 pudo evidenciar a nivel general una buena gestión de todas las dependencias, en el cual de un total de cuarenta y nueve (49) actividades programadas en el plan de acción, se cumplieron un total de cuarenta y cinco (45) generando así un cumplimiento del 91.83%.
- 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

P/E: Vianey González Gamarra
Profesional 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: GESTION PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO		
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. RESULTAD O (%)	5.3. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
Diseñar , Elaborar, Aprobar y Socializar el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO	100 %	Conforme al plan de desarrollo de la ESE ISABU, se realizó la actualización del PAAC en la plataforma estratégica, se tomó el documento realizado en el mes de enero 2020, el cual se revisó y se actualizó y fue avalado por parte del jefe de la oficina de planeación. El día 29 de octubre de 2020 se presentó en el comité CIGD para socializarlo y para su aprobación por parte de los integrantes. Una vez aprobado por el comité CIGD se cargó en la página Web para su cumplimiento legal de acuerdo El artículo 73 de la ley 1474 de 2011 "Estatuto Anticorrupción" establece que el Plan debe elaborarse por todas las Entidades de orden nacional, departamental y municipal". Se adjunta PAAC y pantallazo de la publicación



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

Elaboración del plan de plan de trabajo de Rendición de Cuentas, donde se garantice el cumplimiento normativo del proceso de realización de audiencia pública para rendición de cuentas. 1- Elaborar 2 informes de seguimiento al plan de trabajo de Rendición de Cuentas, anexando las evidencias de las actividades efectuadas 3- Realización de la audiencia pública de rendición de cuentas. 4- Evaluación de la audiencia pública de rendición de cuentas 5- Presentación de informe en la plataforma de la Superintendencia Nacional de Salud de la actividad realizada.	# DE RENDICIONES DE CUENTAS REALIZADAS	100%	Debido al cambio de fecha de la APRdC vigencia 2019 se realizó un nuevo cronograma de actividades, un nuevo plan de medios. Se realizó el cargue de la nueva fecha APRdC vigencia 2019 en la página de la SUPERSALUD, se proyectaron las invitaciones para los grupos de intereses (Gabinete, veedores, alianza de usuarios, universidades y EPS) se enviaron a través de correos electrónicos. A la comunidad en general se invitó por diferentes medios de comunicación: cartelera de los centros de salud y Unidades Hospitalarias, redes sociales, WhatsApp, prensa y en la página Web de la institución se realizaron las publicaciones correspondientes (fecha y hora, informe de gestión y reglamento de la APRdC - 2019, de lo anterior se hizo envío de todas las evidencias a control interno para su respectivo seguimiento. La Audiencia Pública de Rendición de Cuenta vigencia 2019 se realizó el día 27 de Agosto de 2020 a las 8: 00 am de forma virtual a través de FACEBOOK LIVE , debido a la emergencia sanitaria por el COVID-19 dando cumplimiento al orden del día y al reglamento APRdC - 2019. La evaluación se realizó por medio de Google form. Una vez se obtuvieron los resultados de la APRdC - 2019 se enviaron todos los soportes a control interno. Las preguntas realizadas en la audiencia pública a través de FACEBOOK LIVE y El correo electrónico habilitado, se respondieron en los términos establecidos. Las cuales fueron cargadas en la página web. Posteriormente de la entrega del informe de control interno se realizó el informe de la APRdC-2019 publicado en la página web. Conforme a los resultados del informe de control interno de la APRdC -2019 no quedan actividades pendientes debido a que no realizo plan de mejora por que no se generaron observaciones ni sugerencias por parte de la oficina de control interno. Se adjunta cronograma del plan de trabajo, plan de medios, soporte de cargue en la página de la SUPERSALUD , invitaciones, pantallazos de publicaciones en página web , centro de salud y unidades hospitalarias, evaluación y resultados de evaluación, compilado de preguntas y respuestas, link de informe de control interno, segundo informe de Rendición de cuentas
--	--	------	--



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

Generar una estrategia comunicativa que contiene: 1. Boletines informativos digitales: Periodicidad quincenal 12 en el semestre. 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.	NÚMERO DE ESTRATEGIAS DESARROLLADAS	100%	Según lo planificado para la vigencia 2020, se realizaron el total de actividades propuestas para el cumplimiento del 100% del proyecto denominado en el plan de acción: ESTRATEGIA DE MARKETING. Para el cumplimiento de este en el cuarto trimestre se realizaron las siguientes actividades ● boletines y comunicados: Se realizaron según solicitud y del número de actividades que así lo requerían. ● piezas gráficas y videos: Estos apuntaron a dar a conocer las diferentes acciones y actividades que realizaron durante este periodo tanto de la ESE como de aquellas que se realizaron para el PIC. Dichas actividades se realizaron con el apoyo del equipo administrativo de la institución, quienes durante la ejecución de vídeos 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. Lo anteriormente mencionado, se soporta con 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. Con la realización de estas acciones a lo largo del año, permitió que nuestra institución diera a conocer a través de los diferentes canales de comunicación (redes sociales y página web) toda su gestión (proyectos, planes, obras y demás actividades enfocadas a la promoción y prevención.
---	-------------------------------------	------	---



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

1-Realización de Autodiagnóstico, Plan de Acción de MIPG y Documento de MIPG 2 Presentación de aprobación en comité de CIGD de la documentación que hace parte del Móldeho Integrado de Gestión.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE ACCIÓN DE MIPG EN EL PERIODO OBJETO DE EVALUACIÓN	100%	1.Se realizó Autodiagnóstico de cada uno de las políticas de MIPG en la herramienta dispuesta por la Función Pública, de acuerdo a los criterios evaluados en el autodiagnóstico se generó el Plan de Acción por cada Política, se adjunta carpeta con el Excel de cada Autodiagnóstico por política, con acta. 2. Se realizó Plan de Acción de cada política y se realizó la consolidación del Plan de Acción de MIPG el cual fue presentado al comité del CIGD el 24 de junio de 2020 donde fue aprobado, se adjunta Plan de Acción con acta de CIGD donde fue aprobado.3. Se realizó documento de implementación de MIPG para la vigencia 2020 - 2021, el cual fue presentado en el comité de CIGD el 24 de junio de 2020 y fue aprobado con el Código: MO-1200-01, Versión 1, se realizó una actualización al Documento del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG en el cual se actualizó únicamente la Plataforma estratégica debido a que la entidad cuenta con nuevo Plan de Desarrollo quedando como documento vigente el MO_1200-01, Versión 2 aprobado en comité CIGD No. 13 del 2 de octubre de 2020, por consiguiente se adjunta Documento MIPG Versión 2 y acta de aprobación versión 1 del 24 de junio de 2020 y acta de aprobación versión 2 del 2 de octubre de 2020.
---	--	------	---



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

Seguimiento del Plan de Acción de MIPG con corte Trimestral a través de Comité CIGD.	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE ACCIÓN DE MIPG EN EL PERIODO OBJETO DE EVALUACIÓN	95%	Se realizó seguimiento a las acciones del Plan de Acción de MIPG de los meses de julio, agosto y septiembre de 2020, seguimiento realizado por planeación y presentado en el comité CIGD en el comité No. 14 del 29 de octubre de 2020, las acciones del Plan de Acción a 30 de septiembre (Meses: julio, agosto y septiembre) se cumplió en un 95% quedando pendiente por cumplir una acción de la Política de Integridad y 2 acciones de la política de Defensa Jurídica, sin embargo se aclara que en seguimiento presentado en el comité CIGD Municipal el 20 de noviembre se presentó estas acciones cumplidas y se presentó en el comité de noviembre el 30 de cumplimiento y cierre de las acciones pendientes del trimestre. Se adjunta Plan de Acción con Seguimiento de las acciones de los Meses de Julio, agosto y septiembre. Acta de Comité CIGD No. 14 del 29 de Octubre de 2020 y presentación realizada en el Comité Municipal de Seguimiento de las acciones a corte del 31 de octubre de 2020.
--	--	-----	---



**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 cinco (5) actividades programadas, fueron ejecutadas en su totalidad, logrando el cumplimiento de sus metas asociadas a los objetivos institucionales para la vigencia 2020.

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

- Se recomienda continuar con el fortalecimiento del MIPG, con el fin de dar cumplimiento a la misión y objetivos institucionales.
- Fomentar el autocontrol en cada una de las actividades propuestas en el Plan de Acción de la oficina asesora de planeación.

8. FECHA:

Bucaramanga, 29 de enero de 2021

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: <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. RESULTAD O (%)	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.	90%	Se realizó medición mensual de indicadores de oportunidad acorde a la resolución 2193/04, generándose un tablero de indicadores del mes de enero a noviembre de 2020, la información con el resultado de los indicadores 2193 se sacan del software de Panacea, todos los indicadores de oportunidad cumplieron con la meta establecida de acuerdo a la normatividad vigente; así mismo en Comité CIGD, como a la fecha no se han presentado desviaciones no se han generado planes de mejoramiento. Está pendiente el mes de diciembre teniendo en cuenta que a la fecha no se ha realizado medición de los indicadores de este mes. Se considera un avance del 100% en tiempo y 90% en actividad. Queda Pendiente la medición de oportunidad del mes de diciembre. No se presenta acta de comité CIGD pues el análisis de los indicadores es trimestral por lo tanto el último trimestre se analiza en el mes de enero. SOPORTES: Tablero de indicadores en Excel con corte a noviembre de 2020.



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

Realizar actualización y ajuste a el 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%	1.Se realiza actualización del listado maestro a medida que los líderes pasan documentos para revisión y codificación por calidad y posteriormente aprobación por CIGD, Se entrega como evidencia listado maestro el cual es un archivo en Excel por procesos con sus respectivo listado maestro.2.Se envían los respectivos listados de documentos que se aprobaron en Comité Cigd, el cual consta de un archivo en Excel del mes de noviembre, pues con corte a 15 de diciembre no se aprobaron más documentos3.Se envían acta de Comité CIGD del mes de noviembre, . Con esto se cumple al 100% la segunda entrega planteada para el 15 de diciembre de 2020.SOPORTE: Archivo de Excel con listado maestro actualizado, listados de Excel con documentos aprobados, acta de CIGD con aprobación de documentos del mes de noviembre.
Realizar Autoevaluación de estándares de habilitación de acuerdo a cronograma de auditorías Internas	NÚMERO DE AUTOEVALUACIONES REALIZADAS	100%	De acuerdo a cronograma establecido se realiza autoevaluación de estándares de habilitación de acuerdo a resolución 3100 aplicando lista de chequeo de acuerdo a directrices dadas por la Secretaría de Salud de Santander, se genera un acta con los principales hallazgos y evidencia fotográfica. Se adjuntan 4 actas y 4 listas de chequeo de los Centros de Salud: Rosario, San Rafael, Comuneros y Gaitán. Dando cumplimiento a la actividad planteada.
Realizar el planteamiento de las acciones MECI inicial	NÚMERO DE ACTIVIDADES EJECUTADAS/ NÚMERO DE ACTIVIDADES PROYECTADAS* 100	100%	Durante los meses de mayo y junio se realizó la autoevaluación de la Política de Control Interno y junto a los resultados de la autoevaluación del Furag, derivado de estas evaluaciones se generaron las oportunidades de mejoramiento que se plasmaron en el plan de acción MECI 2020 y se generó el documento MECI con los lineamientos, Se envía como soporte: Documento MECI 2020 y plan de acción MECI 2020, por lo que esta actividad se considera cumplida al 100%



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

Realizar una campaña para crear cultura hacia el cuidado por el medio ambiente.	NÚMERO DE CAMPAÑAS EJECUTADAS	100%	Se realizó despliegue de la campaña "tips uso del baño" a través de socialización a los usuarios por medio de la guía de atención al usuario la cual se realizó de manera presencial con los usuarios en las salas de espera de la institución, el despliegue también se realizó a través de los salvapantallas de los computadores para ser desplegada en el Hospital Local del Norte a todos los colaboradores por lo que esta actividad se considera cumplida al 100%. Soportes: Acta informe de implementación y resultados de campaña ejecutada, Guía de información al usuario, Planilla de firmas de los usuarios a los que se les socializó la campaña.
---	-------------------------------	------	---

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

- Las cinco (5) actividades programadas, fueron ejecutadas en su totalidad, logrando el cumplimiento de las metas asociadas a los objetivos institucionales para la vigencia 2020.

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

- Continuar con las revisiones periódicas de la caracterización de los procesos y procedimientos.
- Continuar con el fortalecimiento del modelo estándar de control interno "MECI", alienado con el MIPG de entidad..
- Fomentar el autocontrol en cada una de las actividades propuestas en el Plan de Acción de la oficina asesora calidad.

8. FECHA:

Bucaramanga, 29 de enero de 2021

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. RESULTAD 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 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 comunicando sus necesidades y expectativas para ser atendidas y gestionadas. las expectativas y necesidades recogidas en la reunión fueron atendidas y gestionadas dando respuesta oportuna de acuerdo a la competencia. Las expectativas y necesidades más comunes fueron: solicitud de personal, reapertura de los centros de salud, mejorar la oportunidad en agendamiento de citas, mejorar el tiempo de atención de pacientes en la cita e informar oportunamente a los familiares de los pacientes internados en las unidades hospitalarias. se adjuntan evidencias



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

<p>1- gestionar las PQRD presentadas por los ciudadanos</p> <p>2- Realizar 4 informes de PQRD el cual consolide las causas más relevantes, la cantidad discriminada de peticiones, quejas, reclamos y denuncias, en forma comparativa con el trimestre anterior, adicionalmente, contendrá el plan de mejora frente a las desviaciones identificadas.</p> <p>3. Seguimiento a las acciones de mejoramiento definidas frente a las desviaciones identificadas</p>	<p># DE PQRD gestionadas / # TOTAL DE PQRD PUESTAS POR LOS CIUDADANOS*100</p>	<p>100%</p>	<p>se gestionaron y respondieron 208 pqr's recibidas de manera (Buzón o presencial 52) y virtual Electrónica (página web, correo, teléfono 156), en el año 2020 se recibieron y gestionaron en total 746 pqr's (peticiones 98 equivalente al 13%, quejas 383 equivalente al 51%, reclamos 38 equivalente al 5%, sugerencia 41 equivalente al 5% y felicitaciones 186) 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 principales motivos de pqr's fueron la oportunidad en asignación de citas, demora en la atención, entrega de medicamentos e información a los familiares frente al estado de los pacientes internos en el hln.</p>
<p>1- Realizar cronograma de capacitaciones con la alianza de Usuarios</p> <p>2- Realizar bimensualmente reuniones con la alianza de usuarios en donde se realizarán capacitaciones sobre temas de interés para ellos, el cual quedará reportado en las actas de reunión y las planillas de asistencia a la capacitación, las capacitaciones podrán ser realizadas por funcionarios de ISABU o gestionadas con otras entidades</p>	<p># 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. OCTUBRE PAMEC Y POLÍTICA DE ATENCIÓN AL USUARIO 42 ASISTENTES, NOVIEMBRE DERECHOS Y DEBERES 36 ASISTENTES DICIEMBRE ELECCIÓN REPRESENTANTE ANTE CEH SOLICITUDES DE CAPACITACIÓN 2021 40 ASISTENTES se realizaron en el 2020 un total de 8 capacitaciones con una asistencia promedio de 36 asistentes.</p>



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

1. Evaluar la percepción de calidad de la atención del usuario, aplicando la encuesta de evaluación de satisfacción institucional. 2. Consolidación de los resultados en forma mensualizada y presentación de los mismos en el Comité CIGD. 3. Definición de planes de mejoramiento, si aplica, con el fin de mejorar los resultados obtenidos en las encuestas.	# DE ENCUESTAS QUE REPORTAN SATISFECHO CON EL SERVICIO RECIBIDO / # TOTAL DE ENCUESTAS REALIZADAS*100	100%	se realizaron 2.868 encuestas institucionales de satisfacción del usuario donde se pretendía evaluar la percepción de calidad de la atención del usuario mediante la satisfacción global y si recomendaría a familiares y amigos la ESE ISABU en el 4 trimestre se realizaron 703 encuestas arrojando una satisfacción del 95,02% y acumulado al 30 de diciembre de 2020 del 97.18%. 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 información a los familiares hospitalizados en el HLN, y mejora en los canales de asignación de citas.
6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: <ul style="list-style-type: none">Las cuatro (4) actividades programadas, fueron ejecutadas en su totalidad, logrando el cumplimiento de sus metas asociadas a los objetivos institucionales para la vigencia 2020.			
7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO: <ul style="list-style-type: none">Continuar con las actividades propuestas en el Plan de Acción del proceso de gestión de atención al usuario, con el fin de dar cumplimiento de la misión y objetivos institucionales.			
8. FECHA: Bucaramanga, 29 de enero de 2021			
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 AMBULATORIA		
3. OBJETIVOS INSTITUCIONALES RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA: <ul style="list-style-type: none">Lograr un posicionamiento institucional estratégico, mediante un enfoque integral del riesgo, énfasis en atención primaria en salud, promoción y prevención, maternidad segura y vocación docencia servicio.			
4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO (%)	5.3. ANÁLISIS DEL RESULTADOS
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 teleconsulta, atención domiciliario o presencial 2-Asignar de Citas WEB por medio de la plataforma Virtual http://www.isabu.gov.co/isabu/cuestionario-obligatorio-citas-web/ 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	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	33,2%	1. Se dio cumplimiento a la contratación de un Call center, el cual durante el mes de diciembre se adecuaron instalaciones, configuración con un único número que permite siete llamadas en cola de espera con mensaje de turno de cada usuario. Capacitación al personal sobre el manejo de Call center cuenta cada operador con una diadema especializada configurada para uso con softphone y una de repuesta 2. Se continúa asignando citas por medio de la plataforma web 3. Se brindó orientación a los usuarios de los centros de salud, se envió video instructivo por medio de WhatsApp, Facebook, instagram. 4.se realizó difusión a las alianzas de usuarios para acceder a la plataforma para citas de medicina general, odontología con el profesional de su preferencia y a la hora que pueda según su solicitud de igual manera se brinda apoyo a los usuarios que olvidan su contraseña en



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

			recuperar y asignar una nueva clave 5. Se entrega informe de estadística de la gestión de enero a diciembre de 2021 donde se observa lo siguiente: En la vigencia 2020 se asignaron 291.803 citas, para consulta de medicina general y odontología de las cuales 91.474 fueron asignadas por la web correspondiente al 33.27 %. Correspondiente a los meses de enero a diciembre. En el mes que se presenta mayor número de citas corresponde al mes de enero seguido del mes de febrero posteriormente en los meses de abril a agosto se observa una disminución en el número de citas debido a que por pandemia y resolución 521 las citas eran asignadas a una de un tiempo de 60 minutos con el fin de evitar aglomeraciones lo cual hace que el número de consultas día sea menor. En los meses de noviembre y diciembre el número de citas asignadas empieza a aumentar debido a la apertura de los 22 centros de salud lo cual aumenta en los numero de horas médico y odontología (VER DOCUMENTO ANEXO).
1- Realizar la Programación/Cronograma y realización de Jornadas de promoción y prevención según el ciclo de vida en enfermería y medicina: (primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez) , para los diferentes programas (tamizaje cáncer próstata, tamizaje cáncer mama, tamizaje cáncer colon, planificación familiar, control prenatal, control recién nacido, consulta posparto, consulta preconcepcional, educación para la salud, asesoría pre y post VIH, tamizaje RCV - laboratorios, inserción DIU, inserción de implante toma de citología) 2- Realizar la programación de actividades para odontología :(primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez) para control de placa, aplicación sellantes, aplicación de flúor y Detartraje 3- Participar de Jornadas Nacionales de Vacunación con actividades intramurales y extramurales	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE METAS DE PYP.	26%	1.Realizar la Programación/Cronograma y realización de Jornadas de promoción y prevención según el ciclo de vida en enfermería y medicina: (primera infancia, infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez) , para los diferentes programas (tamizaje cáncer próstata, tamizaje cáncer mama, tamizaje cáncer colon, planificación familiar, control prenatal, control recién nacido, consulta posparto, consulta preconcepcional, educación para la salud, asesoría pre y post VIH, tamizaje RCV - laboratorios, inserción DIU, inserción de implante toma de citología). En el cuarto trimestre debido a la apertura de los 22 centros de salud se




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

			<p>observa un incremento en estas actividades siendo el mes de noviembre con el mayor porcentaje de cumplimiento un 42% , seguido de diciembre un 36% y por ultimo octubre 34%, el cuarto trimestre el porcentaje fue del 37% Debido al cierre de las actividades de promoción y prevención desde el mes de marzo NO cumplimos con la meta estimada quedando en el porcentaje final de enero a diciembre en el 33 %(ver anexos)- El acumulado anual de todas las actividades de PyP corresponde al 26%</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. El cuarto trimestre se realiza un cumplimiento de las actividades 28%, siendo el mes de diciembre el de mayor porcentaje 38%, seguido del mes de noviembre de 27% y octubre 19%, estas consultas por distanciamiento se encuentran a 30 minutos, para el cuarto trimestre el servicio de odontología se prestó en los 21 centros de salud (ver anexos) 3. Participación en las dos últimas jornadas nacionales del cuarto trimestre correspondiente a las fechas 17 de octubre y 21 de noviembre con aplicación de los biológicos de esquema regular en los 22 centros de salud y puntos extramurales esto con el fin de cubrir a toda la población susceptible y cumplir las coberturas del plan ampliado de inmunización</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</p>	<p>INFORME ANUALIZADO QUE PERMITA EVALUAR EL COMPORTAMIENTO DE LA PRODUCTIVIDAD DE SERVICIOS, POR</p>	100%	<p>Se adopta la matriz de evaluación de productividad, basada en la Circular 09. Se evalúa centro por centro de la ESE ISABU contrarrestando la capacidad Instalada u ofertada con la información de producción basada en el</p>



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

servicios en la forma de medir los indicadores de productividad a evaluar. 4. Consolidación de la información suministrada por los diferentes servicios y análisis de datos en forma mensual. 5. Elaboración y presentación de informe a la gerencia de la ESE en forma bimensual.	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.		Decreto 2193/04. Se evalúa mes a mes las horas contratadas con la ejecución de actividades y se evalúa el cumplimiento de actividades según las horas ejecutadas. La meta propuesta es evaluar la productividad de cada centro de Salud que funciona en la ESE ISABU, definiendo que tan productivo es frente a la oferta institucional. La meta inicial es evaluar el 100 de las Unidades de Costos por cada servicio. La meta se logró pues fueron evaluados el 100% de las sedes de la ESE ISABU.
6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA: <ul style="list-style-type: none">De las tres (3) actividades programadas, dos (2) se ejecutaron, logrando el cumplimiento de sus metas asociadas a los objetivos institucionales para la vigencia 2020.Una (1) meta obtuvo cumplimiento del 26%, debido al cierre de las actividades de promoción y prevención desde el mes de marzo de 2020, por el Covid 19, por lo tanto no se pudo cumplir con la meta estimada que la cual era 43%			
7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO: <ul style="list-style-type: none">Dar continuidad con las actividades propuestas en el Plan de Acción del proceso de gestión ambulatoria, con el fin de dar cumplimiento de la misión y objetivos institucionales.			
8. FECHA: Bucaramanga, 29 de enero de 2021			
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 PUBLICA		
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. RESULTAD O (%)	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- 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).</p> <p>2- Elaborar un perfil epidemiológico.</p> <p>3- Presentar el documento del perfil Epidemiológico a subgerencia científica para revisión y aprobación</p> <p>4- Publicar el perfil epidemiológico en el observatorio digital ese Isabu.</p>	<p>NÚMERO DE PERFILES EPIDEMIOLÓGICOS REALIZADOS/ NÚMERO DE PERFILES EPIDEMIOLÓGICOS PROYECTADOS</p>	<p>100%</p>	<p>Se realizó el perfil epidemiológico institucional correspondiente al cuarto trimestre del año, de acuerdo a los Registro Individual 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.</p> <p>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 cuarto trimestre del año 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 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. Incluye igualmente la morbilidad atendida en gestantes por servicio de atención, morbilidad atendida en población migrante de nacionalidad venezolana. El perfil epidemiológico es revisado y aprobado por la subgerencia científica. se adjunta perfil epidemiológico.</p>
--	--	-------------	--



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

<p>1- Realizar 4 comités anuales de Docencia Servicio a las IES (6) Instituciones de Nivel Superior</p> <p>2- Realizar 4 comités anuales de Docencia Servicio con las escuelas de enfermería.</p>	<p># DE COMITÉS DOCENCIA Y SERVICIOS REALIZADOS</p>	<p>100%</p>	<p>Se realizaron 5 reuniones de seguimiento a las Instituciones de educación , mediante el COMITÉ DE DOCENCIA SERVICIO (UIS, UCC, UDES, UNAB y SANTO Tomas) en donde estuvieron presentes los Coordinadores de prácticas de cada IES junto con sus respectivos Docentes exponiendo los resultados de sus planes de trabajo e informes final I de rotaciones, basado en las estrategias según los planes de trabajo adoptados en las rotaciones frente la pandemia del COVID 19 con la UIS se realizó reunión con los diversos programas académicos para reubicación de escenarios de prácticas presenciales y 1 Reunión general de Convenio Docencia servicio a las escuelas de enfermería (EFORSALUD, SAN PEDRO ,SENA, CRUZ ROJA y FITEC) se revisaron posibles estrategias para reingresos de los estudiantes (3) presentación de PDA Informe final UIS (PYP Maternidad Segura, Programa de Riesgo Cardio Vascular, Programa Ampliado de Inmunización PAI) Resultado Plan de trabajo PDA UDES (Programa Seguridad del Paciente) junto con el consolidado PDA UNAB. Se adjunta Malla de Rotación programa de Enfermería donde se estipulan las rotaciones en los centros de Salud y Unidades Hospitalarias. Lográndose el 100% del plan propuesto por la oficina de Convenios.</p>
---	---	-------------	---



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

<p>Fortalecer una Ruta Integral de atención en Salud anualmente:</p> <p>1- Ejecutar la Ruta Identificada</p> <p>2 -Capacitar al personal Misional con Pre-Test y Poste-Test sobre la ruta</p> <p>3-Evaluar la adherencia de la aplicación de la ruta integral definida a través de las historias clínicas.</p> <p>4 Elaborar un plan de mejoramiento frente a las desviaciones identificadas.</p> <p>5- Documentar los resultados de la ruta Identificada</p>	<p>RUTAS DEFINIDAS, FORTALECIDAS Y DOCUMENTADA S ACORDE A LINEAMIENTOS NACIONALES.</p>	<p>100%</p>	<p>1. Ejecutar la ruta Qué se hizo: Se realizó cuadro de seguimiento del cumplimiento de las actividades para verificar avances mensuales - Cómo lo hizo: Verificación por rips y registros de actividades en cuadro Excel - Qué lo soporta: Informe de ejecución de actividades y cuadro de Excel- Qué resultados obtuvo frente a la meta propuesta.: Aumentar la captación de los programas de promoción y prevención de la población asignadas por EAPB para minimizar el glosas a la institución. 2. Capacitar al personal misional con pres-test y post test sobre la ruta: Qué se hizo: Se realizaron 13 Capacitación de la ruta de promoción y mantenimiento de salud y ruta materno perinatal - Cómo lo hizo: capacitaciones virtuales y presenciales con los temas Capacitación planificación familiar jueves de conexión no. 2, Capacitación planificación familiar jueves de conexión no. 1, Capacitación jornada pediátrica, Capacitación cérvix, Capacitación de intervalos de atención por 3280, Capacitación socialización ruta materno perinatal, Capacitación - médicos-gpc-ivu, Capacitación novedades-cpn, Capacitación ajustes del control prenatal, capacitación presentación manual ruta materno perinatal Isabu presentación manual ruta materno perinatal Isabu - Qué lo soporta : Actas de Capacitaciones con sus respectivos Pre-Test y Poste-Test sobre la ruta- Qué resultados obtuvo frente a la meta propuesta: Mejorar la calidad en la atención en los servicios de PyP y calidad de historia clínica 3. Evaluar la adherencia de la aplicación de la ruta integral definida a través de las historias clínicas: Qué se hizo: Auditoria de Historias clínicas de Primera infancia e infancia Cómo lo hizo: realizó auditoria de historias clínicas con muestra aleatoria Qué lo soporta: informe de análisis de auditoria de historias clínicas Qué resultados obtuvo frente a la meta propuesta: mejorar calidad registro de las historias clínicas. 4. Elaborar un plan de mejoramiento frente a las desviaciones identificadas. Qué se hizo: elaboración plantilla para crear plan de mejoramiento de las desviaciones encontradas, Cómo lo hizo: ingresos los hallazgos encontrados en las auditorías internas y externas realizadas a las rutas de integrales. Qué lo soporta: plan de mejora consolidado de promoción y prevención con avances de ejecución Qué resultados obtuvo frente a la meta propuesta: mejorar los hallazgos encontrados en cada ruta integral para realizar un cumplimiento.5. Documentar los resultados de la ruta identificada: Qué se hizo: informe de las actividades realizadas Cómo lo hizo: un análisis de los 5 puntos a tratar en plan de acción Qué lo soporta : Informe de resultados Qué resultados obtuvo frente a la meta propuesta: Fortalecer la rutas de atención Salud.</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:

- Las tres (3) actividades programadas, se ejecutaron, logrando el cumplimiento de sus metas asociadas a los objetivos institucionales para la vigencia 2020.

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

- Continuar con las actividades propuestas en el Plan de Acción del proceso Salud Pública, con el fin de dar cumplimiento de la misión y objetivos institucionales.

8. FECHA:

Bucaramanga, 29 de enero de 2021

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: <ul style="list-style-type: none">Lograr la sostenibilidad financiera a través de medidas de fortalecimiento institucional que asegure el flujo de los recursos necesarios para prestar los servicios de salud.			
4. COMPROMISOS ASOCIADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO INSTITUCIONAL	5. MEDICIÓN DE COMPROMISOS		
	5.1. INDICADOR	5.2. RESULTADO (%)	5.3. ANALISIS DEL RESULTADOS
1. Capacitar al personal de cuentas medicas 2 veces al año en la correcta revisión y alistamiento de la cuenta. 2. Socializar con el personal de cuentas medicas la contratación realizada dejando los parámetros de auditoria de la cuenta lo mas claro posibles. 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 mas efectividad en este proceso. 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. 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. 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.	PORCENTAJE DE RADICACIÓN DE FACTURACIÓN FACTURACIÓN RADICADA/FACTURA CIÓN GENERADA	90%	Con el objetivo de garantizar el cumplimiento de este indicador se tienen en cuenta varios factores dentro del proceso de facturación y cartera, donde en cada uno se realizan una serie de actividades adicionales a las propuestas que nos conllevaron a dar como resultado un cumplimiento del indicador para el año 2020. Durante el primer semestre del año 2020 el proceso de facturación era el encargada de facturar, armar la cuenta y radicar, sin embargo, al ingreso de la nueva administración los procesos de facturación y cartera surten un cambio y se desagrega del proceso el armado de cuentas y la radicación para ahora ser parte del proceso de cartera. Siendo el primordial objetivo del proceso garantizar que todos los servicios prestados por la ESE ISABU sean facturados, para ser debidamente cobrados, se han venido realizando una serie de actividades que nos permiten mitigar el riesgo de subfacturación y a su vez de tener en un menor tiempo la liquidación de la cuenta con todos sus soportes para ser



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

			<p>cobrada. Es por esto que se han realizado verificaciones de las actividades cargadas por los facturadores semanalmente y posterior realización de la facturación, se ha socializado con la parte asistencial las inconsistencias en las historias clínicas y que impiden el cobro total de las actividades realizadas a las Eps y demás entidades, igualmente se realizan controles de las actividades realizadas por los facturadores y la entrega de las facturas completas que tiene a cargo de cada uno. En el área de cuentas médicas, entra a ser parte de cartera a finales del mes de Junio, y se realiza la verificación, armado y alistamiento de cuentas, y se evidencio que no se llevaba control de lo que se recibía, devolvían, o simplemente no se radicaba, y en la generación de los RIPS el proceso era muy lento, lo cual no permitía la radicación oportuna, para lo cual una vez detectada las falencias de este importante proceso y con el objetivo de disminuir la glosas y las devoluciones por facturación se realizaron realizó capacitación con todo el personal. (Actividad 1 propuesta, debidamente cumplida), Se revisó con cada técnico lo que estaba pendiente de radicar por sistema y lo que se tenía en cada puesto de trabajo para resolver cualquier inconveniente presentado y poder enviar a radicar las cuentas respectivas. (Actividad 5 propuesta, debidamente cumplida), Se socializo con cada técnico el proceso y/o avance de cada uno, a fin de detectar inconvenientes presentados y poder solucionar o gestionar la solución con facturación. (Actividad 5 propuesta, debidamente cumplida). Se socializa de forma inmediata, por correo electrónico una vez se tenga conocimiento de la contratación y personalmente</p>
--	--	--	--



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

		<p>se le dice a cada técnico, cuando el contrato cambia o sale nuevo para que revisen el correo y lean el contrato. (Actividad 2 propuesta, debidamente cumplida), entre otras, igualmente se estableció mensualmente el corte o fecha límite de recepción de facturas al proceso de facturación, el cual generalmente se daba entre el día 29 ó 30. Esto se hace con el fin que las personas de cuentas puedan terminar de auditar y organizar las mallas (relación de facturas con un mínimo de requisitos) y el día 30 iniciaran a solicitar la generación de los RIPS para poder entregar a radicar los 15 primeros días del mes, así mismo Se estableció un cronograma mensual de radicación, por lo que los técnicos de cuentas debían entregar un día antes a los técnicos de facturación, las facturas organizadas y con los rips generados y validados para la entrega en las entidades o envío a otras ciudades. Por otra parte cuando se desagrega la radicación de facturación y pasa a ser parte de cartera se evidencia que no se llevaba ningún indicador que reflejara el % de radicación, ni se hacia la respectiva trazabilidad de la factura, es así que se recibe con el 81.5% radicado, se identifican las falencias y se inicia el seguimiento a las guías, seguimiento al tema de radicación vs facturación, socializando con cada técnico de cartera el % de radicación, socialización de los motivos de las devoluciones con líder de facturación. (Actividad 6 propuesta, debidamente cumplida), entre otros. Todo esto nos permitió lograr cumplir con el indicador propuesto por la Gerencia, radicando el 90% de la facturación emitida durante la vigencia 2020. Todo esto esta soportado en el informe que adjunto donde se establecen cifras que fueron extraídas</p>
--	--	---



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

			directamente del sistema de información PANACEA, e indicadores que fueron contruidos.
<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>EQUILIBRIO OPERACIONAL CON INGRESOS RECAUDADOS Y GASTOS COMPROMETIDOS</p> <p>1. VALOR RECAUDADO / VALOR RADICADO</p> <p>2. GLOSA ACEPTADA / VALOR RADICADO</p>	83%	<p>Con base en análisis realizado a los estado de cartera con corte 31 de diciembre de 2019 y 31 de marzo de 2020, al talento humano que hacía parte del proceso y al funcionamiento como tal del proceso, se toma la decisión desde la gerencia de reestructurar a fondo el proceso de facturación y cartera, por lo que se inicia identificando las diferentes áreas que funcionaban dentro del proceso y acomodando el engranaje de facturación y cartera, teniendo como objetivo la custodia del título valor, es por esto que se desagrega de facturación el área de cuentas, rips, radicación y glosas y entran a ser parte del proceso de cartera, teniendo claro que la factura es un título valor exigible donde están representados los recursos del ingreso de la institución y como tal se deben guardar y custodiar hasta que se genere el pago del mismo. Igualmente, dentro de las falencias identificadas está el hecho de tener una contratación en ocasiones muy antigua que viene con prorrogas automáticas, que deja una amplia interpretación entre las partes, por lo que se le apunta en el 2020 a tener una persona exclusivamente a revisar estos temas e iniciar un proceso de acercamiento y negociaciones direccionadas por la gerencia. Como inicio de esto se envían cartas a las diferentes EPS contratantes manifestando nuestro deseo de no continuar el contrato bajo las mismas condiciones, pero si la voluntad de la prestación del servicio bajo un nuevo esquema de negociación. Que nos permitiera ofrecer realmente lo que nuestra capacidad física y de talento humano podía ejecutar, apuntándole a la</p>



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

			<p>disminución notoria de los descuentos efectuados por las EPS por el incumplimiento a la ejecución de las actividades contractualmente pactadas. Todo lo resultante de este proceso de contratación se fue socializando todo contrato nuevo u otro si con el profesional y los técnicos de glosas y cartera. Por otra parte, se da prioridad y celeridad a la conciliación de glosas por incumplimiento de metas y recobros a fin de realizar la liquidación de los contratos, y a la conciliación de glosas de la secretaría de salud departamental de Santander quien es nuestro mayor deudor, sin dejar de lado las respuestas en los tiempos establecidos, logrando la liquidación en el 2020 de 9 contratos capitados, y la liberación para pago de más de \$1.500 millones de la secretaría. Así mismo, se realizó mensualmente el seguimiento al giro directo revisando que se estuviera cumpliendo con la norma, oficiando en el mes de mayo las diferencias de los giros de la cápita y en el mes de diciembre las diferencias en el giro del evento. también se impulsó el acercamiento amigable de conciliación de cartera, lo que nos permitió darnos cuenta que la mayoría de entidades la cartera correspondía a pendientes de radicación, glosas a conciliar y devoluciones no resueltas, que fueron gestionadas en un tiempo no mayor a 20 días y nos generó un mayor flujo de recursos. Con estas acciones y el compromiso del equipo de trabajo se logra el objetivo de recaudar por encima del 80% del radicado, sin embargo, queda un trabajo fuerte en la recuperación de cartera. Todo esto se soportará con la entrega de un informe detallado de cartera, glosas y recaudo, con información suministrada del software de información PANACEA. El comportamiento del ingreso</p>
--	--	--	---



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

			frente a la facturación radicada, nos permite dar cumplimiento a la meta con un 83% del valor recaudado.
<p>1- Monitorizar los ingresos reconocidos por cada una de las entidades del pago a las que se les preste servicio de salud</p> <p>2- Determinación y Seguimiento al gasto 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>EQUILIBRIO OPERACIONAL CON INGRESOS RECONOCIDOS Y GASTOS COMPROMETIDOS</p>	0%	<p>Finalizado la vigencia 2020, se realizó el indicador y análisis de los ingresos reconocidos (facturados) y los gastos comprometidos (se adjunta ficha técnica con el respectivo análisis en documento Excel), Teniendo en cuenta la Declaratoria de Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el Territorio Nacional de la Republica de Colombia, por la exposición directa del Covid 19, la E.S.E ISABU, se ha visto afectada en el reconocimiento de sus ingresos, debido al cierre temporal de los Centros de Salud y a que los servicios que presta la institución por la modalidad de evento de segundo nivel como cirugías, han sido canceladas al igual que las consultas ambulatorias, de acuerdo a lo recomendado por el Gobierno Nación, con el fin de disminuir el riesgo de transmisión de humano a humano. De esta manera la relación muestra que por cada peso (\$1) comprometido se cuenta con \$0.92 para cubrirlo de acuerdo a los servicios facturados en la vigencia 2020. Adjunto evidencia.</p>
<p>1- Monitorizar la producción de actividades por cada una de las entidades del pago a las que se les preste servicio de salud</p> <p>2- Determinación y Seguimiento al gasto contable en forma mensual</p> <p>3- Análisis de la producción de las actividades VS los gastos contables del mes objeto de evaluación.</p> <p>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>	0%	<p>1. Se realiza informe consolidado de ingresos por contrato de cada EPS y sede con referencia el mes de noviembre 2020. La información es comparativa en Ingresos solo a nivel de pesos facturados mas no en producción por unidad de servicio. Soporte informe adjunto con nombre "Informes Ingresos NOVIEMBRE". El análisis del cuadro busca determinar el volumen de ingresos sobre los principales contratos con las EPSs y eventos en general por SEDE.</p> <p>2. Cuadro de los gastos mensuales contables. Se tomó la información por medio del balance de prueba y de forma</p>



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

			<p>comparativa por cuenta contable según el sistema Panacea. Nombre de archivo "3. Gastos costos Ene-Nov". Se buscó determinar el promedio mensual anual y valor por mes de los gastos. 3. El análisis se realizó para las actividades generales por SEDE y sus costos y gastos asignados de forma indirecta; las actividades por unidades funcionales solo están presentes en la SEDE de HLN y UIMIST en el informe presentado en el punto (1). 4. Actividad realizada a nivel directivo para el periodo corriente 2020. La meta presentada en producción no alcanzo el indicador, debido a la baja producción presentada por efectos de la pandemia; se encontraron limitaciones y restricciones en las actividades de PYP, actividades de eventos en salud en sede (sedes cerradas) y eventos en uso de quirófanos y otros eventos a particulares. El resultado del indicador fue de 1,75 con relación de gasto por UVR de 11.003 del 2019 contra el resultado de gasto por UVR de 19.228 en el año 2020. Adjunto Excel con evidencia.</p>
<p>1- Realizar Plan anual de adquisiciones y cargue a página antes del 31 de enero de la vigencia. 2- Realizar actualizaciones al plan anual de adquisiciones pertinentes en la plataforma SECOP</p>	<p>EQUILIBRIO OPERACIONAL CON INGRESOS RECONOCIDOS Y GASTOS COMPROMETIDOS</p>	<p>100%</p>	<p>De acuerdo a las necesidades y a la disponibilidad presupuestal, se realizó actualización al Plan Anual de Adquisiciones, mediante acto administrativo No. 0258 de 2020, cargado en la página de Secop y página Web. (se anexa evidencias).</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 cinco (5) actividades programadas, fueron ejecutadas tres (3).
- En lo que corresponde a las otras dos (2) actividades, se realizaron, pero no se cumplió con la meta establecida, debido a la Declaratoria de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el Territorio Nacional, por Covid 19, por tal razón se vieron afectados los ingresos al disminuir la oferta de servicios.

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

- Se recomienda continuar con el fortalecimiento del MIPG, con el fin de dar cumplimiento con la misión y objetivos institucionales.
- Fomentar el autocontrol en cada una de las actividades propuestas en el Plan de Acción del proceso Gestión financiera.

8. FECHA:

Bucaramanga, 29 de enero de 2021

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 realizó el mantenimiento previsto en el periodo 2020 bajo términos estrictos de mantenimientos de las unidades operativas de la ESE ISABU, se realiza el 100% de las unidades hospitalarias y un 21.42% del 100% en mantenimientos de los centros de salud de la ESE ISABU, se llevaron a cabo la intervención a cs. Cristal alto, cs. Colorados y cs Rosario el 20 de marzo se da un alto debido a la pandemia Covid 19, en el mes de abril se da finalizado el contrato CEB 09 por mutuo acuerdo debido a la gravedad de la crisis sanitaria dejando todos centros de salud de la ESE ISABU cerrados para intervenciones no correctivas, en el mes de septiembre se inician la reapertura de los centros de salud teniendo únicamente la intervención de actividades correctivas las cuales fueron desarrolladas por el personal de mantenimiento de la ESE ISABU, esto siendo un 100% de actividades en momento a todos los centros de salud abiertos. Por otro lado las unidades hospitalarias y los mantenimientos correctivos de la totalidad de / LA UIMIST Y EL HOSPITAL LOCAL DEL



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

			<p>NORTE) se desarrolla el 100%, bajo el contrato CEB 10- mantenimiento de unidades hospitalarias, se llevan a cabo adecuaciones de espacios para la atención de pacientes con Covid 19 y mejoras para prestar optimo el servicio de las mismas, el acompañamiento del plan de mantenimiento con vigas canales y sistemas hidráulicos y sanitarios también fueron llevados a cabo por el personal de apoyo de la ESE ISABU. se recomienda revisión general de sistema estructural en unidades operativas , revisiones y cambios de tableros eléctricos para mejorar el flujo de luz en los centros de salud, mejorar el flujo de agua en corrientes directas a las unidades operativas, se recomendaría independizar por medio de tanques pequeños de 250 lt, los sistemas de las unidades odontológicas de la ESE ISABU.</p>
<p>1- Diseñar un cronograma de los mantenimientos a los equipos biomédicos, ambulancias y equipos Hospitalarios de la E.S.E ISABU</p> <p>2-Realizar los mantenimientos a los equipos biomédicos, ambulancias y equipos Hospitalarios de la E.S.E ISABU, estipulados en el cronograma de mantenimiento</p> <p>3- Realizar un informe trimestral de los mantenimientos preventivos y correctivos realizados.</p>	<p>% CUMPLIMIENTO DEL CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS, AMBULANCIAS Y EQUIPOS HOSPITALARIOS</p>	93%	<p>Se cumplió en la vigencia 2020 el 93% de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos, ambulancias y equipos hospitalarios, el mantenimiento biomédico se realizó por medio del contrato CEB 05/2020. El mantenimiento de parque automotor se realizó por medio del contrato AO 02/2020 Y AO13/2020 y se cumplió el 100% de mantenimiento de los vehículos de la institución. el mantenimiento de aires acondicionados y neveras se realizó por medio del contrato 381/2020, contrato 1082/2020 y se cumplio100% de equipo industrial. se adjunta como soportes:</p> <p>1. INFORME DE MANTENIMIENTO PRIMER TRIMESTRE</p> <p>2- INFORME DE MANTENIMIENTO SEGUNDO TRIMESTRE</p> <p>3- INFORME DE MANTENIMIENTO TERCER TRIMESTRE</p>



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

			4- INFORME CUARTO TRIMESTRE 5. PLAN DE MANTENIMIENTO CON SEGUIMIENTO POR SEMAFORIZACIÓN. 6- INFORME AMBULANCIAS VIGENCIA 2020
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 INVENTARIO FÍSICO / NÚMERO DE ACTIVOS RELACIONADOS EN EL SISTEMA * 100	100%	Se cumple el 100% de las tareas correspondientes, debido a que se divide en 4 periodos de 25% c/u. Se envía informe relacionando lo ingresado al área de inventarios, el cual se realizó mediante información obtenida por las compras 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 y no fue posible llevarlo a cabo debido a la pandemia por Covid-19, sin embargo en diciembre se realiza un nuevo cronograma y se levanta inventario de los centros de salud que se habían plasmado en el nuevo cronograma. De 1441 activos físicos de la E.S.E ISABU, se encuentran 1441 activos físicos en el Sistema dando cumplimiento al 100% a la meta programada para el 2020, Se adjunta como soporte la elaboración de informe y los 2 cronogramas.



**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, cumplieron con la meta establecida dos (2).
- El mantenimiento preventivo de equipos biomédicos, ambulancias y equipos hospitalarios se cumplió en un 93% en la vigencia, por lo cual no cumplió con la meta establecida que era del 100%

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

- Continuar trabajando con el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos biomédicos, ambulancias y equipos hospitalarios E.S.E ISABU.
- Se recomienda continuar con el fortalecimiento del MIPG, con el fin de dar cumplimiento con la misión y objetivos institucionales.
- Fomentar el autocontrol en cada una de las actividades propuestas en el Plan de Acción del proceso Gestión de Recursos Físicos

8. FECHA:

Bucaramanga, 29 de enero de 2021

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 LAS TICS		
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
Elaborar un listado de requerimientos para garantizar un sistema adecuado de información	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%	Se elaboró un listado de requerimientos que garantiza un sistema adecuado de información para el ISABU, mediante la identificación de necesidades y reuniones de grupo de sistemas, se envía como soporte un correo electrónico adjunto con el listado de requerimientos. cumplimiento 100%
Priorizar los proyectos a trabajar durante el periodo 2021-2023	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%	Se realizó reunión con el gerente del ISABU y se revisaron los proyectos que se priorizarían para las inclusiones en el petic de la vigencia 2021-2023. Se entrega reporte de proyectos priorizados y el plan de reposición de infraestructura 2021-2023. cumplimiento 100%
Establecer las metas año a año durante 2021-2023 del PLAN PETIC	ACTIVIDADES REALIZADAS DE ACUERDO AL PETIC POR VIGENCIA / CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES PRIORIZADAS PARA DESARROLLAR DEL PLAN ESTRATÉGICO DE TECNOLOGÍAS	100%	Una vez se priorizaron los proyectos se definieron las metas para cada uno de los años, con el objetivo de articular el sistema de información a la estrategia de gobierno en línea y esta actividad se anexa el PETIC como soporte. Se establecieron indicadores para



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

	DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES PETIC *100		medir el cumplimiento del PETIC. Cumplimiento 100%
Presentación y aprobación de los proyectos a ejecutar durante los años 2021-2023	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%	Se entregó a la subgerencia administrativa el informe con los proyectos priorizados, los cuales fueron aprobados tanto por la gerencia como por la subgerencia administrativa. Como soporte se entrega el informe de proyectos priorizados. Cumplimiento 100%
Elaborar diagnóstico de cumplimiento de estándares de calidad y requisitos legales para el tratamiento de riesgos y seguridad de la información.	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	100%	Durante el cuarto trimestre de 2020 se llevó a cabo la consultoría con fersaco para realizar una revisión y diagnóstico de cumplimiento para el tratamiento y la protección de datos personales y seguridad de la información. Se anexa como soporte el informe entregado por el proveedor del diagnóstico realizado a l proceso mediante el CTO 807 de 2020 realizado por FERSACO SAS. Además, se entrega acta de socialización de resultados. Cumplimiento 100%
Realizar los ajustes pertinentes de acuerdo a las observaciones presentadas en el diagnóstico inicial.	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	100%	Se realizan reuniones de socialización con los diferentes líderes de proceso y se definen puntos por mejorar los cuales quedan consignados en el informe de actividades a mejorar en protección de datos el cual está anexo a este informe. Cumplimiento 100%
Actualización de la política de protección de datos personales teniendo en cuenta los ajustes pertinentes posterior a la evaluación.	NÚMERO DE ACTIVIDADES REALIZADAS AL PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS DE	100%	Se realizó la actualización de la política de protección de datos personales como producto de los ajustes realizados tras la evaluación hecha por FERSACO. Se




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

	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		entrega como soporte la política de protección de datos personales ajustada. Cumplimiento 100%
Aprobación y publicación de la política de protección de datos personales.	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	100%	Se realiza la resolución 406 de 30 de nov de 2020 donde la gerencia de Isabu aprueba y adopta la política de protección de datos personales. Se anexa la resolución 406 como evidencia. Además, se anexa soporte de publicación. Cumplimiento 100%
Elaborar diagnóstico de cumplimiento de estándares de calidad y requisitos legales para la seguridad de la información.	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%	Durante el cuarto trimestre de 2020 se llevó a cabo la consultoría con fersaco para realizar una revisión y diagnóstico de cumplimiento de estándares de calidad y requisitos legales para el tratamiento y la protección de datos personales y seguridad de la información. Se anexa como soporte el informe entregado por el proveedor del diagnóstico realizado a l proceso mediante el CTO 807 de 2020 realizado por FERSACO SAS. Además, se entrega acta de socialización de resultados. Cumplimiento 100%
Realizar los ajustes pertinentes de acuerdo a las observaciones presentadas en el diagnóstico inicial.	NÚMERO DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN PLAN DE SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN / ACTIVIDADES PROGRAMADAS DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE	100%	Como parte del proceso de ajustes una vez realizado el diagnostico, se realiza el manual de operativización de la política de seguridad de la información de la ESE ISABU. Se anexa este manual como soporte. Cumplimiento 100%



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

	SEGURIDAD Y PRIVACIDAD DE LA INFORMACIÓN *100		
Actualización de la política de seguridad de la información teniendo en cuenta los ajustes pertinentes posterior a la evaluación.	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%	Se realiza el manual de la política de seguridad de la información con los ajustes para la nueva vigencia y se anexa como soporte el manual de la política de seguridad de la información. Cumplimiento 100%
Aprobación y publicación de la política de seguridad de la información.	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%	Se realiza la resolución 0362 de 23 de nov de 2020 donde la gerencia de Isabu aprueba y adopta la política de seguridad de la información. Se anexa la resolución 0362 como evidencia. Además, se anexa soporte de publicación. Cumplimiento 100%
6. EVALUACIÓN DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LOS COMPROMISOS DE LA DEPENDENCIA:			
<ul style="list-style-type: none">Las doce (12) actividades programadas, fueron ejecutadas en su totalidad, logrando el cumplimiento de sus metas asociadas a los objetivos institucionales para la vigencia 2020			
7. RECOMENDACIONES DE MEJORAMIENTO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO:			
<ul style="list-style-type: none">Se recomienda continuar con el fortalecimiento del MIPG, con el fin de dar cumplimiento con la misión y objetivos institucionales.Fomentar el autocontrol en cada una de las actividades propuestas en el Plan de Acción del proceso Gestión de las TICS.			
8. FECHA: Bucaramanga, 29 de enero de 2021			
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 2020, y se verificó cada uno de los soportes allegados para los componentes Gestión del Riesgo de corrupción-Mapa de riesgos de Corrupción, Racionalización de trámites, Rendición de Cuentas, mecanismos para mejorar la atención al ciudadano, mecanismos para la transparencia y acceso a la información generándose así el respectivo informe de seguimiento dentro de las fechas establecidas por ley para cada cuatrimestre, En lo que corresponde al seguimiento de las actividades establecidas en el Plan Anticorrupción y Atención al



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

			<p>Ciudadano, en todos sus componentes de la vigencia 2020, se dio un cumplimiento del 96% y se debe destacar que aunque nos encontrábamos ante la emergencia sanitaria por el Covid 19, decretada por el Gobierno Nacional, se dio cumplimiento en un alto porcentaje con las metas establecidas.</p> <p>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 2020. Informe de seguimiento del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano (PAAC) – Mapa de Riesgos de Corrupción, correspondiente al periodo comprendido 01 de mayo al 30 de agosto de 2020 e Informe de seguimiento del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano (PAAC) – Mapa de Riesgos de Corrupción, correspondiente al periodo comprendido 01 de septiembre al 31 de diciembre de 2020</p>
Realizar seguimiento y evaluación a la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas	# DE RENDICIONES DE CUENTAS REALIZADAS	100%	<p>La audiencia pública de rendición de cuentas de la vigencia 2019, se realizó el 27 de agosto de 2020 a través de Facebook live, y la oficina de Control Interno realizó evaluación de cada una de las etapas para el desarrollo de la audiencia en los siguientes términos: Lineamientos del desarrollo de la audiencia pública de rendición de cuentas y Presentación Reglas de Juego para la Audiencia Pública, Informe de Gestión Gerente y directivos, Respuesta a las preguntas realizadas por cinco (5) integrantes de la Alianza de Usuarios de la ESE ISABU; Intervención de los ciudadanos a través de preguntas en la sesión de comentarios, y donde se dio cumplimiento con lo establecido en la normatividad vigente. Se anexa como</p>



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

			soporte: Informe de Evolución de la Audiencia Pública de Rendición de Cuentas vigencia 2019. (ACTIVIDAD CUMPLIDA EN EL TERCER TRIMESTRE)
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	86%	El Plan Anual de Auditorías de la oficina de control interno para la vigencia 2020, fue aprobado por el comité coordinador de control interno, mediante Resolución 0045 del 29 de enero 2020. Debido a la emergencia sanitaria por el COVID 19 y acatando los lineamientos impartidos por el Gobierno Nacional, se llevó a cabo comité de coordinación de control interno el día 14 de julio de 2020, en el cual se aprobó la modificación del Plan Anual de Auditorías para la vigencia 2020, programándose un total de dieciocho (18) auditorías, de las cuales se realizaron quince (15), definidas así: doce (12) auditorías regulares, Tres (3) auditorías especiales y quedando pendientes por realizar, por no contar con un profesional para el área misional tres (3) auditorías regulares como son: apoyo diagnóstico, salud pública y estancias prolongadas, se destaca que se realizaron cuatro (4) auditorías exprés, realizándose así un total diecinueve (19) auditorías en la vigencia 2020, dando un cumplimiento total del 86% de auditorías realizadas. Se anexan como soportes: Informe auditoría docencia, auditoría especial protocolos de seguridad por Covid 19, auditoría tesorería - conciliaciones bancarias, auditoría ambiental, auditoría cartera, control disciplinario interno, auditoría especial donaciones por Covid 19, Auditoría especial contratación - contratos Covid 19, auditoría exprés centro de salud Café Madrid, auditoría exprés PAI, auditoría exprés TIC, facturación, glosas, comité de conciliaciones, procesos judiciales y extrajudiciales.
Seguimiento y evaluación al mapa de riesgos	NÚMERO DE	100%	La oficina de control interno en



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

de gestión institucional de acuerdo al segundo componente del MECI Evaluación del Riesgo	ACTIVIDADES EJECUTADAS/ NÚMERO DE ACTIVIDADES PROYECTADAS*100		cumplimiento del rol de evaluación y seguimiento a los riesgos de gestión, realizó seguimiento y evaluación correspondiente al primer y segundo semestre de la vigencia 2020 al mapa de riesgos de Gestión Institucional, 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 se evidenció de manera positiva, que para los cincuenta y dos (52) riesgos identificados se implementaron los controles para mitigarlos en un 100% . Se anexa como soporte. Informe de seguimiento al mapa de riesgos de Gestión Institucional, correspondiente al primer semestre y segundo semestre de la vigencia 2020.
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 Contraloría Municipal de Bucaramanga realizó la auditoria Gubernamental con enfoque integral modalidad regular N. 043 de 2020 para la vigencia 2020, la cual generó plan de mejoramiento aprobado el 24 de septiembre de 2020, en lo que corresponde a esta auditoría quedaron en firme siete (7) hallazgos, se realizó seguimiento con corte a diciembre 31/2020: Total, de Hallazgos: Siete (7) Actividades a desarrollar: Dieciséis (16), de las cuales se encuentran en cumplimiento del 100%. Con la Contaduría General de la Nación, el 28 de septiembre de 2020 se llevó a cabo mesa de trabajo virtual a la que asistieron el señor contador y señor tesorero de la entidad, profesional de costos, profesional de apoyo área administrativa y financiera, profesional de cartera y profesionales de apoyo de control interno, de la cual se generó un plan de mejoramiento con dos (2)



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

			<p>acciones de mejora, una (1) que corresponde al área de cartera, contabilidad y la otra acción de mejora al área de control interno.</p> <p>El avance de cumplimiento de este plan de mejora es del 70%.</p> <p>Planes de Mejoramientos Internos: Se realizó seguimiento a las recomendaciones generadas en las siguientes auditorías: Seguimiento recomendaciones auditoría cartera, Seguimiento recomendaciones auditoría facturación, Seguimiento recomendaciones auditoría Glosas, Seguimiento a Planes de mejora Auditoría PAI, seguimiento a plan de mejora auditoría a las Tic.</p> <p>Se anexa como soportes: cronograma de actividades y auditorías control interno modificado julio 2020, Informe ejecutivo anual oficina de control interno vigencia 2020</p>
Realizar Evaluación al cumplimiento de las actividades del plan de acción MECI	NÚMERO DE ACTIVIDADES EJECUTADAS/ NÚMERO DE ACTIVIDADES PROYECTADAS*100	100%	<p>Se realizó seguimiento y evaluación al cumplimiento del plan de acción MECI 2020, con corte a 30 de agosto de 2020 y 31 de diciembre de 2020, en el cual se evaluaron las actividades a desarrollar en cada uno de los componentes del MECI como son: Ambiente de control, Evaluación del riesgo, Actividades de Control, Información y Comunicación, actividades de monitoreo, en el cual se obtuvieron los siguientes resultados:</p> <p>Total, de actividades a realizar en la vigencia 2020: Diecisiete (17), de las cuales dieciséis (16) se dio cumplimiento en su ejecución del 100%.</p> <p>El componente 5 correspondiente a actividades de monitoreo, tuvo un cumplimiento del 95%, debido a que de las dieciocho (18) auditorías programadas no se realizaron tres (03) auditorías, por no contar con un profesional para el área misional y por la emergencia por el Covid 19, igualmente se destaca que se realizaron</p>



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

			<p>cuatro (4) auditorías exprés, obteniendo un cumplimiento de actividades para este componente 95%.</p> <p>De manera general el plan de acción Meci, para la vigencia 2020 tuvo un cumplimiento en su ejecución del 94%, destacando, aunque nos encontramos en la emergencia sanitaria por el Covid 19, se llevaron a cabo las actividades planteadas por los funcionarios y contratistas responsables. Se anexan como soportes: Informe de Evaluación plan de acción Modelo Estándar de Control Interno MECI 2020 primer y segundo semestre vigencia 2020.</p>
Realizar seguimiento y Evaluación al Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE ACCIÓN DE MIPG EN EL PERIODO OBJETO DE EVALUACIÓN	100%	<p>Se realizó seguimiento al MIPG, en el que se revisó el cumplimiento de las actividades establecidas en los planes de acción de las políticas de MIPG, correspondiente al trimestre julio-septiembre de 2020, dando como resultado un cumplimiento de (58) actividades del total de 163 actividades programadas para la vigencia 2020-2021, evidenciándose así un cumplimiento del plan de acción MIPG del 36 %. Se anexa como soporte informe de seguimiento y evaluación al plan de acción MIPG julio a septiembre de 2020.</p>
Realizar seguimiento semestral a SIAU PQRS de la Entidad, conforme a lo dispuesto en la Ley 1474 de 2011 Art. 76	# DE PQRD gestionadas / # TOTAL DE PQRD PUESTAS POR LOS CIUDADANOS*100	100%	<p>El seguimiento realizado a las PQRS, consistió en la verificación de la gestión al interior de la institución para implementar acciones efectivas ante las manifestaciones de inconformidad de los usuarios; canales de atención y el mejoramiento de los servicios y la satisfacción de los usuarios. dando así cumplimiento con la normatividad establecida para tal fin. Se realizó seguimiento al SIAU, primer y segundo semestre de la vigencia 2020, este último encontrándose dentro de los términos para ser rendido y publicado en la página web institucional. Se</p>



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

			anexa como soporte: informe de seguimiento al SIAU primer semestre vigencia 2020
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, los cuales se realizaron de acuerdo a solicitudes de información a los responsables, catorce (14) programados para la vigencia con fechas a presentar dentro de los términos establecidos por normatividad, lo cual permitió dar a conocer los resultados, especialmente en lo referente a la labor evaluadora y a la de acompañamiento y asesoría, establecidos en los roles de la oficina de control interno: Se anexan como soportes: Informe de austeridad del gasto vigencia 2019, Informe derechos de autor Vigencia 2019, Informe de evaluación por dependencias, Informe de Gestión Anual, informe de evaluación de Control Interno Contable, Informes a Gerencia para el Concejo Municipal, Informe de Evaluación Independiente del Sistema de Control Interno, Registro de seguimiento al SUIT



**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 2020

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

- Se recomienda continuar con el fortalecimiento del MIPG, con el fin de dar cumplimiento con la misión y objetivos institucionales.
- Fomentar el autocontrol en cada una de las actividades propuestas en el Plan de Acción del proceso Gestión de Control Interno. .

8. FECHA:

Bucaramanga, 29 de enero de 2021

9. FIRMA: