INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER
OFICINA DE CONTROL INTERNO

EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS DE QUE TRATA EL ARTÍCULO 39 DE LA LEY 909 DE 2004.-VIGENCIA 2021

Introducción

La Oficina de Control Interno en cumplimiento de la Ley 909 de 2004, que en su Artículo 39 establece que: "El Jefe de Control Interno o quien haga sus veces en las entidades u organismos a los cuales se les aplica la presente ley, tendrá la obligación de remitir las evaluaciones de gestión de cada una de las dependencias, con el fin de que sean tomadas como criterio para la evaluación de los empleados, aspecto sobre el cual hará seguimiento para verificar su estricto cumplimiento".

De igual manera, la Circular No. 04 de 2005 emitida por la Función Pública, establece que: "El Jefe de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces, para hacer la evaluación institucional a la gestión de las dependencias, deberá tener como referente:

a) La planeación institucional enmarcada en la visión, misión y objetivos del organismo.

b) Los objetivos institucionales por dependencia y sus compromisos relacionados.

c) Los resultados de la ejecución por dependencias, de acuerdo a lo programado en la planeación institucional, contenidos en los informes de seguimiento de las Oficinas de Planeación o como resultado de las auditorías y/o visitas realizadas por las mismas Oficinas de Control Interno".

Por su parte el Acuerdo 565 de 2016 por el cual se establece el Sistema Tipo de Evaluación del Desempeño Laboral de los Empleados Públicos de Carrera Administrativa y en Periodo de Prueba, modificó los componentes que hacen parte de la Evaluación del Desempeño Laboral, incluyendo un peso porcentual correspondiente al diez por ciento (10%) a la Evaluación de Gestión por Áreas o Dependencias, que debe hacer el Jefe de Control Interno o quien haga sus veces en la entidad, de conformidad con lo señalado en la Ley 909 de 2004.

Ahora bien, el ACUERDO No. CNSC - 20181000006176 DEL 10-10-2018, Por el cual se establece el Sistema Tipo de Evaluación del Desempeño Laboral de los Empleados Públicos de Carrera Administrativa y en Período de Prueba. En esta nueva metodología de calificación, la Evaluación de Gestión por dependencias no se tendrá en cuenta en el marco del proceso de calificación, pero se considera un insumo para la concertación de compromisos. En ese sentido y para dar cumplimiento a las directrices señaladas anteriormente, la Oficina de Control Interno presenta el Informe de la Gestión por Dependencias vigencia 2021, el cual tiene como referente el informe de Evaluación del Plan de Acción Institucional y el cumplimiento de las Metas del Plan de Desarrollo reportado por la Coordinación de Planeación.

Escaneado con CamScanner

En ese sentido y para dar cumplimiento a las directrices señaladas anteriormente, la Oficina de Control Interno presenta el Informe de la Gestión por Dependencias vigencia 2021, el cual tiene como referente el informe de avance del Plan de Acción Institucional y el cumplimiento de las Metas del Plan de Desarrollo reportado a la Coordinación de Planeación, así mismo, el cumplimiento de las directrices de planeación establecidas por la entidad, como también los planes de mejoramiento resultado de las auditorías internas y la administración de riesgo realizado por cada dependencia.

Ahora bien, el Artículo 17 del Acuerdo No. 565 de 2016 Numeral 3 expresa: *"Evaluación de Gestión por áreas o Dependencias. Con base en el resultado obtenido de la Evaluación del Área o Dependencia por la Oficina de Control Interno, el jefe de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces remitirá la calificación de 1 a 10 de este componente, la cual se trasladará al evaluador para la calificación del evaluado".*

CRITERIOS A TENER EN CUENTA EN LA EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS VIGENCIA 2021:

- Evaluación Metas del Plan de Desarrollo Departamental ejecutadas en la vigencia 2021 y reportadas a la Coordinación de Planeación.
- Evaluación Metas del Plan de Acción Institucional vigencia 2021, evaluado por la Coordinación de Planeación.
- Formulación de Planes de Mejoramiento resultado de Auditorías Internas y acciones de Administración del Riesgo.

Metodología de Evaluación:

1. Se promedia el porcentaje de cumplimiento de metas del Plan de Desarrollo con el porcentaje de Ejecución del Plan de Acción. Y este valor en porcentaje se convierte en el primer valor para ser promediado con los otros dos.

2. El segundo valor que se promedia es el cumplimiento de las normas de control interno en lo relacionado a la Formulación de Planes de Mejoramiento con base en las Auditorías Internas, como herramienta de mejoramiento continuo y como evidencia de las prácticas de buen gobierno y también se encuentra enmarcado en la Planeación de la Entidad. Este es un aspecto donde se ha observado dificultad, tanto en la formulación como en el cumplimiento. Se da un valor de 0 (no cumple) o del 80%(si cumple). Es de anotar, que la calificación máxima es de 80% en razón a que el Control Interno aún no se encuentra en el nivel óptimo de desarrollo.

Una vez obtenido el puntaje de los dos criterios, se aplica el promedio para la definición del puntaje definitivo.

Escaneado con CamScanner

RESULTADO DEL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS A 31 DE DICIEMBRE DE 2021 ESTABLECIDAS EN EL PLAN DE DESARROLLO DEPARTAMENTAL

La Oficina de Control Interno se basa en la información de la Evaluación de la Gestión publicada por la entidad en la Página web institucional.

A continuación, se hace un consolidado del resultado de la ejecución de metas respecto al Plan de Desarrollo Departamental:

Nº DE META PDD	META	PORCENTAJE DE EJECUCION
1.2.1 DIMENSIÓN SALUD AMBIENTAL.		
84	Municipios con espacios de gestión intersectorial para la salud ambiental incluidos los Municipios PDET.	37.5%
85	Municipios con vigilancia de la calidad del agua para consumo humano	100%
86	Municipios desarrollando estrategias de control para la prevención de la rabia transmitida por felinos y caninos.	100%
87	Municipios en categorías 4° a 6° se realiza la vigilancia sanitaria de los factores de riesgo en salud ambiental	100%
88	Municipios en categorias 4° a 6° con establecimientos de alto y bajo riesgo de interés sanitario vigilados, según censo territorial	100%
1.2.2. VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES		
89	Municipios con seguimiento a la implementación en el sector público y privado de una estrategia integral departamental de estilos de vida saludable para la disminución de factores de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles ECNT y la salud bucal visual y auditiva SBVA, con énfasis en efectos colaterales por covid19	100%
90	Empresas Sociales del Estado ESE con adherencia a las Rutas Integrales de Atención para las enfermedades crónicas no transmisibles ECNT y la salud bucal visual y auditiva SBVA, con prioridad en los municipios PDET	0%
1.2.3. CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL		
91	Municipios adoptan y adaptan la política departamental de salud mental, con énfasis en la atención a los efectos colaterales del COVID-19 incluidos los municipios PDET.	33%
92	Contención tasa de incidencia de violencia intrafamiliar en 150 por 100,000 habitantes.	100%
93	Contención en 15 x 10.000 habitantes la Tasa de consumo de sustancias psicoactivas SPA ilícitas por atención en servicios de salud en personas de 12 a 65 años.	100%
1.2.4. SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL		
94	Reducción de la mortalidad infantil evitable por desnutrición (de 9.4 a 4.7) con énfasis en la atención a los efectos colaterales del COVID-19	75%
95	Contención de la prevalencia de desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 años en 0,4.	100%
96	de notificación Inmediata de SIVIGILA con Identificación del Agente etiológico en brotes de enfermedades transmitidas por alimentos (ETA).	100%
1.2.5. DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS Y EQUIDAD DE GÉNERO		
97	Municipios con desarrollo de programas para garantizar los derechos sexuales y los derechos reproductivos con prioridad en los municipios PEDET.	100%
98	Contenida la Razón de Mortalidad Materna en 40,1 por 100.000 NV	100%
99	Municipios con vigilancia a la ruta de atención integral de violencias con énfasis en la atención a los efectos colaterales	100%

Escaneado con CamScanner

	del COVID-19 incluidos los municipios PEDET.	
100	Disminuida la tasa de fecundidad especifica en niñas de 10 a 14 años, a menos de 1 nacimientos por cada 1000 niñas	100%
101	Disminuida la tasa de fecundidad especifica de 68 a 44 por 1000 en adolescentes de 15 a 19 años.	100%
102	Contenida la Tasa de Mortalidad Perinatal en 12,9x 1000 NV	100%
	1.2.6 VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	
103	Contención de la tasa de mortalidad por tuberculosis.	93,8%
104	Mantenida la prevalencia en menos de 1 caso por 10.000 habitantes para cumplir los criterios de eliminación de la Enfermedad de Hansen.	100%
105	Mantenida la discapacidad severa por enfermedad de Hansen (Lepra) entre los casos nuevos hasta llegar a una tasa de 5,3 por 1.000.000 de habitantes con discapacidad grado 2.	100%
106	El Departamento mantiene la cobertura en los biológicos trazadores del programa ampliado de inmunizaciones.	96,8%
107	Municipios Desarrollando EGI -Estrategia de Gestión Integrada para la, Promoción de la salud, prevención, vigilancia y control de las zoonosis.	25%
108	Disminuida la tasa de letalidad por dengue grave a 10 casos por 100.000 habitantes en el Departamento.	100%
109	Mantenida la tasa de mortalidad por Malaria en cero muertes *100,000 Habitantes	100%
110	Municipios categoría 4 a 6, se desarrollan acciones de Gestión, promoción y vigilancia de las ETV.	100%
111	Municipios endémicos (Chagas) con interrupción de la transmisión de T. Cruzi por Rhodnius prolixus vector domiciliado	20%
	1.2.7. SALUD PÚBLICA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES	
112	Las ESEs del departamento mantendrán los procesos de planificación permitiendo fortalecer la capacidad de respuesta y el impacto en la salud por emergencias y desastres, con énfasis en la atención a los efectos colaterales del COVID-19 incluidos los municipios PEDET	62.5%
113	Los municipios realizan el seguimiento de los eventos de interés en salud publica en el marco del reglamento sanitario internacional 2005, con énfasis en la atención a los efectos colaterales del COVID-19 incluidos los municipios PEDET	100%
	1.2.8. SALUD Y ÁMBITO LABORAL	
114	Municipios con acciones de promoción de la salud y prevención de riesgos laborales en la población del sector informal de la economía, con énfasis en la atención a los efectos colaterales del COVID-19 incluidos los municipios PEDET.	25%
115	Municipios con seguimiento de los accidentes laborales reportados en población trabajadora informal.	100%
	1.2.9. GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES	
116	Contención de la mortalidad por EDA en menores de 5 años (tasa por 100.000), con énfasis del COVID-19.	100%
117	Contención de la mortalidad por IRA en menores de 5 años (tasa por 100.000), con énfasis del COVID-19.	0%
118	Promoción de la implementación y adecuación del sistema de salud propio e intercultural (SISPI) para la comunidades étnicas (BARÍ-U'WA) incluyendo los municipios PDET.	0%
119	Municipios asesorados y asistidos técnicamente en el proceso de implementación, seguimiento de las políticas públicas de envejecimiento y vejez y de apoyo y fortalecimiento a las familias, con énfasis en la atención a los efectos colaterales del COVID-19 incluidos los municipios PDET.	100%
120	Municipios asesorados y asistidos técnicamente en la adecuación del modelo nacional atención integral al enfoque de género, orientado a la reducción de las inequidades de género en salud con participación social y articulación	100%

Escaneado con CamScanner

	intersectorial, con énfasis en la atención a los efectos colaterales del COVID-19 incluidos los municipios PDET.	
121	Municipios y EPS asesorados y asistidos técnicamente en la implementación de la certificación de Discapacidad y seguimiento a la ampliación de la cobertura del Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad - RLCPD.	100%
122	Municipios del Departamento cuentan con la capacidad técnica y operativa para ejecutar y monitorear el programa de atención psicosocial y salud integral para población víctima del conflicto armado PAPSIVI y la las EAPB cuentan con el modelo de atención integral en salud para población víctima del conflicto armado con énfasis en municipios PDET.	100%
1.2.10. FORTALECIMIENTO DE LA AUTORIDAD SANITARIA PARA LA GESTIÓN DE LA SALUD		
123	Municipios con monitoreo y seguimiento de los planes territoriales de salud.	100%
124	Incremento del índice de desempeño de la gestión del plan territorial de salud.	20%
125	Municipios implementan la política de participación social en salud, incluyendo los municipios PDET	100%
126	Municipios con el sistema de vigilancia SIVIGILA actualizado y operando.	100%
127	El departamento cuenta con el observatorio de salud pública del departamento, con énfasis en COVID-19	100%
128	Municipios con vigilancia de establecimientos y servicios farmacéuticos.	100%
129	El departamento basa su modelo de atención en salud en el Modelo de Acción Integral Territorial - MAITE en las ocho (8) líneas de acción: Salud Pública, Aseguramiento, Prestación de Servicios, Talento Humano, Financiamiento, Enfoque diferencial, Articulación intersectorial y Gobernanza con enfoque en el Modelo Integral de salud Rural en los municipios PDET	100%
130	Cumplimiento al programa territorial de rediseño, reorganización y modernización (infraestructura y dotación) de la red pública del departamento incluidos en el Plan Bienal de Salud Pública.	100%
131	Verificación de los prestadores de servicios de salud habilitados en el REPS según el plan anual de visitas y seguimiento, monitoreo y evaluación a los planes de contingencia de las IPS.	47,8%
132	Seguimiento y monitoreo de los prestadores de servicios de salud con quejas interpuestas por los usuarios del SGSSS.	92,4%
133	Seguimiento y monitoreo al 100% de los prestadores de servicios de salud habilitados en el REPS con servicios de seguridad y salud en el trabajo y radiología e imágenes diagnósticas.	85,2%
134	Del seguimiento y auditoria a las cuentas presentadas por la prestación de los servicios de salud de la red pública y privada, con cargo al departamento, tanto de la ley de punto final como la de la población MIGRANTE.	100%
135	Gestión de las referencias y contra referencias presentadas por la red prestadora incluyendo la población migrante, retornada y refugiada-MRR, y municipios PDET.	100%

Como se puede observar, el Plan de Desarrollo contiene 52 metas correspondientes al sector salud, las cuales durante la vigencia 2021 tuvieron un cumplimiento en promedio del 45,7%.

Escaneado con CamScanner

RESULTADO DE CUMPLIMIENTO PLAN DE ACCIÓN INSTITUCIONAL

DEPENDENCIA	CUMPLIMIENTO
PLANEACIÓN Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN	91.5%
OFICINA JURÍDICA	99%
FINANCIERA	97%
RECURSOS HUMANOS	100%
RECURSOS FÍSICOS	94%
ÁREA DE SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	0%
CONTROL INTERNO	100%
GRUPO ATENCIÓN EN SALUD	88%
SUBGRUPO VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD	84%
SUBGRUPO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	59%
SUBGRUPO CRUE	100%
GRUPO SALUD PUBLICA	100%
POBLACIONES VULNERABLES	100%
PARTICIPACION SOCIAL	100%

La Oficina de Control Interno a través de los resultados de las Auditorías y Seguimientos realizados durante la vigencia, en cumplimiento del Plan de Auditorías, ha verificado los avances de las metas y ha presentado las observaciones correspondientes en los diferentes informes emitidos.

A continuación, se presenta el Resultado de la Evaluación por Dependencias, donde se muestra el promedio de los criterios evaluados:

Dependencia	Criterios de Evaluación					Evaluación de Control Interno-puntuación total 10%	Observaciones Resultado
	Cumplimiento de Metas Plan de Desarrollo	Cumplimiento Metas Plan de Acción Institucional 2021	Promedio cumplimiento Metas (1)	Cumplimiento Normas de Control Interno (Plan de Mejoramiento (2)	% PROMEDIO		
PLANEACIÓN Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN	NA	91%	91%	80%	86%	8.6	1) Cumplimiento de metas del Plan de Desarrollo Departamental: este ítem no aplica para la dependencia. Cumple las metas del Plan de Acción Institucional en un 91%. 2) Ejerce el liderazgo de Implementación de MIPG, sin embargo los avances se logran de acuerdo al compromiso de los responsables de los procesos de la entidad - Formula planes de mejoramiento resultado de evaluaciones de control interno.
OFICINA JURÍDICA	NA	99%	99%	80%	89%	8,9	1) Cumplimiento de metas del Plan de Desarrollo Departamental: este ítem no aplica para la dependencia. Cumple las metas del Plan de Acción Institucional en un 91%. 2) Previene el Riesgo en su proceso, conforme a las normas de control interno.

Escaneado con CamScanner

FINANCIERA	NA	97%	97%	80%	88%	8,8	1) Cumplimiento de metas del Plan de Desarrollo Departamental: este ítem no aplica para la dependencia. Cumple las metas del Plan de Acción Institucional en un 97%. 2) Previene el Riesgo en su proceso, conforme a las normas de control interno.
RECURSOS HUMANOS	NA	100%	100%	80%	90%	9	1) Cumplimiento de metas del Plan de Desarrollo Departamental: este ítem no aplica para la dependencia. Cumple las metas del Plan de Acción Institucional en un 100%. 2) Formula planes de mejoramiento resultado de evaluaciones de control interno.
RECURSOS FÍSICOS	NA	94%	94%	80%	87%	8,7	1) Cumplimiento de metas del Plan de Desarrollo Departamental: este ítem no aplica para la dependencia. Cumple las metas del Plan de Acción Institucional en un 100%. 2) Previene el Riesgo en su proceso, conforme a las normas de control interno.
ÁREA DE SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	NA	0%	0%	80%	40%	4	1) Cumplimiento de metas del Plan de Desarrollo Departamental: este ítem no aplica para la dependencia. La Dependencia de Recursos Humanos no presento metas y/o acciones correspondientes al área SGSST en relación al Plan de Acción Institucional para la vigencia 2021 por lo tanto, su cumplimiento es del 0%. 2) Previene el Riesgo en su proceso, conforme a las normas de control interno.
CONTROL INTERNO	NA	100%	100%	80%	90%	9	1) Cumplimiento de metas del Plan de Desarrollo Departamental: este ítem no aplica para la dependencia. Tiene un cumplimiento del 100% en las metas establecidas en el Plan de Acción Institucional Vigencia 2021. 2) Se cumple la función de Auditoría Interna, con la debilidad de que no se ha logrado evaluar la totalidad de riesgos de la entidad, por falta de recurso humano.
GRUPO ATENCIÓN EN SALUD	88%	88%	88%	80%	84%	8,4	1) Corresponde a lo promediado en el cumplimiento de las metas del Plan de Desarrollo con ejecución del Plan de Acción Institucional 2021, obteniendo como resultado un promedio en el cumplimiento de metas del 88%. 2) Implementa Acciones de Mejoramiento y previene el Riesgo en su proceso, conforme a las normas de control interno.

Escaneado con CamScanner

SUBGRUPO VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD	88%	84%	86%	80%	83%	8.3	1) Corresponde a lo promediado en el cumplimiento de las metas del Plan de Desarrollo con ejecución del Plan de Acción Institucional 2021, obteniendo como resultado un promedio en el cumplimiento de metas del 86%. 2) Previene el Riesgo en su proceso, conforme a las normas de control interno.
SUBGRUPO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	88%	59%	73%	0%	36%	3.6	1) Corresponde a lo promediado en el cumplimiento de las metas del Plan de Desarrollo con ejecución del Plan de Acción Institucional 2021, obteniendo como resultado un promedio en el cumplimiento de metas del 73%. 2) No se formuló plan de mejoramiento resultado de la auditoría interna, incumpliendo las normas de control interno.
SUBGRUPO CRUE	81%	100%	90%	80%	85%	8.5	1) Corresponde a lo promediado en el cumplimiento de las metas del Plan de Desarrollo con ejecución del Plan de Acción Institucional 2021, obteniendo como resultado un promedio en el cumplimiento de metas del 90%. 2) Previene el Riesgo en su proceso, conforme a las normas de control interno.
GRUPO SALUD PUBLICA	81%	100%	90%	80%	85%	8.5	1) Corresponde a lo promediado en el cumplimiento de las metas del Plan de Desarrollo con ejecución del Plan de Acción Institucional 2021, obteniendo como resultado un promedio en el cumplimiento de metas del 90%. 2) Formula planes de mejoramiento resultado de evaluaciones de control interno.
POBLACIONES VULNERABLES	71%	100%	85%	80%	83%	8.3	1) Corresponde a lo promediado en el cumplimiento de las metas del Plan de Desarrollo con ejecución del Plan de Acción Institucional 2021, obteniendo como resultado un promedio en el cumplimiento de metas del 85%. 2) Previene el Riesgo en su proceso, conforme a las normas de control interno.
PARTICIPACION SOCIAL	NA	100%	100%	80%	90%	9.0	1) Cumplimiento de metas del Plan de Desarrollo Departamental: este ítem no aplica para la dependencia. Cumple las metas del Plan de Acción Institucional en un 100%. 2) Previene el Riesgo en su proceso, conforme a las normas de control interno.

Calificación	Rango	Interpretación
SOBRESALIENTE	≥ 80% ≤100%	La dependencia que se ubique en el nivel sobresaliente muestra el compromiso de la autoridad sani cumplimiento de las actividades programadas, las cuales contribuirán al logro de las metas sanitarias e Desarrollo Departamental.
FAVORABLE	≥ 50% <80%	La dependencia que se ubique en el nivel medio refleja que a pesar de presentar un porcentaje de cum las actividades entre 50% y 80%, requiere revisar los logros obtenidos e identificar las actividades que ti debilidad con el fin de definir acciones de mejora, por tanto, de las metas definidas en el PDD.
DESFAVORABLE	≥ 0% <50%	Si la dependencia registra un nivel bajo, refleja que existen debilidades en la planeación y requiere rev medidas correctivas en las variables que estén limitando la ejecución.

Escaneado con CamScanner

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En general se presentó un adecuado cumplimiento de la planeación que en la mayoría de los casos supero el 80%, como se muestra en el informe.

Como resultado en la verificación de lo publicado por la entidad en la Página web institucional referente a la Evaluación de la Gestión se pudo observar que algunas dependencias no establecen Metas de Resultado en el Plan de Desarrollo Departamental, sin embargo, esta condición no afecta su resultado en el promedio de cumplimiento de metas.

Así mismo al examinar y cotejar la información se evidencio que los porcentajes de cumplimiento trimestral y el acumulado anual superan el umbral permitido cuando la unidad de medida es expresada en porcentaje del 100%, encontrándose resultados por encima del 200%, 500% y 1000%, por lo tanto, la oficina de Control Interno de Gestión del Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander recomienda realizar el ajuste a la fórmula que se utiliza para obtener el porcentaje de cumplimiento al momento de realizar el seguimiento y monitoreo trimestral al Plan de Acción Institucional, (ver imagen 1 y 2).

De igual manera, esta oficina sugiere la elaboración y publicación de un informe anexo de evaluación al Plan de Acción Institucional, donde sea posible develar los porcentajes de cumplimiento de las metas por dependencia, los soportes de ejecución y observaciones realizadas a cada una de las actividades, en un formato diferente al que se está presentando para realizar seguimiento y monitoreo al mismo, de tal manera que su interpretación y análisis permitan concluir el logro obtenido en la realización de las acciones, así como medir el impacto generado a la Institución y su fácil comprensión para aquellos usuarios que deseen acceder a la información.

Con respecto al cumplimiento de las directrices de Planeación, la oficina de Control Interno de Gestión no contó con la información adecuada que permitiera medir el cumplimiento en la entrega de información oportuna, por lo tanto, no hay claridad en el proceso de seguimiento de los siguientes criterios:

-Se formula la planeación en los términos y tiempos establecidos por la entidad, por la Gobernación, y por las entidades de Dirección y Control.

-Se evalúa la gestión en los términos y tiempos establecidos por la entidad, por la Gobernación, y por las entidades de Dirección y Control.

-Se entrega información oportuna sobre la Gestión a la Coordinación de Planeación, para consolidar, revisar, publicar y enviar a las entidades de Dirección y Control.

En relación al Plan de Acción Institucional para la vigencia 2021 se pudo constatar que la dependencia de Recursos Humanos no presenta metas y/o acciones correspondientes al área SGSST, en consecuencia, esta oficina propone como acción de mejora plantear metas o acciones a partir de la siguiente vigencia, recalcando que al no encontrarse en el Plan de Acción no quiere decir que la dependencia o el área no estén realizando los procesos y/o funciones correspondientes, pero estas deben quedar plasmadas en el mismo y su valor sea tomado en cuenta al momento de realizar la evaluación por dependencias.

Escaneado con CamScanner

A continuación, se presenta el resultado de cumplimiento a las Normas de Control Interno (Plan de Mejoramiento):

- Recursos Humanos (Oficina de Contratación)- Presento plan de mejoramiento.
- Salud Pública (Plan de Intervenciones Colectivas)- Presento plan de mejoramiento.
- Atención en salud (Prestación de Servicios -acceso a la oferta)-No ha presentado plan de mejoramiento a la Oficina de Control Interno de Gestión.
- Planeación-Presento plan de mejoramiento.

INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER
OFICINA DE CONTROL INTERNO
EVALUACIÓN DE GESTIÓN POR DEPENDENCIAS VIGENCIA 2021

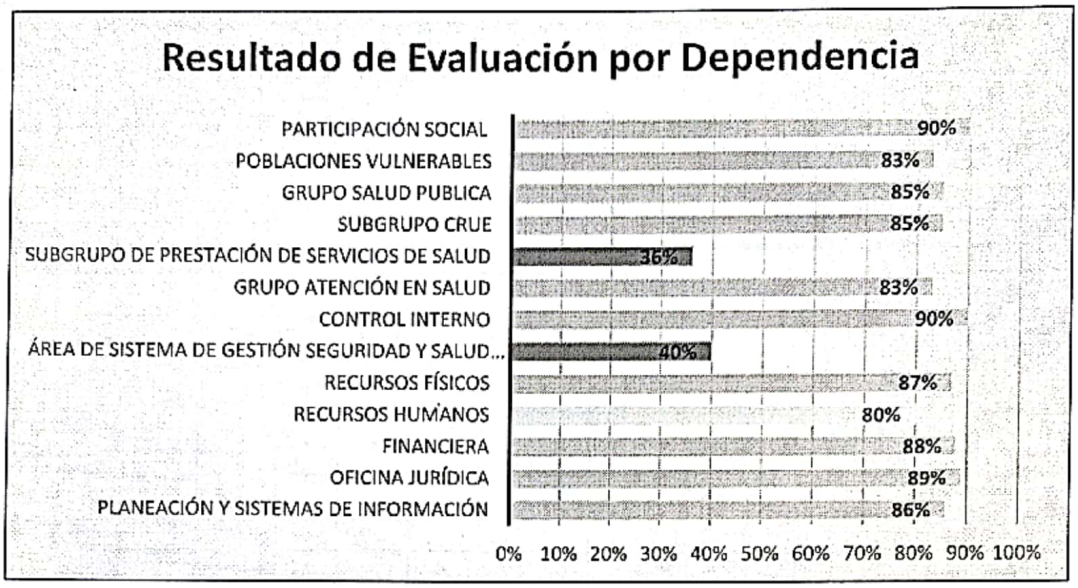
Dependencia	Evaluación de Control Interno-puntuación total 10%	Observaciones Resultado
PLANEACIÓN Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN	8.6	1) Cumplimiento de metas del Plan de Desarrollo Departamental: este ítem no aplica para la dependencia. Cumple las metas del Plan de Acción Institucional en un 91%. 2) Ejerce el liderazgo de implementación de MIPG, sin embargo los avances se logran de acuerdo al compromiso de los responsables de los procesos de la entidad - Formula planes de mejoramiento resultado de evaluaciones de control interno.
OFICINA JURÍDICA	8,9	1) Cumplimiento de metas del Plan de Desarrollo Departamental: este ítem no aplica para la dependencia. Cumple las metas del Plan de Acción Institucional en un 91%. 2) Previene el Riesgo en su proceso, conforme a las normas de control interno.
FINANCIERA	8,8	1) Cumplimiento de metas del Plan de Desarrollo Departamental: este ítem no aplica para la dependencia. Cumple las metas del Plan de Acción Institucional en un 97%. 2) Previene el Riesgo en su proceso, conforme a las normas de control interno.
RECURSOS HUMANOS	9	1) Cumplimiento de metas del Plan de Desarrollo Departamental: este ítem no aplica para la dependencia. Cumple las metas del Plan de Acción Institucional en un 100%. 2) Formula planes de mejoramiento resultado de evaluaciones de control interno.
RECURSOS FÍSICOS	8,7	1) Cumplimiento de metas del Plan de Desarrollo Departamental: este ítem no aplica para la dependencia. Cumple las metas del Plan de Acción Institucional en un 100%. 2) Previene el Riesgo en su proceso, conforme a las normas de control interno.

Escaneado con CamScanner

ÁREA DE SISTEMA DE GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	4	1) Cumplimiento de metas del Plan de Desarrollo Departamental: este ítem no aplica para la dependencia. La Dependencia de Recursos Humanos no presento metas y/o acciones correspondientes al área SGSST en relación al Plan de Acción Institucional para la vigencia 2021 por lo tanto, su cumplimiento es del 0%. 2) Previene el Riesgo en su proceso, conforme a las normas de control interno.
CONTROL INTERNO	9	1) Cumplimiento de metas del Plan de Desarrollo Departamental: este ítem no aplica para la dependencia. Tiene un cumplimiento del 100% en las metas establecidas en el Plan de Acción Institucional Vigencia 2021. 2) Se cumple la función de Auditoría Interna, con la debilidad de que no se ha logrado evaluar la totalidad de riesgos de la entidad, por falta de recurso humano.
GRUPO ATENCIÓN EN SALUD	8,4	1) Corresponde a lo promediado en el cumplimiento de las metas del Plan de Desarrollo con ejecución del Plan de Acción Institucional 2021, obteniendo como resultado un promedio en el cumplimiento de metas del 88%. 2) Implementa Acciones de Mejoramiento y previene el Riesgo en su proceso, conforme a las normas de control interno.
SUBGRUPO VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD	8.3	1) Corresponde a lo promediado en el cumplimiento de las metas del Plan de Desarrollo con ejecución del Plan de Acción Institucional 2021, obteniendo como resultado un promedio en el cumplimiento de metas del 86%. 2) Previene el Riesgo en su proceso, conforme a las normas de control interno.
SUBGRUPO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	3.6	1) Corresponde a lo promediado en el cumplimiento de las metas del Plan de Desarrollo con ejecución del Plan de Acción Institucional 2021, obteniendo como resultado un promedio en el cumplimiento de metas del 73%. 2) No se formuló plan de mejoramiento resultado de la auditoría interna, incumpliendo las normas de control interno.
SUBGRUPO CRUE	8.5	1) Corresponde a lo promediado en el cumplimiento de las metas del Plan de Desarrollo con ejecución del Plan de Acción Institucional 2021, obteniendo como resultado un promedio en el cumplimiento de metas del 90%. 2) Previene el Riesgo en su proceso, conforme a las normas de control interno.
GRUPO SALUD PUBLICA	8.5	1) Corresponde a lo promediado en el cumplimiento de las metas del Plan de Desarrollo con ejecución del Plan de Acción Institucional 2021, obteniendo como resultado un promedio en el cumplimiento de metas del 90%. 2) Formula planes de mejoramiento resultado de evaluaciones de control interno.
POBLACIONES VULNERABLES	8.3	1) Corresponde a lo promediado en el cumplimiento de las metas del Plan de Desarrollo con ejecución del Plan de Acción Institucional 2021, obteniendo como resultado un promedio en el cumplimiento de metas del 85%. 2) Previene el Riesgo en su proceso, conforme a las normas de control interno.
PARTICIPACION SOCIAL	9.0	1) Cumplimiento de metas del Plan de Desarrollo Departamental: este ítem no aplica para la dependencia. Cumple las metas del Plan

Escaneado con CamScanner

		de Acción Institucional en un 100%. 2) Previene el Riesgo en su proceso, conforme a las normas de control interno.



El presente grafico resume el resultado de la evaluación por dependencia vigencia 2021, cada barra es proporcional a una agregación específica, es decir, a la suma de sus valores de acuerdo a la categoría o dependencia, así mismo, su desempeño está representado por:

- Sobresaliente
- Favorable
- Desfavorable

San José de Cúcuta,18 de abril de 2022.

Responsable de la Evaluación:

ANA MILENA GONZÁLEZ SILVA
Coordinador Oficina de Control Interno.

Elaboró: Diana Catherine Mesa Villamizar/ Profesional de Apoyo Oficina de Control Interno.
Jorge Eliecer Jaimes Lozano/Profesional de Apoyo Oficina de Control Interno.

Escaneado con CamScanner

ANEXOS

Imagen 1 (evidencia porcentajes de cumplimiento trimestral)

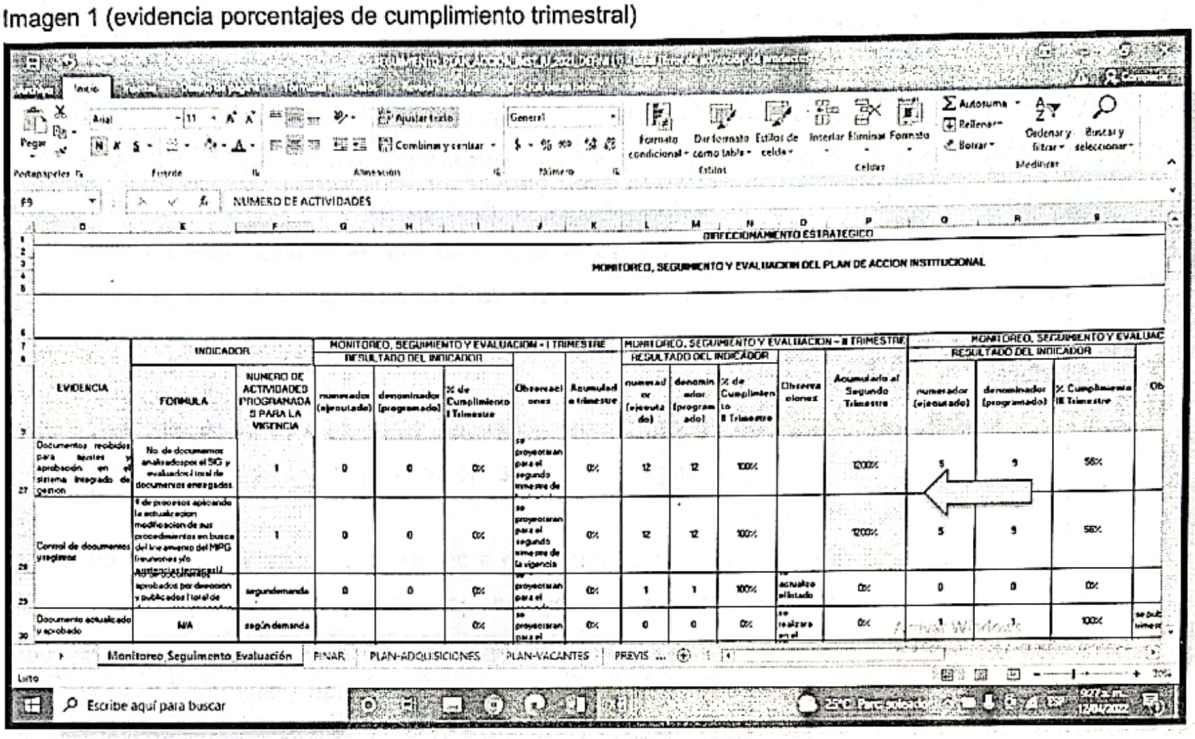
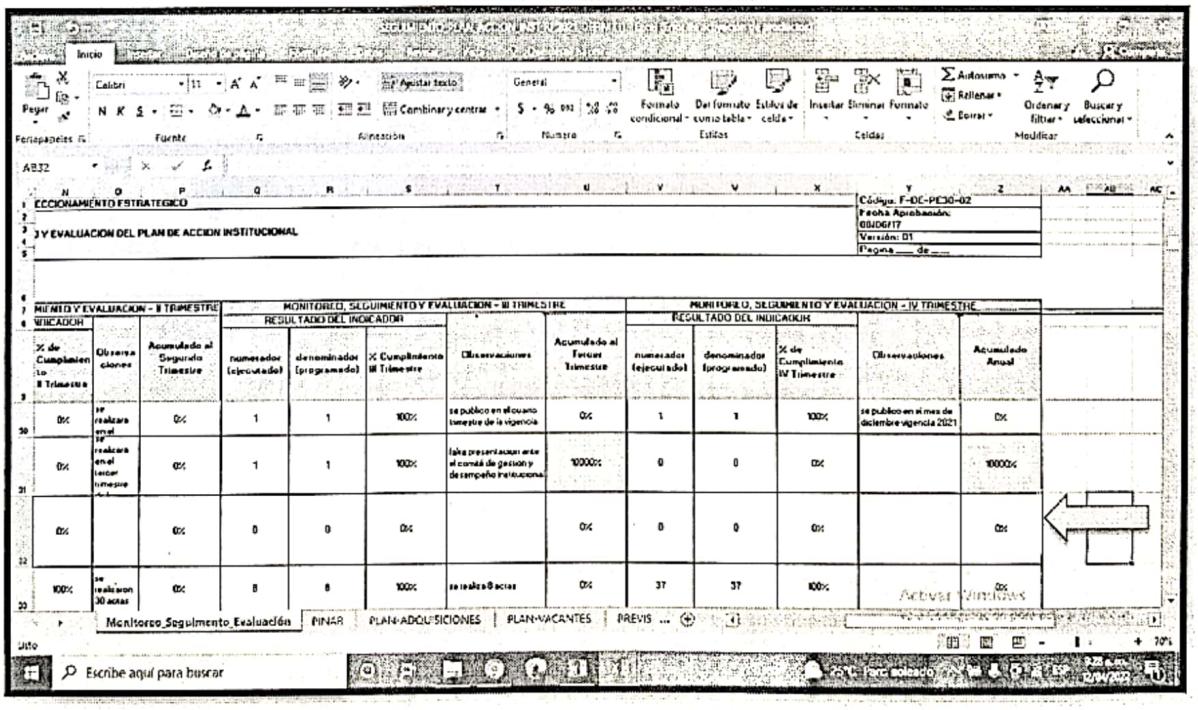


Imagen 2 (evidencia porcentajes de cumplimiento trimestral)



Escaneado con CamScanner

CIUDAD	LUGAR	FECHA REUNION	PROCESO
CÚCUTA	OFICINA DE PLANEACION / IDS	22 DE ABRIL DE 2022	AUDITORIA
TEMA DE LA REUNION		**Nº ACTA**	
SOCILAIZACÓN DE LOS RESULTADOS EVALUACION POR DEPENDENCIAS		04	

OBJETIVOS DE LA REUNION	
1	Resultados de la evaluación por dependencias / Plan de acción institucional 2021.

TEMAS DE LA REUNION	
1	Socialización resultados evaluación por dependencia

PARTICIPANTES		
NOMBRE	**CARGO**	**FIRMA**
Se anexa listado de asistencia		

DESARROLLO DEL TEMA

Siendo las 11:07 am del 22 de abril de 2022, en la oficina de Planeación del Instituto Departamental de Salud Norte de Santander, se llevó a cabo una reunión en presencia de los profesionales de apoyo de la oficina de Control Interno de Gestión y la Coordinadora de la oficina de Planeación junto a su profesional de apoyo referenciados en el listado de asistencia.

A continuación, se socializaron los resultados de la evaluación por dependencias en relación al plan de acción institucional vigencia 2021 presentando las siguientes conclusiones y recomendaciones:

En general se presentó un adecuado cumplimiento de la planeación que en la mayoría de los casos supero el 80%, como se muestra en el informe.

Como resultado en la verificación de lo publicado por la entidad en la Página web institucional referente a la Evaluación de la Gestión se pudo observar que algunas dependencias no establecen Metas de Resultado en el Plan de Desarrollo Departamental, sin embargo, esta condición no afecta su resultado en el promedio de cumplimiento de metas.

Así mismo al examinar y cotejar la información se evidencio que los porcentajes de cumplimiento trimestral y el acumulado anual superan el umbral permitido cuando la unidad de medida es expresada en porcentaje del 100%, encontrándose resultados por

Escaneado con CamScanner

DESARROLLO DEL TEMA

encima del 200%, 500% y 1000%, por lo tanto, la oficina de Control Interno de Gestión del Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander recomienda realizar el ajuste a la fórmula que se utiliza para obtener el porcentaje de cumplimiento al momento de realizar el seguimiento y monitoreo trimestral al Plan de Acción Institucional.

De igual manera, esta oficina sugiere la elaboración y publicación de un informe anexo de evaluación al Plan de Acción Institucional, donde sea posible develar los porcentajes de cumplimiento de las metas por dependencia, los soportes de ejecución y observaciones realizadas a cada una de las actividades, en un formato diferente al que se está presentando para realizar seguimiento y monitoreo al mismo, de tal manera que su interpretación y análisis permitan concluir el logro obtenido en la realización de las acciones, así como medir el impacto generado a la Institución y su fácil comprensión para aquellos usuarios que deseen acceder a la información.

Con respecto al cumplimiento de las directrices de Planeación, la oficina de Control Interno de Gestión no contó con la información adecuada que permitiera medir el cumplimiento en la entrega de información oportuna, por lo tanto, no hay claridad en el proceso de seguimiento de los siguientes criterios:

-Se formula la planeación en los términos y tiempos establecidos por la entidad, por la Gobernación, y por las entidades de Dirección y Control.

-Se evalúa la gestión en los términos y tiempos establecidos por la entidad, por la Gobernación, y por las entidades de Dirección y Control.

-Se entrega información oportuna sobre la Gestión a la Coordinación de Planeación, para consolidar, revisar, publicar y enviar a las entidades de Dirección y Control.

En relación al Plan de Acción Institucional para la vigencia 2021 se pudo constatar que la dependencia de Recursos Humanos no presenta metas y/o acciones correspondientes al área SGSST, en consecuencia, esta oficina propone como acción de mejora plantear metas o acciones a partir de la siguiente vigencia, recalcando que al no encontrarse en el Plan de Acción no quiere decir que la dependencia o el área no estén realizando los procesos y/o funciones correspondientes, pero estas deben quedar plasmadas en el mismo y su valor sea tomado en cuenta al momento de realizar la evaluación por dependencias.

Escaneado con CamScanner

COMPROMISOS

Como resultado de la reunión se establecieron los siguientes compromisos:

Por parte del equipo encargado de la evaluación / OCI:

- Entregar a la oficina de Planeación el informe resultado de la evaluación por dependencias en relación al plan de acción institucional vigencia 2021
- Informar a la Coordinación Grupo de Recursos Humanos, sobre los hallazgos y recomendaciones con respecto a las acciones desarrolladas por el área SGSST.

Por parte de la Coordinación Oficina de Planeación:

- Realizar seguimiento al área que presentó observaciones.
- Tomar en cuenta recomendaciones respecto a modificación y actualización del formato utilizado para realizar monitoreo, seguimiento y evaluación del plan de acción institucional.

EVIDENCIAS

Escaneado con CamScanner

INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER

SALUD PUBLICA

CONTROL DE ASISTENCIA

Código: F-SP-PP01-04
Fecha Aprobación: 23/08/11
Versión: 02
Página 1 de 1

REUNION: [X] CAPACITACION: [ ] ASESORIA Y/O ASISTENCIA TECNICA: [ ]

FECHA: 22/04/2022. LUGAR: Oficina Planeación MUNICIPIO: Cúcuta

EJE PROGRAMATICO: PRIORIDAD/AREA: RESPONSABLE DE AREA:

OBJETIVO: Socialización Resultados de la Evaluación por Dependencias - Plan Accion Institucional Vigencia 2021

No	NOMBRE	CEDULA	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	MUNICIPIO	ENTIDAD	CARGO	FIRMA
1	Mario Vetona Gnb	60266707	3003675	planeacion@ids.gov.co	Cúcuta	IDS	Prof Esp	[firma]
2	Gerardo Jose Ornia Rojas	1007011720	3183624512	planeacion@ids.gov.co	Cúcuta	IDS	P apoyo	[firma]
3	Jorge E. Juarez Lozano	1093752753	3057370739	calidad.humana@ids.gov.co	Cúcuta	IDS	P. Apoyo	[firma]
4	Diana C. Mesa Villamizar	1.093.746.008	3107902716	controlinterno@ids.gov.co	Cúcuta	IDS.	P. Apoyo	Diana C Mesa V

ENTREGA MATERIAL?: [ ] SI [ ] NO MATERIAL SUMINISTRADO:

COPIA CONTROLADA

Escaneado con CamScanner

OCI-033

San José de Cúcuta, 29 de abril de 2022

Doctor
HENRRY GIOVANNI MANTILLA BLANCO
P.U Coordinador Grupo de Recursos Humanos
Instituto Departamental de Salud Norte de Santander
Ciudad

Asunto: Resultado evaluación de gestión por dependencias.

Cordial saludo:

La Oficina de Control Interno de Gestión, en cumplimiento a lo normado por la Ley 909 de 2004 art 39, llevó a cabo la evaluación de gestión por dependencia donde se verificó el desempeño de las metas establecidas en el plan de acción institucional año 2021, evidenciando la ausencia de acciones ejecutadas por parte del Área de Salud y Seguridad en el Trabajo (SST), por consiguiente, esta oficina recomienda para las futuras vigencias incluir en el plan de acción institucional las actividades que se vienen desarrollando a través del área SST con el fin de que sean tomadas como criterio para la evaluación en el desempeño laboral.

Atentamente,

ANA MILENA GONZALEZ SILVA
Asesora de Control Interno
Instituto Departamental de Salud
Norte de Santander

Elaboró: Jorge Eliecer Jaimes Lozano / Profesional de Apoyo
Revisó y aprobó: Ana Milena González Silva / Asesora OCI

29/04/2022
9:30 am

Escaneado con CamScanner

OCI-031

San José de Cúcuta, 29 de abril de 2022

Jefe
JENIT CECILIA COLMENARES BECERRA
Coordinadora Participación Social y SAC
Instituto Departamental de Salud Norte de Santander
Ciudad

Asunto: Resultado evaluación de gestión por dependencias.

Cordial saludo:

La Oficina de Control Interno de Gestión, en cumplimiento a lo normado por la Ley 909 de 2004 art 39, llevó a cabo la evaluación de gestión por dependencia donde se verificó el desempeño de las metas establecidas en el plan de acción institucional año 2021, evidenciando la ausencia de acciones ejecutadas por parte del Grupo de Servicio Atención a la Comunidad (SAC), por consiguiente, esta oficina recomienda para las futuras vigencias incluir en el plan de acción institucional las actividades que se vienen desarrollando a través del grupo mencionado con el fin de que sean tomadas como criterio para la evaluación en el desempeño laboral.

Atentamente,

ANA MILENA GONZALEZ SILVA
Asesora de Control Interno
Instituto Departamental de Salud
Norte de Santander

Elaboró: Diana Catherine Mesa Villamizar / Profesional de Apoyo
Revisó y aprobó: Ana Milena González Silva / Asesora OCI
Omaira Pérez abril 29/2022.

Escaneado con CamScanner

OCI-034

San José de Cúcuta, 04 de mayo de 2022

Doctora
MARÍA VICTORIA GIRALDO RUIZ
P.E Coordinadora Oficina de Planeación
Instituto Departamental de Salud Norte de Santander
Ciudad

Asunto: Entrega de resultados - Evaluación por Dependencias

Cordial saludo:

La Oficina de Control Interno de Gestión, en cumplimiento a lo normado por la Ley 909 de 2004 art 39, llevó a cabo la evaluación de gestión por dependencia donde se verificó el desempeño de las metas establecidas en el plan de acción institucional año 2021, por consiguiente, a través de la presente se realiza la entrega formal de resultados mediante correo institucional a la Oficina de Planeación con el objetivo de que la misma realice el respectivo seguimiento al área o áreas que presentaron observaciones.

Atentamente,

ANA MILENA GONZALEZ SILVA
Asesora de Control Interno
Instituto Departamental de Salud
Norte de Santander

Elaboró: Jorge Eliecer Jaimes Lozano / Profesional de Apoyo
Revisó y aprobó: Ana Milena González Silva / Asesora OCI

Recibido 3 mayo hora: 5:27 pm 2022

Escaneado con CamScanner