



INFORME

CÓDIGO: F-PGED05-10

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página 1 de 20

Tema del Informe: INFORME EVALUACION POR DEPENDENCIAS IDSN 2023	Fecha			Informe N°
	Día	Mes	Año	
	16	02	2024	01

Para: EQUIPO DIRECTIVO

Descripción del Informe

1. INTRODUCCION

La Oficina de Control Interno de Gestión, en cumplimiento a sus funciones y especialmente desde su rol de evaluador independiente tal como lo establece la Ley 87 de 1993, y la Ley 909 de 2004. Por la cual se expiden normas que regulan el empleo público, la carrera administrativa, gerencia pública y se dictan otras disposiciones. "Artículo 39. 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". Presenta el informe de EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS correspondiente a la vigencia 2023, para el que se tuvieron en cuenta además de las circulares y guías del Departamento Administrativo de la Función Pública, la consolidación de los insumos que sirvieron de base, el análisis de los datos y el cálculo del porcentaje promedio de cumplimiento de las metas al final de la gestión de la vigencia fiscal 2023, determinando así el grado de eficiencia y eficacia de la gestión de la entidad.

Con la presente evaluación se pretende garantizar que la entidad mantenga una adecuada implementación del autocontrol, de la autoevaluación, y una verdadera administración de la gestión del riesgo en todos los procesos de la entidad, con el fin de procurar de que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos, se realicen de acuerdo con su planeación institucional, la coordinación con la planeación regional y nacional y el cumplimiento de las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la alta dirección y atención a las metas u objetivos previstos.

Cabe aclararse, que de conformidad al acuerdo 6176 de 2018 expedido por la comisión Nacional al Servicio Civil, esta evaluación debe ser tenida en cuenta en la concertación de los compromisos de la presente vigencia.

La Oficina de Control Interno de Gestión estableció un procedimiento para la evaluación de la Gestión de las áreas o Dependencias del IDSN el cual fue aprobado en Comité Directivo y socializado.

2. OBJETIVO

Realizar la evaluación de las dependencias del Instituto Departamental de Salud de Nariño correspondiente a la vigencia 2023, verificando el cumplimiento de las metas y resultados alcanzados por cada una de ellas de acuerdo con la estructura orgánica de la entidad.

3. ALCANCE

Se realizara la evaluación a la totalidad de las dependencias y/o áreas del Instituto Departamental de Salud de Nariño, y el informe deberá ser tenido en cuenta en la evaluación del desempeño de los servidores públicos, así como para la formulación de los acuerdos de gestión.

El análisis de la gestión de cada área se basará en la evaluación cuantitativa y cualitativa del grado de ejecución de los compromisos establecidos en la planeación institucional, liderado por la Oficina de Planeación.

4. MARCO NORMATIVO

- ✓ Ley 87 de 1993. Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado y se dictan otras disposiciones,
- ✓ Ley 909 de 2004. Por la cual se expiden normas que regulan el empleo público, la carrera administrativa, gerencia pública y se dictan otras disposiciones.

“Artículo 39. 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”.

- ✓ Decreto Reglamentario 1227 de 2005. Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 909 de 2004 y el Decreto ley 1567 de 1998.
- ✓ Decreto 1499 de 2017. Por el cual se actualiza el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG y se articula los Sistemas de Gestión con el Sistema de Control Interno, permitiendo el fortalecimiento de los mecanismos, métodos y procedimientos de Gestión y Control al interior de los organismos y entidades del Estado.
- ✓ Circular No. 04 de 2005. Se fijan los lineamientos para la evaluación institucional por dependencias en cumplimiento de la ley 909 de 2004.
- ✓ Acuerdo 6176 de 2018 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.

5. CONCERTACIÓN DE COMPROMISOS

En la primera fase, evaluado y evaluador deberán concertar los compromisos, teniendo en cuenta los siguientes insumos:

- ✓ Manual Específico de Funciones y Competencias Laborales vigente en la entidad, dentro del que se encuentran definidos el propósito del empleo, las funciones, competencias y conocimientos esenciales.
- ✓ Planes institucionales o metas por áreas, dependencias, grupos internos de trabajo y procesos o indicadores de gestión.
- ✓ El resultado de la evaluación de áreas o dependencias expedida por la oficina de Control Interno o quien haga sus veces en la entidad del año inmediatamente anterior. El resultado de la última calificación definitiva del desempeño laboral.
- ✓ Los compromisos de mejoramiento individual del período de evaluación inmediatamente anterior, cuando haya lugar a ello.

6. REFERENTES PARA LA EVALUACIÓN

Para la Evaluación de Gestión por Áreas o Dependencias, la Oficina de Control Interno tuvo en cuenta 2 aspectos:

- **Porcentaje de cumplimiento en el avance de productos:** en este se realiza la evaluación de los siguientes componentes
- Gestión del plan de auditorías: en este ítem se evalúa el cumplimiento en el desarrollo de los planes de acción presentados por las dependencias y que resultaron de los hallazgos realizados por las auditorías de calidad.

Formula:
$$\frac{\# \text{ planes de acción cerrados}}{\# \text{ planes de acción presentados}}$$

- Gestión de Riesgos: Se evalúa los resultados en la eficacia para el control de riesgos previstos en los procesos asignados a la dependencia.

Formula:
$$\frac{\text{Cumplimiento de la actividad programada en la gestión de riesgos}}{\# \text{ Riesgos asignados}}$$

- Gestión en el trámite de los derechos de petición: Se realiza la evaluación oportuna de los derechos de petición radicados a las diferentes dependencias y registrados en el Sistema de Información de Unidad de Correspondencia "SIUC".

Formula:
$$\frac{\# \text{ Derechos de petición respondidos}}{\# \text{ Derechos de petición recibidos}}$$

- Gestión en el cumplimiento de indicadores del Sistema Integrado de Mando Unificado "SIMU": se evalúa el cumplimiento de los indicadores SIMU asignados a la dependencia, teniendo en cuenta el porcentaje de cumplimiento logrado y la oportunidad del reporte.

Formula: Cumplimiento en el indicador + oportunidad del reporte/
Indicadores SIMU asignados

Para establecer el valor de la oportunidad del reporte se consideran los siguientes valores:
Oportuno: 3 Extemporáneo: 2 No reportado: 1

- Gestión en el cumplimiento del Plan Territorial de Salud: se evalúa según el informe reportado por cada proceso y consolidado por la Oficina Asesora de Planeación. La evaluación de esta gestión aplica solo a las dependencias de Calidad y Aseguramiento, Subdirección de Salud y Planeación.

Formula: Cumplimiento a la meta/
Meta por producto programada

- Gestión de recursos: se realiza la evaluación en base a la ejecución en el pago total de los compromisos asumidos por las dependencias para el desarrollo de sus actividades durante la vigencia evaluada:

Formula: Pagos realizados de los compromisos registrados/
Presupuesto asignado

- **Evaluación de control Interno:** En este ítem la oficina de Control Interno establece un peso porcentual del 20% sobre la evaluación en el avance del cumplimiento de productos, teniendo en cuenta los siguientes porcentajes dados a cada ítem en base al grado de importancia en el desarrollo de estos dentro de la gestión de las dependencias, así mismo evalúa la oportunidad en la gestión de cada referente.

REFERENTE	PESO PORCENTUAL SOBRE EL 20%
G.1. Gestión del plan de auditorías	20%
G.2. Gestión de Riesgos	20%
G.3. Gestión en el trámite de los derechos de petición	10%
G.4. A - Gestión en el cumplimiento de indicadores "SIMU" para Jurídica, Secretaria General y Control Interno	30%
G.4.B	
G.4.B1. Gestión en el cumplimiento de indicadores "SIMU" para Oficina de Planeación, S. de Salud Pública y S. de Calidad y Aseguramiento.	10%
G.4.B2. Gestión en el cumplimiento del PAS para Oficina de Planeación, S. de Salud Pública y S. de Calidad y Aseguramiento.	20%
Gestión de recursos	20%

7. RESULTADO DEL INFORME DE EVALUACION DE DEPENDENCIAS

Para la realización del informe la Oficina de Control Interno, teniendo en cuenta el organigrama del Instituto Departamental de Salud de Nariño, donde existen cinco dependencias plenamente determinadas, se les aplicó a cada una de ellas la evaluación de los componentes antes mencionados; tomando como insumo la información registrada en el Sistema SIUC, plataforma SIMU, informes de seguimiento a riesgos, ejecuciones presupuestales suministradas por la oficina de presupuesto, documentos relacionados e informes de las auditorías del SGC que reposan en esta dependencia, y reporte PAS suministrado por la oficina de planeación, dicha información fue tomada con corte a 31 de diciembre de 2023.

- **Oficina Asesora De Planeación:** Los puntajes obtenidos por la dependencia permiten evidenciar una adecuada gestión en el desarrollo de las funciones y cumplimiento de metas de procesos y planes de mejora, que permitan una adecuada gestión institucional. Para mayor detalle en el análisis de los resultados consulte el ANEXO 1.

Referentes de evaluación	Avance de productos	Evaluación Control Interno
Productos a evaluar		
G.1. Gestión del Plan de auditorías SGC	100%	20%
G.1. Gestión de Riesgos	97%	20%
G.3. Gestión en el trámite de los Derechos de petición	100%	10%
G.4. (A) Gestión de Indicadores SIMU (SCA, SSP, OAP, SG, OAJ)	80%	8%
G.4 (B) Gestión en el cumplimiento de PAS (SCA, SSP, OAP. S. General)	100%	20%
G.5. Gestión de recursos	70%	15%
Total, Referentes Evaluación	73%	19%
Puntaje total Evaluación	91%	

- **Subdirección de calidad y aseguramiento:** Los puntajes obtenidos por la dependencia permiten evidenciar una adecuada gestión en el desarrollo de las funciones y cumplimiento de metas de procesos y planes de mejora, que permitan una adecuada gestión institucional. Para mayor detalle en el análisis de los resultados consulte el ANEXO 2.

Referentes de evaluación	Avance de productos	Evaluación Control Interno
Productos a evaluar		
G.1. Gestión del Plan de auditorías SGC	90%	19%
G.1. Gestión de Riesgos	100%	20%
G.3. Gestión en el trámite de los Derechos de petición	97%	10%
G.4. (A) Gestión de Indicadores SIMU (SCA, SSP, OAP, SG, OAJ)	88%	10%
G.4 (B) Gestión en el cumplimiento de PAS (SCA, SSP, OAP. S. General)	100%	20%
G.5. Gestión de recursos	72%	15%

Total Referentes Evaluación	73%	19%
Puntaje total Evaluación	92%	

- **Subdirección De Salud Pública:** Los puntajes obtenidos por la dependencia nos permiten observar que la dependencia debe mejorar la gestión en el cumplimiento de indicadores PAS y planes de mejora del SGC. Para mayor detalle en el análisis de los resultados consulte el ANEXO 3.

Referentes de evaluación	Avance de productos	Evaluación Control Interno
Productos a evaluar		
G.1. Gestión del Plan de auditorías SGC	100%	18%
G.1. Gestión de Riesgos	97%	19%
G.3. Gestión en el trámite de los Derechos de petición	86%	9%
G.4. (A) Gestión de Indicadores SIMU (SCA, SSP, OAP, SG, OAJ)	52%	9%
G.4 (B) Gestión en el cumplimiento de PAS (SCA, SSP, OAP. S. General)	84%	18%
G.5. Gestión de recursos	87%	18%
Total Referentes Evaluación	68%	18%
Puntaje total Evaluación	86%	

- **Secretaria General:** Los puntajes obtenidos por la dependencia si bien no están por debajo, en comparación con las demás dependencias; principalmente en el cumplimiento de indicadores SIMU e indicadores. Para mayor detalle en el análisis de los resultados consulte el ANEXO 4.

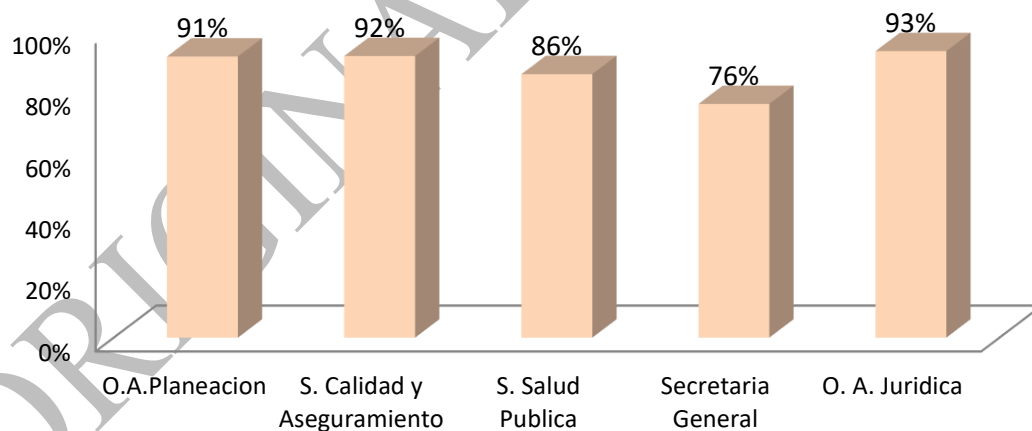
Referentes de evaluación	Avance de productos	Evaluación Control Interno
Productos a evaluar		
G.1. Gestión del Plan de auditorías SGC	98%	16%
G.1. Gestión de Riesgos	96,0%	18%
G.3. Gestión en el trámite de los Derechos de petición	79%	7%
G.4. (A) Gestión de Indicadores SIMU (SCA, SSP, OAP, SG, OAJ)	56%	6%
G.4 (B) Gestión en el cumplimiento de PAS (SCA, SSP, OAP. S. General)	63%	17%
G.5. Gestión de recursos	68%	10%
Total Referentes Evaluación	61%	15%
Puntaje total Evaluación	76%	

- **Oficina Jurídica:** Los puntajes obtenidos por la dependencia permiten evidenciar una adecuada gestión en el desarrollo de las funciones y cumplimiento de metas de procesos y planes de mejora, que permitan una adecuada gestión institucional. Para mayor detalle en el análisis de los resultados consulte el ANEXO 5.

Referentes de evaluación	Avance de productos	Evaluación Control Interno
Productos a evaluar		
G.1. Gestión del Plan de auditorías SGC	100%	18%
G.1. Gestión de Riesgos	97%	16%
G.3. Gestión en el trámite de los Derechos de petición	93%	10%
G.4. (A) Gestión de Indicadores SIMU (SCA, SSP, OAP, SG, OAJ)	92%	17%
G.4 (B) Gestión en el cumplimiento de PAS (SCA, SSP, OAP. S. General)	NA	NA
G.5. Gestión de recursos	99%	20%
Total, Referentes Evaluación	77%	16%
Puntaje total Evaluación	93%	

En base a los puntajes anteriores, se procede a determinar el puntaje final de la evaluación de la gestión de la vigencia 2023 para cada una de las dependencias; el cual resulta de promediar los puntajes obtenidos por cada dependencia en los dos referentes de evaluación (avance de productos y evaluación de control interno)

PUNTAJE FINAL REFERENTES DE EVALUACION



Calificación Del Desempeño en la gestión: para evaluar el desempeño realizado por las dependencias en la gestión de sus metas durante la vigencia 2023, la oficina de control Interno determina los siguientes criterios para determinar su calificación.

Gestión Sobresaliente

Mayor o Igual a 95 puntos

Gestión Favorable	Mayor a 80 puntos
Gestión Desfavorable	Menor o Igual a 80 puntos

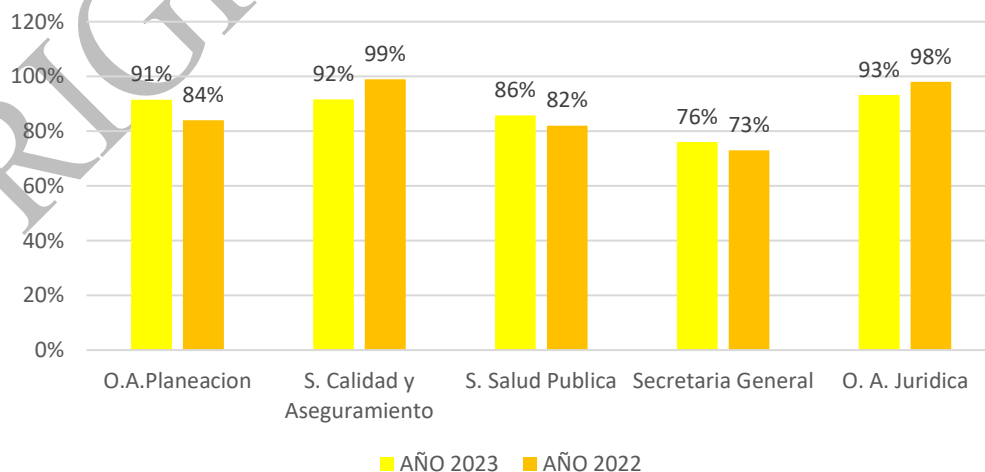
Dependencia	Puntaje obtenido	Desempeño de la Gestión
O.A. Planeación	91	Gestión Favorable
S. Calidad y Aseguramiento	92	Gestión Favorable
S. Salud Publica	86	Gestión Favorable
S. General	76	Gestión Desfavorable
O. A. Jurídica.	93	Gestión Favorable

Se puede determinar entonces que si bien existen algunas debilidades en la gestión de las dependencias el promedio general para la gestión del IDSN es FAVORABLE, pues supera los 80 puntos porcentuales, entendiéndose con ello que las dependencias están cumpliendo en forma satisfactoria con las metas propuestas, a excepción de la situación presentada Secretaria General relacionadas principalmente con el cumplimiento y/o reporte oportuno en las metas de los indicadores PAS y SIMU perjudicando su nivel de desempeño en la planeación y su ejecución.

CONCEPTO DE LA GESTIÓN	Mayor o Igual a 95 puntos = SOBRESALIENTE
	Mayor a 80 puntos = FAVORABLE
	Menor o Igual a 80 puntos = DESFAVORABLE

Una comparación con el puntaje de la evaluación del año 2022 permite observar que la tendencia en la gestión permanece favorable, a excepción de la tendencia presentada en la Secretaria General que se mantiene desfavorable.

COMPARATIVO PUNTAJES EVD AÑOS 2022-2023



8. Conclusiones y Recomendaciones

La Oficina Asesora de Control Interno en base a la información analizada y presentada anteriormente, presenta a continuación algunas recomendaciones con el fin de mejorar la oportunidad en las respuestas de los derechos de petición recibidos en el IDSN:

- Realizar una inducción sobre el manejo del sistema de Gestión de Calidad, MIPG, PLANES, PROGRAMAS, etc., teniendo en cuenta que actualmente el IDSN tiene personal nuevo de planta, y con el fin de garantizar la gestión del conocimiento.
- Fomentar campañas de información y sensibilización al interior de la entidad a los funcionarios de todos los niveles de la entidad acerca del compromiso, responsabilidad y obligación legal que tienen los funcionarios públicos para dar trámite y respuesta a los derechos de petición en los términos dispuestos por ley, con el fin de evitar consecuencias legales, administrativas y disciplinarias en las que pueden verse involucrados.
- **La OCI recomienda exhortar a todo el personal sobre el manejo del aplicativo SIUC, y recordándoles la importancia de ingresar la información en este; cuando el derecho de petición se haya respondido, con el fin de que su registro se localice en Consultas DP – D.P Respondidos de esta manera optimizar su uso como herramienta para gestión y seguimiento de los Derechos de Petición y disminución de riesgos institucionales**
- En la formulación de planes de acción se recomienda establecer la ejecución de las actividades dentro de la vigencia; de manera que su cierre se dentro de esta misma y no afecte los indicadores de cumplimiento en la gestión del plan de auditorías; ítem evaluado en este informe.
- Se recomienda realizar el reporte oportuno de los indicadores SIMU, pues en el análisis de la información relacionada con este, se encontró que se encuentran pendientes los reportes relacionados con el último periodo de la vigencia 2023, situación que afecta la oportunidad del reporte, ítems que fue considerado dentro de la evaluación de este indicador. De igual manera se recomienda la revisión de la formulación de los indicadores SIMU.
- Se recomienda que al realizar el reporte del cumplimiento de indicadores PAS, se haga en base a soportes documentales que permitan evidenciar las acciones que sustenten el avance en la ejecución de estos.
- En cuanto a las experiencias exitosas que la Oficina de Control Interno ha tenido en relación con innovación para el fomento de la cultura de control, y especialmente los buenos resultados de acogida de los eventos por parte de los servidores de la Entidad; se sugiere con base en la documentación de los aspectos relevantes de los eventos, formular estrategia para posibilidades de réplica en otras entidades.

- Realizar seguimiento continuo al cumplimiento y avances de los compromisos y metas propuestas. Soportar mediante actas y documentos las actividades. Programar EFICIENTEMENTE las actividades inherentes al cumplimiento de las metas con baja ejecución durante la vigencia 2023, a fin de cumplir los indicadores en el 2024.

9. Acciones De Mejora Y/O Plan De Mejoramiento

Agradecemos la atención prestada y esperamos contar con su disposición para la socialización de este informe a los líderes de los procesos que fueron objeto de este seguimiento para que dentro de sus competencias analicen las observaciones presentadas y las causas identificadas, estudien la viabilidad de adoptar las recomendaciones propuestas por la Oficina de Control Interno, y presenten las acciones preventivas, correctivas y de mejora con el correspondiente Plan de Mejoramiento en el evento de que este sea necesario, con el fin de corregir las situaciones presentadas en este informe y prevenir posibles desviaciones y/o materialización de riesgos, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la recepción del informe. Dicho plan debe ser remitido por el Líder del proceso al Jefe de la Oficina de Control Interno para programar su verificación.

NOTA

- *Cabe resaltar que, debido a las limitaciones de cualquier estructura de control interno, pueden ocurrir errores o irregularidades que no hayan sido detectadas bajo la ejecución de nuestros procedimientos de auditoría, evaluación o seguimiento, previamente planeados.*
- *Se recuerda que las Dependencias que:*
 - 1.- *A través de los servidores públicos competentes son responsables de establecer y mantener un adecuado sistema de control interno y de prevenir posibles irregularidades de acuerdo con lo establecido en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión para las tres líneas de defensa.*
 - 2.- *Es responsabilidad del área, la información suministrada, por cualquier medio, para la realización de esta actividad, por lo tanto, la información debe ser oportuna, completa, íntegra y actualizada*
 - 3.- *Así mismo, deben informar en su momento las posibles situaciones relevantes y/o errores que pudieran afectar el resultado final de la actividad.*

PROYECTO	REVISO	Fecha		
		Día	Mes	Año
Aura Galindres A. Profesional Contratista OCI	Atriz Rosero Mejía Jefe Oficina Control Interno de Gestión	16	02	2024

Ruta: Escritorio\OCI 2021-2023\AÑO 2024\informes EVD

ANEXO 1.

1. Fecha: 16/04/24 2. Dependencia a evaluar: Oficina Asesora de Planeación

3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:

Planificar, desarrollar y ejecutar el modelo de gestión de la entidad, de manera ágil, simple y flexible en la operación de los procesos del IDSN, y planificar, desarrollar y apoyar la ejecución de los planes, programas y proyectos del sector salud para el departamento de Nariño, que permitan desplegar el modelo de gestión de la entidad, de manera ágil, simple y flexible en la operación, a través de la gestión de conocimiento, administración de la red de servicios, tecnologías de la información y comunicaciones.

4. PRODUCTO		5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
		5.1. Avance producto (%)	5.2. Análisis de Resultados	5.3. Evaluación control interno (%)
G.1. Gestión del Plan de auditorías SGC	Cumplimiento en el desarrollo del PAA SGC, presentación de planes de acción y cierre de los mismos Formula: # PA cerrados/ #PA presentados	100%	La oficina de planeación en la vigencia 2022 presento 4 planes de acción correspondientes a hallazgos y aspectos por mejorar de las auditorias de Planificación y Desarrollo del Sistema Territorial en Salud y Gestión de calidad, los cuales al finalizar la vigencia 2023 se cerraron en su totalidad.	20%
G.2. Gestión en el control de plan de tratamiento de riesgos	Se evalúa los resultados en la eficacia para el control de los riesgos previstos en los procesos asignados a la dependencia. Formula: cumplimiento de la actividad de control programada en la gestión de los riesgos/ # de riesgos asignados	97%	De acuerdo a la información reportada, correspondiente al seguimiento realizado por la OCI, se evidencia el cumplimiento de las actividades de control planteadas para los riesgos identificados	20%
G.3. Gestión en el trámite de los Derechos de petición	Se realiza la evaluación en el trámite oportuno de los derechos de petición radicados a las diferentes dependencias extrayendo la información registrada en el aplicativo SIUC. Formula: # de D.P. respondidos/ # de D.P. recibidos	100%	La dependencia dio respuesta y tramite oportuno a los derechos de petición dirigidos a su oficina.	10%
G.4. (A) Gestión en el cumplimiento de Indicadores SIMU (Para Subdirección de Salud Pública, Subdirección de Calidad y Aseguramiento, Oficina Asesora de Planeación, Secretaria General)	Se evalúa el cumplimiento de los indicadores SIMU asignados a la dependencia, teniendo en cuenta el porcentaje de cumplimiento logrado y la oportunidad del reporte Formula: cumplimiento en el indicador + oportunidad del reporte/# indicadores SIMU asignados (Oportuno: 3 Extemporáneo: 2 No reportado: 1)	80%	La dependencia tiene pendiente el reporte de 2 indicadores correspondientes al proceso de Gestión de calidad	8%

<p>G.4 (B) Gestión en el cumplimiento de PAS (Para las dependencias de: Subdirección de Salud Pública, Subdirección de Calidad y Aseguramiento, Oficina Asesora de Planeación, Secretaria General)</p>	<p>Se evalúa según el informe consolidado de cumplimiento del PAS reportado por cada proceso y consolidado por la Oficina Asesora de Planeación. Formula: Cumplimiento a la meta/ Meta por producto programada</p>	<p>100%</p>	<p>De los indicadores asignados a la gestión de la dependencia, estos reportan un cumplimiento total en la ejecución de estas para la vigencia 2023</p>	<p>20%</p>
<p>G.5. Gestión de recursos</p>	<p>Se realiza la evaluación en base a la ejecución en el pago total de los compromisos asumidas por las dependencias para el desarrollo de sus actividades durante la vigencia evaluada. Formula: pagos realizados de los compromisos registrados/ Presupuesto asignado</p>	<p>70%</p>	<p>La dependencia realizo una ejecución adecuada de los recursos asignados</p>	<p>15%</p>
<p>TOTAL PRODUCTOS (% EVALUACIÓN 10%)</p>		<p>73%</p>	<p>19%</p>	
<p>Formula (% G.1 + % G.2 + % G.3 + % G.4 + %G.5) / 5</p>		<p>TOTAL, EVALUACION DE DEPENDENCIA</p>		
<p></p>		<p>91%</p>		

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

- G.1 Gestión del Plan de auditorías SGC
- G.2 Gestión en el control de indicadores de riesgo
- G.3 Gestión en el trámite de los Derechos de petición
- G.4 (A) Gestión en el cumplimiento de Indicadores SIMU (Jurídica- Secretaria General)
- G.4 (B) Gestión en el cumplimiento de Indicadores SIMU - Gestión en el cumplimiento de PAS (SSP- SCA- OAP)
- G.5 Gestión de recursos

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

8. Firma:

Jefe Oficina de Control Interno

ANEXO 2

1. Fecha: 16/04/24		2. Dependencia a evaluar: Calidad y aseguramiento		
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: Identificar, planificar, dirigir, coordinar y contratar la Red de prestadores de servicios de Salud departamental y nacional para mejorar la accesibilidad, oportunidad, continuidad en la prestación de los servicios de salud a la población de competencia del IDSN y además operativizar en forma efectiva las medidas preventivas, acciones de respuesta y ayuda inmediata en situaciones de emergencia y desastre para reducir el impacto en la comunidad.				
4. PRODUCTO		5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
		5.1. Avance producto (%)	5.2. Análisis de Resultados	5.3. Evaluación control interno (%)
G.1. Gestión del Plan de auditorías SGC	Cumplimiento en el desarrollo del PAA SGC, presentación de planes de acción y cierre de los mismos Formula: # PA cerrados/ #PA presentados	90%	La dependencia presento 5 planes de acción para subsanar los hallazgos de las auditorias e calidad de la vigencia 2023, de los cuales 4 cerraron y 1 se encuentra en seguimiento	19%
G.2. Gestión en el control de plan de tratamiento de riesgos	Se evalúa los resultados en la eficacia para el control de los riesgos previstos en los procesos asignados a la dependencia. Formula: cumplimiento de la actividad de control programada en la gestión de los riesgos/ # de riesgos asignados	100%	De acuerdo a la información reportada, correspondiente al seguimiento realizado por la OCI, se evidencia el cumplimiento de las actividades de control planteadas para los riesgos identificados	20%
G.3. Gestión en el trámite de los Derechos de petición	Se realiza la evaluación en el trámite oportuno de los derechos de petición radicados a las diferentes dependencias extrayendo la información registrada en el aplicativo SIUC. Formula: # de D.P. respondidos/ # de D.P. recibidos	97%	La dependencia dio tramite de respuesta a la mayoría de los derechos de petición dentro de la vigencia 2022, quedando algunos para ser respondidos en esta vigencia estando dentro de los términos de respuesta.	10%
G.4. (A) Gestión en el cumplimiento de Indicadores SIMU (Para Subdirección de Salud Pública, Subdirección de Calidad y Aseguramiento, Oficina Asesora de Planeación, Secretaria General)	Se evalúa el cumplimiento de los indicadores SIMU asignados a la dependencia, teniendo en cuenta el porcentaje de cumplimiento logrado y la oportunidad del reporte Formula: cumplimiento en el indicador + oportunidad del reporte/# indicadores SIMU asignados (Oportuno: 3 Extemporáneo: 2 No reportado: 1)	88%	La Subdirección de calidad y aseguramiento ha cumplido en su mayoría con las metas de los indicadores de la vigencia 2023, así como ha cumplido con su reporte oportuno en la plataforma simuweb.	10%



INFORME

CÓDIGO: F-PGED05-10

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página 14 de 20

<p>G.4 (B) Gestión en el cumplimiento de PAS (Para las dependencias de: Subdirección de Salud Pública, Subdirección de Calidad y Aseguramiento, Oficina Asesora de Planeación, Secretaria General)</p>	<p>Se evalúa según el informe consolidado de cumplimiento del PAS reportado por cada proceso y consolidado por la Oficina Asesora de Planeación.</p> <p>Formula: Cumplimiento a la meta/ Meta por producto programada</p>	100%	<p>De los indicadores asignados a la gestión de la dependencia dentro del PAS, estos reportan un cumplimiento total en la ejecución de estos para la vigencia 2023</p>	20%
<p>G.5. Gestión de recursos</p>	<p>Se realiza la evaluación en base a la ejecución en el pago total de los compromisos asumidas por las dependencias para el desarrollo de sus actividades durante la vigencia evaluada.</p> <p>Formula: pagos realizados de los compromisos registrados/ Presupuesto asignado</p>	72%	<p>La dependencia realizo una ejecución adecuada de los recursos asignados</p>	15%
TOTAL PRODUCTOS (% EVALUACIÓN 10%)		73%	19%	

Formula (% G.1 + % G.2 + % G.3 + % G.4 + %G.5) / 5

TOTAL EVALUACION DE DEPENDENCIA

92%

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

- G.1 Gestión del Plan de auditorías SGC
- G.2 Gestión en el control de indicadores de riesgo
- G.3 Gestión en el trámite de los Derechos de petición
- G.4 (A) Gestión en el cumplimiento de Indicadores SIMU (Jurídica- Secretaria General)
- G.4 (B) Gestión en el cumplimiento de Indicadores SIMU - Gestión en el cumplimiento de PAS (SSP- SCA- OAP)
- G.5 Gestión de recursos

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

8. Firma:

Jefe Oficina de Control Interno

ANEXO 3

1. Fecha: 16/04/24

2. Dependencia a evaluar: Salud Publica

3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:

Identificar y gestionar mecanismos y estrategias para lograr una participación efectiva entre el IDSN y los diferentes sectores, formas organizativas y/ o actores del SGSSS, con el fin de aunar esfuerzos y recursos encaminados a impactar sobre los determinantes sociales de la salud y alcanzar las metas establecidas en el Plan de Desarrollo, Plan Territorial de Salud del Departamento de Nariño y en atención al marco de sus competencias institucionales.

4. PRODUCTO		5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
		5.1. Avance producto (%)	5.2. Análisis de Resultados	5.3. Evaluación control interno (%)
G.1. Gestión del Plan de auditorías SGC	Cumplimiento en el desarrollo del PAA SGC, presentación de planes de acción y cierre de los mismos Formula: # PA cerrados/ #PA presentados	100%	De 10 planes de acción presentados por la dependencia relacionados con auditorias de asistencia técnica, IVC, gestión de laboratorio, al cierre de la vigencia 2023 se realizó el cierre en su totalidad de los planes presentados.	18%
G.2. Gestión en el control de plan de tratamiento de riesgos	Se evalúa los resultados en la eficacia para el control de los riesgos previstos en los procesos asignados a la dependencia. Formula: cumplimiento de la actividad de control programada en la gestión de los riesgos/ # de riesgos asignados	97%	De acuerdo a la información reportada, correspondiente al seguimiento realizado por la OCI, se evidencia el cumplimiento de las actividades de control planteadas para los riesgos identificados	19%
G.3. Gestión en el trámite de los Derechos de petición	Se realiza la evaluación en el trámite oportuno de los derechos de petición radicados a las diferentes dependencias extrayendo la información registrada en el aplicativo SIUC. Formula: # de D.P. respondidos/ # de D.P. recibidos	86%	La dependencia dio un trámite de respuesta a la mayoría de los derechos de petición dentro de la vigencia 2023.	9%
G.4. (A) Gestión en el cumplimiento de Indicadores SIMU (Para Subdirección de Salud Pública, Subdirección de Calidad y Aseguramiento, Oficina Asesora de Planeación, Secretaria General)	Se evalúa el cumplimiento de los indicadores SIMU asignados a la dependencia, teniendo en cuenta el porcentaje de cumplimiento logrado y la oportunidad del reporte Formula: cumplimiento en el indicador + oportunidad del reporte/# indicadores SIMU asignados (Oportuno: 3 Extemporáneo: 2 No reportado: 1)	52%	La Subdirección de Salud Pública cumplió con el reporto oportuno de los indicadores en la plataforma simuweb; sin embargo, presenta un rezago en el cumplimiento de las metas del indicador SIMU de la vigencia 2023,	9%

<p>G.4 (B) Gestión en el cumplimiento de PAS (Para las dependencias de: Subdirección de Salud Pública, Subdirección de Calidad y Aseguramiento, Oficina Asesora de Planeación, Secretaría General)</p>	<p>Se evalúa según el informe consolidado de cumplimiento del PAS reportado por cada proceso y consolidado por la Oficina Asesora de Planeación. Formula: Cumplimiento a la meta/ Meta por producto programada</p>	<p>84%</p>	<p>De los indicadores que se encuentran bajo la gestión de esta dependencia dentro del PAS la mayoría de estos reportan un cumplimiento en el vigencia 2023</p>	<p>18%</p>
<p>G.5. Gestión de recursos</p>	<p>Se realiza la evaluación en base a la ejecución en el pago total de los compromisos asumidas por las dependencias para el desarrollo de sus actividades durante la vigencia evaluada. Formula: pagos realizados de los compromisos registrados/ Presupuesto asignado</p>	<p>87%</p>	<p>La dependencia realizo una ejecución adecuada de los recursos asignados</p>	<p>18%</p>
<p>TOTAL PRODUCTOS (% EVALUACIÓN 10%)</p>		<p>68%</p>	<p>18%</p>	
<p>Formula (% G.1 + % G.2 + % G.3 + % G.4 + %G.5) / 5</p>		<p>86%</p>		
<p>TOTAL, EVALUACION DE DEPENDENCIA</p>				

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

- G.1 Gestión del Plan de auditorías SGC
- G.2 Gestión en el control de indicadores de riesgo
- G.3 Gestión en el trámite de los Derechos de petición
- G.4 (A) Gestión en el cumplimiento de Indicadores SIMU (Jurídica- Secretaria General)
- G.4 (B) Gestión en el cumplimiento de Indicadores SIMU - Gestión en el cumplimiento de PAS (SSP- SCA- OAP)
- G.5 Gestión de recursos

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

8. Firma:

Jefe Oficina de Control Interno

ANEXO 4

1. Fecha: 16/04/24		2. Dependencia a evaluar: Secretaria General		
3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia: Gestionar de manera óptima los recursos físicos, económicos, financieros y talento humano del IDSN, conforme a los lineamientos definidos en las políticas aplicables, para garantizar su calidad, suficiencia y pertinencia con capacidades necesarias para la implementación de políticas, planes y proyectos de salud, con orientación a una cultura de servicio para asegurar el adecuado ejercicio de la función pública				
4. PRODUCTO		5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
		5.1. Avance producto (%)	5.2. Análisis de Resultados	5.3. Evaluación control interno (%)
G.1. Gestión del Plan de auditorías SGC	Cumplimiento en el desarrollo del PAA SGC, presentación de planes de acción y cierre de los mismos Formula: # PA cerrados/ #PA presentados	98%	De 47 planes de acción presentados para subsanar los hallazgos las auditorías de calidad 2023 a los procesos de gestión de recursos, talento humano y seguridad y salud en el trabajo , se cerraron 43 de manera adecuada y 1 presento cierre ineficaz.	16%
G.2. Gestión en el control de plan de tratamiento de riesgos	Se evalúa los resultados en la eficacia para el control de los riesgos previstos en los procesos asignados a la dependencia. Formula: cumplimiento de la actividad de control programada en la gestión de los riesgos/ # de riesgos asignados	96%	De acuerdo a la información reportada, correspondiente al seguimiento realizado por la OCI, se evidencia el cumplimiento parcial de las actividades de control planteadas para los riesgos identificados	18%
G.3. Gestión en el trámite de los Derechos de petición	Se realiza la evaluación en el trámite oportuno de los derechos de petición radicados a las diferentes dependencias extrayendo la información registrada en el aplicativo SIUC. Formula: # de D.P. respondidos/ # de D.P. recibidos	79%	La dependencia dio un trámite de respuesta a la mayoría de los derechos de petición dentro de la vigencia 2022, quedando algunos para ser respondidos principalmente por la oficina de talento humano.	7%
G.4. (A) Gestión en el cumplimiento de Indicadores SIMU (Para Subdirección de Salud Pública, Subdirección de Calidad y Aseguramiento, Oficina Asesora de Planeación, Secretaria General)	Se evalúa el cumplimiento de los indicadores SIMU asignados a la dependencia, teniendo en cuenta el porcentaje de cumplimiento logrado y la oportunidad del reporte Formula: cumplimiento en el indicador + oportunidad del reporte/# indicadores SIMU asignados (Oportuno: 3 Extemporáneo: 2 No reportado: 1)	56%	De acuerdo a la información registrada en SIMU WEB, la dependencia se encuentra pendientes el reporte de 3 indicadores en los procesos de gestión estratégica asociados a los procesos de la Secretaria General.	6%

<p>G.4 (B) Gestión en el cumplimiento de PAS (Para las dependencias de: Subdirección de Salud Pública, Subdirección de Calidad y Aseguramiento, Oficina Asesora de Planeación, Secretaria General)</p>	<p>Se evalúa según el informe consolidado de cumplimiento del PAS reportado por cada proceso y consolidado por la Oficina Asesora de Planeación. Formula: Cumplimiento a la meta/ Meta por producto programada</p>	<p>63%</p>	<p>De los indicadores asignados a la gestión de la dependencia, no se reporta el cumplimiento de un indicador correspondiente al 4 trimestre del 2023, asignado a la dependencia dentro del cumplimiento al PAS.</p>	<p>17%</p>
<p>G.5. Gestión de recursos</p>	<p>Se realiza la evaluación en base a la ejecución en el pago total de los compromisos asumidas por las dependencias para el desarrollo de sus actividades durante la vigencia evaluada. Formula: pagos realizados de los compromisos registrados/ Presupuesto asignado</p>	<p>68%</p>	<p>Los compromisos adquiridos por la dependencia finalizaron su ejecución en la mayoría de ellos en la vigencia 2022.</p>	<p>10%</p>
<p>TOTAL PRODUCTOS (% EVALUACIÓN 10%)</p>		<p>61%</p>	<p>15%</p>	
<p>Formula (% G.1 + % G.2 + % G.3 + % G.4 + %G.5) / 5</p>		<p>76%</p>	<p>TOTAL, EVALUACION DE DEPENDENCIA</p>	

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

- G.1 Gestión del Plan de auditorías SGC
- G.2 Gestión en el control de indicadores de riesgo
- G.3 Gestión en el trámite de los Derechos de petición
- G.4 (A) Gestión en el cumplimiento de Indicadores SIMU (Jurídica- Secretaria General)
- G.4 (B) Gestión en el cumplimiento de Indicadores SIMU - Gestión en el cumplimiento de PAS (SSP- SCA- OAP)
- G.5 Gestión de recursos

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

8. Firma:

Jefe Oficina de Control Interno

ANEXO 5

1. Fecha: 16/04/24

2. Dependencia a evaluar: Oficina Jurídica

3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:

Orientar jurídicamente a la Dirección y demás dependencias del IDSN, de tal manera que la gestión administrativa e institucional se desarrolle dentro del marco legal vigente; garantizando el cumplimiento de la normatividad aplicable en contratación estatal, defensa judicial y soporte jurídico.

4. PRODUCTO		5. MEDICIÓN DE PRODUCTOS		
		5.1. Avance producto (%)	5.2. Análisis de Resultados	5.3. Evaluación control interno (%)
G.1. Gestión del Plan de auditorías SGC	Cumplimiento en el desarrollo del PAA SGC, presentación de planes de acción y cierre de los mismos Formula: # PA cerrados/ #PA presentados	100%	Dentro del programa de auditorías de la vigencia 2023, el proceso de gestión jurídica la dependencia presentó 3 planes de acción para subsanar los hallazgos, los cuales se cerraron de manera adecuada en su totalidad.	18%
G.2. Gestión en el control de plan de tratamiento de riesgos	Se evalúa los resultados en la eficacia para el control de los riesgos previstos en los procesos asignados a la dependencia. Formula: cumplimiento de la actividad de control programada en la gestión de los riesgos/ # de riesgos asignados	97%	De acuerdo a la información reportada, correspondiente al seguimiento realizado por la OCI, se evidencia el cumplimiento de las actividades de control planteadas para los riesgos identificados	16%
G.3. Gestión en el trámite de los Derechos de petición	Se realiza la evaluación en el trámite oportuno de los derechos de petición radicados a las diferentes dependencias extrayendo la información registrada en el aplicativo SIUC. Formula: # de D.P. respondidos/ # de D.P. recibidos	93%	La oficina Jurídica dio respuesta a la mayoría los derechos de petición radicados en su dependencia de manera oportuna.	10%
G.4. (A) Gestión en el cumplimiento de Indicadores SIMU (Para Subdirección de Salud Pública, Subdirección de Calidad y Aseguramiento, Oficina Asesora de Planeación, Secretaría General)	Se evalúa el cumplimiento de los indicadores SIMU asignados a la dependencia, teniendo en cuenta el porcentaje de cumplimiento logrado y la oportunidad del reporte Formula: cumplimiento en el indicador + oportunidad del reporte/# indicadores SIMU asignados (Oportuno: 3 Extemporáneo: 2 No reportado: 1)	92%	La oficina Jurídica ha cumplido en su mayoría con las metas fijados en los indicadores simu, y ha cumplido oportunamente con su reporte en la plataforma Simuweb	17%



INFORME

CÓDIGO: F-PGED05-10

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página 20 de 20

<p>G.4 (B) Gestión en el cumplimiento de PAS (Para las dependencias de: Subdirección de Salud Pública, Subdirección de Calidad y Aseguramiento, Oficina Asesora de Planeación, Secretaria General)</p>	<p>Se evalúa según el informe consolidado de cumplimiento del PAS reportado por cada proceso y consolidado por la Oficina Asesora de Planeación. Formula: Cumplimiento a la meta/ Meta por producto programada</p>		<p>NA</p>	<p>MA</p>
<p>G.5. Gestión de recursos</p>	<p>Se realiza la evaluación en base a la ejecución en el pago total de los compromisos asumidas por las dependencias para el desarrollo de sus actividades durante la vigencia evaluada. Formula: pagos realizados de los compromisos registrados/ Presupuesto asignado</p>	<p>99%</p>	<p>Los compromisos adquiridos por la dependencia finalizaron su ejecución en la vigencia 2022.</p>	<p>20%</p>
<p>TOTAL PRODUCTOS (% EVALUACIÓN 10%)</p>		<p>77%</p>	<p>16%</p>	
<p>Formula (% G.1 + % G.2 + % G.3 + % G.4 + %G.5) / 5</p>				
<p>TOTAL EVALUACION DE DEPENDENCIA</p>		<p>93%</p>		

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

- G.1 Gestión del Plan de auditorías SGC
- G.2 Gestión en el control de indicadores de riesgo
- G.3 Gestión en el trámite de los Derechos de petición
- G.4 (A) Gestión en el cumplimiento de Indicadores SIMU (Jurídica- Secretaria General)
- G.4 (B) Gestión en el cumplimiento de Indicadores SIMU - Gestión en el cumplimiento de PAS (SSP- SCA- OAP)
- G.5 Gestión de recursos

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

8. Firma:

Jefe Oficina de Control Interno