



INFORME

CÓDIGO: F-PGED05-10

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página 1 de 21

Tema del Informe: INFORME EVALUACION POR DEPENDENCIAS IDSN 2022	Fecha			Informe N°
	Día	Mes	Año	
	15	02	2023	01
Para: Dra. DIANA PAOLA ROSERO ZAMBRANO – Directora IDSN				
Descripción del Informe				
1. INTRODUCCION				
<p>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, presenta el informe de EVALUACIÓN POR DEPENDENCIAS correspondiente a la vigencia 2022, 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 2022, determinando así el grado de eficiencia y eficacia de la gestión de la entidad.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>				
2. OBJETIVO				
<p>Realizar la evaluación de las dependencias del Instituto Departamental de Salud de Nariño correspondiente a la vigencia 2022, verificando el cumplimiento de las metas y resultados alcanzados por cada una de ellas de acuerdo con la estructura orgánica de la entidad.</p>				
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:
$$\frac{\text{Cumplimiento en el indicador} + \text{oportunidad del reporte}}{\text{Indicadores SIMU asignados}}$$

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: $\frac{\text{Cumplimiento a la meta}}{\text{Meta por producto programada}}$

- *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: $\frac{\text{Pagos realizados de los compromisos registrados}}{\text{Presupuesto asignado}}$

- **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 2022.

- **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.

Productos a evaluar	Referentes de evaluación	Avance de productos	Evaluación Control Interno
G.1. Gestión del Plan de auditorías SGC		83%	17%
G.1. Gestión de Riesgos		99%	19%
G.3. Gestión en el trámite de los Derechos de petición		100%	10%
G.4. (A) Gestión en el cumplimiento de Indicadores SIMU (Jurídica- OCI)		0%	0%
G.4. (B) Gestión de Indicadores SIMU (SCA, SSP, OAP)		67%	7%
G.4 (B) Gestión en el cumplimiento de PAS (SCA, SSP, OAP. S. General)		100%	20%
G.5. Gestión de recursos		55%	11%
Total Referentes Evaluación		67%	17%
Puntaje total Evaluación		84%	

- **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.

Productos a evaluar	Referentes de evaluación	Avance de productos	Evaluación Control Interno
G.1. Gestión del Plan de auditorías SGC		100%	20%
G.1. Gestión de Riesgos		100%	20%
G.3. Gestión en el trámite de los Derechos de petición		96%	10%
G.4. (A) Gestión en el cumplimiento de Indicadores SIMU (Jurídica- OCI)			
G.4. (B) Gestión de Indicadores SIMU (SCA, SSP, OAP)		100%	10%
G.4 (B) Gestión en el cumplimiento de PAS (SCA, SSP, OAP. S. General)		97%	20%
G.5. Gestión de recursos		99%	20%
Total Referentes Evaluación		79%	20%
Puntaje total Evaluación		99%	

- **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	60%	12%
G.1. Gestión de Riesgos	99%	20%
G.3. Gestión en el trámite de los Derechos de petición	86%	9%
G.4. (A) Gestión en el cumplimiento de Indicadores SIMU (Jurídica- OCI)		
G.4. (B) Gestión de Indicadores SIMU (SCA, SSP, OAP)	68%	7%
G.4 (B) Gestión en el cumplimiento de PAS (SCA, SSP, OAP. S. General)	94%	19%
G.5. Gestión de recursos	82%	16%
Total Referentes Evaluación	65%	17%
Puntaje total Evaluación	82%	

- **Secretaria General:** Los puntajes obtenidos por la dependencia si bien no están por debajo del 50%, nos muestran un rezago en la gestión de los productos evaluados, 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.

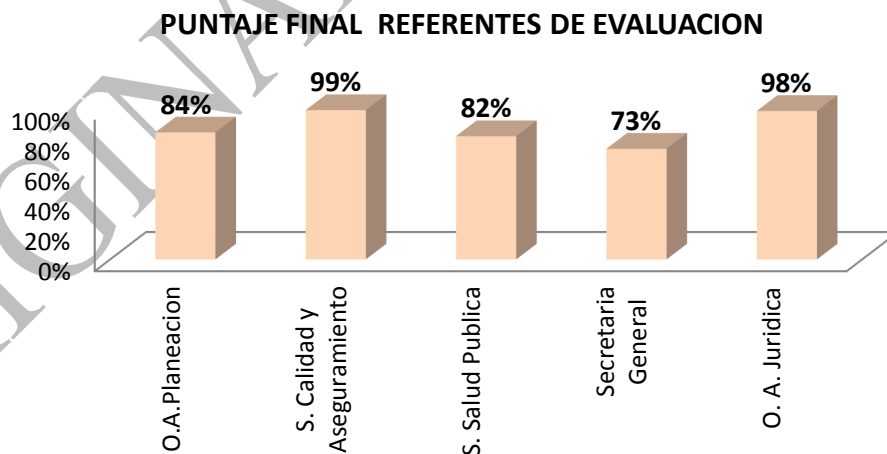
Referentes de evaluación	Avance de productos	Evaluación Control Interno
Productos a evaluar		
G.1. Gestión del Plan de auditorías SGC	64%	13%
G.1. Gestión de Riesgos	74%	15%
G.3. Gestión en el trámite de los Derechos de petición	88%	9%
G.4. (A) Gestión en el cumplimiento de Indicadores SIMU (Jurídica- OCI)		
G.4. (B) Gestión de Indicadores SIMU (SCA, SSP, OAP)	46%	5%
G.4 (B) Gestión en el cumplimiento de PAS (SCA, SSP, OAP. S. General)	72%	15%
G.5. Gestión de recursos	93%	19%
Total Referentes Evaluación	58%	15,2%
Puntaje total Evaluación	73%	

- **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%	17%
G.1. Gestión de Riesgos	100%	16%
G.3. Gestión en el trámite de los Derechos de petición	100%	10%
G.4. (A) Gestión en el cumplimiento de Indicadores SIMU (Jurídica- OCI)	100%	30%
G.4. (B) Gestión de Indicadores SIMU (SCA, SSP, OAP)	0%	0%
G.4 (B) Gestión en el cumplimiento de PAS (SCA, SSP, OAP. S. General)	0%	0%
G.5. Gestión de recursos	99%	20%
Total Referentes Evaluación	80%	19%
Puntaje total Evaluación	98%	

En base a los puntajes anteriores, se procede a determinar el puntaje final de la evaluación de la gestión de la vigencia 2022 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)



Calificación Del Desempeño en la gestión: para evaluar el desempeño realizado por las dependencias en la gestión de sus metas durante la vigencia 2022, 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	Desempeño de la Gestión
O.A. Planeación	Gestión Favorable
S. Calidad y Aseguramiento	Gestión Sobresaliente
S. Salud Publica	Gestión Favorable
S. General	Gestión Desfavorable
O. A. Jurídica.	Gestión Sobresaliente

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 con Salud pública y 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

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 G C, etc., teniendo en cuenta que actualmente el IDSN tiene personal nuevo de planta.
- Establecer mecanismos en los cuales se asigne responsabilidades y sanciones frente al no reporte de la información en el sistema.
- 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**
- Teniendo en cuenta lo establecido en la circular interna No 030 del IDSN, la acción preventiva comunicada por la Procuraduría Regional, sobre la falta de oportunidad en las respuestas de las PQRS, se recomienda ejercer controles más rigurosos sobre los tramites de estas, desde el momento de su radicación, asignación y trámite; así como contemplar la aplicación de las medidas disciplinarias pertinentes sobre los trabajadores que tienen a su responsabilidad estos procesos y que no cumplen de manera oportuna con los procesos que permitan brindar una respuesta a tiempo, y evitar consigo 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 2022, situación que afecta la oportunidad del reporte, ítems que fue considerado dentro de la evaluación de este indicador.
- 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.
- Continuar con el fomento de la cultura de control a través de la sensibilización la Oficina de Control Interno, culminando la socialización atoadas las áreas de la entidad.
- 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 2022, a fin de cumplir los indicadores en el 2023.
- Se recomienda realizar seguimientos al Plan de Acción en Salud - PAS, al PTS, basado en el enfoque de riesgos y aplicar los controles que, contribuyan al logro de los objetivos institucionales, verificando la eficacia de las acciones correctivas, preventivas y de mejora en la gestión de los riesgos. Los reportes e informes de verificación de avance y cargue de documentos por parte de los funcionarios designados, a través de los módulos y plataformas establecidas, aplicar las recomendaciones de la Oficina de planeación, según las socializaciones que se realizan.

- Se recomienda realizar acciones de seguimiento en el marco del autocontrol y como primera línea de defensa, a través de reuniones de grupos primarios; estableciendo los tiempos de entrega, proceso de verificación, evaluación y seguimiento a su gestión, y retroalimentación, facilitando la toma de decisiones en tiempo real, la adopción de acciones oportunas de prevención y corrección y el mejoramiento continuo del control y la gestión del IDSN. No es claro por qué no se formulan planes de mejoramiento cuando se presentan retrasos en el cumplimiento. Lo anterior considerando que las acciones correctivas, preventivas, planes de mejora, dentro de los procesos internos de la entidad, pueden originarse en cualquiera de las siguientes fuentes: 1. Análisis de los resultados de indicadores. 2. Medición y control de los procesos. Con la tendencia del Indicador, es posible conceptuar que en algunos de ellos se presenta un leve atraso en cuanto al cumplimiento de la meta, dicho atraso se presentó desde la ejecución de las actividades, y que al momento no se ha podido evidenciar acciones para contrarrestar la desviación en tiempo identificada.
- Se observa la necesidad de aplicar ajustes en la planeación de la gestión, y fortalecer la asesoría y acompañamiento a las áreas en la formulación de los proyectos, especialmente su verificación una vez se tengan estructurados estos por parte de las áreas, situaciones ya identificadas en la OAP.
- Conviene evaluar la pertinencia de formulación de metas con factores implícitos a la gestión del área, como son el liderazgo – tener presente la importancia al definir una meta, que esta debe ser concreta, medible, y cronológicamente limitada.

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:*

**INFORME**

CÓDIGO: F-PGED05-10

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página 11 de 21

- 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	REVISOR	Fecha		
		Día	Mes	Año
Aura Esther Galindres A. Profesional Contratista OCI	Atriz Rosero Mejía Jefe Oficina Control Interno de Gestión	15	02	2023

Ruta: Escritorio\OCI 2021-2023\AÑO 2023\PQRS\DP enero

ANEXO 1.

1. Fecha: 14/02/23	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	83%	La oficina de planeación en la vigencia 2022 presento 6 planes de acción correspondientes a hallazgos y aspectos por mejorar de las auditorias de Planificación y Desarrollo del Sistema Territorial en Salud, Gestión de calidad y Gestión Estratégica, de los cuales al finalizarla vigencia 2022 se cerraron 5.	17%
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	99%	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%

<p>G.4. (A) Gestión en el cumplimiento de Indicadores SIMU (Para las dependencias de Jurídica- Secretaria General)</p>	<p>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</p> <p>Formula: cumplimiento en el indicador + oportunidad del reporte/# indicadores SIMU asignados</p> <p>(Oportuno: 3 Extemporáneo: 2 No reportado: 1)</p>			
<p>G.4. (B) Gestión en el cumplimiento de Indicadores SIMU (Para las dependencias de Jurídica- Secretaria General)</p>	<p>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</p> <p>Formula: cumplimiento en el indicador + oportunidad del reporte/# indicadores SIMU asignados</p> <p>(Oportuno: 3 Extemporáneo: 2 No reportado: 1)</p>	67%	<p>La dependencia no ha reportado los indicadores del último trimestre correspondiente a los procesos de planificación y desarrollo del sistema territorial, Gestión Estratégica y Gestión de calidad</p>	7%
<p>Gestión en el cumplimiento de PAS (Para las dependencias de: Subdirección de Salud Pública, Subdirección de Calidad y Aseguramiento, Oficina Asesora de Planeación)</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, estos reportan un cumplimiento en la ejecución de estas para la vigencia 2022</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>	55%	<p>De los recursos comprometidos a cierre de la vigencia 2022, la dependencia realizo el pago del 50% del valor comprometido, es decir que de los compromisos registrados el 50% finalizaron su ejecución en la vigencia evaluada.</p>	11%
<p>TOTAL PRODUCTOS (% EVALUACIÓN 10%)</p>		67%	17%	
<p>Formula (% G.1 + % G.2 + % G.3 + % G.4 + %G.5) / 5</p>				
<p>TOTAL EVALUACION DEPENDENCIA</p>		84%		

ANEXO 2

1. Fecha: 14/02/23

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	100%	La dependencia cumplió con la presentación y cierre oportuno de los planes de acción dentro de la vigencia evaluada.	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	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	96%	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 en esta vigencia estando dentro de los términos de respuesta.	10%
G.4. (A) Gestión en el cumplimiento de Indicadores SIMU (Para las dependencias de Jurídica- 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)			
G.4. (B) Gestión en el cumplimiento de Indicadores SIMU (Para las dependencias de Jurídica- 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)	100%	La Subdirección de calidad y aseguramiento ha cumplido y reportado adecuadamente las metas de los indicadores SIMU de la vigencia 2022.	10%
Gestión en el cumplimiento de PAS (Para las dependencias de: Subdirección de Salud Pública, Subdirección de Calidad y Aseguramiento, Oficina Asesora de Planeación)	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	97%	De los indicadores asignados a la gestión de la dependencia, estos reportan un avance significativo en la ejecución de estos para la vigencia 2022	20%
G.5. Gestión de recursos	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	99%	Los compromisos adquiridos por la dependencia finalizaron su ejecución en la mayoría de ellos en la vigencia 2022.	20%

TOTAL PRODUCTOS (% EVALUACIÓN 10%)

79%

20%

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

TOTAL EVALUACION DEPENDENCIA

99%

ANEXO 3

1. Fecha: 14/02/23		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	60%	De 15 planes de acción presentados por la dependencia relacionados con auditorías de asistencia técnica, IVC, gestión de laboratorio, al cierre de la vigencia 2022 se realizó el cierre de 9 de ellos.	12%
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	99%	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	86%	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 en esta vigencia estando dentro de los términos de respuesta.	9%
G.4. (A) Gestión en el cumplimiento de Indicadores SIMU (Para las dependencias de Jurídica- 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)			
G.4. (B) Gestión en el cumplimiento de Indicadores SIMU (Para las dependencias de Jurídica- 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)	68%	De acuerdo a la información registrada en la plataforma SIMU WEB, dentro del proceso de IVC no se han realizado el reporte del último periodo de la vigencia 2022 de 6 indicadores de 15 asignados a este proceso.	7%
Gestión en el cumplimiento de PAS (Para las dependencias de: Subdirección de Salud Pública, Subdirección de Calidad y Aseguramiento, Oficina Asesora de Planeación)	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	94%	De los indicadores que se encuentran bajo la gestión de esta dependencia la mayoría de estos reportan un cumplimiento significativo en el vigencia 2022	19%
G.5. Gestión de recursos	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	82%	Los compromisos adquiridos por la dependencia finalizaron su ejecución en la mayoría de ellos en la vigencia 2022.	16%
TOTAL PRODUCTOS (% EVALUACIÓN 10%)		65%		17%
Formula (% G.1 + % G.2 + % G.3 + % G.4 + %G.5) / 5				
TOTAL EVALUACION DEPENDENCIA		82%		

OK

ANEXO 4

1. Fecha: 14/02/23

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	64%	De 11 de los planes de acción derivados de las auditorías de gestión de recursos y talento humano, se cerraron 7 en la vigencia 2022, el resto se encuentra en seguimiento para cierre en el 2023.	13%
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	74%	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	15%
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	88%	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 en esta vigencia estando dentro de los términos de respuesta	9%
G.4. (A) Gestión en el cumplimiento de Indicadores SIMU (Para las dependencias de Jurídica- 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)			
G.4. (B) Gestión en el cumplimiento de Indicadores SIMU (Para las dependencias de Jurídica- 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)	46%	De acuerdo a la información registrada en SIMU WEB, no se han reportado dentro del proceso de gestión de Talento Humano 7 de 11 de los indicadores que se relacionan con dicho proceso	5%
Gestión en el cumplimiento de PAS (Para las dependencias de: Subdirección de Salud Pública, Subdirección de Calidad y Aseguramiento, Oficina Asesora de Planeación)	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	72%	De dos indicadores PAS bajo la gestión de esta dependencia, se ha desarrollado un cumplimiento para la vigencia 2022, uno de ellos reporta un avance del 89%	15%
G.5. Gestión de recursos	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	93%	Los compromisos adquiridos por la dependencia finalizaron su ejecución en la mayoría de ellos en la vigencia 2022.	19%
TOTAL PRODUCTOS (% EVALUACIÓN 10%)		58%		15.2%
Formula (% G.1 + % G.2 + % G.3 + % G.4 + %G.5) / 5				
TOTAL EVLAUCION DEPENDENCIA			73%	

ANEXO 5

1. Fecha: 14/02/23

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 2022, el proceso de gestión jurídica la dependencia presento un plan de acción dirigido a aspectos a mejorar, ya que no presento hallazgos. El plan de acción presentado se cerró de manera oportuna dentro de la vigencia 2022.	17%
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	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 100%	La oficina Jurídica dio respuesta a los derechos de petición radicados en su dependencia de manera oportuna.	10%
G.4. (A) Gestión en el cumplimiento de Indicadores SIMU (Para las dependencias de Jurídica- 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) 100%	La oficina Jurídica ha cumplido y reportado adecuadamente las metas de los indicadores SIMU de la vigencia 2022.	30%

<p>G.4. (B) Gestión en el cumplimiento de Indicadores SIMU (Para las dependencias de Jurídica- Secretaria General)</p>	<p>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</p> <p>Formula: cumplimiento en el indicador + oportunidad del reporte/# indicadores SIMU asignados</p> <p>(Oportuno: 3 Extemporáneo: 2 No reportado: 1)</p>	<p>NA</p>	<p>NA</p>	
<p>Gestión en el cumplimiento de PAS (Para las dependencias de: Subdirección de Salud Pública, Subdirección de Calidad y Aseguramiento, Oficina Asesora de Planeación)</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>	<p>NA</p>	<p>NA</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.</p> <p>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 mayoría de ellos en la vigencia 2022.</p>	<p>20%</p>

TOTAL PRODUCTOS (% EVALUACIÓN 10%)

80%

19%

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

TOTAL EVALUACION DEPENDENCIA

98%

OK