

	<b>FORMATO DE COMUNICACIONES</b>		FECHA ELABORACION: 01-04-2019
	<b>CODIGO: CAL-F-027</b>		FECHA ACTUALIZACION: 12-07-2024
	<b>VERSION: 4</b>		PAGINA: 1 - 1
			REVISO Y APROBO: Jefe Oficina De Calidad

**1100-380-10**  
CI-254

Bucaramanga, 13 de diciembre de 2024

Doctor  
HERNÁN DARÍO ZÁRATE ORTEGÓN  
Gerente

Doctora  
OLGA LUCIA MANTILLA URIBE  
Jefe Oficina Asesora de Planeación  
E.S.E ISABU  
Bucaramanga

Asunto: Informe final de auditoría al Proceso Planeación y Direccionamiento Estratégico.

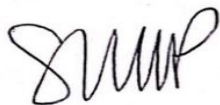
Cordial Saludo:

La Oficina de Control Interno de la E.S.E. ISABU, en desarrollo de sus funciones y conforme al plan de auditorías para la vigencia 2024, presenta informe final de la auditoria al proceso Planeación y Direccionamiento Estratégico para su conocimiento y fines pertinentes.

Teniendo en cuenta que se generó un (1) hallazgo, se debe presentar a esta oficina un plan de mejoramiento dentro de los diez (10) días hábiles siguientes al recibo de la presente comunicación.

Agradezco su atención.

Cordialmente,




**SILVIA JULIANA PINZÓN CUEVAS**  
Jefe Oficina de Control Interno

Proyectó: Vianey González Gamarra  
Profesional de apoyo control interno

Firma \_\_\_\_\_  
Radicado: **00004688**  
Enviado: 13/12/2024 - 2:30 pm  
ventanillaunica  
ESE ISABU



	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA</b>	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	CODIGO: CIN-F-013	PAGINA: 1-2
	VERSION: 4	REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

## AUDITORIA DE PROCESO: PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO

**FECHA:** 13 de diciembre de 2024

**RESPONSABLES DEL PROCESO:** Dra. Olga Lucía Mantilla Uribe  
Jefe Oficina Asesora de Planeación

**ALCANCE:** Evaluar y verificar la gestión de Planeación y Direccionamiento Estratégico, en los siguientes temas:

Grupos de valor, Política de riesgos, MIPG, Planes Institucionales, SUIT, ITA, Proyectos: avances y seguimientos, Comités en los cuales planeación y direccionamiento estratégico es secretario técnico o lo preside el área de Planeación, Plan de acción del plan de desarrollo 2020-2024, Procesos y procedimientos de Planeación y direccionamiento estratégico, Plan de desarrollo 2024-2027, Plan Bienal, Publicidad de documentos o seguimientos del área de Planeación.

**OBJETIVOS:** Evaluar de manera independiente y objetiva al proceso de Planeación y Direccionamiento Estratégico, con el fin de identificar oportunidades de mejora que contribuyan al cumplimiento de la misión y los objetivos institucionales de manera eficiente y eficaz.

### MARCO NORMATIVO:

- Constitución política de Colombia, artículos 209 y 269.
- 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 1712 de 2017, por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones”.
- Decreto 1499 de 2017 “Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015”.
- Resolución 1519 de 2020: “Por la cual se definen los estándares y directrices para publicar la información señalada en la Ley 1712 del 2014 y se definen los requisitos materia de acceso a la información pública, accesibilidad web, seguridad digital, y datos abiertos”.
- Resolución No. 408 de 2018: “Por la cual se modifica la resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743-2013 y se dictan otras disposiciones” expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.
- Procedimientos del área.

### VISITAS Y ENTREVISTAS REALIZADAS:

En el marco de la auditoria, se realizaron visitas y entrevistas en las siguientes fechas 18/10/2024 (jornada de la mañana) y 03/12/2024 con la Dra. Sandra Amaya, el día 21/10/2024 (jornada de la tarde) y el 26/11/2024 con el ingeniero Edinson Rodolfo Ríos, el 22/10/2024 (jornada de la mañana) con Laura Pachón Ramírez profesional de

**INFORME FINAL DE AUDITORIA  
INTERNA**

FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021

FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024

**CODIGO: CIN-F-013**

PAGINA: 2-2

**VERSION: 4**

REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control  
Interno

apoyo planeación, 27/11/2024 con Natalia Serrano Profesional especializada planeación, 24/10/2024 y 15/11/2024 con Naomi Cárdenas profesional comunicaciones, 02/12/2024 con Cristian Contreras profesional especializado planeación.

**Equipo Auditor:**

Silvia Juliana Pinzón Cuevas jefe Oficina Control Interno  
María Alicia Navarro Alba profesional de Apoyo Control Interno  
Vianey González Gamarra profesional de Apoyo Control Interno

Se llevaron a cabo las siguientes actividades:

- ✓ Análisis y revisión documental de evidencias entregadas conforme a las visitas realizadas al área de Planeación y Direccionamiento Estratégico.
- ✓ Revisión página web institucional.

**ACEPTACION O NO ACEPTACIÓN DEL HALLAZGO:**

La oficina de Control Interno de la E.S.E. ISABU, en cumplimiento de sus funciones, Plan Anual de Auditoría basado en riesgos de la vigencia 2024 y en el marco del MIPG, presenta informe final de auditoría realizado al proceso de Planeación y Direccionamiento Estratégico.

La presente auditoría se llevó a cabo en atención a las normas y técnicas de auditoría e incluyó las evidencias que dan fe del proceso auditado y el cumplimiento de las disposiciones legales.

En el marco de la auditoria se realizó la siguiente revisión:

• **PLAN GRUPOS DE VALOR E INTERÉS:**

- ✓ Dentro de los Grupos de Valor e interés se encuentra el grupo - Entidades Educativas Profesionales y Técnicas, al cual se le realizó un ajuste en el indicador. (Número de cupos utilizados durante el periodo/Total de cupos programados en el periodo evaluado\*100%), que permitiera el cumplimiento optimo de la meta, quedando el Indicador: (Número de cupos utilizados / Total de cupos disponibles \* 100%). Meta: menor o igual 90%. Este ajuste fue aprobado en acta de comité No. 08 del 29 de julio de 2024 y se procedió a realizar los cambios pertinentes en los resultados presentados del I y II trimestre para dar cumplimiento al Plan de Grupos de Valor de la vigencia 2024.
- ✓ De acuerdo con el seguimiento realizado en el Plan de acción MIPG al Plan de grupos de valor, presentado con corte a 30 de septiembre de 2024 en el comité CIGD se tiene un cumplimiento del plan de grupos de valor e interés del acumulado del 79,7%.
- ✓ Aclara esta oficina de control interno que para obtener la meta programada de 90%, aun se debe realizar el debido seguimiento del cuarto (4) trimestre de 2024.

	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA</b>	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	CODIGO: CIN-F-013	PAGINA: 3-2
	VERSION: 4	REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

## • POLÍTICA DE RIESGOS

- ✓ Se evidencia que el Subsistema de Administración de Riesgos SICOF Y SARLAFT vigencia 2024 fue presentado y aprobado mediante Acta 01 de 17 de enero de 2024 de Comité de Gestión de Riesgos de la ESE ISABU.
- ✓ La política de Administración del Riesgo fue actualizada mediante Resolución 0377 de 27 de agosto de 2024 de acuerdo con las acciones de mejora continua provenientes del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), lineamientos del Departamento Administrativo de la Función Pública y al marco normativo de la Superintendencia de Salud.
- ✓ La política de riesgos se encuentra publicada en página web institucional en el link: <https://isabu.gov.co/transparencia/politicas-lineamientos-y-manuales/>

### Gestión del Riesgo

- ▶ **Política Administración del Riesgo**
- ▶ **Resolución 0377 del 27 de agosto 2024 – Por la cual se actualiza la política institucional para la administración del riesgo de la E.S.E ISABU (fecha de publicación 27 de agosto 2024)**
- ▶ **Socialización Política Administración del Riesgo 2021 (Fecha de publicación 27 de enero 2022)**

Fuente: Página web institucional

## • COMITÉ INTEGRAL DE GESTIÓN DEL RIESGO

- ✓ Mediante reunión extraordinaria de Junta Directiva del 19 de diciembre de 2022, se aprobó la Política de Administración del Riesgo y mediante Resolución 0375 de 28 de julio de 2023 se creó el Comité de Gestión Integral de Riesgos, por lo cual la ESE ISABU cuenta con un Sistema Integral de Gestión del Riesgo implementado, cumpliendo de esta manera con las circulares externas emitidas por la Supersalud No. 009 de 2016, No. 003 de 2018 y las circulares No. 202117000000055- SARLAF y 202117000000045 SICOF del 2021 las cuales dan lineamientos para todo el Sistema Integral de Riesgos.
- ✓ Se evidenció que en la vigencia 2024 se han llevado a cabo 4 comités de gestión integral de riesgos en las siguientes fechas 17/01/2024, 26/03/2024, 04/07/2024, 07/11/2024, según actas de reunión.
- ✓ Para la vigencia 2024 se tiene un total de 23 riesgos del subsistema SICOF y 1 Riesgo del subsistema SARLAFT.
- ✓ Se llevó a cabo la elaboración y publicación del Programa de Transparencia y Ética Pública– PTEP Vigencia 2024, el cual se encuentra publicado en la página web institucional de la E.S.E ISABU Link: <https://isabu.gov.co/transparencia/plan-anticorrupcion-y-de-atencion-al-ciudadano/>.

## INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA

FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021

FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024

CODIGO: CIN-F-013

PAGINA: 4-2

VERSION: 4

REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

- ✓ Se cumplió el seguimiento al Programa de Transparencia y Ética Pública – Mapa de riesgos SICOF y SARLAFT del segundo cuatrimestre de vigencia 2024 por parte de la oficina de control interno. Se realizó monitoreo cuatrimestral, por parte de la oficina de planeación.
- ✓ El día 27 de agosto de 2024 se realizó modificación de los responsables de los Subsistemas Integrados de gestión del riesgo de seguridad de la información. Se da inclusión en la segunda línea de defensa del proceso de Talento Humano; como responsable de monitorear temas claves del ciclo del servidor (capacitación, bienestar, Incentivos, convivencia laboral y Código de integridad).
- ✓ La oficina de planeación realiza monitoreo de manera trimestral al sistema de Riesgos Operacionales, Riesgo Actuarial, Riesgo Liquidez y Riesgo Reputacional.

### • MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN - MIPG

- ✓ Mediante Acta CIGD No. 08 del 29 de julio de 2024, la oficina de planeación realizó la presentación del seguimiento del II trimestre de 2024 y cierre del Plan de Acción MIPG 2023 – 2024 a corte 30 de junio de 2024, este Plan de MIPG contaba con 38 actividades para ser ejecutadas de diciembre de 2023 a junio de 2024, del cual se dio cumplimiento del 100% de lo programado.

SEGUIMIENTO PLAN DE TRABAJO MIPG VIGENCIA 2023 - 2024																				
CORTE DEL SEGUIMIENTO: 30 DE JUNIO DE 2024																				
DIMENSIÓN	1. TALENTO HUMANO			2. DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN		3. GESTIÓN CON VALORES PARA RESULTADOS							4. EVALUACIÓN DE RESULTADOS		5. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN		6. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA INNOVACIÓN		7. CONTROL INTERNO	
	política	Gestión estratégica del talento humano	Integridad	Total dimensión	Planificación institucional	Total dimensión	Fortalecimiento institucional y simplificación de procesos	Gobierno digital	Seguridad digital	Servicio al ciudadano	Racionalización de trámites	Participación ciudadana en la gestión pública	Total dimensión	Seguimiento y evaluación del desempeño institucional	Total dimensión	Gestión Documental	Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción	Total dimensión	Gestión del conocimiento y la innovación	Total dimensión
CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE 2024	METAS CUMPLIDAS II TRIMESTRE 2024	0	0	0	3	3	1	2	1,5	0	2	0	6,5	3	3	1	0,5	1,5	0	0
	METAS PROGRAMADAS II TRIMESTRE 2024	0	0	0	3	3	1	2	1,5	0	2	0	6,5	3	3	1	0,5	1,5	0	0
CUMPLIMIENTO ACUMULADO A 30 JUNIO 2024	METAS CUMPLIDAS A 30 JUNIO 2024	5	5	10	3	3	1	2	3	2	2	1	11	3	3	4	2	6	2	3
	METAS PROGRAMADAS EN EL PLAN 2023-2024	5	5	10	3	3	1	2	3	2	2	1	11	3	3	4	2	6	2	3
CUMPLIMIENTO ACUMULADO DEL PLAN	AVANCE POR POLÍTICA Y DIMENSIÓN ACUMULADA DEL PLAN	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
																			CUMPLIMIENTO PLAN DE TRABAJO MIPG	
																			PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL II TRIMESTRE DE 2024	100%
																			PORCENTAJE DE AVANCE DEL PLAN ACUMULADO	100%

Fuente: Oficina asesora de Planeación.

- ✓ Se llevó a cabo la presentación del FURAG de la vigencia 2023 al Departamento Administrativo de la Función Pública, resultados que fueron socializados en el comité CIGD según Acta No.8 del 29 de julio de 2024, al comparar la ESE ISABU con las entidades del grupo par (Grupo 27 a nivel Nacional) se ubicó en el puesto 8 de 41 entidades, obteniendo un resultado de cumplimiento del 82,3.

# **INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA**

FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021

FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024

CODIGO: CIN-F-013

PAGINA: 5-2

VERSION: 4

REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno




Fuente: Oficina asesora de Planeación.

- ✓ De acuerdo con los resultados del FURAG se realizó comparativo de las políticas 2022-2023; como aspecto importante se resalta un aumento de 3.8 puntos entre la vigencia 2022 al 2023 en la implementación de las políticas ubicándose la entidad en el quinto quintil de la Medición del Índice de Desempeño Institucional.

CÓDIGO POLÍTICA	NOMBRE DE LA POLÍTICA	2022	2023	AVANCE
POL01	Gestión Estratégica del Talento Humano	82,2	76,9	👎
POL02	Integridad	52,5	74,8	👍
POL03	Planeación Institucional	95	94,9	👍
POL06	Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos	94,1	91	👎
POL07	Gobierno digital	73,9	79	👍
POL08	Seguridad digital	60,2	73,2	👍
POL11	Servicio al ciudadano	75,9	78,3	👍
POL12	Racionalización de trámites	63,3	77,8	👍
POL13	Participación ciudadana en la gestión pública	87,7	82,2	👎
POL14	Seguimiento y evaluación del desempeño institucional	82,5	89,6	👍
POL15	Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción	77,9	90,6	👍
POL16	Gestión Documental	88,7	78,5	👎
POL18	Gestión del conocimiento	58,8	54	👎
POL19	Control interno	80,1	90,1	👍
<b>TOTAL</b>		<b>78,5</b>	<b>82,3</b>	👍

Fuente: Oficina asesora de Planeación.

	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA</b>		FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021
			FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	<b>CODIGO: CIN-F-013</b>		PAGINA: 6-2
	<b>VERSION: 4</b>		REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

- ✓ Se evidenció aprobación PLAN DE ACCION MIPG 2024-2025 (Vigencia julio 2024 hasta el 30 de junio de 2025) mediante Acta No.9 del 17 de septiembre de 2024, con la aprobación de 75 actividades a realizar.

Construcción del Plan de Acción MIPG 2024-2025

FURAC 2023	Total general	GETH	Integridad	Planeación Institucional	Fortalecimiento Institucional	Gobierno Digital	Seguridad Digital	Servicio al Ciudadano	Racionalización de Trámites	Participación Ciudadana	Seguimiento y Evaluación	Transparencia, Acceso a la Información Pública	Gestión Documental	Gestión del Conocimiento	Control Interno
PRIORIZADAS	131	11	20	0	2	14	2	19	2	17	3	8	6	4	23
PRIORIZADAS EN OTRA POLÍTICA	32	3	8	6	0	1	0	0	0	2	5	2	0	3	2
EJECUTADAS	49	4	1	1	1	5	1	0	1	2	5	4	15	0	9
NO PRIORIZADAS	117	5	2	1	4	27	5	4	7	5	3	0	4	38	12
RECOMENDACIONES	330	23	31	8	7	47	9	23	10	26	16	14	25	45	46
ACTIVIDADES PROGRAMAD	75	9	9	8	2	10	2	5	1	4	6	5	6	3	5


212

Fuente: Oficina asesora de Planeación.

- ✓ Se evidenció seguimiento del Plan de acción MIPG 2024-2025 correspondiente al tercer trimestre del 2024 en el cual se programaron 7 actividades las cuales tuvieron ejecución del 100% y un cumplimiento acumulado del 9,3%.

PLAN MIPG 2024-2025 ESE ISABU

Corte 30 de septiembre 2024



CORTE DEL SEGUIMIENTO: 30 DE SEPTIEMBRE DE 2024																												
DIMENSION	1. TALENTO HUMANO			2. DIRECCIONAMIENTO ESTRATEGICO Y PLANEACION			3. GESTION CON VALORES PARA RESULTADOS							4. EVALUACION DE RESULTADOS			5. INFORMACION Y COMUNICACION			6. GESTION DEL CONOCIMIENTO Y LA INNOVACION			7. CONTROL INTERNO		CUMPLIMIENTO PLAN DE ACCIÓN MIPG	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL III TRIMESTRE DE 2024	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO PLAN AL 30 DE SEPTIEMBRE 2024	PORCENTAJE DE AVANCE DEL PLAN ACUMULADO
	POLITICA	Gestión estratégica del talento humano		Integridad	Total dimensión	Planeación institucional	Total dimensión	Gestión institucional y simplificación de procesos							Total dimensión	Seguimiento y evaluación del desempeño institucional	Total dimensión	Gestión Documental	Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción	Total dimensión	Gestión del conocimiento y la innovación	Total dimensión	Control interno	Total dimensión				
								Gobierno digital	Seguridad digital	Servicio al ciudadano	Racionalización de trámites	Participación ciudadana en la gestión pública																
CUMPLIMIENTO III TRIMESTRE 2024	METAS CUMPLIDAS III TRIMESTRE 2024	1	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	1	1	0	0	0	0	7,0	100%	100%	9,30%
	METAS PROGRAMADAS III TRIMESTRE 2024	1	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	1	1	0	0	0	0	7,0			
CUMPLIMIENTO ACUMULADO A 30 SEPTIEMBRE 2024	METAS CUMPLIDAS A 30 SEPTIEMBRE 2024	1	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	1	1	0	0	0	0	7,0	100%	100%	9,30%
	METAS PROGRAMADAS A 30 DE JUNIO 2024	1	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	0	1	1	0	0	0	0	7,0			
CUMPLIMIENTO ACUMULADO DEL PLAN	METAS PRO GRAMADAS EN EL PLAN 2024-2025	9	9	18	8	8	2	10	2	5	1	4	24	6	6	5	6	11	3	3	5	5			75,0	100%	100%	9,30%
	AVANCE POR POLITICA Y DIMENSION ACUMULADA DEL PLAN	13%	22%	17%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	50%	50%	0%	17%	9%	0%	0%	0%	0%						

CUMPLIMIENTO PLAN DE ACCIÓN MIPG


100%

100%

9,30%

Fuente: Oficina asesora de Planeación.



	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA</b>	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	CODIGO: CIN-F-013	PAGINA: 7-2
	VERSION: 4	REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

## • COMITÉ INSTITUCIONAL DE GESTIÓN Y DESEMPEÑO CIGD

- ✓ En cumplimiento normativo de la implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión con la Resolución N°. 0242 de 2018 “Por medio de la cual se adopta el Modelo Integrado de Planeación y Gestión y se conforma el Comité Institucional de Gestión y Desempeño “CIGD” de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga – ESE ISABU.
- ✓ Mediante la Resolución 0379 de 12 de julio de 2021 “Por medio de la cual se deroga la resolución no 006 de 2020 y la resolución 187 de 2020 y se adopta el Modelo Integrado de Planeación y Gestión y se conforma el Comité Institucional de Gestión y Desempeño CIGD de la Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga”.
- ✓ Con la Resolución 0030 del 15 de enero de 2024 “Por medio de la cual se modifica el artículo 05 de la resolución 0379 de 2021 del 12 de julio del 2021 y se deroga la Resolución 0566 del 10 de noviembre de 2021”.
- ✓ El comité CIGD para la vigencia 2024 se ha realizado con la periodicidad establecida, tal y como consta en las actas suscritas en cada comité.

## • PLANES INSTITUCIONALES

- ✓ Se llevó a cabo la aprobación de los planes estratégicos institucionales en el comité CIGD según acta No.02 con fecha 30 de enero de 2024, la ESE ISABU cuenta con un total de 24 planes estratégicos institucionales como son:
  1. Plan Institucional de Archivos-PINAR
  2. Plan de conservación documental
  3. Plan de preservación digital a largo plazo
  4. Plan de Transferencias Documentales Primarias
  5. Plan Anual de Adquisiciones
  6. Plan de Gasto público
  7. Plan Estratégico de Talento Humano
  8. Plan de Vacantes
  9. Plan de previsión de recursos humanos
  10. Plan Institucional de Capacitación-PIC
  11. Plan de Bienestar e incentivos
  12. Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo
  13. Plan Estratégico Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones PETI
  14. Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad Digital
  15. Plan de Seguridad y privacidad de la información
  16. Plan de aseguramiento de la Calidad del Sistema de la Información
  17. Plan de acción para la gestión sistemática y cíclica de riesgos de seguridad digital
  18. Plan de mantenimiento de equipos de cómputo, redes y sistemas



**INFORME FINAL DE AUDITORIA  
INTERNA**

**CODIGO: CIN-F-013**

**VERSION: 4**

FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021

FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024

PAGINA: 8-2


REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control  
Interno

19. Plan de participación ciudadana
20. Plan de austeridad y gestión ambiental
21. Plan de mantenimiento de la infraestructura
22. Plan de mantenimiento hospitalario
23. Plan de conflicto de interés
24. Plan estratégico código de integridad

- ✓ Los planes estratégicos institucionales se publicaron el 31 de enero de 2024 en la página web institucional Link: <https://isabu.gov.co/transparencia/planes-estrategicos-institucionales/>, en cumplimiento del decreto 612 de 2018.

• **SEGUIMIENTO A LOS PLANES ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES**


- ✓ La Oficina de Planeación realizó seguimiento a los (24) Planes Institucionales a través de una matriz de Excel, se evidenció seguimiento con corte al III trimestre de la vigencia 2024 con un cumplimiento del 98% de lo programado del tercer trimestre 2024 y un cumplimiento acumulado del 92.1%.

	<b>FORMATO INFORME DE GESTION</b>		FECHA ELABORACIÓN: 17-04-2023
	CODIGO: CAL-F-095		FECHA ACTUALIZACIÓN: 12-07-2024
	VERSION: 2		PAGINA: 11 - 14
			REVISO Y APROBÓ: JEFE Oficina de Calidad

**Tabla 3 Planes Estratégicos e Institucionales Vigencia 2024**

No PLAN	PLANES ESTRATÉGICOS	No ACT.	I TRIMESTRE		II TRIMESTRE		III TRIMESTRE		METAS	TOTAL METAS EJECUTADAS ACUMULADAS	CUMPLIMIENTO I TRIMESTRE 2024	CUMPLIMIENTO II TRIMESTRE	CUMPLIMIENTO III TRIMESTRE	CUMPLIMIENTO ACUMULADO
			METAS EJECUTADAS	METAS PROGRAMADAS	METAS EJECUTADAS	METAS PROGRAMADAS	METAS EJECUTADAS	METAS PROGRAMADAS						
1	Plan Institucional de Archivos de la entidad - PNAH	4	24	24	28	28	16	17	76	58	100%	100%	94%	89,9%
2	Plan de Conservación Documental	3	17	17	14	14	9	9	52	40	100%	100%	100%	76,9%
3	Plan de Preservación Digital a largo plazo	3	4	4	6	6	3	3	13	13	100%	100%	100%	100,0%
4	Plan de transferencias documentales Primarias	4	8	8	3	3	3	3	15	14	100%	100%	100%	93,3%
5	Plan Anual de Adquisiciones	5	5	5	6	6	9	9	20	20	100%	100%	100%	100,0%
6	Plan de Gasto Público	3	2	2	1	1	1	1	5	4	100%	100%	100%	88,0%
7	Plan Estratégico de Talento Humano	3	2	2	1	1	0	0	4	3	100%	100%	0%	75,0%
8	Plan de Vacantes	3	3	3	1	1	1	1	6	5	100%	100%	100%	83,3%
9	Plan de Prevención de Recursos Humanos	3	3	3	1	1	1	1	6	5	100%	100%	100%	83,3%
10	Plan Institucional de Capacitación - PIC	3	28	31	28	29	22	24	110	81	99%	97%	92%	73,6%
11	Plan de Bienestar e Incentivos	3	14	15	31	33	23	25	105	71	93%	94%	92%	87,6%
12	Plan de trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo	3	39	51	43	53	15	43	214	99	76%	81%	35%	46,3%
13	Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones - PETI	6	2	2	81	108	0	0	113	83	100%	75%	0%	73,5%
14	Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad Digital	4	3	3	3	3	2	2	9	8	100%	100%	100%	88,9%
15	Plan de Seguridad y Privacidad de la Información	6	1	1	3	3	3	3	12	7	100%	100%	100%	58,3%
16	Plan de aseguramiento de la calidad del sistema de la información	3	1	1	3	3	1	1	8	5	100%	100%	100%	62,5%
17	Plan de acción para la gestión sistemática y óptica de riesgos de seguridad digital	3	0	0	0	0	2	2	3	2	0%	0%	100%	66,7%
18	Plan de Mantenimiento de equipos de computo, redes y sistemas	4	1	1	0	0	1	1	4	2	100%	0%	100%	50,0%
19	Plan de Participación Ciudadana	3	5	5	1	1	1	1	8	7	100%	100%	100%	87,5%
20	Plan de Austeridad y Gestión Ambiental	8	1	1	10	9	4	4	22	15	100%	111%	100%	88,2%
21	Plan de Mantenimiento de la Infraestructura	6	46	46	56	56	56	56	218	158	100%	100%	100%	72,5%
22	Plan de mantenimiento Hospitalario	11	916	916	1223	1223	1172	1172	3311	3311	100%	100%	100%	100,0%
23	Plan de conflicto de Intereses	3	9	9	4	6	3	3	22	16	100%	67%	100%	72,7%
24	Plan Estratégico Código de Integridad	10	5	5	3	3	0	0	35	8	100%	100%	0%	22,9%
TOTAL		107	1139	1155	1550	1591	1348	1381	4391	4045	99%	97%	98%	92,1%

Fuente: Oficina Asesora de Planeación ESE ISABU.

	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA</b>	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	CODIGO: CIN-F-013	PAGINA: 9-2
	VERSION: 4	REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

Se observa que, según seguimiento realizado por el profesional especializado de la oficina de planeación, el plan institucional de Seguridad y Salud en el trabajo cuenta con una meta de 214 actividades y hasta el tercer trimestre de 2024 se han ejecutado 99 actividades, con un cumplimiento de 46,3% presentándose un atraso considerable en el cumplimiento de la meta.

De acuerdo con la auditoría realizada, se observó que la oficina Asesora de Planeación realiza seguimiento a los planes institucionales y retroalimentación con cada una de las áreas responsables, permitiendo de esta manera la optimización en la gestión de los diferentes procesos.

#### • SEGUIMIENTO AL SISTEMA ÚNICO DE INFORMACIÓN DE TRAMITES - SUIT


- ✓ Respecto a la racionalización de tramites se tiene determinado el trámite “Asignación de citas para la prestación de servicios de salud” para la vigencia 2024.
- ✓ La oficina de control interno realizó seguimiento cuatrimestral al cumplimiento del SUIT a corte 31 de agosto, evidenciando el cumplimiento del 100% del cronograma trazado por la oficina asesora de planeación.
- ✓ Se evidencia cumplimiento de la obligación de reporte en el SUIT. El último y definitivo seguimiento se realizará en el mes diciembre de 2024, en el cual se realizará seguimiento en el avance y cumplimiento del cronograma establecido en la plataforma Sistema Único de Información de Trámites SUIT.

#### • ÍNDICE DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA (ITA)

Se realizó verificación de la página web institucional <https://isabu.gov.co/> conforme al diligenciamiento de la matriz de Cumplimiento del Índice de Transparencia y Acceso a la Información ITA reportado a la Procuraduría General de la Nación para la vigencia 2024, la cual reúne los requisitos de la Ley 1712 de 2014 “Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones” y la Resolución 1519 de 2020 “Por la cual se definen los estándares y directrices para publicar la información señalada en la Ley 1712 del 2014 y se definen los requisitos materia de acceso a la información pública, accesibilidad web, seguridad digital, y datos abiertos”.

De lo revisado se pudo evidenciar:

**Anexo Técnico 1.1. Directrices de Accesibilidad Web:** se pudo evidenciar que el enlace reportado <https://isabu.gov.co/transparencia/atencion-y-servicio-a-la-ciudadania/historias-clinicas> no direcciona al formulario de solicitud de historias clínicas.

	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA</b>	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	CODIGO: CIN-F-013	PAGINA: 10-2
	VERSION: 4	REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno




Fuente: Verificación página web institucional

**2.4. Requisitos mínimos en menú destacado: Verificado el servicio de Trámites, Otros Procedimientos Administrativos y Consultas digitales Información:** se evidenció que el link del trámite de certificados de defunción no se encuentra funcionando.

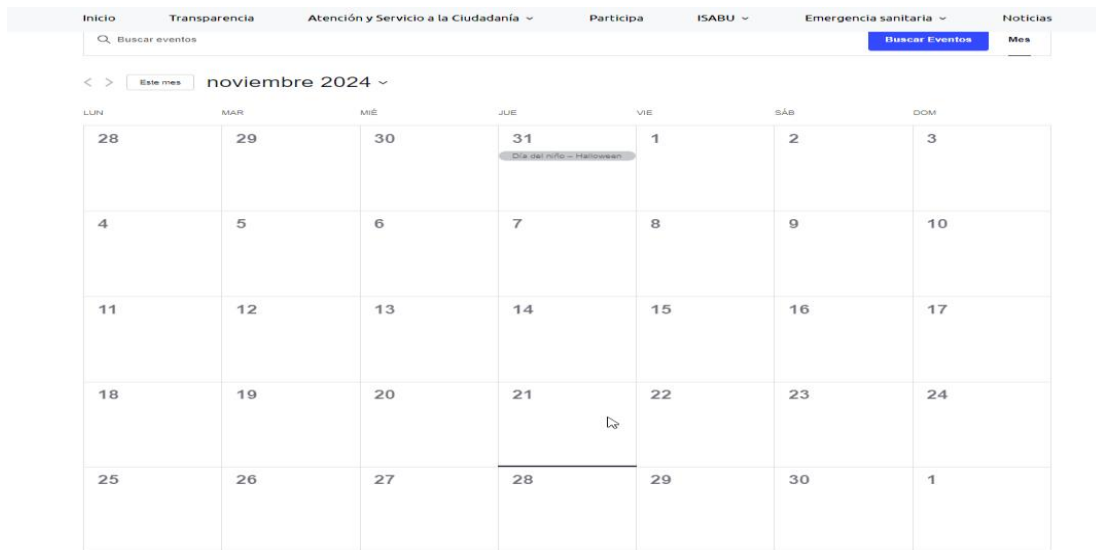


Fuente: Verificación página web institucional

**3.5. Directorio de servidores públicos, empleados o contratistas, j. Objeto, valor total de los honorarios, fecha de inicio y de terminación, cuando se trate contratos de prestación de servicios:** Verificado el ítem reportado en la matriz ITA se evidencia que el link relacionado <https://isabu.gov.co/transparencia/directorio-de-servidores-publicos-empleados-o-contratistas/> remite a la información del SIGEP Personal de Planta, no se evidenció en la página web institucional el criterio requerido.

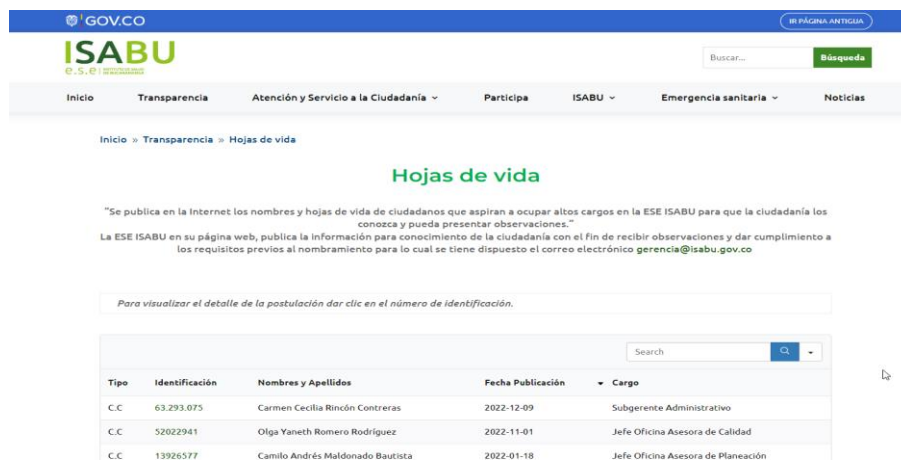
	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA</b>	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	CODIGO: CIN-F-013	PAGINA: 11-2
	VERSION: 4	REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

3.11. Calendario de actividades, el criterio establece, “El sujeto obligado habilita un calendario de eventos y fechas clave relacionadas con sus procesos misionales”. Se evidenció link de acceso a calendario de actividades <https://isabu.gov.co/eventos/>, sin embargo, no se evidenció registro de los eventos de la entidad programados para la vigencia 2024, en ninguno de los meses.




Fuente: Verificación página web institucional

3.14. Publicación de hojas de vida, Publicar la hoja debida de aspirantes, junto con el email para presentar comentarios por parte de la ciudadanía: Se evidenció link de acceso hojas de vida <https://isabu.gov.co/transparencia/hojas-de-vida/>, con información desactualizada.



Tipo	Identificación	Nombres y Apellidos	Fecha Publicación	Cargo
C.C.	63.293.075	Carmen Cecilia Rincón Contreras	2022-12-09	Subgerente Administrativo
C.C.	52022941	Olga Yaneth Romero Rodríguez	2022-11-01	Jefe Oficina Asesora de Calidad
C.C.	13926577	Camilo Andrés Maldonado Bautista	2022-01-18	Jefe Oficina Asesora de Planeación

Fuente: Verificación página web institucional

	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA</b>	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	CODIGO: CIN-F-013	PAGINA: 12-2
	VERSION: 4	REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

**6.9. Informe sobre Defensa Pública y Prevención del Daño Antijurídico:** Se evidenció información de publicación de informes de procesos judiciales solo hasta la vigencia 2023, en lo que corresponde de la vigencia 2024 no hay publicación de informes.


IR PÁGINA ANTIGUA



Búsqueda

[Inicio](#)
[Transparencia](#)
[Atención y Servicio a la Ciudadanía](#)
[Participa](#)
[ISABU](#)
[Emergencia sanitaria](#)
[Noticias](#)

[Inicio](#) » [Transparencia](#) » [Informe sobre Defensa Pública y Prevención del Daño Antijurídico](#)

## Informe sobre Defensa Pública y Prevención del Daño Antijurídico

Fecha de actualización: 30 de junio de 2023

2023


[INFORME PROCESOS JUDICIALES](#)  
Fecha de publicación: 30 de junio de 2023


[INFORME PROCESOS JUDICIALES](#)  
Fecha de publicación: 30 de Marzo de 2023

2022



[Informe sobre Defensa Pública y Prevención del Daño Antijurídico](#)  
Fecha de publicación: 03 de enero de 2023

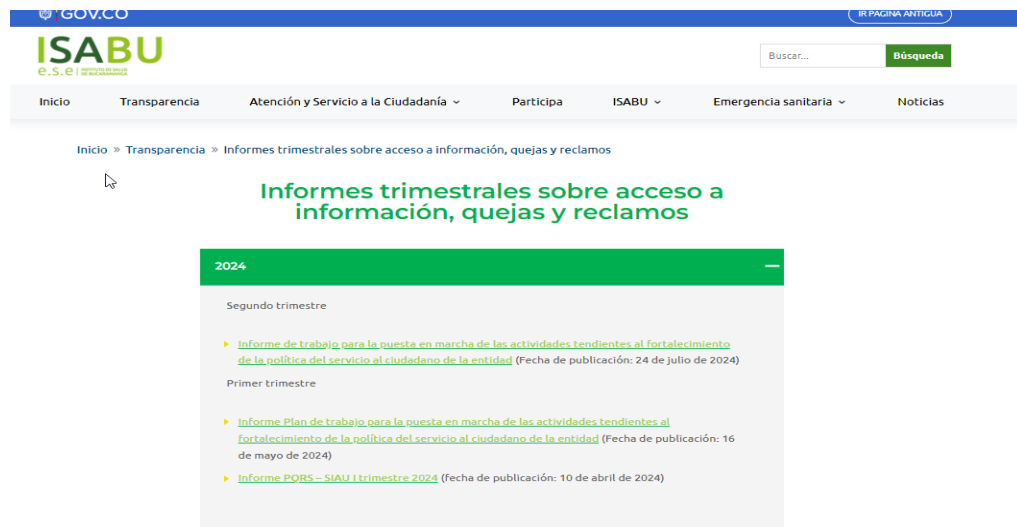
2021


[Informe sobre Defensa Pública y Prevención del Daño Antijurídico](#)  
Fecha de publicación: 15 de Diciembre de 2021

Fuente: Verificación página web institucional

**6.10. Informes trimestrales sobre acceso a información, quejas y reclamos:** Revisado el link de publicación de informes trimestrales de PQRS, no se evidenció la publicación de estos informes en lo que corresponde al segundo y tercer trimestre de la vigencia 2024.

	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA</b>	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	CODIGO: CIN-F-013	PAGINA: 13-2
	VERSION: 4	REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno




Fuente: Verificación página web institucional

**8.1. Descripción General. Calendario de la estrategia anual de participación ciudadana:** Se evidencia link de calendario de participación ciudadana, sin embargo, se observó que la publicación del seguimiento al cronograma de capacitaciones de la alianza de usuarios se registra solo hasta marzo del 2024.

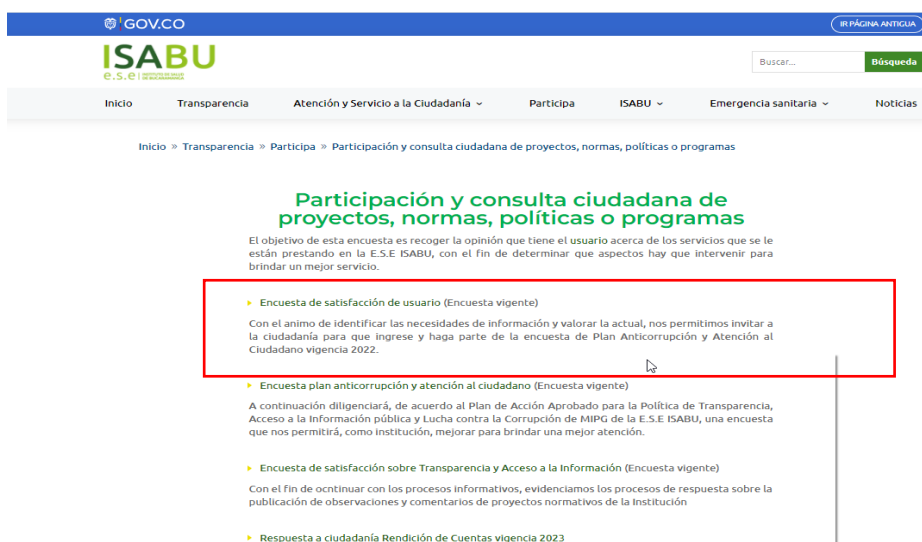
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
ELABORACION Y APROBACION CRONOGRAMA												
CAPACITACION EN RENDICION DE CUENTAS												
CAPACITACION LIDERAZGO SOCIAL Y PARTICIPACION SOCIAL												
ASAMBLEA GENERAL ALIANZA 2024												
CAPACITACION EN SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL - REFORMA A LA SALUD												
CAPACITACION POLITICA DE HUMANIZACION												
CAPACITACION SISTEMAS Y DERECHOS DE PETICION												
CAPACITACION EN PRIMEROS AUXILIOS Y TRIAGE												
CAPACITACION EN PAMEC Y PROYECTOS												
CAPACITACION EN DERECHOS Y DEBERES												
CAPACITACION SISBEN, CUOTAS MODERADORAS Y COPAGOS												
REUNION FIN DE AÑO												

SE GENERO EL CRONOGRAMA DE CAPACITACIONES DE LA ALIANZA DE USUARIOS Y LLEVA EL SIGUIENTE CUMPLIMIENTO				
MES	ACTIVIDAD	CUMPLIMIENTO	FECHA	LUGAR
ENERO	REUNION ELABORACION Y APROBACION DEL CRONOGRAMA DE CAPACITACION	100%	10-ene	CS MUTIS
FEBRERO	REUNION Y CAPACITACION EN RENDICION DE CUENTAS	100%	7-feb	CS MUTIS
MARZO	REUNION Y CAPACITACION EN LIDERAZGO Y PARTICIPACION SOCIAL	100%	14-mar	CS MUTIS
MAYO	CAPACITACION EN SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL			
JUNIO	CAPACITACION EN POLITICA DE HUMANIZACION			
JULIO	CAPACITACION EN SISTEMAS INFORMATICOS			
AGOSTO	CAPACITACION EN PRIMEROS AUXILIOS Y TRIAGE			
SEPTIEMBRE	CAPACITACION EN PAMEC			
OCTUBRE	CAPACITACION EN DERECHOS Y DEBERES			
NOVIEMBRE	CAPACITACION EN CUOTAS MODERADORAS Y COPAGOS			

Fuente: Verificación página web institucional

	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA</b>	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	CODIGO: CIN-F-013	PAGINA: 14-2
	VERSION: 4	REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

8.2. Estructura y Secciones del menú "PARTICIPA", Se evidencia link de acceso a encuestas de satisfacción sobre transparencia sin embargo se evidenció información desactualizada.



GOV.CO

ISABU e.s.e INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA

Inicio Transparencia Atención y Servicio a la Ciudadanía Participa ISABU Emergencia sanitaria Noticias

Inicio » Transparencia » Participa » Participación y consulta ciudadana de proyectos, normas, políticas o programas

### Participación y consulta ciudadana de proyectos, normas, políticas o programas

El objetivo de esta encuesta es recoger la opinión que tiene el usuario acerca de los servicios que se le están prestando en la E.S.E ISABU, con el fin de determinar que aspectos hay que intervenir para brindar un mejor servicio.

- Encuesta de satisfacción de usuario (Encuesta vigente)  
Con el ánimo de identificar las necesidades de información y valorar la actual, nos permitimos invitar a la ciudadanía para que ingrese y haga parte de la encuesta de Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano vigencia 2022.
- Encuesta plan anticorrupción y atención al ciudadano (Encuesta vigente)  
A continuación diligenciará, de acuerdo al Plan de Acción Aprobado para la Política de Transparencia, Acceso a la Información pública y Lucha contra la Corrupción de MIPG de la E.S.E ISABU, una encuesta que nos permitirá, como institución, mejorar para brindar una mejor atención.
- Encuesta de satisfacción sobre Transparencia y Acceso a la Información (Encuesta vigente)  
Con el fin de continuar con los procesos informativos, evidenciamos los procesos de respuesta sobre la publicación de observaciones y comentarios de proyectos normativos de la Institución.
- Respuesta a ciudadanía Rendición de Cuentas vigencia 2023

Fuente: Verificación página web institucional

8.2. Estructura y Secciones del menú "PARTICIPA" d. Publicar la propuesta elegida y los criterios para su selección: Revisada el link reportado <https://isabu.gov.co/transparencia/participa/colaboracion-e-innovacion-abierta/> se evidenció información desactualizada.



Inicio Transparencia Atención y Servicio a la Ciudadanía Participa ISABU Emergencia sanitaria

Inicio » Transparencia » Participa » Colaboración e innovación abierta

### Colaboración e innovación abierta

La Colaboración e Innovación es entendida como la interacción con la ciudadanía para la búsqueda de soluciones a problemáticas públicas con el conocimiento de los grupos de valor y así resolver los desafíos de las entidades, de modo que se establezcan redes de cooperación y sinergias que permitan comprender las problemáticas o necesidades de una población particular, abrir canales para recibir ideas y propuestas de solución y lograr la selección final de las más viables.

Función Pública abre este espacio para que la ciudadanía conozca y participe de los retos y avances sobre innovación que se proponga desde las áreas misionales de la Entidad.

**Ejercicios de cocreación 2022**

- Campus virtual Unab

**Auditorías Articuladas**

- Informe de Gestión, Evaluación y Auditoría
- Informes y Seguidores Oficina de Control Interno

**Reto Ciudadano 2022**

**Objetivo**  
Dar cumplimiento a lo establecido en el alistamiento y orden del día para el pleno desarrollo de la audiencia según los lineamientos de la rendición de cuentas, presentando los resultados de la gestión periódica a través de la habilitación de espacios de diálogo entre la E.S.E ISABU y sus grupos de valor.


**Presentación propuestas:**

- Diligenciar el formato de propuestas
- Desde el viernes 25 de febrero al 15 de marzo del 2022

**Metodología de presentación:**  
Diligenciar formato de presentación de propuestas publicado en página web explicando temas de interés y canales para su respuesta.

Fuente: Verificación página web institucional



	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA</b>	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	CODIGO: CIN-F-013	PAGINA: 15-2
	VERSION: 4	REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

## Colaboración e innovación abierta

La Colaboración e Innovación es entendida como la interacción con la ciudadanía para la búsqueda de soluciones a problemáticas públicas con el conocimiento de los grupos de valor y así resolver los desafíos de las entidades, de modo que se establezcan redes de cooperación y sinergias que permitan comprender las problemáticas o necesidades de una población particular, abrir canales para recibir ideas y propuestas de solución y lograr la selección final de las más viables.

Función Pública abre este espacio para que la ciudadanía conozca y participe de los retos y avances sobre innovación que se proponga desde las áreas misionales de la Entidad.

### Ejercicios de cocreación 2022

- Campus virtual Unab

**Auditorías Articuladas**

- Informe de Gestión, Evaluación y Auditoría
- Informes y Seguidimientos Oficina de Control Interno

**Reto Ciudadano 2022**

**Objetivo**

Dar cumplimiento a lo establecido en el alistamiento y orden del día para el pleno desarrollo de la audiencia según los lineamientos de la rendición de cuentas, presentando los resultados de la gestión periódica a través de la habilitación de espacios de diálogo entre la E.S.E ISABU y sus grupos de valor.

**Presentación propuestas:**

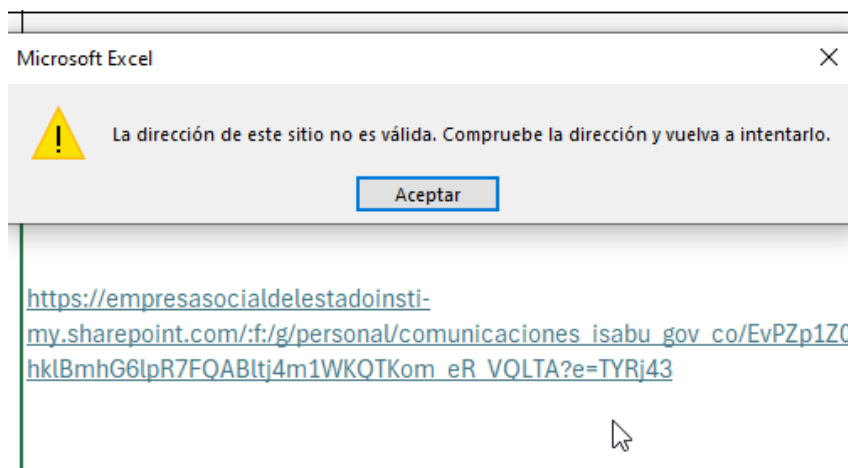
- Diligencie el formato de propuestas
- Desde el viernes 25 de febrero al 15 de marzo del 2022

**Metodología de presentación:**


Diligenciar formato de presentación de propuestas publicado en página web explicando temas de interés y canales para su respuesta.

Fuente: Verificación página web institucional

**15. ANEXO 3. CONDICIONES TÉCNICAS MÍNIMAS Y DE SEGURIDAD DIGITAL WEB:** Al verificar el link reportado en la matriz ITA, se observó que la dirección no es válida.



Fuente: Verificación reporte matriz ITA.

	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA</b>	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	CODIGO: CIN-F-013	PAGINA: 16-2
	VERSION: 4	REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

## HALLAZGO No. 1

**Condición:** Como resultado del seguimiento realizado al cumplimiento de los criterios establecidos en el reporte de información de la Matriz ITA a la Procuraduría General de la Nación, se identificaron inconsistencias como dirección de URL que no corresponden, información desactualizada y publicada en la página web institucional, falta de publicación de información, las cuales fueron detalladas en el ítem anterior, por lo cual deben ser analizadas sus causas y tomar las acciones pertinentes, siguiendo los lineamientos establecidos para el cumplimiento normativo de la Ley de transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública.

**Criterio:** Cumplimiento de la Ley 1712 de 2014 “Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones, Resolución 1519 de 2020, “por la cual se definen los estándares y directrices para publicar la información señalada en la Ley 1712 de 2014 y se definen los requisitos materia de acceso a la información pública, accesibilidad web, seguridad digital, y datos abiertos”.

**Causa:** Ausencia de seguimiento y monitoreo adecuado a los criterios establecidos en la matriz ITA. Falta de verificación del cumplimiento de la matriz ITA en todos sus aspectos normativos.

**Efecto o Consecuencia:** Incumplimiento en lo establecido en la Ley 1712 de 2014. Resolución 1519 de 2020, anexo No. 2, 2.4.2 “Cada sujeto obligado debe verificar que obligaciones de divulgación de información que debe cumplir conforme con la normativa que le aplique, y publicarla en la respectiva menú o sección. En caso de que el sujeto obligado encuentre una excepción de publicación de información, conforme con la normativa que le aplique, es importante que se mencione expresamente las razones jurídicas por las cuáles no debe publicar la información, y es necesario informarlo en la sección correspondiente del menú de transparencia y acceso a la información”.


### • PLAN DE ACCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO 2024

- ✓ El Plan de acción de la vigencia 2024 fue aprobado mediante Acta No. 02 CIGD del 30 de enero de 2024, cabe aclarar que el plan de acción estaba programado hasta el 30 de junio de 2024.
- ✓ Debido a cambios en la administración se estructuró el nuevo plan de acción del plan de desarrollo el cual está pendiente su aprobación por la Junta Directiva para ejecutarse en el periodo de la nueva gerencia de la ESE ISABU 2024-2027.
- ✓ Se evidenció publicación del informe de seguimiento al plan de acción correspondiente al primer y segundo trimestre 2024, en página web institucional Link: <https://isabu.gov.co/transparencia/isabu/planes/plan-de-accion-ese-isabu/>.

### • PROYECTOS, AVANCES Y SEGUIMIENTOS

#### Plan Bienal

- ✓ Conforme a la información aportada, el Plan bienal 2024-2025 para el primer trimestre de 2024 se realizó transferencia de 9 proyectos inscritos y aprobados como inicial de proyectos en el plan bienal vigencia 2022-2023

	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA</b>	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	CODIGO: CIN-F-013	PAGINA: 17-2
	VERSION: 4	REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

y ajuste 2 de la misma vigencia y se inscribió una iniciativa nueva que es Reposición de la infraestructura física del centro de salud Toledo Plata de la ESE ISABU del municipio de Bucaramanga.

Tabla 5. Plan bienal 2024-2025 – Iniciativa de proyectos inscritos aprobados

PROYECTOS PLAN BIENAL

6800100701

Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga

Periodo: 2024-2025

ExcelWordText

CAMBIAR DE PERIODO / PRESTADOR

10 registro(s) encontrado(s)

Sede	Proyecto	Tipo de Obra	Area Infraestructura	Valor Infraestructura	Valor Dotación	Aprobado	Aprobado Redes	Aprobado Infraestructura	Periodo Anterior
HOSPITAL LOCAL DEL NORTE	REFORMAMIENTO ESTRUCTURAL DE LA INFRAESTRUCTURA DEL HOSPITAL LOCAL DEL NORTE DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA.	4.Refuerzo estructural	6.000	7.000.000	0	SI	SI	SI	2022-2023
HOSPITAL LOCAL DEL NORTE	REMODELACIÓN Y AMPLIACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL LOCAL DEL NORTE DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	3.Remodelación	1.000	3.500.000	0	SI	SI	SI	2022-2023
HOSPITAL LOCAL DEL NORTE	ADECUACIÓN LOCATIVA DE LOS PISOS 3 Y 4 DE LA UNIDAD HOSPITALARIA HOSPITAL LOCAL DEL NORTE DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	3.Remodelación	1.350	4.522.500	0	SI	SI	SI	2022-2023
HOSPITAL LOCAL DEL NORTE	ADQUISICIÓN DE UN TOMÓGRAFO PARA EL SERVICIO DE IMAGENES DIAGNÓSTICAS EN LA SEDE HOSPITAL LOCAL DEL NORTE DE LA ESE INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA		0	0	2.500.000	SI	SI	SI	2022-2023 - Ajuste 2
HOSPITAL LOCAL DEL NORTE	REPOSICIÓN DE LOS ASCENSORES DE LA SEDE HOSPITAL LOCAL DEL NORTE DE LA ESE INSTITUTO SALUD DE BUCARAMANGA	5.Equipamiento fijo	222	730.000	0	SI	SI	SI	2022-2023 - Ajuste 2
HOSPITAL LOCAL DEL NORTE	ADQUISICIÓN DE EQUIPOS BIOMÉDICOS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE MEDIANA COMPLEJIDAD DE LA SEDE HOSPITAL LOCAL DEL NORTE DE LA ESE INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA		0	0	4.861.685	SI	SI	SI	2022-2023 - Ajuste 2
UNIDAD MATERNO INFANTIL SANTA TERESITA	REPOSICIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA DE LA UNIDAD HOSPITALARIA UINIST DE LA ESE INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA.	1.Obra nueva	13.000	52.000.000	0	SI	SI	SI	2022-2023 - Ajuste 2
Centro de salud El Rosario	AMPLIACIÓN Y REMODELACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA DEL CENTRO DE SALUD EL ROSARIO DE LA ESE INSTITUTO DE SALUD DE BUCARAMANGA	2.Ampliación	980	3.200.000	0	SI	SI	SI	2022-2023 - Ajuste 2
CENTRO DE SALUD TOLEDO PLATA	REPOSICIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA FÍSICA DEL CENTRO DE SALUD TOLEDO PLATA DE LA ESE ISABU DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	1.Obra nueva	1.900	6.175.000	0	SI	SI	SI	
Centro de Salud Morrorico	REPOSICION DE LA INFRAESTRUCTURA FISICA DEL CENTRO DE SALUD MORRORICO DEL MUNICIPIO DE BUCARAMANGA	1.Obra nueva	755	2.265.000	0	SI	SI	SI	2022-2023

Fuente: Oficina Asesora de Planeación

En el tercer trimestre se realizó inscripción de tres (3) iniciativas de proyectos de inversión en el Plan bienal 2024- 2025 Ajuste 1, fueron aprobados y cuenta con concepto favorable por redes y acta del Consejo Territorial de Salud Acta No.73 de 30 de septiembre de 2024, como se muestra a continuación.

Tabla 6. Plan bienal 2024-2025 – Ajuste 1: Iniciativa de proyectos inscritos en fase de aprobación

PROYECTOS PLAN BIENAL

6800100701

Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga

Periodo: 2024-2025 - Ajuste 1

ExcelWordText

CAMBIAR DE PERIODO / PRESTADOR

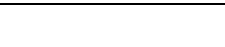
3 registro(s) encontrado(s)

Sede	Proyecto	Tipo de Obra	Area Infraestructura	Valor Infraestructura	Valor Dotación	Aprobado	Aprobado Redes	Aprobado Infraestructura	Periodo Anterior
HOSPITAL LOCAL DEL NORTE	Ampliación y Remodelación del primer y segundo nivel del Hospital Local del Norte de la E.S.E Instituto de Salud de Bucaramanga.	2.Ampliación	1.200	3.562.500	0	SI	SI	SI	
HOSPITAL LOCAL DEL NORTE	Implementación de un sistema de energía solar en el Hospital Local del Norte de la E.S.E. Instituto de Salud de Bucaramanga.	7. Adecuación	990	1.336.500	0	SI	SI	SI	
HOSPITAL LOCAL DEL NORTE	Dotación de equipos Biomédicos para la E.S.E. Instituto de Salud de Bucaramanga.		0	0	5.227.347	SI	SI	SI	

Nuevo

Ayuda

Fuente: Oficina Asesora de Planeación

	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA</b>	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	<b>CODIGO: CIN-F-013</b>	<b>PAGINA: 18-2</b>
	<b>VERSION: 4</b>	<b>REVISO Y APROBÓ:</b> Jefe Oficina Control Interno

Conforme a lo revisado se evidenció seguimiento al Plan Bienal 2024-2025 correspondiente al primer semestre de la vigencia 2024 por parte de la oficina de la oficina asesora de Planeación.

**Tabla 7. Seguimiento Plan bienal 2024-2025**

Nombre sede	Nombre proyecto	tipo obra	Infraestructura otros	Área	Infraestructura valor (en miles)	Grupo de dotación	Dotación valor (en miles)	Estado proyecto año 1 semestre 1	Observaciones año 1 semestre 1
CENTRO DE SALUD EL ROSARIO	Ampliación y remodelación de la infraestructura física del centro de salud el rosario de la ESE Instituto de Salud de Bucaramanga	2.Ampliación	Otros	980	3200000		0	1. Proyecto no iniciado	Se aprobó el 11 de julio de 2023 la capacidad instalada proyectada por la Dirección de Desarrollo de Servicios, Vigilancia y Control de la secretaría Departamental. La ESE ISABU se encuentra realizando ajustes al Dibujo Médico Arquitectónico para ser presentado a la oficina de Planeación de la secretaría de Salud Departamental.
CENTRO DE SALUD MORRORICO	Reposición de la infraestructura física del centro de Salud Morrorico del municipio de Bucaramanga	1.Obra nueva	Otros	755	2265000		0	1. Proyecto no iniciado	En proceso de consecución del lote por parte de la Alcaldía de Bucaramanga
CENTRO DE SALUD TOLEDO PLATA	Reposición de la infraestructura física del centro de salud Toledo Plata de la ESE ISABU del municipio de Bucaramanga	1.Obra nueva	Otros	1900	6175000		0	1. Proyecto no iniciado	La ESE ISABU se encuentra gestionando el proceso de ubicación del predio donde actualmente se encuentra ubicado el Centro de Salud Toledo Plata.
HOSPITAL LOCAL DEL NORTE	Refuerzo estructural de la infraestructura del hospital local del norte del municipio de Bucaramanga	4.Refuerzo estructural	Otros	6000	7000000		0	1. Proyecto no iniciado	Proyecto que requiere contar con el estudio de vulnerabilidad y patología, por lo anterior se está gestionando los recursos con el municipio de Bucaramanga para la realización de la consultoría del estudio; de acuerdo a este estudio se llevará a cabo el proceso del proyecto.
HOSPITAL LOCAL DEL NORTE	Remodelación y ampliación del servicio de urgencias del Hospital Local del Norte del municipio de Bucaramanga	3.Remodelación	Otros	1000	3500000		0	1. Proyecto no iniciado	Proyecto que requiere contar con el estudio de vulnerabilidad y patología, por lo anterior se está gestionando los recursos con el municipio de Bucaramanga para la realización de la consultoría del estudio; de acuerdo a este estudio se llevará a cabo el proceso del proyecto.
HOSPITAL LOCAL DEL NORTE	Adquisición de los pisos 3 y 4 de la unidad hospitalaria Hospital Local del Norte del municipio de Bucaramanga	3.Remodelación	Grupo 4	1350	4522500		0	1. Proyecto no iniciado	Se presentó el Estudio Técnico (Anexo No. 1 de la circular 08 de la secretaría de Salud Departamental) a la Dirección de Desarrollo de Servicios, Vigilancia y Control de esta misma secretaría, se cuenta con concepto de viabilidad por el comité de esta área. Se presentó el Dibujo Médico Arquitectónico a Planeación e Infraestructura de la secretaría de Salud Departamental, el cual fue aprobado.
HOSPITAL LOCAL DEL NORTE	adquisición de un tomógrafo para el servicio de imágenes diagnósticas en la sede Hospital Local del Norte de la ESE Instituto de Salud de Bucaramanga			0	0	Grupo 3	2500000	1. Proyecto no iniciado	Se encuentra en la solicitud de entrega de especificaciones técnicas y cotizaciones del equipo por parte de la ESE ISABU.
HOSPITAL LOCAL DEL NORTE	Reposición de los ascensores de la sede Hospital Local del Norte del ESE Instituto de Salud de Bucaramanga	5.Equipamiento fijo	Otros	222	730000		0	1. Proyecto no iniciado	La ESE ISABU se encuentra actualizando el proyecto y en solicitud de cotizaciones
HOSPITAL LOCAL DEL NORTE	Adquisición de equipos biomédicos para la prestación de servicios de medicina compleja de la sede Hospital Local del Norte de la ESE Instituto de Salud de Bucaramanga			0	0	Grupo 3 Grupo 5 Grupo 8	4861685	2. Proyecto en ejecución	La Alcaldía de Bucaramanga y la ESE ISABU realizaron convenio interadministrativo No. 359 de 2022 para la ejecución del proyecto. La ESE ISABU realizó contrato No. 1091 de 2023 con DiHosptal SAS para la adquisición de los equipos biomédicos el cual fue ejecutado en un 95,3% con la entrega de 26 ítem de los 27 ítem contratados, contrato liquidado en 12 de marzo de 2024, no se adquirió el equipo Autoclave. Convierto en fase de liquidación; se realizó traslado de los recursos financieros no ejecutados y el rendimiento financiero en los meses de mayo y junio de 2024 a la Alcaldía de Bucaramanga, valor no ejecutado \$1317.311.586,68 pesos, rendimientos financieros \$457.387.974,06 pesos actualmente se está adelantando los trámites administrativos para liquidación de convenio.
UNIDAD MATERNO INFANTIL SANTA TERESITA	Reposición de la infraestructura física de la unidad hospitalaria UMIIST de la ESE Instituto de Salud de Bucaramanga	1.Obra nueva	Otros	13000	52000000		0	1. Proyecto no iniciado	La secretaría de Infraestructura municipal se encuentra en la realización de los Dibuños Médico Arquitectónicos del proyecto.

Fuente: Oficina Asesora de Planeación.

## Indicadores de Gestión de Dirección y Gerencia

La oficina asesora de Planeación realiza seguimiento a los indicadores de Gestión de Dirección y Gerencia, los cuales son presentados ante el Comité Institucional de Gestión y Desempeño, con corte al tercer trimestre 2024.

Sin embargo, es de aclarar que el periodo gerencial del actual Gerente comenzó el 1 de abril de 2024 y según la Resolución 408 de 2018 en su artículo 2 establece que "(...) Si el director o Gerente no se desempeñó en la totalidad de la vigencia a que refiere este artículo, no se realizará evaluación del plan de gestión respecto de dicha vigencia"

**INFORME FINAL DE AUDITORIA  
INTERNA**

FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021

FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024

**CODIGO: CIN-F-013**

PAGINA: 19-2

**VERSION: 4**

REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control  
Interno

**Artículo 2.** Modifíquese el artículo 3 de la Resolución 743 de 2013, modificatoria de la Resolución 710 de 2012, el cual quedará así:

***“Artículo 3.** La evaluación del informe anual sobre el cumplimiento del plan de gestión que debe presentar el Director o Gerente, a más tardar el 1o de abril de cada año, deberá realizarse sobre los resultados obtenidos entre el 1o de enero y el 31 de diciembre de la vigencia inmediatamente anterior.  
Si el Director o Gerente no se desempeñó en la totalidad de la vigencia a que refiere este artículo, no se realizará evaluación del plan de gestión respecto de dicha vigencia.*

Del seguimiento realizado por la oficina de planeación se evidenció lo siguiente:

Indicador 3 “Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional”, no se realizó seguimiento del tercer trimestre de la vigencia 2024, debido a que se encuentra en aprobación el nuevo plan de desarrollo.

Indicador 8 “Utilización de información de Registro individual de prestaciones – RIPS”, se encuentra en un nivel aceptable de medición de acuerdo con lo programado.

Indicador 10 “Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya” Se presentó con extemporaneidad el reporte del archivo ST006 denominado reclamaciones por accidentes de tránsito; la fecha máxima de reporte correspondía el 30 de marzo de 2024 y se presentó el 11 de abril, observándose que afecta el cumplimiento del indicador de gestión de Dirección y Gerencia. Pese al resultado, este no afectará la evaluación del plan de gestión de Dirección y Gerencial, según lo dispuesto por la resolución 408- 2018.

ÁREA	No.	NOMBRE DEL INDICADOR	ESTANDAR PARA CADA AÑO	RANGO DE GESTIÓN			RESULTADOS INDICADOR				FRECUENCIA DE SEGUIMIENTO	RESPONSABLE
				SATISFACTORIO	ACEPTABLE	CRITICO	1ER TRIM	2DO TRIM	3ER TRIM	ANUAL		
Dirección y Gerencia 20%	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	Autoevaluación en la vigencia evaluada con resultado $\geq 1.20$ - Acreditación en la vigencia evaluada - Postulación para la acreditación, formalizada con contrato	$\geq 1.2$	$>1.11 \leq 1.19$	$>1.0 \leq 1.10$	Medición Denominador: 1,50	Medición Denominador: 1,50	Medición Denominador: 1,50	Se mide en enero 2025	ANUAL	CALIDAD
	2	Efectividad en la auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.	$\geq 0.90$	$\geq 0.90$	$\geq 0.71 < 0.89$	$\geq 0.51 < 0.70$	0.06	0.33	0.34	0.79	TRIMESTRAL	CALIDAD
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	$\geq 0.90$	$\geq 0.90$	$\geq 0.71 < 0.89$	$\leq 0.70$	0.92	0.96	0.0	0.96	TRIMESTRAL	PLANEACION
Financiera y Administrativa 40%	4	Riesgo fiscal y financiero	Adopción del programa de saneamiento fiscal y financiero	ESE categorizada riesgo alto o medio y fue adoptado programa de saneamiento fiscal	N/A	ESE Categorizada riesgo alto o medio y no fue adoptado programa de saneamiento Fiscal	N/A	N/A	N/A	N/A	ANUAL	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	$\leq 0.90$	$< 0.90$	$> 0.90 \leq 0.99$	$> 1.0 \leq 1.10$	N/A	N/A	N/A	0.98	ANUAL	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA PRESUPUESTO
	6	Proporción de medicamentos y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: a) 1. compras conjuntas b) 2. compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado, c) 3. compras a través de mecanismos electrónicos	$\geq 0.70$	$\geq 0.70$	$\geq 0.51 \leq 0.69$	$\geq 0.30 \leq 0.50$	0.999	0.997	0.999	0.999	TRIMESTRAL	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA

# **INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA**

FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021

FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024

CODIGO: CIN-F-013

PAGINA: 20-2

VERSION: 4

REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

Gestión Clínica o asistencia 10%	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	CERO (0) o VARIACION NEGATIVA	Si durante la vigencia evaluada la ESE registra deuda cero (0)	Si durante la vigencia evaluada la ESE registra deuda y la variación interanual es negativa	Si durante la vigencia evaluada la ESE registra deuda y la variación interanual arroja valor cero (0)	N/A	N/A		0.00	ANUAL	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA TESORERIA
	8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones - RIPS	4	1	N/A	0	0	1	1	2	TRIMESTRAL	SUBGERENCIA CIENTIFICA
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	≥ 1	≥ 1.00	>0.91<=0.99	≥0.80<=0.90	N/A	N/A	N/A	1.04	MENSUAL	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA
	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya	CUMPLIMIENTO DENTRO DE LOS TERMINOS PREVISTOS	1	N/A	0	0	1	1	0	TRIMESTRAL Y ANUAL	SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA
	11	Oportunidad en el reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 Compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del libro 2 del Decreto 780 de 2016- Decreto Único Reglamentario del Sector de Salud y Protección Social, o la norma que la sustituya.	CUMPLIMIENTO DENTRO DE LOS TERMINOS PREVISTOS	1	N/A	0	1	1	1	1	TRIMESTRAL Y ANUAL	SUBGERENCIA CIENTIFICA
	21	Proporción de gestantes captadas antes de la semana 12 de gestación	≥ 0.85	≥ 0.85	>0.61<=0.84	≥0.35<=0.60	0.84	0.86	0.89	0.86	TRIMESTRAL	SUBGERENCIA CIENTIFICA
	22	Incidencia de Sífilis congénita en partos atendidos en la ESE.	0 casos	0	N/A	≥ 1	0	0	0	0	TRIMESTRAL	SUBGERENCIA CIENTIFICA
	23	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Guía de atención de Enfermedad Hipertensiva.	≥ 0.9	≥ 0.90	>0.71<=0.89	≥0.50<=0.70	1.00	1.00	1.0	1.00	TRIMESTRAL	SUBGERENCIA CIENTIFICA
	24	Evaluación de aplicación de guía de manejo de Crecimiento y Desarrollo.	≥ 0.8	≥ 0.80	>0.56<=0.79	≥0.30<=0.55	1.00	0.87	0.83	0.94	TRIMESTRAL	SUBGERENCIA CIENTIFICA
	25	Proporción de Reingreso de pacientes al servicio de urgencias en menos de 72 horas	≤ 0.03	≤ 0.03	>0.031<=0.059	≥0.06<=0.09	0.0019	0.0014	0.002	0.002	TRIMESTRAL	SUBGERENCIA CIENTIFICA
26	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general	≤ 3	≥ 0<=3	>3<=4	≥ 4<=5	2.28	2.10	2.34	2.24	TRIMESTRAL	CALIDAD	

Fuente: Oficina Asesora de Planeación ESE ISABU

## ● PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS

Con respecto al proceso y sus procedimientos, la oficina Asesora de Planeación cuenta con los siguientes procedimientos los cuales fueron actualizados en cuanto a la imagen institucional, sin embargo, las actividades de cada uno de ellos no han cambiado.

PROCEDIMIENTO CREACIÓN DE PIEZAS GRAFICAS: Este procedimiento se realiza paso a paso sin modificaciones.

PROCEDIMIENTO DE CUBRIMIENTO DE EVENTOS: Este procedimiento se realiza paso a paso sin modificaciones.

PROCEDIMIENTO DE BOLETINES INFORMATIVOS: Este procedimiento se realiza paso a paso sin modificaciones.


PROCEDIMIENTO DE FORMULACIÓN ELABORACIÓN PLAN DE DESARROLLO: Este procedimiento se realiza paso a paso sin modificaciones.

PROCEDIMIENTO DE CONSOLIDACIÓN FORMULACIÓN DISEÑO, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DEL GERENTE: Este procedimiento se realiza paso a paso sin modificaciones.

PROCEDIMIENTO PUBLICACIÓN EN PÁGINA WEB: Este procedimiento se realiza paso a paso sin modificaciones.

PROCEDIMIENTOS SEGUIMIENTO CONVENIOS PROYECTOS DE INVERSIÓN PÚBLICA: Este procedimiento se realiza paso a paso sin modificaciones.



	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA</b>	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	CODIGO: CIN-F-013	PAGINA: 21-2
	VERSION: 4	REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

PROCEDIMIENTO DE FORMULACIÓN, ELABORACIÓN A PROYECTO ORIENTADOS AL FORTALECIMIENTO ASOCIADO A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: Este procedimiento se realiza paso a paso sin modificaciones.

PROCESO PLANEACIÓN Y DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO				
CUADRO DE PRESUNTOS HALLAZGOS Y OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO				
Nº	DESCRIPCIÓN	PH	OM	RG/RC
1	Como resultado del seguimiento realizado al cumplimiento de los criterios establecidos en el reporte de información de la Matriz ITA a la Procuraduría General de la Nación, se identificaron inconsistencias como dirección de URL que no corresponden, información desactualizada y publicada en la página web institucional, falta de publicación de información, las cuales fueron detalladas en el ítem anterior, por lo cual deben ser analizadas sus causas y tomar las acciones pertinentes, siguiendo los lineamientos establecidos para el cumplimiento de la Ley de transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública.	X		

PH: PRESUNTO HALLAZGO  
OM: OPORTUNIDAD DE MEJORA  
RG/RC: RIESGO DE GESTIÓN/RIESGO DE CORRUPCION

## FORTALEZAS

Se destaca el compromiso, la disposición y la oportunidad en la entrega de la información del área de Planeación. Se destaca el cumplimiento de las tareas relacionadas con los seguimientos y monitoreos en las diferentes aristas que son responsabilidad del proceso.

De resaltar el compromiso en la documentación y estructuración de actas de las diferentes actividades que adelanta el proceso de Planeación y Direccionamiento Estratégico

## REUNIÓN DE CIERRE


Se realizó reunión de cierre de auditoría el día 09 de diciembre de 2024 al Proceso de Planeación y Direccionamiento Estratégico en la cual la jefe de control interno presentó los resultados de la auditoría.

Entendidos los resultados de la auditoría, la Dra. Olga Lucía Mantilla Uribe, en calidad de responsable del proceso de Planeación, ACEPTA el resultado del informe preliminar de auditoría para lo cual entregará el respectivo plan de mejoramiento.

**PLANES DE MEJORAMIENTO:** La verificación de la información recaudada en el proceso auditado generó (1) hallazgo, por lo tanto, se debe estructurar el respectivo plan de mejoramiento.

**RECOMENDACIONES:** Se recomienda verificar la información registrada en la matriz ITA antes del envío a la Procuraduría, lo anterior con el fin de garantizar que la información sea veraz y de esta manera dar cumplimiento con los criterios requeridos.



	<b>INFORME FINAL DE AUDITORIA INTERNA</b>	FECHA ELABORACIÓN: 27-08-2021
		FECHA ACTUALIZACIÓN: 16-07-2024
	CODIGO: CIN-F-013	PAGINA: 22-2
	VERSION: 4	REVISO Y APROBÓ: Jefe Oficina Control Interno

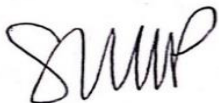
En cuanto al Procedimiento de formulación, elaboración a proyectos orientados al fortalecimiento asociado a la prestación de servicios de salud se debe revisar la actividad no. 2 debido a que la descripción contempla como producto entregable generar acta de concertación entre entidades y de acuerdo con la entrevista con el profesional no se realiza, por lo tanto, se recomienda revisar con el fin de determinar si es necesario realizar ajuste de dicho procedimiento.

Se recomienda continuar con los respectivos seguimientos y generación de las alertas en el cumplimiento de los planes institucionales, con el fin de permitir la toma de decisiones para el logro de los objetivos institucionales.

#### CONCLUSIONES:

Teniendo en cuenta la aceptación del hallazgo, la oficina de control interno emite el presente informe final de auditoría, para el cual en el término de 10 días hábiles se debe estructurar el respectivo plan de mejoramiento.

Equipo auditor,



**SILVIA JULIANA PINZÓN CUEVAS**  
Jefe Oficina de Control Interno

Equipo auditor de apoyo:  
Vianey González Gamarra - María Alicia Navarro Alba  
Profesionales de apoyo Control Interno