

INFORME EJECUTIVO ANUAL
E.S.E. SALUD DEL TUNDAMA – 2024.

ANDREA LILIANA ARIAS PERDOMO

Gerente

ANDRÉS JULIÁN ALFONSO PÉREZ

Asesor Oficina Control Interno

Edición

ENERO 2025.

CONTENIDO

1.	INTRODUCCION	2
2.	OBJETIVO	3
3.	ALCANCE	3
4.	METODOLOGIA	3
5.	DESARROLLO DEL INFOME	3
5.1	ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	3
5.1.1	Ambiente de Control	5
5.1.1.1	Institucionalidad	5
5.1.1.2	Planeación y Gestión.....	6
5.1.1.2.1	Talento Humano	6
5.1.1.2.2	Plan Estratégico del Talento Humano.....	6
5.1.1.2.3	Planes y Programas de Talento Humano	7
5.1.1.2.4	Direccionamiento Estratégico	10
5.1.2	Evaluación de Riesgos	16
5.1.2.1	Política de Administración del Riesgo.....	16
5.1.2.2	Autoevaluación institucional.....	16
5.1.3	Actividades de Control	16
5.1.3.1	Auditoría interna	16
5.1.3.2	Planes de mejoramiento	17
5.1.3.3	Informes de Ley	18
5.1.4	Información y Comunicación (Eje Transversal).....	18
5.1.5	Actividades de Monitoreo.....	19
5.2	APLICACIÓN DE LAS NORMAS DE AUSTERIDAD.....	20
5.3	ENCUESTA FORMULARIO ÚNICO DE REGISTRO DE AVANCE DE LA GESTIÓN	21
5.4	AVANCE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MIPG EN SUS DIFERENTES DIMENSIONES	23
5.5	EVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO CONTABLE VIGENCIA 2024	24
6.	RECOMENDACIONES.....	33
7.	CONCLUSIONES.....	33

1. INTRODUCCION

El informe ejecutivo anual de la Oficina de Control Interno, según el Decreto 1083 de 2015 se fundamenta en informar sobre el estado del Sistema de Control Interno, los resultados de la evaluación de gestión y las recomendaciones y sugerencias que contribuyan a su mejoramiento y optimización de los recursos, con el fin de mejorar los servicios que presta La ESE SALUD DEL TUNDAMA.

Con la nueva actualización del Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG, Decreto No. 1499 de 2017, donde el MECI se incorpora al Modelo y queda inmerso en las dimensiones del sistema, con el propósito de generar resultados de la gestión de la entidad de acuerdo con los lineamientos correspondientes de cada dimensión. La séptima dimensión es la de control Interno por lo tanto es competencia de Control Interno hacer el respectivo seguimiento a los cinco componentes: 1. Ambiente de control 2. Evaluación del riesgo 3. Actividades de control 4. Información y comunicación 5. Actividades de monitoreo.

El 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” determinó en cuanto al MECI y su evaluación lo siguiente:

Artículo 2.2.23.1 Articulación del Sistema de Gestión con los Sistemas de Control Interno. El Sistema de Control Interno previsto en la Ley 87 de 1993 y en la Ley 489 de 1998, se articulará al Sistema de Gestión en el marco del Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG, a través de los mecanismos de control y verificación que permiten el cumplimiento de los objetivos y el logro de resultados de las entidades.

El Control Interno es transversal a la gestión y desempeño de las entidades y se implementa a través del Modelo Estándar de Control Interno -MECI.

Artículo 2.2.23.2 Actualización del Modelo Estándar de Control Interno. La actualización del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano - MECI, se efectuará a través del Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, el cual será de obligatorio cumplimiento y aplicación para las entidades y organismos a que hace referencia el artículo 5° de la Ley 87 de 1993.

Parágrafo. La Función Pública, previa aprobación del Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno, podrá actualizar y modificar los lineamientos para la implementación del MECI.

Artículo 2.2.23.3 Medición del Modelo Estándar de Control Interno. Los representantes legales y jefes de organismos de las entidades a las que les aplica la Ley 87 de 1993 medirán el estado de avance del Modelo Estándar de Control Interno. Los jefes de control interno o quienes hagan sus veces realizarán la medición de la efectividad de dicho Modelo. La Función Pública establecerá la metodología, la periodicidad y demás condiciones necesarias para tal medición y recogerá la información a través del Formulario Único de Reporte y Avance de Gestión -FURAG.

Los resultados de esta medición servirán de base para el informe que sobre el avance del Control Interno en el Estado presentará el Presidente de la República al Congreso de la República, al inicio de cada legislatura.

En este informe se refleja el estado actual de Control Interno de la vigencia 2023, con el propósito de promover el mejoramiento continuo de La ESE en el cumplimiento de su misión.

2. OBJETIVO

Evaluar el debido cumplimiento de las políticas, planes y normatividad que regula a la ESE, incluyendo el estado del sistema de control interno, aplicación de normas de austeridad encuesta Formulario Único de Reporte de Avance de la Gestión (FURAG) e implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) en la ESE.

La evaluación tiene como propósito determinar el impacto y desarrollo del sistema de Control Interno en el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales de la ESE.

3. ALCANCE

Verificar el nivel de madurez en la implementación y sostenimiento del Modelo Estándar de Control Interno MECI, la aplicación de normas de austeridad, resultados de la encuesta del Formulario Único de Reporte de Avance de la Gestión (FURAG) e implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG) en la ESE Salud del Tundama, con corte a 31 de diciembre de 2024; al

igual que detectar incumplimiento, inconsistencias o desviaciones de las políticas, planes y normas legales e informar a la gerencia para la toma de decisiones.

4. METODOLOGIA

Una vez realizado el Plan de Auditoria de la oficina de Control Interno para la vigencia 2024, se firmaron planes de mejoras internos, a los cuales se realizó seguimiento, algunos se cerraron, muy pocos quedaron abiertos para terminar en primer trimestre de la vigencia 2024, y el seguimiento a los Planes de acción, Anti-Corrupción y Atención al Ciudadano, el Plan de Desarrollo, entre otros, podemos argumentar que el presente informe fue construido con los resultados de estos seguimientos.

La presente evaluación se llevó a cabo de acuerdo con normas, políticas y procedimientos de auditoría generalmente aceptadas en Colombia; por lo tanto, acorde a ellas se realizó planeación y ejecución del trabajo, de manera que proporcionará una base razonable para fundamentar los conceptos y la opinión expresada en este informe, lo cual servirá como instrumento de retroalimentación con fines de mejoramiento y de ejercicio de autoevaluación permanente.

5. DESARROLLO DEL INFOME

5.1 ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

La Ley 87 de 1993 define que el Control Interno es “El sistema integrado por el esquema de organización y el conjunto de los planes, métodos, principios, normas, procedimientos y mecanismos de verificación y evaluación adoptados por una organización, con el fin de procurar que todas las actividades, operaciones y actuaciones, así como la administración de la información y los recursos,

se realicen de acuerdo con las normas constitucionales y legales vigentes dentro de las políticas trazadas por la dirección y en atención a las metas u objetivos previstos”.

De acuerdo a lo indicado por el Departamento Administrativo de la Función Pública – DAFP, de conformidad con lo dispuesto en dicha norma, el Control Interno se expresará en las Entidades a través de las políticas aprobadas por los niveles de dirección y administración de las respectivas Instituciones y se cumplirá en toda la escala de la estructura administrativa de las mismas, mediante la elaboración y aplicación de técnicas de dirección, verificación y evaluación de las regulaciones administrativas, de manuales de funciones y procedimientos, de sistemas de

información y de programas de selección, inducción y capacitación de personal acorde con la normatividad vigente.

El Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI, es una norma que a manera de instrumento, tiene el propósito de entregarle a las Entidades Públicas los elementos necesarios para construir y mejorar continuamente el Sistema de Control Interno, a través de un modelo que proporciona una estructura básica para evaluar la estrategia, la gestión y los propios mecanismos de evaluación del proceso administrativo de las Entidades y aunque promueve una estructura uniforme, ésta puede ser completamente adaptada a las necesidades específicas de cada Entidad, a sus objetivos, estructura, tamaño, procesos y servicios que suministran (DAFP 2014).

El MECI concibe el Control Interno como un conjunto de elementos interrelacionados, que se dinamizan por la intervención de todos los servidores públicos pertenecientes o que se relacionan con la Entidad Pública, como responsables del control (Principio de Autocontrol) en el ejercicio de sus actividades y el cumplimiento de sus funciones. Así mismo busca la coordinación de las acciones, la fluidez de la información y comunicación, anticipando y corrigiendo de manera oportuna las debilidades que se presentan en el quehacer institucional (Principios de Autogestión y Autorregulación).

La Ley 87 de 1993 plantea en su artículo 3º. que “en cada área de la organización, el funcionario encargado de dirigirla es responsable por el control interno ante su jefe inmediato de acuerdo con los niveles de autoridad establecidos en cada entidad; y corresponde a la máxima autoridad del organismo o entidad, la responsabilidad de establecer, fortalecer y perfeccionar el Sistema de Control Interno, el cual debe ser adecuado a la naturaleza, estructura y misión de la organización”, lo que implica una responsabilidad directa por parte de la Alta Dirección de las entidades frente al mantenimiento y mejora continua del Sistema de Control Interno.

El artículo 133 de la Ley 1753 de 2015 establece que se deben integrar los Sistemas de Desarrollo Administrativo y de Gestión de la Calidad y este Sistema Único de Gestión se debe articular con el Sistema de Control Interno; en este sentido el Modelo Integrado de Planeación y Gestión -MIPG surge como el mecanismo que facilitará dicha integración y articulación.

En conclusión, el Sistema de Gestión, creado en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015, integra los Sistemas de Desarrollo Administrativo y de Gestión de la Calidad y lo articula con el Sistema de Control Interno, siendo MIPG el mecanismo que facilitará dicha integración y articulación.

El Sistema de Gestión se complementa y articula con otros sistemas, modelos y estrategias que establecen lineamientos y directrices en materia de gestión y desempeño para las entidades públicas, tales como el Sistema Nacional de Servicio

al Ciudadano y el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo, de Gestión Ambiental y de Seguridad de la Información.

Para la actualización de MIPG y su implementación, las entidades públicas tendrán como punto de partida los avances logrados en los anteriores sistemas de Desarrollo Administrativo y Gestión de la Calidad y con el Modelo Estándar de Control Interno - MECI. Este tránsito será paulatino pero constante, apoyado por Función Pública y las demás entidades Líderes de Política, para lo cual se atenderán las etapas y actividades que se describen a continuación.

5.1.1 Ambiente de Control

5.1.1.1 Institucionalidad

La implementación del modelo MIPG promoverá el mejoramiento continuo de la entidad, razón por la cual éstas deben establecer acciones, métodos, procedimientos de control y de gestión del riesgo, así como mecanismos para la prevención y evaluación de éste.

El Control Interno es la clave para asegurar razonablemente que las demás dimensiones de MIPG cumplan su propósito. Con el propósito de fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública emanados en la ley 1474 de 2014 de deberá tener en cuenta los lineamientos plasmados en el MIPG, decreto 1499 de 2017.

➤ **Adopción del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.**

No se ha adoptado Resolución “Por medio de la cual se adopta el Modelo Integrado de Planeación en la ESE Salud del Tundama”. R

➤ **Comité Institucional de Gestión y Desempeño**

Resolución 886 de agosto de 2020 “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 E.S.E Salud del Tundama. Operó con normalidad 12 sesiones.

➤ **Comité Institucional de Coordinación del Sistema de Control Interno**

Resolución “Mediante la cual se crea y se conforma el Comité de Coordinación del sistema de Control Interno y gestión de la Calidad de la E.S.E Salud del Tundama”.

Resolución 0072 de abril de 2024 “Por la cual se actualiza el Comité Institucional de Coordinación de Control Interno de la E.S.E Salud del Tundama”.

➤ **Política de Administración del Riesgo**

Resolución 547 de 2024 “Por medio del cual se adopta la Política de Administración del Riesgo en la E.S.E Salud del Tundama”.

➤ **Autodiagnóstico**

Durante el año 2024 la E.S.E Salud del Tundama inició con la realización del autodiagnóstico de la Gestión Estratégica del Talento Humano. Control interno realizará seguimiento a la culminación de los diferentes autodiagnósticos a realizar y a los respectivos resultados. Por parte de la oficina de Control Interno se gestionó con la ESAP un seminario en Modelo Integrado de Planeación y Gestión. MIPG. El cual certificó a 17 colaboradores, se llevó a cabo en el mes de marzo de 2024.

➤ **Programa de Auditorías Internas**

La E.S.E Salud del Tundama a partir del Programa de auditorías internas de Control Interno busca fortalecer y armonizar el Sistema de Control Interno y el Sistema de Garantía de la Calidad, en la búsqueda de la mejora continua de los procesos institucionales. Durante la vigencia 2024 el programa de auditorías se llevó a cabo según el cronograma establecido con un cumplimiento del 100% y así se evidenció en la última sesión del año en mes de Diciembre.

➤ **Mapa de Riesgos Institucional**

En el año 2024 se realizó el proceso de actualización del Mapa de Riesgos Institucional y sus subsistemas (SARLAFT, SICOF y Anticorrupción); identificando las vulnerabilidades en cada uno de los procesos (estratégicos, administrativos, asistenciales), para evaluar los controles que permiten evitar que el factor de riesgo se materialice en cada una de las líneas de trabajo. Se auditó el sistema o eje de gestión del Riesgo por primera vez en la Institución.

5.1.1.2 Planeación y Gestión

5.1.1.2.1 Talento Humano.

MIPG concibe al talento humano como el activo más importante con el que cuentan las entidades y, por lo tanto, como el gran factor crítico de éxito que les facilita la gestión y el logro de sus objetivos y resultados. El talento humano, es decir, todas las personas que laboran en la administración pública, en el marco de los valores del servicio público, contribuyen con su trabajo, dedicación y esfuerzo al cumplimiento de la misión estatal, a garantizar los derechos y a responder las demandas de los ciudadanos.

El propósito de la dimensión Talento Humano de MIPG es ofrecerle a una entidad pública las herramientas para gestionar adecuadamente su talento humano a través del ciclo de vida del servidor público (ingreso, desarrollo y retiro) de acuerdo con las prioridades estratégicas de la entidad, las normas que les rigen en materia de personal, y la garantía del derecho fundamental al diálogo social y a la concertación como principal mecanismo para resolver las controversias laborales; promoviendo siempre la integridad en el ejercicio de las funciones y competencias de los servidores públicos.

Aún en la E.S.E Salud del Tundama no se ha logrado cumplir al 100% con el objetivo central de MIPG “Fortalecer el liderazgo y el talento humano bajo los principios de integridad y legalidad, como motores de la generación de resultados de las entidades públicas”, debido a que aún no se encuentran implementadas todas las políticas que la integran.

5.1.1.2.2 Plan Estratégico del Talento Humano

El Plan Estratégico del Talento humano de la E.S.E Salud del Tundama se enmarca en tres momentos:

Ingreso: determinando la necesidad del personal, selección, vinculación y/o contratación e inducción.

Permanencia: capacitación, bienestar social e incentivos, evaluación de desempeño, seguridad y salud en el trabajo.

Retiro: Exámenes ocupacionales de retiro.

5.1.1.2.3 Planes y Programas de Talento Humano

a) Programa de bienestar social e incentivos.

Se cuenta con un plan anual de bienestar social e incentivos estructurado, AGTHpg09-180 - PROGRAMA DE BIENESTAR, ESTÍMULOS E INCENTIVOS.

)} El “colaborador del mes”: Mediante cuadros de honor, presentación en el boletín interno o menciones honoríficas (pines) mensualmente se generará un reconocimiento a los colaboradores de la E.S.E Tundama que por su desempeño y cumplimiento de valores institucionales (alcance de metas y cumplimiento de objetivos contractuales) sean merecedores del reconocimiento, el colaborador que obtenga dos reconocimientos consecutivos se premiará (bonos, detalles, cenas, etc.)

)} El “proceso del trimestre”: Mediante cuadros de honor, presentación en el boletín interno o menciones honoríficas se generará un reconocimiento al proceso o procesos de la E.S.E Tundama que se destaquen por su desempeño, puntualidad, cumplimiento de valores institucionales, correcto uso del uniforme, entre otros.

)} Reconocimiento a la cultura humana: trimestralmente se realizará reconocimiento (entrega de bonos) a las personas que se caractericen por la aplicación y apropiación en su diaria labor de las prácticas humanas descritas en el programa de humanización de la entidad.

)} Reconocimiento a la cultura de reporte de incidentes, complicaciones y eventos adversos que se presenten en la institución: trimestralmente se realizara reconocimiento (entrega de bonos) a las personas que se caractericen por la aplicación y apropiación de la cultura del reporte.

)} Reconocimiento por tiempo de servicio: al final del año se realiza reconocimiento menciones de honor al personal de planta en conmemoración y agradecimiento por su tiempo de servicio.

6.1.1. *Elaboración de cronograma del Programa de Incentivos y Bienestar anual: El cronograma del Programa de Incentivos y Bienestar debe realizarse teniendo en cuenta la frecuencia de aparición de las solicitudes (alto, medio y bajo) verificando la consolidación del análisis. (ANEXO 1)*

6.1.2. *Presupuesto: El presupuesto requerido para el Plan de Bienestar e Incentivos, contara como fuentes de financiación, los recursos provenientes de la Entidad del rubro Bienestar Social por valor de CUARENTA MILLONES DE PESOS m/cte. (\$40.000.000°°).*

6.1.3. Estrategias de Sensibilización:

) En los medios de comunicación institucionales se proyectará el cronograma de del Programa de Bienestar e Incentivos, con la finalidad de que los colaboradores sepan de antemano las actividades a realizar y las condiciones para ser merecedor de los incentivos institucionales.

) Una semana antes de las actividades a realizar, por medio de correo electrónico y WhatsApp se les enviara a los trabajadores de la entidad el cronograma y la dinámica de cada actividad, con la finalidad de que se familiaricen y programen para participar.

b) Plan de seguridad y salud en el trabajo

El plan establece las actividades de formación, capacitación y fortalecimiento de todo lo relacionado con la Seguridad y Salud en el Trabajo, promoviendo hábitos seguros y saludables que permitan evitar la ocurrencia de incidentes y/o accidentes de trabajo, y enfermedades laborales.

Durante la vigencia 2024 se dio cumplimiento a lo establecido en AGTHp102-180 - AUDITORÍA DEL COPASST y lo indicado en el AGTHm05-180MANUAL DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST y AGTHp30-180PROCEDIMIENTO PLANIFICACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y VERIFICACIÓN DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST)

c) Plan institucional de capacitación

El Plan Institucional de Formación y Capacitación de la E.S.E Salud del Tundama, es un instrumento para el direccionamiento, gestión, control de la capacitación y evaluación. En él se establecieron los objetivos, metas y estrategias que harían posible el desarrollo del plan en la vigencia 2024, a través de la ejecución de cada una de las acciones identificadas al interior de la Institución.

Este instrumento contempla la realización de capacitaciones de tipo tecnológico-científico, técnico- administrativo y humano, en respuesta a las necesidades y perfil ocupacional de los funcionarios. Al dar respuesta a las necesidades de capacitación, se espera lograr un excelente desempeño del talento humano y se trabajará en el mejoramiento y difusión del proceso de capacitación.

Todas estas acciones redundarán en el crecimiento personal y profesional de los funcionarios, evidenciándose en su desempeño laboral, en sus relaciones familiares y con el entorno fortaleciendo así la seguridad del paciente que involucra la

disminución de la ocurrencia de eventos adversos en la institución y una mayor satisfacción de los usuarios.

Para el desarrollo del Plan de formación y capacitación una de las modalidades adoptadas es la utilización de facilitadores internos, es decir, los mismos funcionarios concedores o capacitados en los temas, replicarán el conocimiento adquirido por medio de capacitaciones. Este Plan está concebido para que todas las áreas se comprometan en su ejecución, seguimiento y control como principales beneficiados, logrando así las metas institucionales y llevar a la E.S.E Salud del Tundama a los niveles esperados.

El objetivo del Plan Institucional de formación y capacitación de la E.S.E es contribuir al mejoramiento institucional fortaleciendo las competencias laborales Preparando así al personal para la ejecución eficiente de sus responsabilidades en cada uno de los servicios que prestan.

Este Plan se establece a través de un diagnóstico de necesidades identificadas a través de los colaboradores en cada servicio o área, los resultados de evaluaciones de desempeño y/o calificaciones de personal. Para la vigencia 2025 se realizó aplicación de la Batería Riesgo Psicosocial y la encuesta de Clima Organizacional en cumplimiento a los lineamientos establecidos en el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

Las actividades de capacitación son organizadas por el área de talento humano y calidad y se encuentran estipuladas en el cronograma establecido en el Plan Institucional de capacitaciones.

El cumplimiento del Plan Anual de Capacitaciones se mide mediante indicadores y al final de la vigencia se emite un informe que evidencia el porcentaje de cumplimiento de las actividades, así como la cobertura de participación establecida en cada capacitación según el perfil o el proceso que corresponda. Para la vigencia 2024 se dio cumplimiento de acuerdo con el informe al 100% de las actividades contempladas en el.

d) Evaluación del Desempeño laboral

Respecto a la Evaluación del Desempeño Laboral, la E.S.E se acoge a los términos definidos por la Comisión Nacional del Servicio Civil, que definió el Sistema Tipo de Evaluación del Desempeño Laboral para los servidores de Carrera Administrativa, en Período de Prueba y Libre Nombramiento y Remoción en los términos del Acuerdo No. 565 del 25 de enero de 2016.

El artículo 38 de la Ley 909 de 2004 señala que el desempeño laboral de los empleados de carrera administrativa deberá ser evaluado y calificado con base en

parámetros previamente establecidos, cuyos instrumentos se diseñan en función de las metas institucionales.

Al finalizar la vigencia 2024 la institución cuenta con seis empleados de carrera administrativa que a través de concurso de méritos fueron nombrados en diferentes cargos dentro de la entidad y a los cuales se les ha venido realizando la evaluación de desempeño laboral anual, incluyendo dos evaluaciones parciales semestrales, que de cuyo resultado depende la permanencia de los servidores públicos en el cargo.

e) Plan de inducción, reinducción y entrenamiento

Para la vinculación y/o contratación de personal en la E.S.E se cuenta con las siguientes modalidades:

- Concurso por méritos de la Comisión Nacional del Servicio Civil para el acceso a la carrera administrativa.
- De libre nombramiento y remoción.
- De provisionalidad.
- Trabajadores oficiales.
- Planta Temporal

Una vez contratado el personal se realiza:

- Inducción institucional y no se cuenta con inducción específica.
- Capacitaciones.
- Evaluación de desempeño.
- Reinducción.

Se realiza reinducción cada dos años o cuando se presentan cambios significativos en la Institución.

f) Buzón de sugerencias de mejora y/o reconocimientos

El buzón de sugerencias de mejora y/o reconocimientos es un mecanismo de escucha que permita conocer las necesidades y expectativas del cliente interno (servidores públicos, colaboradores, contratistas y proveedores) orientado hacia el logro de los resultados institucionales esperados, con el enfoque de gestión centrada en el paciente y su familia y de mejoramiento continuo de la calidad.

La E.S.E cuenta con cinco buzones de PQRS ubicado en el área de consulta externa y urgencias;

g) Manual de Funciones y Competencias Laborales

Aprobado por la junta directiva a través del acuerdo 004 de 2019.

El Manual específico de Funciones de la E.S.E establece la identificación y ubicación del empleo, propósito principal, descripción de funciones esenciales, criterios de desempeño, conocimientos básicos esenciales, evidencias y requisitos de estudio y experiencia; de acuerdo con los lineamientos establecidos en el Decreto 2484 de 2014 compilado por el Decreto 1083 de 2015 Artículos 2.2.3.9 al 2.2.9.6 (Decreto Único Reglamentario del sector de Función Pública). Este Manual es actualizado acorde al Decreto 815 de 2018 “Por el cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Único Reglamentario del Sector de Función Pública, en lo Relacionado con las competencias laborales generales para los empleos públicos De los distintos niveles jerárquicos” La institución para dar cumplimiento a la Normatividad tiene establecido elaborar para la vigencia 2024 los siguientes planes:

- Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones PETI.
- Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información.
- Plan de Seguridad y Privacidad de la Información.

5.1.1.2.4 Direccionamiento Estratégico

La institución cuenta con la el documento EGPOg01-20 GUÍA METODOLÓGICA DE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO “por medio de la cual se adopta la actualización de la plataforma estratégica en la E.S.E Salud del Tundama”, en la cual se definen:

- **Visión:** Somos una institución prestadora de servicios integrales de salud de baja complejidad reconocida y acreditada, comprometida con la promoción y mantenimiento de las condiciones de vida de nuestros usuarios sus familias y la comunidad, a través de una atención pertinente, oportuna, humanizada, segura, gestionando el riesgo y necesidades de la población. Consolidando nuestro talento humano a través de criterios éticos, técnicos y científicos para lograr la mejor experiencia en servicios de salud.
- **Misión:** Seremos la mejor institución de atención primaria en salud consolidada en el departamento de Boyacá, por su gestión clínica, innovación permanente y servicios fortalecidos a través del mejoramiento continuo. Contribuyendo al bienestar de nuestros usuarios, sus familias y colaboradores.
- **Objetivos Estratégicos:**
 1. Financiera: • Garantizar la sostenibilidad financiera de la institución

mediante la eficiencia en la gestión de los recursos.

2. Asegurador, atención centrada en el usuario y su familia, seguridad del paciente y gestión del riesgo: • Gestionar un efectivo gobierno clínico con enfoque de riesgo orientado a la seguridad de los usuarios que permita fortalecer nuestro modelo de atención integral. • Ampliar la prestación de servicios que permita mejorar coberturas y solucionar las necesidades en salud de nuestra población. • Fortalecer la gestión de riesgo clínico poblacional

desde el modelo de atención, con enfoque en atención primaria en salud, abordando las necesidades de nuestra comunidad. 3. Asegurador, usuario y su familia. Talento humano y transformación cultural • Fortalecer el enfoque integral de humanización, buscando en el usuario satisfacer sus necesidades y el colaborador mejorar el bienestar y calidad de vida laboral.

4. Gestión de procesos y mejora • Gestionar herramientas tecnológicas que permitan innovar y mejorar los procesos institucionales, impactando de manera positiva la atención centrada en el usuario y su familia.

6. Gestión de procesos y mejora • Fortalecer la gestión de conocimiento a través de estrategias que permitan innovación, transferencia y preservación del mismo. 6. Gestión de procesos y mejora • Generar estrategias que impacten de manera positiva en la comunidad, fomentando acciones que permitan mejorar las condiciones de vulnerabilidad y la sostenibilidad ambiental.

➤ **Valores Institucionales**

Somos: ✓ Honestos ✓ Respetuosos ✓ Diligentes ✓ Justos ✓ Empáticos
✓ Leales ✓ Comprometidos

- **COMPROMISO:** Soy consciente de la importancia de mi rol y estoy en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que me relaciono en mis labores cotidianas buscando siempre mejorar su bienestar.
- **RESPECTO:** Reconozco, valoro y trato de manera digna a todas las personas, con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, su procedencia títulos o cualquier otra condición.
- **DILIGENCIA:** Cumplir con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas a mi cargo de la mejor manera posible, con atención, prontitud y eficiencia, para así optimizar el uso de los recursos.
- **JUSTICIA:** Actuó con imparcialidad garantizando los derechos de las personas, con equidad, igualdad y sin discriminación

Valores Definidos en el Código de Integridad:

De acuerdo con lo establecido en la Resolución institucional, se establecieron los **valores institucionales**, bajo el concepto CÓDIGO DE INTEGRIDAD, en el marco de la implementación del Modelo integrado de Planeación y Gestión –MIPG- para la E.S.E Salud del Tundama, los cuales son:

- **HONESTIDAD:** Actúo siempre con fundamento en la verdad, cumpliendo mis deberes con transparencia y rectitud, y siempre favoreciendo el interés general.
- **RESPECTO:** Reconozco, valoro y trato de manera digna a todas las personas, con sus virtudes y defectos, sin importar su labor, su procedencia, títulos o cualquier otra condición.
- **COMPROMISO:** Soy consciente de la importancia de mi rol como servidor público y estoy en disposición permanente para comprender y resolver las necesidades de las personas con las que me relaciono en mis labores cotidianas, buscando siempre mejorar su bienestar.
- **DILIGENCIA:** Cumplo con los deberes, funciones y responsabilidades asignadas a mi cargo de la mejor manera posible, con atención, prontitud, destreza y eficiencia, para así optimizar el uso de los recursos del Estado.
- **JUSTICIA:** Actúo con imparcialidad garantizando los derechos de las

personas, con equidad, igualdad y sin discriminación.

- **SOMOS EMPÁTICOS:** nos esmeramos en escuchar a los demás, comprender y entender sus problemas y emociones, evitando realizar juicios de valor, para generar ayuda y actuar en forma positiva frente a las necesidades de los otros.
- **SOMOS LEALES:** Mantenemos una actitud de pertenencia con la E.S.E. Salud del Tundama, dando cumplimiento a nuestros principios y valores aun frente a circunstancias cambiantes o adversas, colocando de forma prioritaria el bien de la organización y siempre favoreciendo el interés general.
- **SOMOS COMPROMETIDOS:** demostramos con nuestras actuaciones el cumplimiento de la misión institucional, dando lo mejor de cada uno, aportando ideas que mejoren los procesos para generar el progreso de la E.S.E. Salud del Tundama.

➤ **Mapas de Procesos y Comités Institucionales**

Respecto al Mapa de Procesos para la vigencia 2024 se realizó revisión y actualización de la plataforma estratégica.

Mapa de procesos actual:

Respecto a la dinámica y operatividad de los Comités Institucionales estos están constituidos y conformados mediante actos administrativos y realizan sus reuniones ordinarias de acuerdo al cronograma establecido por la E.S.E. Cuentan con un seguimiento trimestral por parte de la oficina de planeación organizacional.

La E.S.E cuenta con los siguientes Comités Institucionales:

COMITES ASISTENCIALES	
N°	NOMBRE DEL COMITÉ
1	Comité de atención integral a pacientes con enfermedades crónicas
2	Comité de Humanización
3	Comité de Ética e Integridad Hospitalaria
4	Comité de promoción de la salud y prevención de la enfermedad
5	Comité Hospitalario de Emergencias
6	Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST)
7	Comité de Ética de la investigación
8	Comité de Salud Mental
9	Comité de Reactivo Vigilancia
10	Comité Institucional para la Implementación de la Estrategia IAMII
11	Comité para el Manejo Integral de Historia Clínica de la ESE Salud del Tundama
12	Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE) e Infecciones en la Atención en la ESE Salud del Tundama
13	Comité de Seguridad del Paciente de la ESE Salud del Tundama
14	Comité de Farmacia, Terapéutica y Farmacovigilancia
15	Comité Centro Amigable

COMITES ADMINISTRATIVOS	
N°	NOMBRE DEL COMITÉ
16	Comité Asociación Usuarios
17	Comité Institucional Coordinador Control Interno de la ESE Salud delTundama
18	Comité Comisión de personal
19	Comité de Compras y Contratación
20	Comité de Convivencia Laboral
21	Comité de Evaluación y Valoración de Bienes
22	Comité de Responsabilidad Social
23	Comité de Sostenibilidad del Sistema Contable
24	Comité Institucional de Gestión y Desempeño
25	Comité Institucional Grupo Administrativo de Gestión Ambiental y Sanitaria
26	Comité Tecnovigilancia
27	Comité de Seguridad Vial
28	Comité Institucional de Gestión del Riesgo
29	Equipo de Autoevaluación de Estándares de Gestión de la Información
30	Equipo de Autoevaluación de Estándares de Gerencia del Ambiente Físico
31	Equipo de Mejoramiento Institucional
32	Equipo de Autoevaluación de Estándares de Gerencia del Talento Humano
33	Equipo de Autoevaluación de Estándares de Gerencia y Direccionamiento
34	Equipo de Autoevaluación de Estándares de Gestión de Tecnología
35	Comité Prevención y Control de Infecciones asociadas a la Salud (IAAS); Optimización de Uso de Antimicrobianos (PROA)

- **Servicio al ciudadano:** La E.S.E. cuenta con la oficina de Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU) en la cual se reciben las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones, y de allí se direccionan para las diferentes áreas para su respectivo tratamiento, respecto a los servicios

ofrecidos por la institución; igualmente a través de la página web institucional, la comunidad en general tiene acceso a interponer una PQRSF.

Se realiza de manera permanente la “Medición de satisfacción del usuario y partes interesadas” a través de las estrategias definidas por el proceso de Servicio de Información y de Atención al Usuario.

En el Comité de Ética Hospitalaria se realiza seguimiento a las PQRSF interpuestas por los usuarios y/o familiares; y este sirve de insumo a la Alta Dirección para la toma de decisiones.

La oficina de Control Interno realiza el seguimiento semestral a las PQRSF.

➤ **Planes de acción:**

El Decreto 612 de Abril 04 de 2018 “Por el cual se fijan las directrices para la integración de los planes institucionales y estratégicos al PLAN DE ACCION por parte de las Entidades del Estado”, define en el artículo 2.2.22.3.14., que de acuerdo con el ámbito de aplicación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, se integraran al Plan de Acción de que trata el artículo 74 de la Ley 1474 de 2011, y se deberán publicar en la respectiva página web institucional, a más tardar el 31 de enero de cada año.

La E.S.E cuenta con los siguientes planes institucionales y estratégicos; Estos se encuentran consolidados y publicados en la página Web de la ESE:

1. Plan Institucional de Archivos de la Entidad PINAR
2. Plan Anual de Adquisiciones
3. Plan Anual de Vacantes
4. Plan de Previsión de Recursos Humanos
5. Plan Estratégico de Talento Humano
6. Plan Institucional de Capacitación
7. Plan de Incentivos Institucionales
8. Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo
9. Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano
10. Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones - PETI
11. Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información
12. Plan de Seguridad y Privacidad de la Información.

Los planes fueron aprobados mediante Resolución 0015 de enero de 2024.

6.1.1 Evaluación de Riesgos

La Evaluación del riesgo es un proceso dinámico e interactivo que le permite a la institución identificar, evaluar y gestionar aquellos eventos, tanto internos como externos, que puedan afectar o impedir el logro de sus objetivos institucionales.

La institución durante la vigencia 2024, elaboró Plan Anticorrupción, actualizó el Mapa de Riesgos de Corrupción e hizo el respectivo seguimiento; al igual que se actualizó la política de Gestión del riesgo en el mes de Agosto y se organizó la documentación para llevar a cabo el proceso de implementación del Programa de Transparencia y Ética Empresarial- PTEE y el Subsistema de Administración del Riesgo de Corrupción, Opacidad y Fraude-SICOF.

En el año 2023 con la Resolución 666 es de recordar que se creó el comité de Gestión del Riesgo, cuyo objetivo es liderar la implementación y desarrollar el monitoreo de la política de gestión de Riesgos de la E.S.E.. El comité en el 2024 funcionó con 12 sesiones.

6.1.1.1 Política de Administración del Riesgo

Mediante la Resolución 547 de agosto de 2024 la E.S.E Salud Tundama actualiza y reglamenta la política de gestión del riesgo de la institución. Adicionalmente a lo anterior y en cumplimiento de lo establecido en el artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, la institución elabora anualmente una estrategia de lucha contra la corrupción y atención al ciudadano, que contiene entre otras cosas el Mapa de Riesgos de Corrupción y las medidas concretas para mitigar dichos riesgos. Este Plan Anticorrupción y atención al ciudadano puede ser consultado en la web Institucional por la ciudadanía en general. Existen 243 riesgos clasificados en Administrativos 3 materializados de 63, asistenciales 21 riesgos materializados, de 63 y clínicos 11 riesgos materializados de 31, Sicof 4 riesgos y Sarlaft 4 también en ambos casos cero materializados.

6.1.1.2 Autoevaluación institucional.

La E.S.E cuenta con Tablero de Indicadores en el software institucional Almera con el cual se contratan sus servicios año a año.

El propósito del sistema de información de calidad está basado en el análisis de indicadores que ayudan a mejorar la prestación de los servicios de salud que oferta la institución y a dar cumplimiento a los objetivos institucionales de la ESE.

6.1.2 Actividades de Control

Las actividades del control son acciones determinadas por la institución, generalmente expresadas a través de políticas de operación, procesos y procedimientos, que contribuyen al desarrollo de las directrices impartidas por la alta dirección frente al logro de los objetivos.

6.1.2.1 Auditoría interna

El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, conforme los términos de la Resolución 0072 de 2024 “Por medio de la cual se actualizó la resolución que crea el Comité de Control Interno y se adopta su reglamento” estudió, aprobó y adoptó el Plan de Auditorías de Control interno, el Estatuto de Auditoría interna y el Código de Ética del Auditor Interno en la E.S.E.Salud del Tundama.

Mediante Acta No. 01 del 29 de enero de 2025 se realizó la aprobación y adopción del Plan Anual de Auditorías de Control interno en la E.S.E. E.S.E.Salud del Tundama, para la vigencia 2025.

El programa de auditorías busca fortalecer y armonizar el sistema de control interno y proceso de calidad de la institución, enfocándose en la mejora continua de los procesos institucionales, a través de la aplicación de evaluaciones que se desarrollan en las auditorías internas que se realizan. Estas auditorías permiten determinar el grado de conformidad del proceso frente a los requisitos establecidos.

Para la vigencia 2024 se llevó a cabo el Plan Anual de Auditorías conforme a lo establecido en su cronograma.

6.1.2.2 Planes de mejoramiento

La E.S.E. Salud del Tundama cuenta con un proceso debidamente establecido con sus respectivos formatos para realizar seguimiento a los planes de mejoramiento de la institución.

Para las auditorías internas se utiliza el INSTRUCTIVO PLANES DE MEJORA ALMERA. EGMCI01-110. El cual describe todo respecto de la elaboración y seguimiento.

En la Oficina de Control Interno reposan los Planes de Mejoramiento suscritos por la institución durante la vigencia 2024. Igualmente reposan los seguimientos realizados a los mismos mediante Actas.

De la misma manera se reporta que en estos momentos se encuentra para aprobación Plan de mejora presentado a la Contraloría General de Boyacá producto de Auditoria recibida por la E.S.E. en 2024 donde se registraron 67 Hallazgos. Una vez se apruebe se iniciará con el respectivo seguimiento desde la oficina de control interno. Se recuerda que el plazo de ejecución es de 6 meses.

Actualmente los Planes de Mejora a 31 de enero quedaron cerrados.

Sin embargo, se informa que se encuentran abiertas las auditorías a los procesos de gestión financiera y gestión contractual, las cuales fueron practicadas en los meses noviembre y diciembre respectivamente.

6.1.2.3 Informes de Ley

En cumplimiento de la normatividad, la Oficina de Control Interno ha emitido y remitido a gerencia y comité de control interno, los siguientes informes:

- **Austeridad del Gasto:** A corte 31 de diciembre de 2024 se han emitido cuatro (4) informes correspondientes al primer, segundo, tercer y cuarto trimestre del año 2024 y publicados en la página web de la institución <https://www.saludtundama.gov.co/update/index.php/transparencia/control-interno>
- **Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano 2023:** A corte 31 de diciembre de 2024 se han emitido tres (3) informes correspondientes al primer, segundo y tercer cuatrimestre del año 2024 y publicados en la página web de la institución <https://www.saludtundama.gov.co/update/index.php/transparencia/control-interno>

- **Diligenciamiento FURAG vigencia 2023:** Se presentó con normalidad el reporte Furag. La institución cuenta con los respectivos certificados de diligenciamiento.
- **Rendición de cuentas vigencia 2023:** En mayo de 2024 se llevó a cabo la rendición de cuentas pública en el auditorio de la institución dando cumplimiento a la normatividad en la materia. Los respectivos informes se encuentran publicados en la página web de la entidad (<https://www.saludtundama.gov.co/update/index.php/transparencia/control-interno>)
- **Informe seguimiento Ley de Transparencia:** Se emitió informe con normalidad dentro del plazo establecido a reporte ITA. <https://www.saludtundama.gov.co/update/index.php/transparencia/control-interno>
- **Informe PQRSDf:** A corte 31 de diciembre de 2024 se han emitido dos (2) informes correspondientes al primer y segundo semestre de 2024, publicados en la página web de la institución. <https://www.saludtundama.gov.co/update/index.php/transparencia/control-interno>
- **Informe Ejecutivo Anual de Control Interno:** Presentado a la gerencia y publicado en el sitio web de la institución <https://www.saludtundama.gov.co/update/index.php/transparencia/control-interno> .
- **Informe pormenorizado del Estado de Control interno:** A corte 31 de diciembre de 2024 se han emitido dos (2) informes correspondientes al primer y segundo semestre de 2024, publicados en la página web de la institución <https://www.saludtundama.gov.co/update/index.php/transparencia/control-interno>
- **Evaluación del Control Interno Contable:** Presentado - Pendiente por cargar a 03 de febrero de 2024.
- **Informe de inventario de Almacén.** Publicado en el sitio web de la entidad <https://www.saludtundama.gov.co/update/index.php/transparencia/control-interno>

- **Informe de inventario de Farmacia.** . Publicado en el sitio web de la entidad <https://www.saludtundama.gov.co/update/index.php/transparencia/control-interno>
- **Informes SICOF y SARLAFT:** Presentados con corte a 30 de junio y a 31 de Diciembre y publicados en el sitio web <https://www.saludtundama.gov.co/update/index.php/transparencia/control-interno>
- **Informe de seguimiento a Plan anual de adquisiciones:** Publicado en el sitio WEB <https://www.saludtundama.gov.co/update/index.php/transparencia/control-interno>
- **Seguimiento a metas del Plan de Desarrollo.**
Publicado en el sitio WEB <https://www.saludtundama.gov.co/update/index.php/transparencia/control-interno>
- **Seguimiento a la implementación del MPIG:**
Publicado en el sitio WEB <https://www.saludtundama.gov.co/update/index.php/transparencia/control-interno>

6.1.3 Información y Comunicación.

La E.S.E Salud del Tundama cuenta con la oficina de Sistema de Información y Atención al Usuario-SIAU, en la cual se reciben las peticiones, quejas, reclamos y felicitaciones, los cuales se remiten a las diferentes áreas, luego se socializan y hace seguimiento a través del Comité de Ética Hospitalaria.

Se permanece en contacto con los usuarios internos y externos a través de los medios electrónicos tales como la página web institucional, correos electrónicos y redes sociales (Facebook e Instagram).

La E.S.E con el propósito de mejorar la prestación del servicio de la salud pública, como derecho fundamental del individuo, ha implementado el sistema de buzones de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias ubicados en lugares estratégicos para que los clientes, usuarios y ciudadanía en general depositen sus

inconformidades o sus felicitaciones, con el fin de que la institución cada día avance en la mejora continua de los servicios ofertados por la institución.

La oficina de SIAU en forma mensual realiza alrededor de 300 encuestas para medir la satisfacción de los usuarios, esta tabulación permite a la Alta Dirección tomar medidas importantes para el cumplimiento de los objetivos institucionales. Estas se socializan en el Comité de ética Hospitalaria de forma mensual.

La institución maneja al interior unas Tablas de Retención Documental (TRD) con el fin de dar cumplimiento con lo dispuesto en la Ley 594 de 2000. Está en proceso de actualización, conforme lo establecido por el Archivo General de la Nación en sus diferentes circulares.

En la web institucional se realiza publicación de los informes de ley y demás información de interés para la ciudadanía. Adicionalmente en la página se cuenta con un enlace para recepción de PQRSF. https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe3KtPj2XfdXKChipa-a-U_GGyM3zMdldJ8QLjLcYnUNbnVDA/viewform

En cumplimiento de la Ley 1712 de 2014 y su decreto reglamentario 103 de 2015 (compilado por el Decreto Reglamentario 1081 Único del Sector Presidencia de la República), la institución tiene publicada en su página web la información de ley y de interés general; de acuerdo con la revisión realizada la institución cumple parcialmente tal disposición. Se espera para la vigencia 2025 dar cumplimiento al 100% de los requisitos mínimos que tiene la norma.

6.1.4 Actividades de Monitoreo

Las actividades de monitoreo buscan que la institución haga seguimiento oportuno al estado de la gestión de los riesgos y los controles. Es por ello por lo que se debe realizar avances en el proceso de implementación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión-MIPG. Se ha iniciado una serie de autodiagnósticos como el de Gestión Estratégica del Talento Humano-GETH, conflicto de interés e integridad. Se ha recomendado el diligenciamiento de otros autodiagnósticos y que una vez se realicen se pueda dar inicio a las actividades con debilidades identificadas.

Se ha realizado actualización del Código de Integridad, ya se cuenta estatuto de Auditoría Interna y Código de Ética del Auditor Interno y su respectiva adopción.

El avance puede mejorar para la implementación del MIPG y se recomienda que la oficina de Planeación o quien haga sus veces realice un diagnóstico de las acciones que están pendientes para la correcta implementación.

6.2 APLICACIÓN DE LAS NORMAS DE AUSTERIDAD

En materia de Austeridad y Eficiencia en el Gasto Público, el artículo 22 del Decreto 1737 de 1998, modificado por el Artículo 1º del Decreto 984 del 14 de Mayo de 2012 establece que la Oficina de Control interno, preparará y enviará al representante legal de la entidad, un informe trimestral, que determine el grado de cumplimiento de estas disposiciones y las acciones que se deben tomar al respecto y, conforme lo determina el Artículo 9º de la Ley 1174 de 2011, se publica dicho informe en la página Web de la institución.

Dentro de las recomendaciones generales dadas por la Oficina de Control interno, están:

- La implementación de una política interna de disminución o uso eficiente del papel, la reutilización de papel para fotocopias entre otros y la prohibición de impresiones de documentos innecesarios.
- Establecer controles a los contratos de suministro de papelería, impresos y elementos de aseo con el fin de lograr racionalizar esos gastos en las diferentes áreas de la ESE y sobre todo en el área administrativa.
- Por otro lado, se recomienda revisar las estrategias actuales llevadas a cabo para el mantenimiento de vehículos, electrodomésticos, maquinaria y aparatos eléctricos e infraestructura con el fin de reducir y/o controlar los gastos asociados a este rubro.

El control en el gasto presupuestal es fundamentado en un conjunto de principios basados en criterios de legalidad, eficiencia y economía, de los cuales se deriva la necesidad de que la parte administrativa de la E.S.E Salud del Tundama continúe ejerciendo el control, para el efecto se recomienda continuar las políticas de austeridad en el gasto público, de forma que permitan que cada trimestre evaluado se pueda observar la disminución de gastos.

El artículo 22 Decreto 1737 de 1998, modificado por el Decreto 984 de mayo 14 de 2012, artículo 1º. establece: “Las Oficinas de Control Interno (...) prepararán y

enviarán al representante legal de la entidad u organismo respectivo, un informe trimestral, que determine el grado de cumplimiento de estas disposiciones y las acciones que se deben tomar al respecto

En tal sentido la Oficina de Control Interno ha venido verificando en la E.S.E Salud del Tundama el cumplimiento de las políticas de eficiencia y austeridad en el gasto público durante el año 2024, realizando observaciones y recomendaciones con el fin de que se establezcan parámetros, cuando sea necesario, que permitan a la entidad ir reduciendo gastos paulatinamente y con ello dar cumplimiento a las medidas establecidas por el Gobierno Nacional en materia de Austeridad y Eficiencia en el Gasto Público.

De acuerdo con la evaluación efectuada, se concluye que la E.S.E Salud del Tundama cumple de manera eficiente con los lineamientos establecidos por la normatividad relacionada con la austeridad del gasto público.

6.3 ENCUESTA FORMULARIO ÚNICO DE REGISTRO DE AVANCE DE LA GESTIÓN FURAG

El FURAG es el Formulario Único de Reporte y Avance de la Gestión en el cual se captura información sobre el cumplimiento de los objetivos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG (hoy alineado con el Modelo Estándar de Control Interno MECI) con el fin de recolectar la información sobre el avance del Sistema de Control Interno en todas las entidades.

El Departamento Administrativo de la Función Pública tiene la administración del aplicativo y lleva a cabo el monitorio establecido por el Gobierno Nacional del avance en MIPG y MECI con una periodicidad anual.

De conformidad con lo definido en el Decreto 1499 de 2017 compilado en el Decreto Único1083 de 2015 y la Ley 87 de 1993, el FURAG mide la gestión y desempeño institucional en las entidades que están en el ámbito de aplicación:

- Del Modelo Integrado de Planeación y Gestión –MIPG y
- Del Modelo Estándar de Control Interno – MECI.

Quienes deben reportar son los jefes de planeación y de control interno o quienes hagan sus veces, de las entidades objeto de aplicación tanto de MIPG como de MECI.

La institución diligenció el Formulario Único de Reporte de Avance de Gestión FURAG, (Registro de la información para medición del Modelo Estándar de Control Interno MECI, vigencia 2023, corte a 31 de diciembre conforme el artículo 2.2.23.3 Decreto del 1083 de 2015, modificado por el Decreto 1499 de 2017). El resultado institucional fue socializado en comité de control interno y comité de gestión y desempeño.

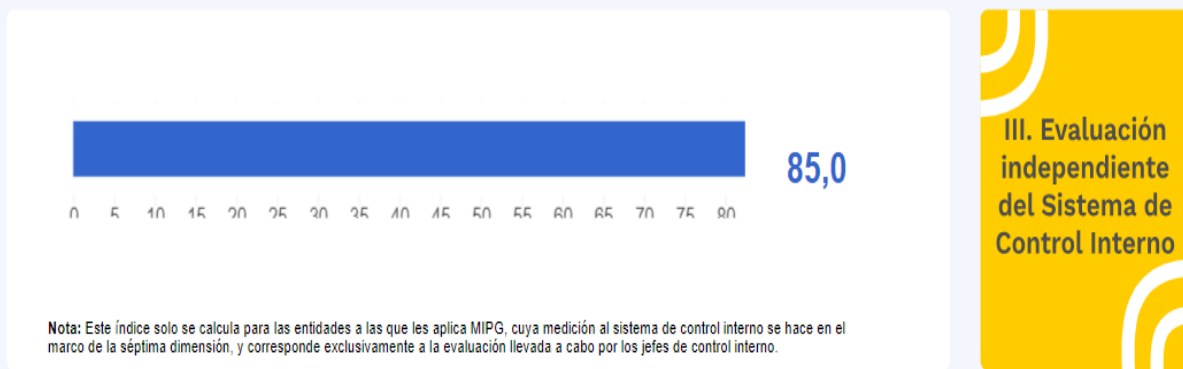
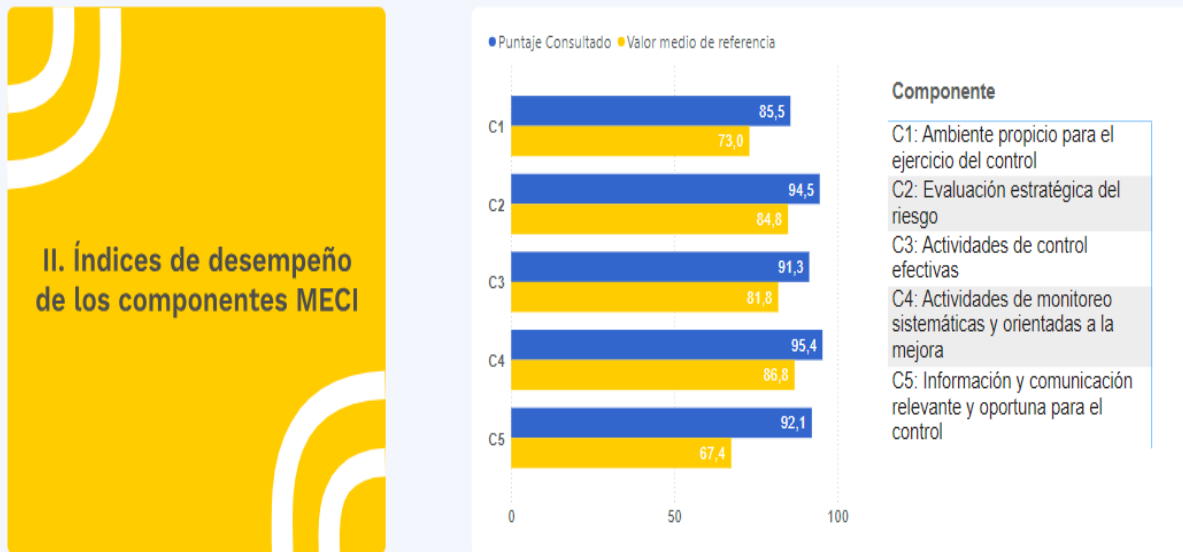
Los resultados obtenidos para la vigencia 2023 fueron los siguientes:



Grafica 1. Tomado de la página Web de la función pública.

Grafica 2. Tomado de la página Web de la función pública.

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiOWY3ODMyOTAtYTMzMj00MjhjLWFiNmEtMGMzZDE4ZmY5NzMwliwidCI6IjU1MDNhYWMyLTdhMTUtNDZhZi1iINTlwlTJhNjc1YWQxZGYxNiIsImMiOiR9>



Grafica 2. Tomado de la página Web de la función pública.

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiOWY3ODMyOTAtYTMzMj00MjhjLWFiNmEtMGMzZDE4ZmY5NzMwliwidCI6IjU1MDNhYWMyLTdhMTUtNDZhZi1iINTlwlTJhNjc1YWQxZGYxNiIsImMiOiR9>



Grafica 3. Tomado de la página Web de la función pública.

<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiOWY3ODMyOTAtYTMzMm00MjhjLWFiNmEtMGMzZDE4ZmY5NzZMwliwidCI6IjU1MDNhYWMyLTdhMTUtNDZhZi1iNTIwLTJhNjc1YWQxZGYxNiIsImMiOiR9>

En conclusión, para control interno el puntaje fue de 92,1% y para la entidad el índice de desempeño integral fue de 88.2 %. Siendo catalogado como altas las calificaciones.

6.4 AVANCE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MIPG EN SUS DIFERENTES DIMENSIONES

Para la actualización de MIPG y su implementación, las entidades públicas tendrán como punto de partida los avances logrados en los anteriores sistemas de Desarrollo Administrativo y Gestión de la Calidad y con el Modelo Estándar de Control Interno - MECI. Este tránsito será paulatino pero constante, apoyado por Función Pública y las demás entidades Líderes de Política, para lo cual se atenderán las etapas y actividades que se describen a continuación.

➤ Institucionalidad

Definición y/o actualización del Sistema de Gestión y Sistema de Control Interno, vitales para iniciar el proceso de implementación del MIPG y del MECI, con los siguientes avances:

- Resolución “Por medio de la cual se conforma el Comité Institucional de Gestión y Desempeño CIGD de la E.S.E Salud del Tundama”.
- Resolución 0072 del 2024 “Mediante la cual se actualiza la creación y conformación del Comité de Coordinación del sistema de Control Interno de la E.S.E Salud del Tundama”.
- Acta 01 del 20 de marzo de 2024 del Comité de Coordinación de Control Interno, en la cual se realiza revisión y actualización del Mapa de Riesgos de corrupción de la E.S.E para la vigencia 2023.
- Resolución 666 de 2023 por la cual se crea el comité de gestión del riesgo.
- En la vigencia 2023 se dio inicio al diligenciamiento del autodiagnóstico de la Gestión Estratégica del Talento Humano. La oficina de Control Interno está a la espera de los resultados de la implementación.
- Resolución “Por la cual se actualiza el Código de Integridad de la E.S.E Salud del Tundama”.
- Se cuenta con manual SICOF y Manual Sarlaft.
- Se está actualizando el sistema integrado de gestión del riesgo de acuerdo a las directrices de la Superintendencia.

6.5 EVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO CONTABLE VIGENCIA 2024

En cumplimiento de lo dispuesto en la Resolución No. 414 de Septiembre 08 de 2014 en concordancia con la Resolución No. 663 de Diciembre 30 de 2015 y el Procedimiento para la Evaluación del Control Interno Contable emitido por la Contaduría General de la Nación (CGN), quien establece los lineamientos, formatos y plazos para el reporte de la información a la CGN, a más tardar el 28 de Febrero del año siguiente al período contable evaluado, me permito informar que a la fecha del presente informe la institución tiene pendiente realizar cargue de la información ante el CHIP de la CGN.

Desde la oficina de Control Interno se realizará seguimiento al respectivo cargue de información y a la emisión de la certificación de la presentación de forma oportuna y aceptada por parte de la Unidad Administrativa Especial Contaduría General de la Nación.

7. RECOMENDACIONES

- Continuar y priorizar la implementación del Modelo Integrado de Planeación y gestión.
- Seguir revisando y actualizando los procesos, procedimientos, manuales, instructivos, políticas de la entidad.
- Se recomienda crear un procedimiento donde se establezca la obligación de elaborar para la entidad un normograma, los responsables de crearlo, hacerle seguimiento y mantenerlo actualizado.
- Seguir implementando las directrices emanadas por el Departamento Administrativo de la Función Pública.

8. CONCLUSIONES

Las hojas de trabajo del presente informe, como las evidencias reposan en medio magnético y algunas en físico en la oficina de Control Interno, las cuales pueden ser consultadas al momento de ser requerida.

Firma.



ANDRÉS JULIÁN ALFONSO PÉREZ
Jefe Asesor de Control Interno.