

1. Fecha: 17/01/2024

2. Dependencia a evaluar: Oficina de Medicina Deportiva

3. Objetivos Institucionales relacionados con la dependencia:

Resolución Junta Directiva No. 00001 del 18/01/2021

Formular y ejecutar políticas, planes, programas y proyectos y asesorar al Gerente en el área de la Medicina Deportiva, Ciencias Aplicadas al Deporte y de Investigación, con el fin de mantener la salud y mejorar el rendimiento de los deportistas de altos logros y crear en la comunidad hábitos de vida saludables a través de la actividad física.

Objetivo Estratégico Plan de Acción 2023

Liderar el ámbito deportivo competitivo nacional mediante el apoyo y la integración de los organismos del sector y el mejoramiento de la calidad de vida de los deportistas.

SGC- Proceso Investigación

Contribuir al mejoramiento del sector desde la política hasta la acción a partir de la validación y sistematización de datos e información y al desarrollo del acervo de conocimientos relativos a la Actividad física a los referentes sociales desde el deporte, a la inclusión y oportunidades de acceso y al desarrollo sectorial para contribuir a la mejoría de la calidad de vida.

4. Seguimiento:

La Oficina de Control Interno, realiza la Evaluación Institucional por Dependencias, teniendo en cuenta los siguientes criterios:

Evaluación de la Dependencia	Ponderado
Cumplimiento plan de acción de la dependencia	80%
Cumplimiento planes de mejoramiento	10%
Cumplimiento en atención al usuario y partes interesadas	10%

- **Evaluación de la gestión por dependencias:** Es aquella que realiza anualmente el Jefe de la Oficina de Control Interno, por medio de la cual verifica el cumplimiento de las metas institucionales por parte de las áreas o dependencias de la Entidad. Se basa en la evaluación cuantitativa y cualitativa del grado de ejecución de los compromisos establecidos en las metas institucionales o por dependencias.
- **Plan de Acción Institucional:** Documento que define las estrategias, actividades y tareas necesarias para satisfacer los requerimientos de un producto o servicio, y plasmado en el formato F-PO-05 adscrito al proceso Planeación Organizacional.
- **Planes de mejoramiento:** Documento que contiene el conjunto de acciones correctivas, preventivas y/o de mejora que se compromete a implementar la Dependencia y Entidad, con el propósito de eliminar las causas de un problema real o potencial detectado por entes de control externos o internos. Esta información se encuentra plasmada en el formato F-MC-06.
- **Base de datos de Peticiones, quejas, reclamos, sugerencia, denuncias y felicitaciones:** Se tiene en cuenta las solicitudes clasificadas en el Sistema Mercurio, gestor documental del Instituto, tipificadas como peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, denuncias y felicitaciones, registradas durante el período analizado.

a. Cumplimiento plan de acción de la dependencia.

La evaluación institucional a la gestión de las dependencias, tiene como referente, la planeación institucional enmarcada en la visión y misión de la Entidad y los objetivos de la dependencia. El documento insumo de este ítem será el Plan de Acción por Dependencia establecido desde la Oficina Asesora de Planeación.

Se tomará el valor registrado en el porcentaje de avance del trimestre cuatro (4), indicado en el formato F-PO-05, así como el número total de actividades, las metas establecidas para estas y su cumplimiento. El plan de acción se presume validado por la segunda línea de defensa, una vez fue entregado a la Oficina de Control Interno.

Seguimiento:

De acuerdo al Plan de Acción Anual - Operativo 2023, formato: F-PO-05, Versión: 06, Aprobación: 30/01/2023, la Oficina de Medicina Deportiva contempló cuatro (4) actividades a saber:

1. Consulta diferentes profesionales del área (Atletas convencionales de mejor rendimiento deportivo con apoyo científico)
2. Consulta diferentes profesionales del área (Atletas no convencionales de mejor rendimiento deportivo con apoyo científico)
3. Investigaciones poster, cartillas, manuales, libros.
4. Relación entre proyectos formulados y los terminados.

De acuerdo al valor registrado en el porcentaje de avance del trimestre cuatro (4), indicado en el formato F-PO-05, se informa un cumplimiento del plan de acción del 82.5%.

b. Cumplimiento Planes de Mejoramiento

Esta calificación se obtiene a partir de la evaluación al avance y cumplimiento de las acciones formuladas en el Plan de Mejoramiento tanto institucional como del plan suscrito con los entes externos de control (Contraloría de la Republica, Contraloría General, etc.) y que tengan fecha de terminación a 31 de diciembre de la vigencia de evaluación (año 2023) o antes y que se encuentran bajo responsabilidad de cada una de las Dependencias.

Al interior de este ítem se valoraron dos categorías:

- Planes de mejoramiento de Entes externos de Control
- Plan de Mejoramiento Institucional

Seguimiento:

Con relación a los Planes de mejoramiento de Entes externos de Control, no se evidencia pendientes o incumplimientos.

Respecto al plan de mejoramiento Institucional se tuvo en cuenta el proceso Investigación en el cual se constata que no se cuenta con inobservancias.

Así las cosas y de acuerdo con el parámetro de medición establecido para este ítem se tiene un cumplimiento del 100%.

c. Cumplimiento en atención al usuario y partes interesadas

Esta calificación se obtiene a partir de los Informe de seguimiento a la atención, trámite y resolución de las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias, denuncias y felicitaciones – PQRSD, radicadas en el Instituto durante el primer y segundo semestre de 2023.

Primer semestre del 2023

Tipo de PQRSD	Cantidad PQRSD
Petición	41

Del total de 41 PQRSD recibidas, 2 fueron respondidas de forma inoportuna

Adicionalmente y con corte al 30/06/2023 se tenía:

PQRSD en trámite	PQRSD Vencidas	Total
3	2	5

Para el segundo semestre del 2023

Tipo de PQRSD	Cantidad PQRSD
Petición	33
Queja	1
Total	34

Del total de 34 PQRSD recibidas, 2 fueron respondidas de forma inoportuna.

De acuerdo a lo anterior, se observa debilidad en la aplicación de los controles, en el cumplimiento de los términos de respuesta de las PQRSD asignadas, cumplimiento de las actividades establecidas en el procedimiento, aplicación de la ruta PQRSD en Mercurio, relacionamiento de la respuesta a la ruta, coordinación entre dependencias competentes, cumplimiento en los términos para traslado por competencia a otras entidades, acciones a llevar a cabo para aclarar solicitudes confusas, generación de respuestas de fondo, entre otros.

De acuerdo con el parámetro de medición establecido para este ítem se tiene un cumplimiento del 0% en el año 2023.

5. Evaluación de la Oficina de Control Interno a los compromisos de la dependencia:

Para vigencia 2023 se observa un cumplimiento del 76% el cual es el resultado de los siguientes ítems:

Evaluación de la dependencia	Total Evaluación	Valor Ponderado	Evaluación ponderada valor final
Cumplimiento plan de acción	82.5%	80%	66%
Cumplimiento plan de mejoramiento	100%	10%	10%
Cumplimiento atención al usuario y partes interesadas	0%	10%	0%
Total		100%	76%

- Con respecto al Cumplimiento plan de acción, se sugiere incorporar una columna final donde se visibilice el Total % Avance del Plan de Acción por cada una de las actividades propuestas.
- Con relación a los Planes de mejoramiento se viene dando cumplimiento a la normativa.
- Para el ítem Cumplimiento atención al usuario y partes interesadas, es importante tener presente el cumplimiento de los términos de respuesta de las PQRSDf asignadas, cumplimiento de las actividades establecidas en el procedimiento, aplicación de la ruta PQRSDf en Mercurio, relacionamiento de la respuesta a la ruta, coordinación entre dependencias competentes, cumplimiento en los términos para traslado por competencia a otras entidades, acciones a llevar a cabo para aclarar solicitudes confusas, generación de respuestas de fondo, entre otros, lo anterior con el fin de dar observancia a la normativa en la materia.

6. Recomendaciones de mejoramiento de la Oficina de Control Interno:

Tener presente el cumplimiento de los términos de respuesta de las PQRSDf asignadas, dado que el Instituto podrá verse inmerso en procesos legales, administrativos y disciplinarios por el no cumplimiento de la ley.

LIBIER JIMÉNEZ PEÑA

Jefe Oficina Asesora de Control Interno

Proyectó: CLDO -