

1. Fecha: 16/01/2025

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 2024.

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	70%
Cumplimiento planes de mejoramiento	10%
Cumplimiento en atención al usuario y partes interesadas	10%
Validación de las evidencias que dan cuenta del Cumplimiento de las obligaciones legales y administrativas en el repositorio creado por la Entidad para tal fin	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 Plan de Acción Anual - Operativo 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.
- **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. Tablero de Power Bi / Seguimiento a la gestión de PQRSDF

- **Evidencias del cumplimiento a las Obligaciones legales y administrativas** Se validará en el repositorio creado por la entidad las evidencias que den cuenta del cumplimiento del Calendario COLA, el cual contempla fechas y tipos de obligaciones de rango legal o administrativo que deben cumplir los sujetos obligados. Gestión que evidencia algunas de las responsabilidades de la primera línea de defensa. Lo anterior de acuerdo a la comunicación interna 202301023835 del 13/12/2023.

Desarrollo:

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, misión y 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 las columnas consolidado y resultado vigencia, indicado en el Plan de Acción Anual-Operativo, código F-PO-05, Versión 8. El plan de acción se presume validado por la segunda línea de defensa.

Seguimiento:

De acuerdo al Plan de Acción Anual - Operativo 2024 formato: F-PO-05, Versión: 08, Aprobación: 15/07/2024, la Oficina de Medicina Deportiva contempló tres (3) actividades a saber:

1. Consulta diferentes profesionales del área atletas convencionales.
2. Consulta diferentes profesionales del área para-atletas.
3. Investigaciones poster, cartillas, manuales, libros.

De acuerdo al valor registrado en la columna AL "resultado vigencia" indicado en el formato F-PO-05, Versión 08 se informa un cumplimiento del plan de acción del 125.28%

Sin embargo, es importante observar que para efectos del seguimiento realizado por esta oficina y con el fin de tener un dato que no lleve a invisibilizar información en la verificación efectuada, se da un porcentaje de cumplimiento al plan de acción del 100%. Este valor permitirá hacer un análisis más estratégico de la gestión desarrollada por la Oficina de Medicina Deportiva.

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 Institucional, código F-MC-06 y el plan suscrito con los entes externos de control (Contraloría de la República, Contraloría General, etc.) y que tengan fecha de terminación a 31 de diciembre de la vigencia de evaluación (año 2024) o antes y que se encuentran bajo responsabilidad de cada una de las Dependencias.

Al interior de este ítem se valoraron dos categorías y cada una de ellas tendrá un valor del 50%. Para un total de cumplimiento del 100% de este ítem:

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

Seguimiento:

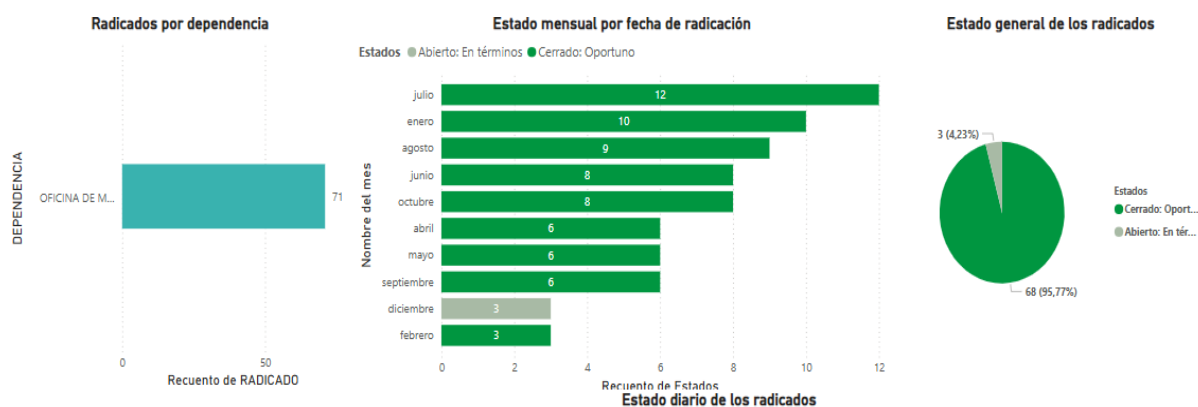
Con relación a los Planes de mejoramiento de Entes Externos de Control, no se evidencia pendientes o incumplimientos.

Respecto al plan de mejoramiento Institucional se tuvo en cuenta el proceso de Investigación, el cual es liderado por dicha oficina, y en el que se constató 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% en este ítem.

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 – PQRSDF, radicadas en el Instituto durante el año 2024 y observadas a través del Tablero de Power Bi / Seguimiento a la gestión de PQRSDF



Así las cosas, para este ítem se tiene un cumplimiento del 100% en el año 2024, de acuerdo con la información que arroja la gráfica anteriormente expuesta.

d. Evidencias del cumplimiento a las Obligaciones legales y administrativas.

Esta calificación se obtiene a partir de la validación de la información documentada en el archivo en Excel relacionada con el cumplimiento a las Obligaciones legales y administrativas y con evidencia que reposan en el sitio creado por la Entidad para tal fin, de acuerdo a la comunicación interna 202301023835 del 13/12/2023, y recordadas mes tras mes a través de la publicación en la intranet del Instituto.

El seguimiento a este ítem es del 100%, toda vez que la columna J del archivo en Excel se encuentra relacionada la información respecto a las obligaciones y se tienen evidencias en la carpeta destinada para tal fin.

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

Para vigencia 2024 se observa un cumplimiento del 100% 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	100%	70%	70%
Cumplimiento plan de mejoramiento	100%	10%	10%
Cumplimiento atención al usuario y partes interesadas	100%	10%	10%
Validación de las evidencias que dan cuenta del Cumplimiento de las obligaciones legales y administrativas en el repositorio creado por la Entidad para tal fin	100%	10%	10%
Total		100%	100%

- Con respecto al Cumplimiento plan de acción, se desarrollaron las actividades programadas.
- Con relación a los Planes de mejoramiento no se presentan observaciones.
- Para el ítem Cumplimiento atención al usuario y partes interesadas, se viene dando cumplimiento de los términos de respuesta de las PQRSDF asignadas.
- En cuanto al cumplimiento de las Obligaciones legales y administrativas, para la vigencia 2024, se observa el cumplimiento de la comunicación interna 202301023835 del 13/12/2023.

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

Se invita a continuar trabajando en pro de la mejora continua del Instituto.

LIBIER JIMÉNEZ PEÑA
Jefe Oficina Control Interno

Proyectó: CLDO -