



## Política de Riesgo Institucional IDSN 2022

“Para el Instituto Departamental de Salud de Nariño, la administración integral del Riesgo, se define mediante el análisis del contexto, para garantizar la gestión de los riesgos frente a los impactos que pudiesen generar, fortaleciendo la prevención, el establecimiento de controles y la protección de los recursos, evitando situaciones que impidan el normal cumplimiento del Direccionamiento Estratégico y los procesos institucionales para todas sus sedes.

Los riesgos relacionados en el Plan Anticorrupción y de atención al ciudadano, serán identificados, analizados, evaluados, monitoreados, revisados y contarán con seguimiento conforme a las causas, consecuencias, probabilidad, impacto y gestión de controles establecidos, lo anterior bajo las normas aplicables a la Institución. El logro de los objetivos organizacionales, dependerá de la respuesta establecida mediante acciones para aceptar, reducir, compartir (transferir) y evitar los riesgos estratégicos, por la Línea de Defensa correspondiente.

Los riesgos de corrupción y los riesgos asociados a Sistema de Valor del Narcotráfico SON INACEPTABLES, por tanto, se determina como medidas de respuesta para los mismos, las siguientes: evitar, compartir o reducir”



**MAPA Y PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS INSTITUCIONALES  
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO**

CODIGO: F-PRCIOC01-02

VERSION: 04

FECHA: 06-07-2022

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO							VALORACIÓN DEL RIESGO										PLAN DE ACCIÓN											
No	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	FACTOR DE RIESGO	PROBABILIDAD	IMPACTO	ZONA DE RIESGO INHERENTE	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	AFECTACIÓN PROBABILIDAD	AFECTACIÓN IMPACTO	ATRIBUTOS DEL CONTROL					VALORACIÓN DEL RIESGO					TRATAMIENTO				PLAN DE ACCIÓN				
										TIPO (PREVENTIVO - DETECTIVO - CORRECTIVO)	IMPLEMENTACIÓN (MANUAL O AUTOMÁTICA)	CALIFICACIÓN CONTROL	FRECUENCIA	EVIDENCIA	PROBABILIDAD RESIDUAL (2 CONTROLES)	ZONA PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL	IMPACTO RESIDUAL (2 CONTROLES) %	ZONA IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL (CUADRO DE CALOR)	REDUCIR	TRANSFERIR	COMPARTIR	ACEPTAR	EVITAR	ACCIÓN DE TRATAMIENTO	RESPONSABLE	FECHA IMPLEMENTACIÓN	INDICADOR
1	GESTIÓN ESTRATÉGICO	Posibilidad de sanciones en contra del IDSN por incumplimiento de los objetivos y compromisos, debido a bajo desempeño de las metas del PTS y deberes institucionales	Proceso	68%	100%	Catastrófico	Distribución de los recursos disponibles para los proyectos institucionales priorizados durante la vigencia con seguimiento en el PTS, POAI y PAA Cumplimiento de metas de producto y resultado POAI, PTS, SPU, SCSPRO	X		PREVENTIVO	MANUAL	45%	Trimestral	Plan Interno de Capacitación - Capacitaciones externas aprobadas - Certificado de participación o aprobación	26%		90%		ALTO						Formular los proyectos anuales de inversión en MGA Web a la POAI	Líderes de Proceso - Líderes de Dimensión- Dirección	1/08/2022	No de proyectos formulados en MGA Web
							Comité a cargo del equipo directivo del IDSN para toma de decisiones	X		DETECTIVO	MANUAL	30%	Trimestral con cierre anual	Actos administrativos expedidos									Ejecutar los comités institucionales de gestión y desempeño para las políticas de MIPG aplicables	Comité Institucional de Gestión de Desempeño	31/01/2022	No de comités ejecutados / No de comités reglamentarios		
							Auditorías internas del IDSN, planes de mejora y seguimiento a planes de mejora		X	CORRECTIVO	MANUAL	25%	Trimestral	Lista de asistencia - Registros google formularios										Gestionar proyectos para el fortalecimiento del IDSN durante la vigencia	Dirección - OMP Proyectos	1/07/2022	No de proyectos gestionados	
<b>Elaboró:</b> DEHYSI TOVAR - OMAR MORENO Profesional Universitaria - Jefe Planeación							<b>Revisó:</b> DIANA PAOLA ROSERO ZAMBRANO Directora							<b>Aprobó:</b> DIANA PAOLA ROSERO ZAMBRANO Directora														
<b>Firma:</b>							<b>Firma:</b>							<b>Firma:</b>														
<b>Fecha:</b> 28/04/2022				<b>Fecha:</b> 28/04/2022				<b>Fecha:</b> 28/04/2022				<b>Fecha:</b> 28/04/2022																



**MAPA Y PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS INSTITUCIONALES  
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO**


CODIGO: F-PRCIOCI01-02

VERSION: 04

FECHA: 06-07-2022

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO					VALORACIÓN DEL RIESGO										TRATAMIENTO				PLAN DE ACCIÓN																		
No	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	FACTOR DE RIESGO	IMPACTO	ZONA DE RIESGO INHERENTE	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	AFECTACIÓN PROBABILIDAD	AFECTACIÓN IMPACTO	ATRIBUTOS DEL CONTROL				EVIDENCIA	PROBABILIDAD RESIDUAL (2 CONTROLES)	ZONA PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL	IMPACTO RESIDUAL (2 CONTROLES) %	ZONA IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL (CUADRO DE CALOR)	REDUCIR			ACCIÓN DE TRATAMIENTO	RESPONSABLE	FECHA IMPLEMENTACIÓN	INDICADOR												
									TIPO (PREVENTIVO - DETECTIVO - CORRECTIVO)	IMPLEMENTACIÓN (MANUAL O AUTOMÁTICA)	CALIFICACIÓN CONTROL	FRECUENCIA							TRANSFERIR	COMPARTIR	ACEPTAR					EVITAR											
2		Posibilidad de falla en la evaluación y seguimiento de los componentes del sistema de control interno por incumplimiento de requisitos debido a la falta de continuidad del personal de planta en la oficina de control interno.	PROCESO	60%	60%	Medio	SEGUIMIENTO A LA APLICACIÓN DE LOS COMPONENTES DE CONTROL INTERNO - AUDITORIA	X		CORRECTIVO	MANUAL	25%	TRIMESTRAL	Informes de auditoría, procedimiento de auditorías OCI - papeles de trabajo auditoría y planes de acción	29%		45%	MEDIO				Presentar solicitud de creación de cargos de planta para la OCI ante dirección, de acuerdo a los resultados del diagnóstico del proyecto modernización	Jefe de Control Interno	30/11/2022	solicitud presentada ante dirección												
										DETECTIVO	MANUAL	30%	MENSUAL													INFORMES REMITIDOS, DOCUMENTOS DE SEGUIMIENTOS - INFORMES	X					Programar y ejecutar las acciones de la OCI para cumplimiento de los componentes de MECI	Jefe de Control Interno- Equipo de trabajo OCI	31/12/2022	Plan de trabajo de OCI ejecutado para la vigencia- actas de CIOCI		
										DETECTIVO	MANUAL	30%	Anual													Diagnóstico de la necesidad										X	
3	GESTIÓN DEL RIESGO Y CONTROL INTERNO	Posibilidad de inoportunidad en el reporte de informes o sanciones por extemporaneidad, debido al incumplimiento en la entrega de información, por que las dependencias del IDN entregan tarde la misma o de manera imprecisa	PROCESO	60%	60%	Medio	Expedición y actos administrativos sobre la entrega de la información	X		PREVENTIVO	MANUAL	45%	trimestral	Circulares Internas Correos Electronicos Requerimientos escritos	23%			MEDIO			Solicitar a GTN, la capacitación en temas de transparencia y acceso a la información pública para funcionarios	Jefe de Control Interno	30/11/2022	solicitud presentada ante la Secretaría general y talento humano													
							Informes entregados a la dirección y publicados con recomendaciones de la OCI para las dependencias del IDN			X															DETECTIVO	MANUAL	30%	trimestral	Informes publicados en página web Actas de CIOCI					Presentar el estudio técnico y financiero a Dirección para la creación del cargo de profesional de la OCI (de acuerdo a los resultados del diagnóstico del proyecto modernización)	Jefe de Control Interno- Equipo de trabajo OCI	30/11/2022	Estudio técnico presentado ante Dirección.

Elaboró:						Revisó:						Aprobó:					
DEHYSI TOVAR - OMAR MORENO Profesional Universitaria - Jefe Planeación						ATRIZ ROSERO JEFE CONTROL INTERNO						DIANA PAOLA ROSERO ZAMBRANO Directora					
Firma:						Firma:						Firma:					
Fecha:		28/04/2022				Fecha:		28/04/2022				Fecha:		28/04/2022			

		<b>MAPA Y PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS INSTITUCIONALES</b> <b>INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO</b>														<b>VERSION: 04</b>				<b>FECHA: 06-07-2022</b>																	
		<b>IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO</b>				<b>CODIGO: F-PRCIO01-02</b>				<b>IMPLEMENTACIÓN DEL RIESGO</b>				<b>TRATAMIENTO</b>				<b>PLANEACIÓN</b>																			
No	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	FACTOR DE RIESGO	PROBABILIDAD	IMPACTO	ZONA DE RIESGO INHERENTE	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	AFECTACIÓN PROBABILIDAD	AFECTACIÓN IMPACTO	TIPO PREVENTIVO (DETECTIVO-CORRECTIVO)	IMPLEMENTACIÓN (MANUAL O AUTOMÁTICA)	CALIFICACIÓN CONTROL	FRECUENCIA	EVIDENCIA	PROBABILIDAD RESIDUAL (2 CONTROLES)	ZONA PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL	IMPACTO RESIDUAL (2 CONTROLES) %	ZONA IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL (CUADRO DE CALOR)	REDUCIR	ACEPTAR	EVITAR	ACCIÓN DE TRATAMIENTO	RESPONSABLE	FECHA IMPLEMENTACIÓN	INDICADOR											
																				TRANSFERIR	COMPARTIR																
4	ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL - SSP	Baja respuesta institucional y sectorial, por establecimiento del propósito de la articulación intersectorial, debido a la baja participación efectiva de los integrantes de los actores externos.	Proceso	0%	0%	Medio	Acción (CONTROL)	X		Preventivo	Manual	CALIFICACIÓN CONTROL	Trimestral	Reporte Sigso consolidado por trimestre Informe de Gestión	0%		0%	BAJO				X	Realizar seguimiento y reporte del plan de acción de salud que relaciona las actividades de articulación intersectorial	Líderes de proceso	15/07/2022	Reporte oportuno para SESPO a la DAP y chequeo SPI											
								X		Detectivo	Manual	0%	Trimestral	Reporte y análisis a cada corte - Informe de seguimiento a procesos Reporte en SIMU y análisis de los indicadores									Seguimiento a los indicadores SIMU para cumplimiento de cronograma y compromisos	Líderes de proceso	10/07/2022	Reporte SIMU Web dentro de los 10 primeros días de cada mes											
																							Seguimiento a los compromisos en los diferentes comités externos	Líderes de proceso	1/03/2022	No de comités realizados / No de comités programados											
5	ASISTENCIA TÉCNICA - SSP	Possibilidad de incumplimiento en los objetivos de los programas liderados por SSP, debido a la baja adherencia a las temáticas tratadas en asistencia técnica, por debilidades en la metodología, pedagogía, o herramientas utilizadas.	Proceso	57%	60%	Medio	Acciones y resultados de IVC sobre la asistencia técnica	X		Detectivo	Manual	30%	Trimestral	Reunión de grupo primario donde se realizó seguimiento Actas y evidencias de visitas, evidencias, expedientes	28%		60%	MEDIO				X	Fortalecimiento de la asistencia técnica con reprogramación e programación de nuevo evento (modalidad, metodología)	Subdirectora - Líderes de dimensión	30/09/2022	Informe de Gestión de las Dimensiones											
							Reporte y análisis de Indicadores de AT en el sistema de gestión de calidad	X		Detectivo	Manual	30%	Trimestral	Reporte, análisis SIMU Web									Solicitar y ejecutar en el plan institucional de capacitación la ejecución de un proyecto con énfasis en estrategias pedagógicas para la realización de AT	Subdirectora SSP - Comité de capacitación - Asesor de TI	31/05/2022	Proyecto PCC - SSP ejecutado											
6	INSPECCIÓN Y VIGILANCIA - SSP	Possibilidad de omisión en la aplicabilidad de la norma por parte de los actores del sector salud, por insuficiencia en la capacitación antes de la implementación de la planeación del evento de reunión de personal en los puestos de trabajo	CORRUPCIÓN	54%	60%	Medio	Reprogramación acciones IV	X		Detectivo	Manual	30%	Manual	SAT Reuniones grupo primario Notas Internas									Definir ante el equipo directivo las necesidades y asignación de recursos para el fortalecimiento de la infraestructura, recursos tecnológicos y operación logística.	Subdirectora Líderes de Dimensión	1/07/2022	No de solicitudes gestionadas											
							Seguimiento PAS	X		Detectivo	Manual	30%	Trimestral	Reporte SESPO Informe de Gestión									Reportar cuando se requiera y con el soporte correspondiente las situaciones de presión externa que impactan la IV a organismos internos o externos según corresponda	Subdirectora Líderes de Dimensión	1/04/2022	No de solicitudes gestionadas											
							Seguimiento a indicadores	X		Detectivo	Manual	30%	Trimestral	Reporte SIMU Web Análisis del indicador	7%		60%	MEDIO				X	Revisar en grupo primario las posibles acciones que se puedan introducir IV - SSP con apoyo de otros dependencias del IDSN	Subdirectora Líderes de Dimensión	1/04/2022	Compromiso acta de reunión											
							Informe de gestión trimestral - SSP	X		Detectivo	Manual	30%	Semestral (cada que se requiera)	Informe de seguimiento reportado									Revisar y si se requiere actualizar la operación del comité de IV	Subdirectora Líderes de Dimensión Dirección	1/04/2022	Acta de reunión											
							Entrenamiento en puesto de trabajo de nuevo personal	X		Preventivo	Manual	45%	Cada que se presente la necesidad	Informes y actas de supervisión									Definir estrategia y capacitar a actores para realizar entrenamiento de trabajo en IV	Subdirectora de SSP Líderes del Proceso Talento humano de IVC Tutores	30/06/2022	Estrategia definida Número de funcionarios capacitados											
							Realizar Entrenamiento a talento humano de IV, según lista de chequeo																Realizar Entrenamiento a talento humano de IV, según lista de chequeo	Subdirectora de SSP Líderes del Proceso Talento humano que ingresan al IDSN	31/08/2022	No de funcionarios nuevos con entrenamiento/No de funcionarios que ingresan a IV											
7	INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL - ETV	Possibilidad de no generar empoderamiento y autocuidado frente a los factores de riesgo de ETV por incumplimiento en la implementación de la estrategia EGI en los municipios, debido a la baja adherencia por parte de los actores del SGOSS	Proceso	53%	100%	Crisis/Alto	Asistencia Técnica EGI - ETV dirigida a las direcciones locales y prestadores	X		DETECTIVO	MANUAL	30%	Manual	Acta de reunión de grupo primario donde se analizaron los resultados de la AT.									Realizar Asistencia Técnica con apoyo de MSP de manera Semestral para todos los actores del SGOSS	Profesional Especializado ETV - Equipo de trabajo profesionales ETV	30/06/2022	Asistencia Técnica Ejecutadas / Asistencia Técnica Programadas (con el MSP)											
							Remisión de material educativo a los actores del sistema SGOSS	X		DETECTIVO	MANUAL	30%	Manual	Comunicación, registro en SAT									Ejecutar asistencia técnica en manejo integral de las ETV a los actores	Equipo de trabajo profesionales ETV	2/01/2022	Asistencia Técnica Ejecutadas / Asistencia Técnica Programadas con los actores											
							Solicitudes escritas para la asignación de recursos de balance	X		CORRECTIVO	MANUAL	25%	Semestral	Oficio Correo	18%		75%	ALTO				X	Realizar solicitud de asignación de recursos para fortalecer las acciones de ETV - EGI	Profesional Especializada ETV	31/03/2022	Solicitudes Gestionadas											
							Solicitudes escritas para apoyo logístico y SGOSS, solicitando recursos de infraestructura y elementos de trabajo	X		DETECTIVO	MANUAL	30%	Semestral	Oficio Correo									Solicitar intervenciones al equipo SGOSS - Apoyo logístico - DAP	Profesional Especializada ETV	31/03/2022	Intervenciones realizadas											
							Incrementar acciones IV																Fortalecer estrategia de asistencia técnica sobre EGI														
							Ejecución de las acciones de IV																Ejecución de las acciones de IV														
							Autocomisión para visitas	X		Detectivo	Manual	30%	Semestral	Actas reunión Informe asesor									Realizar diagnóstico de las necesidades técnicas y logísticas y realizar la adquisición de los bienes prioritarios e implementar las acciones administrativas para los aspectos logísticos y de infraestructura	Subdirectora de Salud Pública (prevista necesidades) - Secretario General - Profesional Universitario Asesor Logístico (levantamiento del diagnóstico y gestión de recursos)	30/06/2022	Diagnostico elaborados No de acciones implementadas											

8	INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL - SSP	CORUPCIÓN	73%	80%	Alta	Programación de Visitas	X		Preventivo	Manual	45%	Mensual	Registro de IVC SAT	14%	80%	ALTO	X		Definir estrategia y capacitar a líderes para realizar entrenamiento de trabajo en IVC	Subdirectora de SSP Líderes del Proceso Talento humano de IVC Tutores	30/06/2022	Estrategia definida Número de funcionarios capacitados
						Auditorías	X		Detectivo	Manual	30%	Anual	Informes Documentos de auditorías						Realizar entrenamiento a talento humano de IVC, según lista de chequeo	Subdirectora de SSP Líderes del Proceso Talento humano que ingresan al IVC	31/08/2022	No de funcionarios nuevos con entrenamiento de funcionarios que ingresan al IVC
						Reuniones de equipo de IVC y seguimiento a las actividades	X		Detectivo	Manual	30%	Mensual	Actas reunión						Actualizar el plan interno de capacitación para incluir en los proyectos a cargo de SSP, capacitación en competencias laborales en IVC	Subdirectora de SSP Facilitador de IVC de SSP Líderes de IVC Asesora de talento humano	30/06/2022	Plan interno de capacidad ajustado
							X		Preventivo	Manual	45%	Mensual	Autocomisarios Firmados						Solicitar sensibilización de normatividad inherente a los asuntos disciplinarios a la oficina asesora de CDI	Subdirectora de SSP Jefe asesora de CDI Funcionarios que realizan IVC	30/06/2022	No de funcionarios de IVC con sensibilización
						Solicitudes de conceptos aclaratorios	X		Preventivo	Manual	45%	Anual	Conceptos recibidos						Realizar comunicación informativa a personal del IDON sobre actuaciones que no corresponden al área	Subdirectora SSP Profesionales Universitarios	31/03/2022	No de comunicaciones realizadas por el equipo de trabajo
9	CORUPCIÓN	80%	80%	Alto	Registro manual de fechas en expedientes	X		Preventivo	Manual	45%	Mensual	Registro en Expediente	18%	80%	Alto	X		Realizar el redireccionamiento de las acciones delegadas que no corresponden a las competencias de la dependencia	Subdirectora SSP Profesionales Universitarios	31/03/2022	No de redireccionamientos realizados por el equipo	
					Cumplimientos de terminos del artículo 32 de la ley 1437 de 2011	X		Preventivo	Manual	45%	Mensual	Conceptos recibidos						Realizar las devoluciones a que hubiera lugar a las entidades competentes	Profesionales Universitarios	31/03/2022	No devoluciones realizadas	
																		Solicitar al interventor del contrato de correspondencia se verifique los tiempos de entrega de correspondencia	Profesionales Universitarios	31/03/2022	No de solicitudes enviadas al interventor	
																		Dar cumplimiento a los planes de mejoramiento académicos y registrados en la oficina de control interno	Profesionales Universitarios	31/03/2022	100% de plan de mejoramiento	
10	GESTIÓN DE LABORATORIO SALUD PÚBLICA	Proceso	52%	100%	Crisis/Alto	Instructivo para la recepción de muestras	X		PREVENTIVO	MANUAL	45%	Registro de recepción de ítems de ensayo	mensual	8%	100%	CRISIS/ALTO	X		Realizar asistencias técnicas a los sectores del objeto de la inspección, vigilancia y control del LSP sobre lineamientos del laboratorio e IDON	Profesionales del Laboratorio	semestral	# de asistencias técnicas ejecutadas/ # de asistencias técnicas programadas *100
						Indicadores del proceso	X		DETECTIVO	MANUAL	30%	SMU WEB reporte mensual	mensual						Realizar reuniones de articulación con las áreas de Gestión de Recursos, Salud Ambiental, ETV, SIGEST, Gestión Jurídica para la revisión de la gestión del proceso y toma de decisiones	Profesional Universitaria Coordinador LSP (Claudia Almeida) Profesionales Universitarios Profesional Líder de Calidad LSP (Claudia Arevalo)	Trimestralmente	Reuniones realizadas/reuniones programadas * 100
						Elaboración plan de adquisiciones del LSP		X	CORRECTIVO	MANUAL	45%	Relación de las necesidades por área Plan de adquisiciones LSP reportado al comité de adquisiciones	anual						Reporte de trabajos no conformes presentados en áreas del LSP para toma de decisiones en la ejecución de los análisis	Profesionales Universitarios Profesional Líder de Calidad LSP (Claudia Arevalo)	Trimestralmente	No de reportes con seguimientos/ total de reportes realizados*100
						Auditorías y seguimientos por entes externos	X		DETECTIVO	MANUAL	30%	Informes de auditoría Planes de acción Informes de seguimiento por parte del INVIMA	anual						Realizar seguimiento de ejecución presupuestal del LSP y al Plan de adquisiciones correspondiente	Profesional Universitaria Coordinador LSP (Claudia Almeida)	Trimestralmente	No. de seguimientos realizados/No. De seguimientos proyectados x 100
						Cronograma de mantenimiento y calibración	X		PREVENTIVO	MANUAL	45%	Cronograma anual de mantenimiento y calibración Indicadores de desempeño del cronograma	anual						Seguimiento a indicadores	Profesional de apoyo para la gestión metrológica	Mensual	No. de seguimientos realizados/No. De seguimientos proyectados x 100
11	GESTIÓN DE LABORATORIO SALUD PÚBLICA	Infraestructura	48%	100%	Crisis/Alto	Revisión certificados de calibración	X		DETECTIVO	MANUAL	30%	Registro de revisión certificados de calibración	anual	6%	100%	CRISIS/ALTO	X		Gestionar el proyecto de MINICENCIAS para el fortalecimiento de la infraestructura del LSP en el componente eléctrico interno y externo	Profesional Universitaria Coordinador LSP Profesional Universitario Infraestructura Interventor (gobernación de manifi) Jefe asesor oficina planeación	Semestral	No. de seguimientos realizados/No. De seguimientos proyectados x 100
						Ejecución de Backup en los equipos (en las áreas que opere)	X		PREVENTIVO	MANUAL	45%	Relación de backup Registro de control de equipos	mensual						Ejecutar lo dispuesto en la guía de ejecución de la conformidad de equipos	Profesional de apoyo para la gestión metrológica Profesionales LSP	Anualmente	No. de registros conformes/No. De registros aplicados x 100
						Acciones de Sensibilización al personal de seguridad y vigilancia para el LSP	X		PREVENTIVO	MANUAL	45%	Registro de asistencia	anual						Supervisión técnica a Gestión metrológica	Profesionales LSP	Anualmente	No. de seguimientos realizados/No. De seguimientos proyectados x 100

12	Possibilidad de pérdida en la gestión y conocimiento del proceso, debido a salida de personal profesional de LSP que cuenta con alta capacidad técnica, por no superar la prueba dispuesta dentro del concepto de méritos.	Talento Humano	100%	80%	Alto	Información documentada y controlada del proceso de LSP Gestión de TICs	X		PREVENTIVO	MANUAL	45%	Información documentada del SCC Listado Maestro	anual	55%		80%	ALTO		X		Elaborar Plan de contingencia para el seguro, retención, entrega de bienes de trabajo, y empujamiento específico	Subdirección Salud Pública - Equipo de profesionales LSP	Anualmente	Actividades Ejecutadas/ Total de actividades programadas según plan
13	Posibilidad de suspensión y/o pérdida de la acreditación del LSP, debido al bajo desempeño de las auditorías externas del LSP. Por incumplimiento de los requisitos normativos establecidos por ONAC	Proceso	40%	80%	Alto	Registro del servicio de auditoría de ONAC dentro del Plan de adquisiciones de la vigencia	X		PREVENTIVO	MANUAL	45%	Plan de adquisiciones Documentales contractuales del servicio	anual		22%		80%	ALTO		X	Controlar para la coordinación de auditorías del IDSA (Cruz de Cruz) la información documentada de las auditorías externas del LSP	Subdirección de Salud Pública - Coordinadora del LSP	Anualmente	no. de hallazgos de ONAC corregidos efectivamente / no. De Hallazgos presentados en el informe de auditoría *100
						Programación de la auditoría de ONAC dentro del libro para el seguimiento o renovación	X		PREVENTIVO	MANUAL	45%	Correos de planificación del servicio e información confirmatoria												Ejecutar la revisión por dirección del SCC con información de seguimiento a auditorías
Elaboró:						Revisó:						Aprobó:												
DEHYSI TOVAR - OMAR MORENO Profesional Universitaria - Jefe Planeación						DANIANA DE LA CRUZ Subdirectora de Salud Pública						DIANA PAOLA ROSERO ZAMBRANO Directora												
Firma:						Firma:						Firma:												
Fecha: 28/04/2022						Fecha: 28/04/2022						Fecha: 28/04/2022												

INSTITUTO DEPREVENCIÓN DE RIESGOS INSTITUCIONALES		MAPA Y PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS INSTITUCIONALES												INSTITUTO DEPREVENCIÓN DE RIESGOS INSTITUCIONALES		VERSIÓN: 04		FECHA: 06/07/2022								
CODIGO: F-PRICOCIO1-02		IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO				VALORACIÓN DEL RIESGO												TRATAMIENTO								
No	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	FACTOR DE RIESGO	PROBABILIDAD	IMPACTO	ZONA DE RIESGO INHERENTE	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	AFECTACIÓN PROBABILIDAD	AFECTACIÓN IMPACTO	ATRIBUTOS DEL CONTROL				PROBABILIDAD RESIDUAL (2 CONTROLES)	ZONA PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL	IMPACTO RESIDUAL (2 CONTROLES)	ZONA IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL (CUADRO DE CALDR)	TRATAMIENTO			PLAN DE ACCIÓN				
										TIPO (PREVENTIVO/DETECTIVO/CORRECTIVO)	IMPLEMENTACIÓN (MANUAL O AUTOMÁTICA)	CALIFICACIÓN CONTROL	FRECUENCIA						EVIDENCIA	TRANSFERIR	COMPARTIR	ACEPTAR	EVITAR	ACCIÓN DE TRATAMIENTO	RESPONSABLE	FECHA IMPLEMENTACIÓN
14	ASISTENCIA TÉCNICA - SCA	Posibilidad de regresión en la asistencia técnica del equipo de Calidad y aseguramiento, por debilidad en la gestión del conocimiento de los procesos en Salud, debido a la alta rotación y falta de idoneidad del personal de los actores	Proceso	60%	60%	Medio	Actas de supervisión de contratos de personal (contratistas que hacen AT)	X		Detectivo	Manual	30%	Mensuales	Actas, Informes supervisión, informe de actividades, actas de pago, reportes	21%	60%	MEDIO		REDUCIR	COMPARTIR	ACEPTAR	EVITAR	Actas e informes de supervisión (contratistas que hacen AT)	Supervisores delegados	1/01/2022	No de actas finales y liquidación aprobadas / No de contratos de TIC SCA
							Actos de visitas y/o Informe	X		Detectivo	Manual	30%	Trimestral	Actas, informes de visitas, informe de comisión (cuando se viaje), lista de					Programaciones de acciones TIC SCA	Profesionales Universitarios, Profesionales Especializados	1/03/2022	Acciones de TIC realizadas / Acciones de TIC programadas o requeridas (mes a mes)				
							Monitoreo Financiero de las ESES	X		Detectivo	Manual	30%	Trimestral	Informes de monitoreo y seguimiento, actas					Programación de capacitaciones de los actores	Profesionales Universitarios, Profesionales Especializados	14/02/2022	No de Solicitudes de necesidades				
15	Gestión Red de Servicios - SCA	Posibilidad de oportunidad en la regulación y coordinación de pacientes y eventos de urgencia y emergencias, por fallos en la infraestructura técnica del sistema, debido en la oportunidad en el diagnóstico de los recursos tecnológicos de hardware, software y conectividad oportunos	Proceso	60%	80%	Alta	Información documentada del proceso de contratación pertinente	X		CORRECTIVO	MANUAL	45%	Mensualmente	Informe de supervisión, informe de actividades, actas de pago, Reportes	8%	80%	ALTO		REDUCIR	COMPARTIR	ACEPTAR	EVITAR	Enviar solicitud ante el ministerio de salud en cuanto a la adquisición de redes bases para estos municipios de baja conectividad	Profesional Universitario	30/06/2022	Solicitud realizada ante Ministerio
							Ejecución plan anual de adquisiciones - SCA	X		CORRECTIVO	MANUAL	45%	Anual	Reporte seguimiento enviado a Profesional de Atención al Usuario					Asesorías técnicas por parte de los médicos reguladores para revisión de casos puntuales no	Profesionales médicos reguladores	6/04/2022	No de asesorías técnicas realizadas para el proceso / No de adquisiciones programadas para el proceso				
							Reporte PROSEC LOGIC	X		DETECTIVO	MANUAL	30%	Mensual	Reportes y seguimientos a los procedimientos OJUS					Reporte de novedades plan de adquisiciones y actualización de plan de adquisiciones	Profesional Universitario - Subdirectora SCA	1/07/2022	No de adquisiciones ejecutadas para el proceso / No de adquisiciones programadas para el proceso				
16	Gestión Red de Servicios - SCA	Posibilidad de incumplimiento en el pago de obligaciones de prestación de servicios de salud a la población de oficial afiliación y migrantes por insuficiente disponibilidad de recursos, debido a insuficiente asignación de presupuesto de la nación para la atención de población migrante y al incumplimiento a la directriz de afiliación universal	Proceso	40%	40%	Bajo	Verificación manual y automatizada de las cuentas auditadas y conciliadas	X		DETECTIVO	MANUAL	45%	Semestral	Plan interno de Capacitación - Capacitaciones externas aprobadas - Certificado de participación o asistencia	20%	30%	BAJO		REDUCIR	COMPARTIR	ACEPTAR	EVITAR	Presentar para la revisión de cargos la propuesta técnica, administrativa y financiera a	Profesora Universitaria	30/06/2022	Propuesta realizada y entregada a dirección
							Conciliación de cartera Super salud	X		CORRECTIVO	MANUAL	45%	Permanente	Actas administrativos expedidos					Realizar actualizaciones al software de auditoría de cuentas medicas de acuerdo a las inconsistencias presentadas.	Planeacion - equipo TIC, Auditor de cuentas medicas	31/05/2022	No de actualizaciones realizadas al software / No de recomendaciones realizadas al software de auditoria de cuentas por el equipo TIC				
							Informes de circular OSD - 011 Super salud	X		DETECTIVO	MANUAL	30%	Anual	Lista de asistencia - Registro google formulario					Realizar de manera oportuna, la auditoria de las cuentas realizadas cada mes por atención de urgencias a población Migrante. Con el fin de contar con una cartera clara, para el pago oportuno a los prestadores en el momento que Ministerio gre los recursos.	Profesional universitario de auditoria de cuentas medicas - población Migrante	30/06/2022	No de cuentas auditadas y reconocidas para pago en el periodo. De cuentas radicadas en el periodo				
17	INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL - SCA	Posibilidad de incidente de desabasto para la dirección del IDSA, por posible incumplimiento de los fallos de tutela con ordenes de prestaciones de servicio altas cuarenta, debido a insuficiente fuente de recursos para la contratación de servicios ordenados por fallos de tutela	Proceso	60%	80%	Alta	Revisión oportuna de los fallos de tutela	X		DETECTIVO	MANUAL	30%	MENSUAL (DARSO)	Correos electronicos	29%	80%	ALTO		REDUCIR	COMPARTIR	ACEPTAR	EVITAR	3Jefe Oficina Asesora Juridica Profesional de apoyo Juridico de atención al usuario	4/04/2022	No de defensas jurídicas realizadas / No de incidentes de desabasto presentado en el periodo	
							Registro documentado de tutelas	X		DETECTIVO	MANUAL	30%	MENSUAL (DARSO)	Matriz en Excel					Cumplimiento a las acciones de tutela	Oficina atención al usuario	4/04/2022	No de acciones de tutela cumplidas / No de acciones de tutela presentadas				
							Información documentada del proceso de contratación pertinente	X		Preventivo	Manual	45%	Mensuales	Actas, Informes de supervisión, informe de actividades, actas de pago, reportes					Grupo primario para verificación de necesidades de contratación	Subdirectora, Profesionales supervisores delegados	1/01/2022	No de actas de grupo primario donde se abordó tema de contratación				
18	INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL - SCA	Posibilidad de incumplimiento de las metas del proceso de TIC por oportunidad en la vinculación de personal de apoyo y/o incumplimiento de requisitos de idoneidad, debido a la baja oferta laboral que cumple los requisitos del cargo	PROCESO	60%	60%	Medio	Ejecución plan anual de adquisiciones - SCA	X		Preventivo	Manual	45%	Trimestral	Archivo de gestión virtual y/o físico de la profesional universitaria SCA, reporte seguimiento enviado a Profesional de Atención al Usuario	13%	60%	MEDIO		REDUCIR	COMPARTIR	ACEPTAR	EVITAR	Reporte de novedades plan de adquisiciones y actualización de plan de adquisiciones	Profesional Universitario	1/08/2022	No de adquisiciones ejecutadas para el proceso / No de adquisiciones programadas para el proceso
							Actas de supervisión de contratos de personal	X		Detectivo	Manual	30%	Mensuales	Actas, Informes de supervisión, informe de actividades, actas de pago, reportes					Actas e informes de supervisión	Supervisores delegados	1/01/2022	No de actas finales y liquidación aprobadas / No de contratos de TIC SCA				
Elaboró:							Revisó:							Aprobó:												
DEHYSI TOVAR - OMAR MORENO Profesional Universitaria - Jefe Planeación							KAREN LUNA Subdirectora de Calidad y Aseguramiento							DIANA PAOLA ROSERO ZAMBRANO Directora												
Firma:							Firma:							Firma:												
Fecha: 28/04/2022							Fecha: 28/04/2022							Fecha: 28/04/2022												





24	GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	Posibilidad de afectación en la PLANEACIÓN, GESTIÓN Y CONOCIMIENTO INSTITUCIONAL debido a las novedades de talento humano producidas mediante el retiro del personal provisional e ingreso de nuevos funcionarios en carrera administrativa, por la realización del concurso de méritos (Proceso de selección 1522 AT/DS territorial Nariño -CNIC)	TALENTO HUMANO	80%	80%	ALTO	Información documentada de los procesos y procedimientos institucionales	X		DETECTIVO	MANUAL	30%	Mensual	Actos, Planes, Oficios, Circulares, procedimientos y formatos del proceso de gestión del talento humano control interno	31%		80%	ALTO		X	Establecer plan de contingencia y estrategias para cumplimiento de los acuerdos para la transferencia de conocimiento del personal saliente	Secretario General- Asesora de Talento Humano gestionando a: Subdirectores, Jefes de Oficina, Secretario general asesores y Líderes de procesos.-	20/05/2022	# de funcionarios salientes con acciones de transferencia de conocimiento/ # total de funcionarios salientes*100
							información y lineamientos de la CNIC y la Función Pública frente a las etapas del concurso	X		DETECTIVO	MANUAL	30%	Mensual	Matriz Diligencias							Establecer plan de contingencia para cumplimiento de las acciones para el ingreso adeudado del nuevo personal por el concurso de méritos de CNIC	Secretario General- Asesora de Talento Humano gestionando a: Subdirectores, Jefes de Oficina, Secretario general asesores y Líderes de procesos.-	20/05/2022	# de funcionarios que ingresan al DSJ con acciones de transferencia de conocimiento/ # total de funcionarios que ingresan*100
							acciones de auditoría interna y de Gestión estratégica de talento humano															Planificar y ejecutar las actividades de gestión en los trabajadores de planta del DSJN, según las fases de la política de Gestión de talento humano, conforme al desarrollo del concurso y las necesidades de cada área.	Secretario General- Asesora de Talento Humano- Funcionarios de la Secretaría General	20/05/2022
25		Posibilidad de cumplimiento al decreto 1072 de 2015, debido a la falta de continuidad en los procesos, por inexistencia de personal de nomina en el sistema	PROCESO	60%	60%	Medio	Información documentada de los procedimientos de SGGST	X		DETECTIVO	MANUAL	30%	Trimestral	Actos Administrativos, Circulares, Comunicados, procedimientos, manuales y formatos de proceso de SGGST	23%		40%	MEDIO		X	Creación del cargo con el perfil exigido por parte del revisor	Asesora de Talento Humano	31/01/2022	Manual de funciones ajustado según requerimientos
							Cálculo de indicadores de estructura, proceso y resultado		X	CORRECTIVO	MANUAL	25%	Mensual y anuales (según aplique el indicador)	Hoja de indicadores							Actualización y aplicación de normalidad vigente a lo competente con el sistema	Contratistas SGGST Secretario General	1/04/2022	Matriz legal Actualizada
							Evaluación de los estándares mínimos del SGGST	X		PREVENTIVO	MANUAL	45%	Anual	Certificado de la ANL, evaluación ANL, reporte Ministerio							Plan de acción, ejecutado y con seguimiento	Contratista SGGST Secretario General	1/01/2022	Ejecución presupuestal
Elaboró:			Revisó:			Aprobó:																		
DEHYSI TOVAR - OMAR MORENO Profesional Universitaria - Jefe Planeación			CESAR RUANO (E) Secretario General			DIANA PAOLA ROSERO ZAMBRANO Directora																		
Firma:			Firma:			Firma:																		
Fecha: 28/04/2022			Fecha: 28/04/2022			Fecha: 28/04/2022																		



**MAPA Y PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS INSTITUCIONALES**  
**INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO**

**CODIGO:** F-PRCIOCIO1-02

**VERSION:** 04

**FECHA:** 06-07-2022

IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO						VALORACIÓN DEL RIESGO										TRATAMIENTO				PLAN DE ACCIÓN						
No	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	FACTOR DE RIESGO	PROBABILIDAD	IMPACTO	ZONA DE RIESGO INHERENTE	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	AFECTACIÓN PROBABILIDAD	AFECTACIÓN IMPACTO	ATRIBUTOS DEL CONTROL				VALORACIÓN DEL RIESGO				REDUCIR			ACCIÓN DE TRATAMIENTO	RESPONSABLE	FECHA IMPLEMENTACIÓN	INDICADOR		
										TIPO (PREVENTIVO - DETECTIVO - CORRECTIVO)	IMPLEMENTACIÓN (MANUAL O AUTOMÁTICA)	CALIFICACIÓN CONTROL	FRECUENCIA	EVIDENCIA	PROBABILIDAD RESIDUAL (2 CONTROLES)	ZONA PROBABILIDAD RESIDUAL	IMPACTO RESIDUAL (2 CONTROLES) %	ZONA IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL (CUADRO DE CALOR)	TRANSFERIR					COMPARTIR	ACEPTAR
26	GESTIÓN DE TALENTO HUMANO - Control Interno Disciplinario	Posibilidad de impunidad administrativa y violación de los derechos de los sujetos procesales, debido al incumplimiento del procedimiento establecido dentro de la ley 734 de 2002 o normatividad vigente, por incumplimiento de la ley aplicable por parte del talento humano vinculado en provisionalidad en periodos anteriores	PROCESO	60%	60%	Medio	Información documentada de los procedimientos	X		DETECTIVO	MANUAL	30%	Mensual	Autos, Fallos, Oficios, Circulares Internas, procedimientos, manuales y formatos del proceso	29%	Medio	60%	Medio				X		Gestión para la actualización y/o ajuste de manual de funciones de los funcionarios del área Jefe oficina de control interno disciplinario Profesional universitario del proceso Asesor de talento humano Equipo directivo 30/06/2022 Manual de funciones ajustado según requerimientos		
							Calculo de indicadores de estructura, proceso y resultado	X		DETECTIVO	MANUAL	25%	Mensual	Matriz Diligencia, fichas de indicadores												X
Elaboró:							Revisó:							Aprobó:												
DEHYSI TOVAR - OMAR MORENO Profesional Universitaria - Jefe Planeación							CRISTINA BOLAÑOS Jefe Control Interno Disciplinario							DIANA PAOLA ROSERO ZAMBRANO Directora												
Firma:							Firma:							Firma:												
Fecha: 28/04/2022							Fecha: 28/04/2022							Fecha: 28/04/2022												

MAPA Y PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS INSTITUCIONALES																											
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO																											
CODIGO: F-PRCIOC01-02										VERSION: 04					FECHA: 06-07-2022												
IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO						VALORACIÓN DEL RIESGO										TRATAMIENTO				PLAN DE ACCIÓN							
No	PROCESO	DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	FACTOR DE RIESGO	PROBABILIDAD	IMPACTO	ZONA DE RIESGO INHERENTE	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	AFECTACIÓN PROBABILIDAD	AFECTACIÓN IMPACTO	TIPO (PREVENTIVO - DETECTIVO - CORRECTIVO)	IMPLEMENTACIÓN (MANUAL O AUTOMÁTICA)	CALIFICACIÓN CONTROL	FRECUENCIA	EVIDENCIA	PROBABILIDAD RESIDUAL (2 CONTROLES)	ZONA PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL	IMPACTO RESIDUAL (2 CONTROLES) %	ZONA IMPACTO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO FINAL (CUADRO DE CALOR)	REDUCIR			ACCIÓN DE TRATAMIENTO	RESPONSABLE	FECHA IMPLEMENTACIÓN	INDICADOR	
																				TRANSFERIR	COMPARTIR	EVITAR					
27		Possibilidad de pérdida de la certificación institucional del SGC por debilidades en el modelo de gestión, debido al incumplimiento de los requisitos del sistema, legales, organizacionales y de la norma técnica.	Oficina Asesora Planeación - Proceso	60%	60%	Medio	Auditorías internas SGC	X		DETECTIVO	Manual	30%	SEMESTRAL	Procedimiento auditorías internas SGC	42%		45%	Medio				X	Ejecutar programa de auditorías internas SGC ciclo 2022	Comité Institucional De Gestión De Desempeño - profesionales universitarios sgc - coordinador de auditorías - auditores internos	1/07/2022	Número de hallazgos de plan de acción de auditorías SGC / sobre número total de hallazgos de auditoría SGC	
							Auditoría externa ente certificada (ICDINTEC)		X	CORRECTIVO	Manual	25%	ANUAL	Informe de auditoría-recomendaciones para la mejora									Gestor proceso de auditoría externa para renovación certificación SGC	Comité Institucional De Gestión De Desempeño - profesionales universitarios SGC	1/12/2022	Monitorear la certificación del sistema de gestión de calidad del IDSN (meta de producto PIS 162)	
28	GESTIÓN DE CALIDAD	Possibilidad de inexactitud en el seguimiento de la gestión del SGC, debido al incumplimiento de requisitos en la entrega de información, por desatención de las dependencias del IDSN	Oficina Asesora Planeación - Proceso	60%	60%	Medio	Informe trimestral de seguimiento a procesos	X		DETECTIVO	Manual	30%	TRIMESTRAL	Consolidado trimestral de seguimiento a procesos	23%		60%	Medio					X	Elaborar y comunicar actos administrativos internos para divulgación de requisitos del SGC	Dirección - jefe GAP - profesionales SGC	1/19/2022	Actos administrativos emitidos y divulgados
							Reporte SIMU WEB	X		PREVENTIVO	Manual	45%	TRIMESTRAL	Consolidado periódico indicadores SIMU Web										Ejecutar la revisión por dirección del SGC con información de seguimiento a procesos	Comité Institucional De Gestión De Desempeño - profesionales universitarios SGC	30/10/2022	#de revisiones por dirección del SGC ejecutadas
29		Possibilidad de afectación del objetivo del ciclo de auditorías internas del SGC, por incumplimiento de la programación y requisitos operativos establecidos, debido al bajo nivel de compromiso por parte de auditores y auditados	Oficina Asesora Planeación - Proceso	40%	60%	Medio	Seguimiento auditorías internas SGC	X		DETECTIVO	Manual	30%	ANUAL	Procedimiento auditorías internas SGC	28%		45%	Medio					X	Ejecutar reunión de socialización con auditores internos del SGC para definición de lineamientos	profesionales universitarios SGC - coordinador de auditorías - auditores internos- Jefe GAP	30/04/2022	#de reuniones ejecutadas
							Revisión por Dirección del SGC		X	CORRECTIVO	Manual	25%	ANUAL	Ratón de CIQD para revisión del SGC, en vigencia										Ejecutar la revisión por dirección del SGC con información de seguimiento a auditorías	Comité Institucional De Gestión De Desempeño - profesionales universitarios SGC	30/10/2022	#de revisiones por dirección del SGC ejecutadas
30	GESTIÓN RED DE SERVICIOS-Planeación	Possibilidad de inoperatividad en el desarrollo de actividades de la administración de la red y referencias y contra referencias, por debilidad en la operatividad del proceso, debido a la falta de herramientas informáticas que gestione en los tiempos requeridos la información del procedimiento	Proceso	40%	40%	Bajo	Procedimientos, formatos de referencia y contra referencias y administración de red de servicios	X		DETECTIVO	MANUAL	30%	Semestral	Gestión documental - Activo del proceso										Seguimiento a formatos y/o programación de asistencia técnica	Profesional Especializada	15/01/2022	Asistencias Técnicas realizadas / Asistencias Técnicas programadas y solicitadas
							Asistencias técnicas y mesas por modo de gobernanza	X		PREVENTIVO	MANUAL	45%	Semestral	Gestión documental - Activo del proceso	15%		40%	Bajo					X	Solicitud de información sobre el proceso de contratación del software	Profesional Especializada Jefe Asesor de Planeación Jefe Oficina Asesora Jurídica	1/04/2022	Solicitud enviada
																							Revisión y/o actualización del procedimientos de Red y Referencia y Contra referencias	Profesional Especializada	1/04/2022	Solicitud realizada	
31		Possibilidad de incumplimiento en el desarrollo de las obras de infraestructura por limitaciones en la gestión de compras y recursos, debido a condiciones externas al proceso	PROCESO	40%	40%	Bajo	1. Gestión oportuna para la etapa contractual y pre contractual	X		PREVENTIVO	AUTOMATICO	45%	MENSUAL	CERTIFICADO CURSO MIPS - REGISTRO GOOGLE FORMULARIO INDUCCIÓN Y BENEVOLENCIA	22%		24%	Bajo					X	REVISIÓN MGA WEB DE PROYECTOS INTERNOS	Equipo Proyectos GAP	1/06/2022	No de proyectos estructurados / total de proyectos solicitados
							1. Contratación de personas idóneas para la ejecución de las obras		X	CORRECTIVO	AUTOMATICO	40%	ANUAL	CERTIFICADO DE FLUJO - INDICE DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL (IDI)										Seguimiento a las acciones de supervisión en comites			
							Comites de seguimiento																				
32	PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO DEL SISTEMA TERRITORIAL DE SALUD	Possibilidad de emisión de conceptos de viabilidad de proyectos erróneos, por no verificación de requisitos técnicos y legales exigidos, debido al incumplimiento de los lineamientos procedimentales	PROCESO	40%	40%	Bajo	1. Contratación a tiempo y de manera permanente del personal	X		DETECTIVO	MANUAL	45%	MENSUALES	INFORME DE EJECUCIÓN DE AUDITORIAS DE REVISIÓN POR DIRECCIÓN	22%		30%	Bajo						ESTUDIOS PREVIOS- REQUISITOS MINIMOS- PLAN DE ADQUISICIONES	PROFESIONAL ESPECIALIZADO- JEFE DAP	15/01/2022	No de proyectos externos viables / total de proyectos externos presentados
							1. Supervisión adecuada al cumplimiento de actividades de contratación	X		DETECTIVO	AUTOMATICO	25%	ANUAL	CERTIFICACIÓN ISO 9001 DEL SGC IDSN									X	REVISIÓN MGA WEB DE PROYECTOS EXTERNOS	EQUIPO PROYECTOS DAP	1/02/2022	
																							Cumplimiento del proyecto en PIC, asociados a Proyectos				
33		Possibilidad de vulneración de la información en las TICs por modificación o alteración, debido a ataques informáticos, trollers, o virus.	PROCESO	40%	40%	Bajo	1. Supervisión adecuada al cumplimiento de actividades de contratación	X		PREVENTIVO	MANUAL	45%	MENSUALES	INFORME DE EJECUCIÓN DE AUDITORIAS DE REVISIÓN POR DIRECCIÓN	11%		40%	Bajo					X	Backup (periódicos), contratación de servidores	Equipo TICs	1/06/2022	Backup realizado/Backup contratado servidores contratados
							1. Políticas internas para control de vulneración de información	X		PREVENTIVO	MANUAL	45%	ANUAL	CERTIFICACIÓN ISO 9001 DEL SGC IDSN										Contratación de personal idóneo y de recursos necesarios (hardware y software) en seguridad de la información	Equipo TICs	1/06/2022	Personal contratado

Elaboró: DEHYSI TOVAR - OMAR MORENO  
 Profesional Universitaria - Jefe Planeación

Revisó: OMAR MORENO  
 Jefe Planeación

Aprobó: DIANA PAOLA ROSERO ZAMBRANO  
 Directora

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: 28/04/2022

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: 28/04/2022

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: 28/04/2022



**MAPA Y PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS INSTITUCIONALES  
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO**

CODIGO: F-PRCIOCIO1-02

VERSION: 04

FECHA: 06-07-2022

No	PROCESO	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO					VALORACIÓN DEL RIESGO										TRATAMIENTO				PLAN DE ACCIÓN															
		DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	FACTOR DE RIESGO	PROBABILIDAD	IMPACTO	ZONA DE RIESGO INHERENTE	DESCRIPCIÓN DEL CONTROL	AFECTACIÓN PROBABILIDAD	AFECTACIÓN IMPACTO	ATRIBUTOS DEL CONTROL				EVIDENCIA	PROBABILIDAD RESIDUAL (ZONAS DE RIESGO)	ZONA DE RIESGO RESIDUAL FINAL	IMPACTO RESIDUAL (ZONAS DE RIESGO)	ZONA DE RIESGO RESIDUAL FINAL	ZONA DE RIESGO RESIDUAL (CUADRO DE CALOR)	REDUCIR		ACEPTAR	EVITAR	ACCIÓN DE TRATAMIENTO	RESPONSABLE	FECHA IMPLEMENTACIÓN	INDICADOR									
										TPO (PREVENTIVO - DETECTIVO - CORRECTIVO)	IMPLEMENTACIÓN (MANUAL O AUTOMÁTICA)	CALIFICACIÓN CONTROL	FRECUENCIA							TRANSFERIR	COMPARTIR															
34	GESTIÓN JURÍDICA	Posibilidad de toma errada de decisiones administrativas contrarias por inexactitud en la aplicación de la normatividad, debido a falencias en la interpretación de la norma por parte de los funcionarios	Proceso	52%	60%	Medio	Asistencia a eventos de capacitación y/o socialización virtuales y presenciales para talento humano del proceso	X		DETECTIVO	AUTOMÁTICO	30%	Anual	Plan interno de Capacitación - Capacitaciones externas aprobadas - Certificado de participación o aprobación	8%	Zona Verde	60%	Zona Verde	Zona Verde			X		ACTUALIZACIÓN EN EL OFICIA. ACTUALIZACIÓN EN CONTRATACIÓN ESTATAL, GESTIÓN DE ARCHIVO, NORMAS DE COBRO COLECTIVO	JEFE DAA, FUNCIONARIO PARTICIPANTE, COMITÉ DE CAPACITACIÓN	1/04/2022	Numero de capacitaciones ejecutadas / No de capacitaciones aprobadas									
							Revisión preliminar de la información documentada, para excepción y elaboración del acto administrativo	X		DETECTIVO	MANUAL	45%	Mensual (Permanente)	Actos administrativos expedidos										PLAN DE CONTINGENCIAS (DIRECTRICES, CRONOGRAMA, APLICACIÓN DE JORNADA)	JEFE DAA Y EQUIPO DE DAA	1/01/2022	# DE ACCIONES IMPLEMENTADAS DEL PLAN DE CONTINGENCIA									
							Capacitación en normatividad vigente y sensibilización al personal del IDON sobre la gestión administrativa	X		PREVENTIVO	MANUAL	45%	Semestral	Lista de asistencia, Registros google forms, Material de capacitación, libro radicaadores de la DAA										CAPACITACIÓN A FUNCIONARIOS DEL IDON EN TEMAS DE GESTIÓN JURÍDICA	JEFE DE LA DAA - FUNCIONARIOS DAA	8/03/2022	# DE CAPACITACIONES EJECUTADAS / # CAPACITACIONES PROGRAMADAS CIRCULARES EXPEDIDAS									
							Estrategia de contingencia para carga de información en plataformas SECCOP II y SIA	X		PREVENTIVO	MANUAL	30%	Mensual	Informes con cumplimiento de requisitos a entes de control, Registro en plataforma SECCOP II, SIA observa, resolución cambio de jornada laboral para atención del procedimiento de contratación										REVISIÓN FORMAL Y SUSTANCIAL DE LOS ACTOS EXPEDIDOS	FUNCIONARIOS DAA	1/01/2022	No de actos administrativos revisados									
35	Gestión Jurídica	Incumplimiento en la gestión del cobro de valores por concepto de jurisdicción coactiva, debido al desarrollo importante del procedimiento por fallas en las actuaciones de cobro	Oficina Jurídica	60%	60%	Medio		X		DETECTIVO	MANUAL	30%	Mensual	Informe periodico de actividades del talento humano de apoyo	42%	Zona Verde	60%	Medio			X		REGISTRO DE LA NECESIDAD EN PLAN DE ADQUISICIONES DE LA DAA DE CONTRATACIÓN DE PERSONAL DE APOYO	JEFE DE LA DAA - FUNCIONARIOS DAA	1/02/2022	PROFESIONAL DE APOYO CONTRATADO - CONTRATOS										
Elaboró:							Revisó:							Aprobó:																						
DEHYSI TOVAR - OMAR MORENO Profesional Universitaria - Jefe Planeación							WILLIAM VELA Jefe Jurídica							DIANA PAOLA ROSERO ZAMBRANO Directora																						
Firma:							Firma:							Firma:																						
Fecha: 11/07/2022							Fecha: 11/07/2022							Fecha: 11/07/2022																						