



ACTA DE REUNIÓN

CÓDIGO: F-PGED05-11

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página 1 de 14

expedición del correspondiente acto administrativo y su comunicación a las partes interesadas.	Fecha			Hora Inicial	Hora Final	Acta N°
	Día	Mes	Año			
Nombre de la Reunión						
COMITÉ INSTITUCIONAL DE GESTION Y DESEMPEÑO – EXTRAORDINARIO, políticas de: Gestión Planeación Institucional; Seguimiento y evaluación del desempeño.	24	05	2023	8 A.M.	12 A.M.	2E

Lugar: Meet virtual Google correo IDSN.

Asistentes				
N°	Nombre	Doc. Identificación	Área o Empresa	Firma
1	HERNAN DIAZ Director encargado IDSN	s.d	Dirección	
2	ROCIO JUELPAZ Subdirectora de Salud Pública	s.d	Salud Pública	
3	MARIA ALEJANDRA BARCO Subdirectora de Calidad y Aseguramiento	s.d	Calidad y Aseguramiento	M: Alejandra Barco
4	WILLIAM VELA Jefe Oficina Asesora Jurídica	s.d	O. A. Jurídica	
5	MARY ALEXANDRA ROSERO Jefe Oficina Asesora de Planeación	s.d	O.A. Planeación	
6	SANDRA ZAMBRANO Secretaria General	s.d	Secretaría General.	
7	JULIE CRITINA BOLAÑOS Jefe Ofi. Control Interno disciplinario	s.d	O. control Inter. Disciplin.	
8	ATRIZ ROSERO Jefe de Control Interno	s.d	Control Interno	
9	DIANA NARVAEZ Asesora de Talento humano	s.d	Talento humano	
10	PILAR PEREZ coordinadora - ETV	s.d	Sub. Salud Pública LSP	Participación virtual
11	JOSE MARÍA PORTILLO Profesional universitario, Encargado - LSP	s.d	Sub. Salud Pública LSP	Participación virtual

Orden del día

N°	Temática	Responsable
1	Presentación y aprobación de la Política de Gestión del Riesgo	Jefe control Interno
2	Presentación de riesgos por proceso a cargo de cada jefe de dependencia	Subdirectoras, Jefes Secretaria General y lideres de sede

3	Aprobación del Mapa de Riesgos vigencia 2023	integrantes CIGD.
Desarrollo		
<p>Siendo las 8:30 de la mañana del 24 de Mayo de 2022, se reúnen en sesión presencial en sala de juntas y via meet Google, del correo institucional, los integrantes del Comité Institucional de Gestión y Desempeño, así mismo se encuentran los funcionarios, citados a la reunión, quienes trataron los siguientes temas:</p>		
<p>1. PRESENTACIÓN Y APROBACIÓN DE POLÍTICA DE GESTIÓN DEL RIESGO IDSN 2023</p>		
<p>Se presenta por parte de la Jefe de control Interno de Gestión la información relativa a la política de gestión del riesgo (Ver anexo 1), donde se trata los aspectos relevantes de la administración del riesgo para el IDSN, definiendo la adopción y comunicación de la Política de Administración del Riesgo para el Instituto Departamental de Salud de Nariño, la cual quedará así:</p>		
<p><i>"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 Direcciónamiento Estratégico y los procesos institucionales para todas sus sedes.</i></p>		
<p><i>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.</i></p>		
<p><i>Los riesgos de corrupción y los 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"</i></p>		
<p>De igual manera se define que el alcance de la Política de Administración del Riesgo, aplica a todos los procesos de la entidad, así como a las acciones ejecutadas por los servidores en el ejercicio de sus funciones y colaboradores en el cumplimiento sus obligaciones contractuales, bajo la responsabilidad de los líderes de proceso y líneas de defensa.</p>		
<p>Finalmente expone el esquema de las líneas de defensa para la definición de los roles y responsabilidades de la gestión del riesgo y control, y a continuación presenta las responsabilidades frente al riesgo según cada línea.</p>		
<p>Frente a lo anterior como Decisión de los integrantes del CIGD, se aprueba la nueva política de gestión del Riesgo Institucional, solicitando a control interno se proceda con la expedición del correspondiente acto administrativo y su comunicación a las partes interesadas.</p>		

CO-SC-CER98915



SC-CER98915





ACTA DE REUNIÓN

CÓDIGO: F-PGED05-11

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página 3 de 14

2. PRESENTACIÓN DE RIESGOS PROPUESTOS POR DEPENDENCIA Y PROCESO

El equipo de la oficina asesora de planeación informa que, en desarrollo de lo dispuesto en la circular interna no. 10 de 2023, se ha dado cumplimiento a las acciones de apoyo requeridas por el CIGD al equipo de calidad, tanto en las jornadas programadas, así como en sesiones adicionales en los plazos permitidos, para cumplir con la consolidación de la matriz de riesgos propuesta, que a continuación cada líder presentará al comité. Se menciona por el equipo de Planeación, que en esta oportunidad se abordó el análisis de riesgos con revisión a los proyectos de inversión aprobados para la vigencia 2023, sin embargo, se evidenció que, en las MGA de la mayoría de los proyectos, muchos de los riesgos registrados de por sí no eran riesgos sino causas o impactos. Por tanto, se recomienda que para el trabajo de formulación de los proyectos de inversión a realizarse este año para 2024, los líderes procedan en primer lugar, a revisar la matriz de riesgos que se apruebe en este comité considerando que los mismos son los priorizados para la entidad y si se en el transcurso de la formulación de la MGA se identifica otra causa inherente que no permita el cumplimiento de los objetivos del proyecto, se procedan formular nuevos riesgos aplicando la metodología vigente del DAFP y reportándolos a control interno para su ingreso a la matriz institucional.

Se informa, por calidad, que el IDSN se encuentra adelantando nuevamente con Naciones Unidas el Plan de Mitigación de Riesgos de Corrupción asociados a Sistema de Valor del Narcotráfico para el Departamento de Nariño, donde se continua con la identificación, valoración y relación del riesgo vinculado al macroproceso de comercialización, en la fase de consumo de sustancias Psicoactivas con énfasis en la prevención. Se menciona que una vez definido el riesgo se incluirá a la matriz de riesgos del IDSN.

Los integrantes del CIGD, presentan a continuación los riesgos propuestos por sus equipos de trabajo para la gestión de los procesos en las dependencias de, Dirección, Salud Pública, Calidad y aseguramiento, secretaria general, Oficina de control interno disciplinario, Oficina Asesora de Planeación, Oficina Asesora Jurídica y Control Interno. Mediante revisión del equipo se realizan los ajustes pertinentes y se define la aprobación de los siguientes riesgos conforme al anexo 2. MAPA DE RIESGO INSTITUCIONAL 2023, cuyo resumen se presenta a continuación.

DEPENDENCIAS	PROCESOS	RIESGOS 2023
DIRECCIÓN	GESTIÓN ESTRATÉGICA	Posibilidad de sanciones en contra del IDSN por incumplimiento de los objetivos y compromisos, debido a bajo desempeño de las metas del PTS, deberes y obligaciones institucionales
SUBDIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA	INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL	Posibilidad de omisión en la aplicabilidad de la norma por parte de los actores del sector salud, por incumplimiento en el desarrollo de las actividades de IV, debido a la insuficiencia de recursos, así como el desconocimiento y baja adherencia a los procedimientos – IV

		<p>Posibilidad de ocurrencia de eventos adversos a la salud en la población del departamento, por incumplimiento en el desarrollo de las actividades de IVC, Debido a la insuficiencia de recursos técnicos y logísticos, como al desconocimiento y baja adherencia a los procedimientos, normatividad y vacíos legales – IVC</p> <p>Posibilidad de caducidad de la facultad sancionatoria en los procesos administrativos, por vencimiento del término establecido en el artículo 52 de la ley 1437 de 2011, debido a la alta carga laboral por asignación de actividades que no corresponden a las funciones asignadas en los cargos que congestionan la operatividad del área</p>
	<p>IVC- ETV</p>	<p>Posibilidad de no generar empoderamiento y autocuidado frente a los factores de riesgo de ETV por incumplimiento en el fortalecimiento y seguimiento de la estrategia EGI de los municipios, debido a la baja adhesión por parte de los actores del SGSSS</p>
	<p>ASISTENCIA TÉCNICA</p>	<p>Posibilidad de incumplimiento en los objetivos misionales de SSP, debido a la baja apropiación y aplicación del conocimiento socializado por el IDSN a las temáticas tratadas en asistencia técnica, por cambios normativos y debilidades detectadas frente al cumplimiento de las competencias de los actores externos</p>
	<p>AT - ETV</p>	<p>Posibilidad de no generar empoderamiento sobre las acciones socializadas en AT, debido a la baja adhesión por parte de los actores del SGSSS, por falta de compromiso, participación y responsabilidad social</p>



ACTA DE REUNIÓN

CÓDIGO: F-PGED05-11

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página 5 de 14

	<p>ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL</p>	<p>Baja respuesta Institucional y sectorial, por desconocimiento de las competencias del actor participante en el ejercicio de la articulación, debido a la delegación inapropiada del representante (donde el IDSN presida o lleve la secretaria técnica)</p>
	<p>GESTIÓN DE LABORATORIO DE SP - ETV</p>	<p>Posibilidad de incumplimiento en la misionalidad del LSP, Por situaciones que afectan el normal desarrollo de las actividades técnicas del proceso, Debido a limitaciones presupuestales y en los procedimientos contractuales para la adquisición de bienes y servicios.</p> <p>Posibilidad de pérdida de la confiabilidad de los resultados, por afectación y/o pérdida de equipamiento e infraestructura, debido a condiciones internas relacionadas con deficiencias en la ejecución de las actividades de gestión metrológica, mantenimiento de infraestructura general en las sedes, manipulación de equipos y materiales de referencia, seguridad y externas como la ineficiencia en el fluido eléctrico y riesgos ambientales</p> <p>Posibilidad de pérdida en la gestión y conocimiento del proceso, debido al incumplimiento en la ejecución de los procedimientos de entrega de puesto de trabajo y gestión del conocimiento, por debilidad en el seguimiento a la ejecución de requisitos y en la presentación de la información documentada.</p> <p>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.</p>

		<p>Posibilidad de afectación a la Imparcialidad y confidencialidad en la ejecución de las actividades del LSP, por falta de adherencia de lo establecido dentro del Sistema de Gestión de Calidad, debido a deficiencias en acciones de capacitación o entrenamiento.</p>
<p>SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y ASEGURAMIENTO</p>	<p>DE INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL</p>	<p>Posibilidad de incumplimiento de las metas del proceso de IVC, por inoportunidad en la vinculación de personal de apoyo y/o incumplimiento de requisitos de idoneidad, debido a la baja oferta laboral que cumpla los requisitos de vinculación.</p> <p>Caducidad de la facultad sancionatoria en los procesos administrativos, por vencimiento términos, debido a la gestión inoportuna de los procesos y otros recursos para la gestión de procesos represados.</p>
	<p>ASISTENCIA TÉCNICA</p>	<p>Posibilidad de incumplimiento con las solicitudes de asistencia técnica de los actores externos del SGSSS, debido a la insuficiencia del talento humano del IDSN, por limitado número de personal de la subdirección para las acciones de AT</p>
	<p>GESTIÓN DE RED DE SERVICIOS</p>	<p>Posibilidad de incumplimiento en el pago de obligaciones de prestación de servicios de salud a la población migrantes, por baja asignación de recursos, debido a insuficiente aporte de cofinanciación de la nación para la atención de esta población</p>



*Instituto
Departamental
de Salud de Nariño*





ACTA DE REUNIÓN

CÓDIGO: F-PGED05-11

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página 7 de 14

		<p>Posibilidad de incidente de desacato para la dirección del IDSN, por posible incumplimiento de los fallos de tutela por órdenes de prestaciones de servicios de altas cuantías, debido a insuficiente fuente de recursos para la contratación de servicios ordenados por fallos de tutela.</p>
SECRETARIA GENERAL	GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	<p>Posibilidad de inoportunidad en la regulación y coordinación de pacientes y eventos de urgencia y emergencia, por no posibilidad de exigencia al talento humano por su forma de vinculación y fallas en la infraestructura técnica del sistema, debido a la insuficiencia de recursos humanos y de soporte tecnológico. (CRUE)</p> <p>Posibilidad de inoportunidad de las actividades en los procedimientos de los requerimientos establecidos para el proceso, debido al aumento en el volumen de las acciones operativas de talento humano, por insuficiencia del talento humano de planta, novedades administrativas de movimiento de personal y falencias en el Software de apoyo (Sysman)</p> <p>Posibilidad de afectación en la planeación, gestión del 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 1524 - 2020 territorial Nariño - CNSC)</p> <p>Posibilidad de afectación al clima organizacional, debido al incumplimiento de las actividades de los cronogramas de</p>



ACTA DE REUNIÓN

CÓDIGO: F-PGED05-11

VERSIÓN: 01

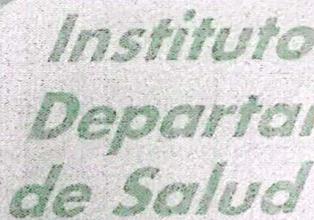
FECHA: 23-08-2013

los planes de Bienestar, Capacitación, Estímulos e Incentivos, por insuficiencia en la asignación de recursos para su ejecución

Posibilidad de incumplimiento de los requisitos establecidos en el decreto 1072 de 2015 (Art 2.2.4.6) y la resolución 0312 de 2019, debido a la falta de continuidad en los procedimientos, por inexistencia de personal de planta idóneo para el SGSST

Incumplimiento de las condiciones de seguridad y salud en el trabajo, debido al bajo desempeño de los planes y programas del sistema, por bajo nivel de compromiso y /o participación del talento humano.

GESTIÓN DE RECURSOS



Posibilidad de inoportunidad en el suministro de bienes y servicios, debido a fallas en la gestión de las adquisiciones, por falta de liderazgo de los responsables de las dependencias del IDSN en la ejecución de los procedimientos establecidos (Apoyo Logístico)

Posibilidad de inoportunidad en el suministro y acceso a la información debido a incumplimiento a los requisitos del modelo de gestión documental y administración de archivos, por insuficiencia de recursos asignados para cumplimiento de la política de Gestión Documental-MIPG

Posibilidad de inoportunidad en implementación de acciones ambientales priorizadas, debido a que no se encuentra actualizado el Plan de acción anual ambiental, por no contar con personal idóneo en planta para continuidad de las actividades (Gestión ambiental)



SC-CER98915



CO-SC-CER98915

www.idsn.gov.co

Calle 15 N° 28 - 41 Plazuela de Bomboná San Juan de Pasto - Nariño - Colombia

Conmutador: (602) 7235438 - (602) 7244436

COMPROMETIDOS CON LA CALIDAD



Instituto Departamental de Salud de Nariño



@idsnestacontigo



ACTA DE REUNIÓN

CÓDIGO: F-PGED05-11

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

		<p>Posibilidad de detrimento patrimonial del IDSN a causa de daño de elementos en custodia, debido a incumplimiento de requisitos técnicos y legales para la adecuada gestión, por insuficiencia de recursos para el mejoramiento de las condiciones de operación del almacén. (almacén)</p> <p>Posibilidad de imposición de sanciones, medidas fiscales y disciplinarias al IDSN, por fallas en la gestión de los recursos, debido al desconocimiento de los lineamientos normativos y limitación en el acceso a instrumentos de operación. (Financiera)</p> <p>Posibilidad de toma de decisiones erróneas al no disponer de información confiable de las cuentas bancarias y contables, por incumplimiento de las actividades contratadas con los profesionales de apoyo, debido a insuficiencia de herramientas de información para depuración y revisión de cuentas. (Financiera)</p>
<p>OFICINA DE CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO</p>	<p>GESTIÓN DE TALENTO HUMANO</p>	<p>Posibilidad de inoportunidad en la gestión de los procesos disciplinarios, por la demora en la recolección de información requerida a otras dependencias, debido a la entrega tardía, errónea o incompleta de la información solicitada por el despacho</p> <p>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</p>



ACTA DE REUNIÓN

CÓDIGO: F-PGED05-11

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página 10 de 14

<p>OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN</p>	<p>PLANIFICACION Y DESARROLLO STS</p>	<p>Posibilidad de incumplimiento en el desarrollo de las obras de infraestructura por dificultades en los diseños y hallazgos en la ejecución, por obras no previstas.</p> <p>Posibilidad 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.</p> <p>Posibilidad de vulneración de la información en las TICs, Por mala práctica del uso de las herramientas informáticas y/o dispositivos electrónicos, Debido a falta de apropiación de uso e implementación de la tecnología</p> <p>GESTIÓN DE CALIDAD</p> <p>Posibilidad de pérdida de la certificación institucional del SGC por debilidades en el modelo de gestión, debido al incumplimiento de los requisitos del usuario, legales, organizacionales y de la norma técnica.</p> <p>Posibilidad 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</p> <p>Posibilidad de afectación del objetivo del ciclo de auditorías internas del SGC, por incumplimiento de la programación y requisitos normativos establecidos, debido al bajo nivel de compromiso por parte de auditores y auditados</p>
--------------------------------------	---------------------------------------	---



SC-CER98915



CO-SC-CER98915

www.idsn.gov.co

Calle 15 N° 28-41 Plazuela de Bomboná San Juan de Pasto - Nariño - Colombia

Conmutador: (602) 7235428 - (602) 7244436



Instituto Departamental de Salud de Nariño



@idsnestacontigo

COMPROMETIDOS CON LA CALIDAD

ACTA DE REUNIÓN

CÓDIGO: F-PGED05-11

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página 11 de 14

		GESTIÓN DE RED DE SERVICIOS	Posibilidad en error en la definición de la capacidad instalada de los prestadores de servicios de salud para la estructuración del programa territorial (PTRR), debido a información inexacta por parte de los prestadores, por debilidad en la continuidad y seguimiento a las asistencias técnicas.
OFICINA JURÍDICA	ASESORA	GESTIÓN JURÍDICA	<p>Posibilidad de toma errada de decisiones administrativas contrarias, por inexactitud en la aplicación de la normatividad, debido a falencias en la actualización e interpretación de la norma por parte de los funcionarios</p> <p>Incumplimiento en la gestión del cobro de valores por concepto de jurisdicción coactiva, debido al desarrollo inoportuno del procedimiento, por fallas la organización del equipo de trabajo.</p>
OFICINA INTERNO	CONTROL	GESTIÓN DEL RIESGO Y CONTROL INTERNO	<p>Posibilidad de fallo 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.</p> <p>Posibilidad de inoportunidad en el reporte de informes o sanciones por extemporaneidad, debido al incumplimiento en la entrega de información, porque las dependencias del IDSN entregan tarde la misma o de manera imprecisa.</p>

3. APROBACIÓN DE MAPA DE RIESGOS VIGENCIA 2023

Los integrantes del CIGD, una vez revisados y ajustados los riesgos propuestos para los procesos en sus dependencias, aprueban la matriz de gestión del riesgo conforme al presente resumen.

Conformación del mapa de riesgos del IDSN vigencia 2023

DEPENDENCIAS	PROCESOS	RIESGOS 2022	*RIESGOS 2023
DIRECCIÓN	GESTIÓN ESTRATÉGICA	1	1
SUBDIRECCIÓN DE SALUD PÚBLICA	INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL	3	3
	IVC- ETV	1	1
	ASISTENCIA TÉCNICA	1	1
	AT - ETV	0	1
	ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL	1	1
	GESTIÓN DE LABORATORIO DE SP - ETV	4	5
SUBDIRECCIÓN DE CALIDAD Y ASEGURAMIENTO	INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL	1	2
	ASISTENCIA TÉCNICA	1	1
	GESTIÓN DE RED DE SERVICIOS	2	2
	CRUE	1	1
SECRETARIA GENERAL	GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	3	5
	GESTIÓN DE RECURSOS	4	6
OFICINA DE CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO	GESTIÓN DE TALENTO HUMANO	1	2
OFICINA ASESORA DE PLANEACIÓN	PLANIFICACION Y DESARROLLO STS	3	3
	GESTIÓN DE CALIDAD	3	3
	GESTIÓN DE RED DE SERVICIOS	1	1
OFICINA ASESORA JURÍDICA	GESTIÓN JURÍDICA	2	2
OFICINA CONTROL INTERNO	GESTIÓN DEL RIESGO Y CONTROL INTERNO	2	2
TOTAL		35	43



SC-CER98915



CO-SC-CER98915

Se solicita a Planeación la consolidación y remisión para publicación de la matriz de riesgos en la página web del IDSN, en el segmento de planes del decreto 612 para la vigencia 2023, remplazando el archivo existente con la firma del acta.



ACTA DE REUNIÓN

CÓDIGO: F-PGED05-11

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página 13 de 14

Se solicita a los líderes de dependencias gestionar las actividades propuestas en el mapa de riesgos para tratamiento de los riegos ya aprobados con reporte de seguimiento los primeros días del mes de julio a control interno (según requerimiento), reportando lo correspondiente al segundo semestre de 2023. Con la presentación y desarrollo de la agenda, se da por finalizada la reunión. Se reitera el cumplimiento oportuno de compromisos y su participación en el próximo CIGD del 28/07/2023.

Conclusiones y tareas

Las expuestas en desarrollo del comité.

Compromisos y tareas	Responsable de ejecutar	Fecha			Observaciones
		Día	Mes	Año	
1. Expedición del correspondiente acto administrativo Resolución No 1954 referente a la adopción de la política de administración del riesgo y su comunicación a las partes interesadas.	Jefe de Control Interno	15	06	23	Cumplido resolución 1954 – 2023 emitida por control interno
2. Consolidación y remisión para publicación de la matriz de riesgos en la página web del IDSN, en el segmento de planes del decreto 612 para la vigencia 2023, remplazando el archivo existente con la firma del acta.	Jefe Oficina asesora de Planeación. - Equipo Calidad- Profesional de sistemas responsable de la página web.	15	06	23	Cumplido enviado a sistemas para publicación en página web de matriz y política
3. Se solicita a los líderes de dependencias gestionar las actividades propuestas en el mapa de riesgos para tratamiento de los riegos ya aprobados con reporte de seguimiento	Todos los integrantes del CIGD – Directora-Subdirectoras- Secretaria General – Jefes oficinas asesoras – Jefes de Oficinas de control-Líderes de Sede.		07	23	Pendiente para verificar en el próximo seguimiento del mes de julio.

Convocatoria Próxima reunión

Lugar: Por definir	Hora Inicio:	Fecha :	Día	Mes	Año
Responsable Elaboración	Firma		Fecha		
DEHYSI TOVAR CASTILLO en representación del jefe de Planeación, secretario CIGD			Día	Mes	Año
			2	06	2023

SEGUIMIENTO

Compromisos y tareas	Seguimiento	Fecha de realización			Observaciones
		Día	Mes	Año	

 <p>Instituto Departamental de Salud de Nariño</p>	 <p>Instituto Departamental de Salud de Nariño</p>	<p>Commutador: (602) 7235428 - (602) 724436</p> <p>Calle 15 N° 28-41 Plazuela de Bontón, Nariño - Colombia</p> <p>www.idsn.gov.co</p>	
		<p>ACTA DE REUNIÓN</p>	<p>CÓDIGO: F-PGED05-11</p>

SEGUIMIENTO			
Compromisos y tareas	Seguimiento	Fecha de realización	Observaciones
Responsable de realizar el Seguimiento:			
Firma:			

CO-SC-CER98915



SC-CER98915



Instituto Departamental de Salud de Nariño