



POLITICA DE RIESGOS IDSN 2023

“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 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”

Según Resolución No. 1954 aprobada por Atriz Rosero Jefe de Control Interno, William Vela Jefe Oficina Jurídica y Hernan Díaz Director Encargado



MAPA Y PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS INSTITUCIONALES INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO - GESTIÓN ESTRATÉGICA

CODIGO: F-PRCIOC101-02

VERSION: 04

FECHA: 06/07/2022

| IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO | | | VALORACIÓN DEL RIESGO | | | | | PLAN DE ACCIÓN | | | | | | | | | |
|--|---|--------------|-----------------------|--------------------------|--|---|----------------------------------|-----------------------------|----------------------|---------------------------------------|--|---|---|-----------------------|-------------|---|---|
| No | DESCRIPCIÓN DEL RIESGO | PROBABILIDAD | IMPACTO | ZONA DE RIESGO INHERENTE | DESCRIPCIÓN DEL CONTROL | EVIDENCIA | ZONA PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL | ZONA IMPACTO RESIDUAL FINAL | ZONA DE RIESGO FINAL | TRATAMIENTO | | | | ACCIÓN DE TRATAMIENTO | RESPONSABLE | FECHA IMPLEMENTACIÓN | INDICADOR |
| | | | | | | | | | | REDUCIR | | ACEP | EVIT | | | | |
| 1 | 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 | 73% | 80% | Alto | Distribución de los recursos disponibles para los proyectos institucionales priorizados durante la vigencia con seguimiento en el PTS, POAI, PAS | Proyectos de Inversión formulados Matriz de seguimiento PTS, PAS, POAI - SISPRO y SPI | 28% | 72% | | | | | | | | Formular los proyectos anuales de inversión en MGA Web a la POAI según nuevas disposiciones del gobierno nacional para 2024 | Subdirectores Jefes de Oficina Secretaría General Líderes de Proceso Líderes de Dimensión Dirección |
| | | | | | Comités a cargo del equipo directivo del IDSN para toma de decisiones | Actas de Comité Técnico Actas de CIGD según periodicidad | | | | | | Ejecutar los comités institucionales de seguimiento a las metas y reportes de PTS, SPI, POAI, PAS, objetivos institucionales y obligaciones institucionales | Comité Institucional de Gestión de Desempeño y líderes de proceso | | | 30/01/2023 | No de comités ejecutados / No de comités reglamentarios |
| | | | | | Auditorías internas del IDSN | Documentos soportes de auditorías internas | | | | | | Gestionar proyectos para el fortalecimiento del IDSN durante la vigencia | Dirección - OAP Proyectos | | | 1/08/2023 | No de proyectos gestionados |
| Elaboró: | | | | | Revisó: | | | | | Aprobó: | | | | | | | |
| MARY ALEXANDRA ROSERO Jefe Planeación | | | | | ATRIZ ROSERO Jefe de Control Interno | | | | | HERNAN DÍAZ PACICHANA Director (E) | | | | | | | |
| APROBADO EN 2DO CIGD EXTRAORDINARIO DE 24 DE MAYO DE 2023 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha: | | 24/05/2023 | | | Fecha: | | 24/05/2023 | | | Fecha: | | 24/05/2023 | | | | | |



MAPA Y PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS INSTITUCIONALES INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO - GESTIÓN DEL RIESGO Y CONTROL INTERNO

CODIGO: F-PRCIOCI01-02

VERSION: 04

FECHA: 06/07/2022

| IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO | | | VALORACIÓN DEL RIESGO | | | | | | TRATAMIENTO | | | | | PLAN DE ACCIÓN | | | | | | |
|--|--|--------------|-----------------------|--------------------------|--|--|----------------------------------|-----------------------------|----------------------|---------------------------------------|-----|------------|-----|---|--|----------------------|--|--|------------|---|
| No | DESCRIPCIÓN DEL RIESGO | PROBABILIDAD | IMPACTO | ZONA DE RIESGO INHERENTE | DESCRIPCIÓN DEL CONTROL | EVIDENCIA | ZONA PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL | ZONA IMPACTO RESIDUAL FINAL | ZONA DE RIESGO FINAL | REDUCIR | | | | ACCIÓN DE TRATAMIENTO | RESPONSABLE | FECHA IMPLEMENTACIÓN | INDICADOR | | | |
| | | | | | | | | | | TRANS | MIT | ACEP | EVT | | | | | | | |
| 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. | 60% | 60% | MEDIA | SEGUIMIENTO A LA APLICACIÓN DE LOS COMPONENTES DE CONTROL INTERNO - AUDITORIA | PROCEDIMIENTO DE AUDITORIAS OCI- PAPELES DE TRABAJO AUDITORIA Y PLANES DE ACCION | 16% | 60% | | | | | X | Presentar solicitud de contratación de apoyo para la OCI ante dirección | Jefe de Control Interno | 1/01/2023 | solicitud presentada ante dirección | | | |
| | | | | | SEGUIMIENTO A LA APLICACIÓN DE LOS COMPONENTES DE CONTROL INTERNO - PRESENTACION DE INFORMES | DOCUMENTOS DE SEGUIMIENTOS - INFORMES | | | | | | | | | | | Programar y ejecutar capacitaciones de la OCI para cumplimiento de los componentes de MECI | Jefe de Control Interno- Equipo de trabajo OCI | 2/06/2023 | Comités primarios realizados |
| | | | | | Contratación de personal de apoyo para seguimiento a componentes | Estudios previos para contratación idonea | | | | | | | | | | | Presentar ante el CICCI las situaciones relativas a la falta de pertenencia y apropiación de los elementos del sistema de gestión | Jefe de Control Interno- | 1/01/2023 | Actas de CICCI Actas CIGD |
| 3 | 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 IDSN entregan tarde la misma o de manera imprecisa | 60% | 80% | ALTO | Expedición y actos administrativos sobre la entrega de la información | Circulares Internas Correos Electronicos Requerimientos escritos | 23% | 80% | | | | | X | Realizar recomendaciones mediante informes de seguimiento sobre la importancia en entrega oportuna de información solicitada y reportes | Jefe de Control Interno Equipo de trabajo OCI | 1/01/2023 | Oficios enviados de solicitud de información | | | |
| | | | | | Informes con recomendaciones de la OCI para las dependencias del IDSN | Informes publicados en página web Actas de CICI | | | | | | | | | | | Presentar solicitud de contratación de apoyo para la OCI ante dirección | Jefe de Control Interno | 1/01/2023 | solicitud presentada ante dirección |
| | | | | | Envío de alertas por incumplimiento en reportes de información, ejecución de actividades programadas | Correos electronicos Oficios Informe | | | | | | | | | | | Expedir acto admisnitrativo para solicitar la consolidación de información a reportar de manera anticipada, según la periodicidad para su reporte y cargue | Jefe de Control Interno- Equipo de trabajo OCI | 31/03/2023 | Circular interna expedida y comunicada. Informes de seguimientos |
| Elaboró: | | | | | Revisó: | | | | | Aprobó: | | | | | | | | | | |
| ATRIZ ROSERO Jefe de Control Interno | | | | | ATRIZ ROSERO Jefe de Control Interno | | | | | HERNAN DÍAZ PACICHANA Director (E) | | | | | | | | | | |
| APROBADO EN 2DO CIGD EXTRAORDINARIO DE 24 DE MAYO DE 2023 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha: | | 24/05/2023 | | | Fecha: | | 24/05/2023 | | | Fecha: | | 24/05/2023 | | | | | | | | |



MAPA Y PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS INSTITUCIONALES INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO - GESTIÓN DE CALIDAD

CODIGO: F-PRCIOCIO1-02

VERSION: 04

FECHA: 06/07/2022

| IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO | | | | VALORACIÓN DEL RIESGO | | | | | | PLAN DE ACCIÓN | | | | | | | |
|---------------------------|--|--------------|---------|--------------------------|---|---|----------------------------------|-----------------------------|----------------------|----------------|------|------|---|---|--|----------------------|---|
| No | DESCRIPCIÓN DEL RIESGO | PROBABILIDAD | IMPACTO | ZONA DE RIESGO INHERENTE | DESCRIPCIÓN DEL CONTROL | EVIDENCIA | ZONA PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL | ZONA IMPACTO RESIDUAL FINAL | ZONA DE RIESGO FINAL | TRATAMIENTO | | | | ACCIÓN DE TRATAMIENTO | RESPONSABLE | FECHA IMPLEMENTACIÓN | INDICADOR |
| | | | | | | | | | | REDUCIR | ACEP | EVIT | | | | | |
| | | | | | | | | | | TRANS | MIT | | | | | | |
| 4 | 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. | 60% | 60% | Media | Auditorías internas SGC a todos los procesos del IDSN | Procedimiento auditorías internas SGC | 29% | 45% | | | | | X | Planificar y ejecutar programa de auditorías internas SGC ciclo 2023 | Comité Institucional De Gestión De Desempeño - profesionales universitarios sgc - coordinador de auditorías - auditores internos | 30/09/2023 | Número de hallazgos de auditorías SGC con plan de acción / sobre número total de hallazgos del ciclo de auditoría SGC |
| | | | | | Proyecto de inversión de la OAP con actividades para apoyo al SGC | Monitoreo SISPRO y SPI | | | | | | | | Presentar la necesidad de talento humano en planta para el SGC con estudios técnicos para formalización de empleo | Jefa de OAP - Profesional Universitario SGC | 30/11/2023 | Documentos técnicos para la creación del empleo entregados |
| | | | | | Auditoría externa ente certificador (ICONTEC) anual | Informe de auditoría - recomendaciones para la mejora | | | | | | | | Gestionar proceso de auditoría externa para renovación certificación del SGC | Comité Institucional De Gestión De Desempeño - profesionales universitarios SGC | 31/10/2023 | Mantener la certificación del sistema de gestión de calidad del IDSN (meta de producto PTS 162) |
| 5 | 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 | 60% | 60% | Media | Informe trimestral de seguimiento a procesos | Consolidado trimestral de seguimiento a procesos | 13% | 60% | | | | | X | Elaborar y comunicar actos administrativos internos para divulgación de requisitos del SGC | Dirección - jefe OAP - profesionales SGC | 30/09/2023 | Actos administrativos emitidos y divulgados |
| | | | | | Equipo tematico de formalización de empleo público | Acta de conformación del equipo temático | | | | | | | | Ejecutar vinculación de personal de apoyo con desarrollo de actividades | Jefa de OAP | 31/05/2023 | Documentos contractuales y poscontractuales |
| | | | | | Reporte SIMU WEB | 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 | 31/10/2023 | #de revisiones por dirección del SGC ejecutadas |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|------------|-----|-------|--|--|------------|-----|--|---------------------------------------|--|------------|---|--|---|------------|--|
| 6 | 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 | 40% | 60% | Media | Seguimiento auditorías internas por el coordinador de auditorías SGC | Procedimiento auditorías internas SGC | 28% | 45% | | | | | X | Ejecutar vinculación de nuevos auditores internos del SGC para definición de lineamientos | profesionales universitarios SGC - coordinador de auditorías - auditores internos- Jefe OAP | 30/04/2023 | #de reuniones ejecutadas #de circulares internas emitidas |
| | | | | | Revisión por Dirección del SGC | Reunión de CIGD para revisión del SGC fin vigencia | | | | | | | | Ejecutar la revisión por dirección del SGC con información de seguimiento a auditorías y reportes de control interno | Comité Institucional De Gestión De Desempeño - CICI - profesionales universitarios SGC | 31/12/2023 | #de revisiones por dirección del SGC ejecutadas |
| | | | | | | | | | | | | | | Realizar intervención por parte del SGC y la coordinación de auditorías frente al desarrollo del procedimiento | Coordinador de Auditorías - Profesional SGC | 31/05/2023 | # de socializaciones del procedimiento auditor ejecutadas |
| Elaboro: | | | | | Revisó: | | | | | Aprobó: | | | | | | | |
| MARY ALEXANDRA ROSERO Jefe Planeación | | | | | ATRIZ ROSERO Jefe de Control Interno | | | | | HERNAN DIAZ PACICHANA Director (E) | | | | | | | |
| APROBADO EN 2DO CIGD EXTRAORDINARIO DE 24 DE MAYO DE 2023 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha: | | 24/05/2023 | | | Fecha: | | 24/05/2023 | | | Fecha: | | 24/05/2023 | | | | | |



MAPA Y PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS INSTITUCIONALES INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO - GESTIÓN DE RECURSOS

CODIGO: F-PRCIOC101-02

VERSION: 04

FECHA: 06/07/2022

| IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO | | | | VALORACIÓN DEL RIESGO | | | | | | | | PLAN DE ACCIÓN | | | | | | | | |
|---------------------------|---|--------------|---------|--------------------------|---|--|----------------------------------|-----------------------------|----------------------|-------------|-------|----------------|------|-----------------------|-------------|----------------------|-----------|--|--|---|
| No | DESCRIPCIÓN DEL RIESGO | PROBABILIDAD | IMPACTO | ZONA DE RIESGO INHERENTE | DESCRIPCIÓN DEL CONTROL | EVIDENCIA | ZONA PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL | ZONA IMPACTO RESIDUAL FINAL | ZONA DE RIESGO FINAL | TRATAMIENTO | | | | ACCIÓN DE TRATAMIENTO | RESPONSABLE | FECHA IMPLEMENTACIÓN | INDICADOR | | | |
| | | | | | | | | | | REDUCIR | TRANS | MIT | ACEP | | | | | EVIT | | |
| 7 | 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) | 60% | 60% | | Formulación del plan anual de adquisiciones | Seguimiento al plan anual de adquisiciones informe de evaluación de proveedores | 29% | 60% | | | | | | X | | | | # de funcionarios nuevos con socialización de procedimientos de adquisiciones. Matriz de seguimiento de las adquisiciones según ejecución de procesos de adquisición. | | |
| | | | | | Ejecución y revisión del plan de adquisiciones por cada líder y el comité | Actas del seguimiento del comité de adquisiciones Reporte en SECOPII | | | | | | | | | | | X | | | No. De actividades contratadas y ejecutadas/ # total de actividades contratadas * 100 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | 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 | 60% | 80% | | Ejecución del PINAR vigencia 2023 | PINAR publicado - servicios de archivo | | | | | | | | | | | | Vinculación de profesional de apoyo realizada | | |
| | | | | | Ejecución y seguimiento del comité de archivo | Actas de comité de archivo Soporte de cumplimiento de compromisos | 29% | 80% | | | | | | | | | X | | | # de acciones adelantadas Gestión de recursos asignados |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | Posibilidad de inoportunidad en implementación de acciones ambientales prioritizadas, debido a que no se encuentra actualizado el Plan de acción ambiental, por no contar con personal idóneo en planta para continuidad de las actividades (Gestión ambiental) | 60% | 80% | | Auditoría interna del Componente de Gestión Ambiental | Informe de resultado de auditoría Planes de acción implementados | | | | | | | | | | | | # acciones de ejecutadas / # acciones programadas | | |
| | | | | | Ejecución de las sesiones programadas del comité de GAGAS | Actas de sesión Soporte de ejecución de los compromisos | 34% | 80% | | | | | | | | | X | | | # de sensibilizaciones realizadas / # de sensibilizaciones programadas * 100 |



MAPA Y PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS INSTITUCIONALES INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO - GESTIÓN DE TALENTO HUMANO

CODIGO: F-PRCIOCI01-02

VERSION: 04

FECHA: 06/07/2022

| IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO | | VALORACIÓN DEL RIESGO | | | | | | PLAN DE ACCIÓN | | | | | | | | | |
|---------------------------|--|-----------------------|---------|--------------------------|---|--|----------------------------------|-----------------------------|----------------------|-------------|-------|-----|------|--|--|----------------------|--|
| No | DESCRIPCIÓN DEL RIESGO | PROBABILIDAD | IMPACTO | ZONA DE RIESGO INHERENTE | DESCRIPCIÓN DEL CONTROL | EVIDENCIA | ZONA PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL | ZONA IMPACTO RESIDUAL FINAL | ZONA DE RIESGO FINAL | TRATAMIENTO | | | | ACCIÓN DE TRATAMIENTO | RESPONSABLE | FECHA IMPLEMENTACIÓN | INDICADOR |
| | | | | | | | | | | REDUCIR | TRANS | MIT | EVIT | | | | |
| 13 | 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) | 65% | 60% | | Ejecución de los comités de grupo propio (seguimiento a procesos); de bienestar, de Comisión de personal, de capacitación, | Actas de comités soportes de cumplimiento de los compromisos y desiciones de cada comité , soportes de contratos Informes de final de vigencia de los palnes de decreto 612 | 25% | 60% | | | | | X | Contratar del personal de para apoyar en el cumplctivos de los objetivos del cargo | Asesora de Talento Humano | 1/02/2023 | Contratación realiza |
| | | | | | Requerimientos de revisión y respuesta al proveedor de SYSMAN sobre operación de la herrameinta | Oficios de solicitud al proveedor mediante correo electronico Ticket interno | | | | | | | | Revisar y Actualizar procedimientos de TH | Asesora de Talento Humano Profesionales Universitarios TH | 1/07/2023 | Documentos Actualizados |
| | | | | | | | | | | | | | | Revisar el presupuesto asignado y solicitud de ajuste para lograr el cumplimiento de las actividades | Asesora de Talento Humano Profesionales Universitarios TH | 1/08/2023 | Revisión preguspuetala Solicitud enviada |
| | | | | | | | | | | | | | | Revisar los compromisos contractuales para la exigencia de cumplimiento en las solicitudes en el contrato SYSMAN | Asesora de Talento Humano Profesional Universitario Sistemas SG | 1/07/2023 | Revisión objeto contractual Solicitud de cumplimiento |
| | | | | | | | | | | | | | | Socializar los procedimientos de TH a los funcionarios del IDSN | Asesora de TH Profesionales de TH | 1/08/2023 | Socialización realizada |
| 14 | 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) | 60% | 60% | | Acta de entrega de puesto de trabajo | Autos Fallos Oficios Circulares Internas | 18% | 60% | | | | | X | Contratar del personal de para apoyar en el cumplctivos de los objetivos del cargo | Asesora de Talento Humano | 1/02/2023 | Contratación realiza |
| | | | | | Información y lineamientos de la CNSC y la Función Publica | Matriz Diligenciada | | | | | | | | Desarrollar jornadas de apoyo psicosocial para los funcionarios salientes | Asesora de Talento Humano Equipo de SGSST | 24/05/2023 | Jornadas Realizadas |
| | | | | | | | | | | | | | | Reubicar al funcionario demandante de acuerdo a la orden impartida en el fallo judicial | Asesora de Talento Humano | 1/02/2023 | Funcionario Reubicado |

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|-----|-----|--|--|-----|-----|---------------------------------------|------------|--|---|--|--|------------|---|
| 15 | Posibilidad de afectación al clima organizacional, debido al incumplimiento de las actividades de los cronogramas de los planes de Bienestar, Capacitación, Estímulos e Incentivos, por insuficiencia en la asignación de recursos para su ejecución (Proyecto MGA) | 60% | 40% | Seguimiento a las actividades programadas para los diferentes planes | Informe seguimiento plan de adquisiciones | 23% | 40% | | | | X | Revisar el presupuesto asignado y solicitud de ajuste para lograr el cumplimiento de las actividades | Asesora de Talento Humano Profesionales Universitarios TH | 1/08/2023 | Revisión pregupuestal Solicitud enviada |
| | | | | Comité primario e institucionales relacionados con talento humano | Reporte plataforma SPI | | | | | | | Campañas de motivación y publicación oportuna de la información de los planes programados | Asesora de Talento Humano Profesionales Universitarios TH Equipo SGSST | 24/05/2023 | Campañas realizadas |
| 16 | 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 idoneo para el SGSST | 60% | 60% | Monitoreo a la ejecución de los procedimientos | Actos Administrativos Circulares Comunicados | 21% | 60% | | | | X | Creación del cargo para SGSST | Junta Directiva Representantes para el talento humano | 31/12/2023 | Cargo creado Persona Vinculada |
| | | | | Calculo de indicadores de estructura, proceso y resultado | Ficha de indicadores | | | | | | | Solicitud de adición presupuestal | Contratistas SGSST Secretario General | 1/04/2023 | Ajuste en plataforma SPI |
| | | | | Evaluación de los estándares mínimos del SGSST | Certificado de la ARL | | | | | | | Modificación plan de trabajo SGSST | Contratista SGSST Secretario General | 31/12/2023 | Plan de trabajo anual actualizado Matriz Legal |
| 17 | Incumplimiento de las condiciones de seguridad y salud en el trabajo, debido al bajo desempeño de los planes y programas del sistema , por bajo bajo nivel de compromiso y/o participación del talento humano | 60% | 60% | Plan de adquisiciones con ejecución al momento | Actos Administrativos Circulares Comunicados | 23% | 60% | | | | X | Creación del cargo para SGSST | Junta Directiva Representantes para el talento humano | 31/12/2023 | Cargo creado Persona Vinculada |
| | | | | Ajuste de viabilidad de MGA | Ficha de indicadores | | | | | | | Solicitud de adición presupuestal | Contratistas SGSST Secretario General | 1/04/2023 | Ajuste en plataforma SPI |
| | | | | | | | | | | | | Formulación del proyecto vigencia 2024 con los ajustes necesarios | Contratistas SGSST Secretario General | 31/10/2023 | Proyecto ajustado 2024 |
| Elaboró: | | | | Revisó: | | | | Aprobó: | | | | | | | |
| SANDRA ZAMBRANO Secretaría General | | | | ATRIZ ROSERO Jefe de Control Interno | | | | HERNAN DÍAZ PACICHANA Director (E) | | | | | | | |
| APROBADO EN 2DO CIGD EXTRAORDINARIO DE 24 DE MAYO DE 2023 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha: | 24/05/2023 | | | Fecha: | 24/05/2023 | | | Fecha: | 24/05/2023 | | | | | | |



MAPA Y PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS INSTITUCIONALES INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO - TALENTO HUMANO - CONTROL INTERNO DISCIPLINARIO

CODIGO: F-PRCIOCIO1-02

VERSION: 04

FECHA: 06/07/2022

| IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO | | | VALORACIÓN DEL RIESGO | | | | | | PLAN DE ACCIÓN | | | | | | | | |
|--|--|--------------|-----------------------|--------------------------|---|--|----------------------------------|-----------------------------|----------------------|---------------------------------------|-----|------------|------|--|--|----------------------|--|
| No | DESCRIPCIÓN DEL RIESGO | PROBABILIDAD | IMPACTO | ZONA DE RIESGO INHERENTE | DESCRIPCIÓN DEL CONTROL | EVIDENCIA | ZONA PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL | ZONA IMPACTO RESIDUAL FINAL | ZONA DE RIESGO FINAL | TRATAMIENTO | | | | ACCIÓN DE TRATAMIENTO | RESPONSABLE | FECHA IMPLEMENTACIÓN | INDICADOR |
| | | | | | | | | | | REDUCIR | | ACEP | EVIT | | | | |
| | | | | | | | | | | TRANS | MIT | | | | | | |
| 18 | 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 | 60% | 60% | | Decreto y recaudo de pruebas | Autos Oficios | 42% | 60% | | | | | x | Expedir circular interna para talento humano del IDSN para respuestas oportunas a los requerimiento de la OCID | Jefe OCID | 21/07/2023 | # Circular Expedida |
| | | | | | | | | | | | | | | Reiterar requerimiento a la entidades y dependencias, estableciendo el termino de respuesta | Jefe OCID | 8/05/2023 | # Requerimientos emitidos |
| | | | | | | | | | | | | | | Actualizar los procedimientos y formatos asociados al OCID | Jefe OCID Profesional Universitario OCID | 1/07/2023 | Procedimientos y formatos actualizados |
| 19 | 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 | 60% | 60% | | Información documentada de los procedimientos | Autos, Fallos, Oficios, Circulares Internas, procedimientos, manuales y formatos del proceso | 29% | 60% | | | | | x | Gestión para la actualización y/o ajuste de manual de funciones de los funcionarios del area | Jefe oficina de control interno disciplinario Profesional universitario del proceso Asesor de talento humano Equipo directivo | 1/01/2023 | Manual de funciones ajustado según requerimientos |
| | | | | | Calculo de indicadores de estructura, proceso y resultado | Matriz Diligenciada, fichas de indicadores | | | | | | | | Revisión de procesos y saneamiento de actuaciones de procesos 2019 - 2020 - 2021 - 2022 | Jefe oficina de control interno disciplinario Profesional universitario del proceso | 1/01/2023 | #numero de actuaciones y descisiones realizadas para sanear el proceso |
| Elaboró: | | | | | Revisó: | | | | | Aprobó: | | | | | | | |
| JULIE CRISTINA BOLANOS Jefe Control Interno Disciplinario | | | | | ATRIZ ROSERO Jefe de Control Interno | | | | | HERNAN DÍAZ PACICHANA Director (E) | | | | | | | |
| APROBADO EN 2DO CIGD EXTRAORDINARIO DE 24 DE MAYO DE 2023 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha: | | 24/05/2023 | | | Fecha: | | 24/05/2023 | | | Fecha: | | 24/05/2023 | | | | | |



MAPA Y PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS INSTITUCIONALES INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO - GESTIÓN JURÍDICA

CODIGO: F-PRCIOCI01-02

VERSION: 04

FECHA: 06/07/2022

| IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO | | | | VALORACIÓN DEL RIESGO | | | | | | | PLAN DE ACCIÓN | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|--|--|---------|--------------------------|---|--|----------------------------------|-----------------------------|----------------------|-------------|----------------|------|------|--|---|----------------------|---|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| No | DESCRIPCIÓN DEL RIESGO | PROBABILIDAD | IMPACTO | ZONA DE RIESGO INHERENTE | DESCRIPCIÓN DEL CONTROL | EVIDENCIA | ZONA PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL | ZONA IMPACTO RESIDUAL FINAL | ZONA DE RIESGO FINAL | TRATAMIENTO | | | | ACCIÓN DE TRATAMIENTO | RESPONSABLE | FECHA IMPLEMENTACIÓN | INDICADOR | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | REDUCIR | | ACEP | EVIT | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | TRANS | MIT | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | 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 (corrupción) | 80% | 80% | | Asistencia a eventos de capacitación y/o socialización virtuales y presenciales para talento humano del proceso | Plan interno de Capacitación - Capacitaciones externas aprobadas - Certificado de participación o aprobación | 7% | 80% | | | | | X | Actualización Normativa según proyectos plan interno de capacitaciones | JEFE OAJ, FUNCIONARIO PARTICIPANTE, COMITÉ DE CAPACITACIÓN | 1/04/2023 | Numero de capacitaciones ejecutadas / No de capacitaciones aprobadas | | | | | | | | | | |
| | | | | | Reporte de casos a la mesa de servicio de Colombia compra eficiente | Profesional Especializado | | | | | | | | 01/01/2023 | # de reportes | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | PLAN DE CONTINGENCIAS (DIRECTRICES, CRONOGRAMA, AMPLIACIÓN DE JORNADA) | JEFE OAJ Y EQUIPO DE OAJ | | | | | | | | 1/01/2023 | #DE ACCIONES IMPLEMENTADAS DEL PLAN DE CONTINGENCIA | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | Actas de comité primario | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Capacitación en normatividad vigente y sensibilización al personal del IDSJ sobre la gestión administrativa | Lista de asistencia, Registros google formularios, Material de capacitación, libro radicadores de la OAJ | | | | | | | | | | | | | | | # DE CAPACITACIONES EJECUTADAS / # CAPACITACIONES PROGRAMADAS | | | | | | | | | | |
| | Estrategia de contingencia para cargue de información en plataformas SECOP II y SIA | Informes con cumplimiento de requisitos a entes de control, Registro en plataforma SECOP II, SIA observa, resolución cambio de jornada laboral para atención del procedimiento de contratación | | | | | | | | | | | | | | | | No de actos administrativos revisados | | | | | | | | | |
| 21 | Incumplimiento en la gestión del cobro de valores por concepto de jurisdicción coactiva, debido al desarrollo inoportuno del procedimiento, por fallas en la organización del equipo de trabajo. | 60% | 60% | | Informe periodico de actividades del talento humano de apoyo | | 42% | 60% | | | | | X | REGISTRO DE LA NECESIDAD EN PLAN DE ADQUISICIONES DE LA OAJ | JEFE DE LA OAJ - FUNCIONARIOS OAJ | 1/02/2023 | PROFESIONAL DE APOYO CONTRATADO - documentos soporte de ejecución de contrato | | | | | | | | | | |
| | | | | | CONTRATACIÓN DE PERSONAL DE APOYO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | Seguimiento al cumplimiento del objeto contractual y al tramite del procedimiento de cobro coactivo | JEFE DE LA OAJ - SUPERVISORA | | | | | | | | 1/02/2023 | CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL (INFORMES DE ACTIVIDADES) | | | | | | | | | | | | |
| | | SOLICITUD de investigación de bienes y de datos de ubicación del sancionado, oficios dirigidos a las diferentes entidades (camara de comercio, DIAN, Instrumentos Públicos) | | | | | | | | | | | | | | | | # DE SOLICITUDES ENVIADAS | | | | | | | | | |

Elaboró: WILLIAM VELA AGUIRRE Jefe Oficina Jurídica Revisó: ATRIZ ROSERO Jefe de Control Interno Aprobó: HERNAN DÍAZ PACICHANA Director (E)

APROBADO EN 2DO CIGD EXTRAORDINARIO DE 24 DE MAYO DE 2023

Fecha: 24/05/2023 Fecha: 24/05/2023 Fecha: 24/05/2023



MAPA Y PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS INSTITUCIONALES INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO - ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL (SALUD PÚBLICA)

CODIGO: F-PRCIOCI01-02

VERSION: 04

FECHA: 06/07/2022

| IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO | | | | VALORACIÓN DEL RIESGO | | | | | PLAN DE ACCIÓN | | | | | | | | | | | |
|--|---|--------------|---------|--------------------------|---|---|----------------------------------|-----------------------------|----------------------|---------------------------------------|-------|------------|------|--|--------------------|----------------------|--|--------------------|------------|-------------------------|
| No | DESCRIPCIÓN DEL RIESGO | PROBABILIDAD | IMPACTO | ZONA DE RIESGO INHERENTE | DESCRIPCIÓN DEL CONTROL | EVIDENCIA | ZONA PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL | ZONA IMPACTO RESIDUAL FINAL | ZONA DE RIESGO FINAL | TRATAMIENTO | | | | ACCIÓN DE TRATAMIENTO | RESPONSABLE | FECHA IMPLEMENTACIÓN | INDICADOR | | | |
| | | | | | | | | | | REDUCIR | TRANS | MIT | ACEP | | | | | EVIT | | |
| 22 | 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) | 40% | 20% | | Seguimiento al plan de acción de salud que relaciona las actividades de articulación intersectorial | Reporte Sispro consolidado por trimestre | | | | | | | | Seguimiento a los compromisos en los diferentes comites externos | Lideres de proceso | 1/02/2023 | # de compromisos ejecutados / # de compromisos acordados | | | |
| | | | | | Seguimiento a los indicadores SIMU para cumplimiento de cronograma y compromisos | Reporte y analisis a cada corte - Informe de seguimiento a procesos | | | | | | | | | | | Fortalecer la socialización y/o inducción al talento humano de planta sobre el proceso de articulación | Lideres de proceso | 11/06/2023 | Socialización realizada |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboró: | | | | | Revisó: | | | | | Aprobó: | | | | | | | | | | |
| ROCIO DEL PILAR JUELPAZ Subdirectora de Salud Pública | | | | | ATRIZ ROSERO Jefe de Control Interno | | | | | HERNAN DÍAZ PACICHANA Director (E) | | | | | | | | | | |
| APROBADO EN 2DO CIGD EXTRAORDINARIO DE 24 DE MAYO DE 2023 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha: | | 24/05/2023 | | | Fecha: | | 24/05/2023 | | | Fecha: | | 24/05/2023 | | | | | | | | |



MAPA Y PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS INSTITUCIONALES INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO - ASISTENCIA TÉCNICA (SALUD PÚBLICA)

CODIGO: F-PRCIOCI01-02

VERSION: 04

FECHA: 06/07/2022

| IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO | | | | VALORACIÓN DEL RIESGO | | | | | | PLAN DE ACCIÓN | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|--------------|---------|--------------------------|---|--|----------------------------------|-----------------------------|----------------------|----------------|------|------|-----------------------|--|----------------------|--|---|--|---|-----------|---|
| No | DESCRIPCIÓN DEL RIESGO | PROBABILIDAD | IMPACTO | ZONA DE RIESGO INHERENTE | DESCRIPCIÓN DEL CONTROL | EVIDENCIA | ZONA PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL | ZONA IMPACTO RESIDUAL FINAL | ZONA DE RIESGO FINAL | TRATAMIENTO | | | ACCIÓN DE TRATAMIENTO | RESPONSABLE | FECHA IMPLEMENTACIÓN | INDICADOR | | | | | |
| | | | | | | | | | | REDUCIR | ACEP | EVIT | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | TRANS | MIT | | | | | | | | | | |
| 23 | 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 | 54% | 80% | | Reporte y analisis de indicadores de PTS asociados a la AT | Reporte SPI con corte a Abril Reporte a plataforma de seguimiento a PTS con corte Marzo | 19% | 80% | | | | | | Subdirectora SSP - Lideres de dimensión Equipo de Trabajo dimensiones | 1/02/2023 | # de asistencias técnicas brindadas / # de asistencias programadas | | | | | |
| | | | | | Seguimiento a la gestión de SSP | Informe de Gestión 2022 | | | | | | | | | | | X | Fortalecer la socialización de la herramienta SAT a todo el equipo de SSP con revisión del procedimiento Ejecutar las actividades de vinculación de TH asociadas al proyecto de inversión y PAA | Subdirectora SSP - Lideres de dimensión | 1/02/2023 | # de socializaciones realizadas / # de socializaciones programadas # actividades ejecutadas / # de actividades establecidas (MGA) # de actividades ejecutadas del PAA |
| | | | | | Reporte y analisis de Indicadores de AT en el sistema de gestión de calidad | Analisis SIMU Web corte abril | | | | | | | | | | | | Ejecutar proyecto de capacitación asociado a la AT en el PIC Gestionar ante la dirección la solicitud de herramientas tecnologicas para fortalecer la AT en áreas priorizadas Gestionar con apoyo logístico la verificación con el proveedor la prestación del servicio frente a los recursos de SSP | | | |

Elaboró: ROCÍO DEL PILAR JUELPAZ
Subdirectora de Salud Pública

Revisó: ATRIZ ROSERO
Jefe de Control Interno

Aprobó: HERNAN DÍAZ PACICHANA
Director (E)

APROBADO EN 2DO CIGD EXTRAORDINARIO DE 24 DE MAYO DE 2023

Fecha: 24/05/2023 Fecha: 24/05/2023 Fecha: 24/05/2023



MAPA Y PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS INSTITUCIONALES
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO - ASISTENCIA TÉCNICA (Vida Saludable y Enfermedades Transmitidas por Vectores - ETV)

CODIGO: F-PRCIOCI01-02

VERSION: 04

FECHA: 06/07/2022

| IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO | | | VALORACIÓN DEL RIESGO | | | | | | PLAN DE ACCIÓN | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|-----------------------|---|--|---|----------------------------------|--|----------------------|----------------|------|--|--|--|---|----------------------|--|--|-------------------------------------|-----------|--|
| No | DESCRIPCIÓN DEL RIESGO | PROBABILIDAD | IMPACTO | ZONA DE RIESGO INHERENTE | DESCRIPCIÓN DEL CONTROL | EVIDENCIA | ZONA PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL | ZONA IMPACTO RESIDUAL FINAL | ZONA DE RIESGO FINAL | TRATAMIENTO | | | | ACCIÓN DE TRATAMIENTO | RESPONSABLE | FECHA IMPLEMENTACIÓN | INDICADOR | | | | |
| | | | | | | | | | | REDUCIR | ACEP | E/IT | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | TRANS | MIT | | | | | | | | | | |
| 24 | 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 | 60% | 100% | | Inspección y Vigilancia EGI - ETV dirigida a las direcciones locales y prestadores | Acta de reunión de grupo primario donde se analizan los resultados de la AT, programación en el SAT, Pretest, Protest, evaluación - informe, actas de AT, certificaciones | 29% | 75% | | | | X | | Realizar Asistencias Técnicas con el equipo de ETC y acompañamiento de Ministerio para todos los actores del SGSSS | Profesional Especializado ETV - Equipo de trabajo profesionales ETV | 2/02/2023 | Asistencias Técnicas Ejecutadas / Asistencias Técnicas Programadas | | | | |
| | | | | | Remisión de material educativo a los actores del sistema SGSSS | Correos, registro en SAT | | | | | | | | | | | | Ejecutar asistencias técnicas en manejo integral de las ETV a los actores | Equipo de trabajo profesionales ETV | 1/02/2023 | Asistencias Técnicas Ejecutadas / Asistencias Técnicas Programadas con los actores |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | Relizar seguimiento a las necesidades del equipo de ETV respecto a recursos para cumplimiento de actividades | Profesional Especializada ETV | 1/01/2023 | #Numero de solicitudes cumplidas / # de solicitudes realizadas |
| | | | | | Solicitudes escritas Secretaria General (SGSST y Apoyo Logístico) y Planeación, solicitando recursos de infraestructura y elementos de trabajo | Oficio Correo | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboro: | | PILAR PEREZ Profesional Especializada - ETV | | ROCIO DEL PILAR JUELPAZ Subdirectora de Salud Pública | | Revisó: | | ATRIZ ROSERO Jefe de Control Interno | | Aprobó: | | HERNAN DÍAZ PACICHANA Director (E) | | | | | | | | | |
| APROBADO EN 2DO CIGD EXTRAORDINARIO DE 24 DE MAYO DE 2023 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha: | | 24/05/2023 | | | | Fecha: | | 24/05/2023 | | | | Fecha: | | 24/05/2023 | | | | | | | |



MAPA Y PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS INSTITUCIONALES INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO - ASISTENCIA TÉCNICA (CALIDAD Y ASEGURAMIENTO)

CODIGO: F-PRCIOC01-02

VERSION: 04

FECHA: 06/07/2022

| IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO | | | | VALORACIÓN DEL RIESGO | | | | | | | PLAN DE ACCIÓN | | | | | | |
|--|--|--------------|---------|--------------------------|--|--|----------------------------------|-----------------------------|----------------------|---------------------------------------|----------------|------------|--|--|--|---|---|
| No | DESCRIPCIÓN DEL RIESGO | PROBABILIDAD | IMPACTO | ZONA DE RIESGO INHERENTE | DESCRIPCIÓN DEL CONTROL | EVIDENCIA | ZONA PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL | ZONA IMPACTO RESIDUAL FINAL | ZONA DE RIESGO FINAL | TRATAMIENTO | | | ACCIÓN DE TRATAMIENTO | RESPONSABLE | FECHA IMPLEMENTACIÓN | INDICADOR | |
| | | | | | | | | | | REDUCIR | ACEP | EVIT | | | | | |
| | | | | | | | | | | TRANS | MIT | | | | | | |
| 25 | Posibilidad de incumplimiento con las solicitudes de asistencia técnica de los actores externos del SGGSS, debido a la insuficiencia del talento humano del IDSN, por limitado número de personal de la subdirección para las acciones de AT | 40% | 60% | | Contratación de personal de apoyo para la AT | Actas, Informes supervisión, informe de actividades, actas de pago, reportes Siobserva | | | | | | | Vinculación de personal de apoyo para AT | Supervisores delegados | 1/02/2023 | No de actas finales y liquidación aprobadas / No de contratos de IVC SCA *100 | |
| | | | | | Actas de visitas y/o Informe AT | Actas, Informes de visitas, informe de comisión (cuando se viaja), lista de asistencia | 11% | 60% | | | X | | | Programaciones de acciones integrales de AT SCA aprobadas | Profesionales Universitarios, Profesionales Especializados | 1/03/2023 | Acciones de IVC-AT realizadas / Acciones de IVC-AT programadas o requeridas (mes vencido) |
| | | | | | Monitoreo Financiero de las ESEs | Informes de monitoreo y seguimiento, actas | | | | | | | | Programación de capacitaciones y acompañamientos de acuerdo a las necesidades priorizadas de los actores | Profesionales Universitarios, Profesionales Especializados | 1/03/2023 | no. De acciones asistencia técnica ejecutadas / no. De acciones programadas Y/o solicitadas*100 |
| Elaboró: | | | | | Revisó: | | | | | Aprobó: | | | | | | | |
| MARIA ALEJANDRA BARCO Subdirectora de Calidad y Aseguramiento | | | | | ATRIZ ROSERO Jefe de Control Interno | | | | | HERNAN DIAZ PACICHANA Director (E) | | | | | | | |
| APROBADO EN 2DO CIGD EXTRAORDINARIO DE 24 DE MAYO DE 2023 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha: | | 24/05/2023 | | | Fecha: | | 24/05/2023 | | | Fecha: | | 24/05/2023 | | | | | |



MAPA Y PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS INSTITUCIONALES INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO - INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL (SALUD PÚBLICA)

CODIGO: F-PRCIOI01-02

VERSION: 04

FECHA: 06/07/2022

| IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO | | | | VALORACIÓN DEL RIESGO | | | | | | PLAN DE ACCIÓN | | | | | | | |
|--|--|--------------|---------|--------------------------|--|---|----------------------------------|-----------------------------|----------------------|---------------------------------------|-------|------------|------|--|---|----------------------|---|
| No | DESCRIPCIÓN DEL RIESGO | PROBABILIDAD | IMPACTO | ZONA DE RIESGO INHERENTE | DESCRIPCIÓN DEL CONTROL | EVIDENCIA | ZONA PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL | ZONA IMPACTO RESIDUAL FINAL | ZONA DE RIESGO FINAL | TRATAMIENTO | | | | ACCIÓN DE TRATAMIENTO | RESPONSABLE | FECHA IMPLEMENTACIÓN | INDICADOR |
| | | | | | | | | | | REDUCIR | TRANS | MIT | ACEP | | | | |
| 26 | 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 (Corrupción) | 53% | 80% | | Reprogramación acciones IV | SAT Reuniones grupo primario Notas Internas | 7% | 80% | | | | | X | Gestionar ante el equipo directivo las necesidades y asignación de recursos para el fortalecimiento de la estructura, recursos tecnológicos y operación logística. | Subdirectora Lideres de Dimensión | 1/02/2023 | No de solicitudes gestionadas |
| | | | | | Seguimiento PAS | Reporte SISPRO Informes de Gestión | | | | | | | | Reportar cuando se requiera y con el soporte correspondiente las situaciones de presión que impidan la IV a organismos internos o externos | Subdirectora Lideres de Dimensión | 1/01/2023 | No de solicitudes gestionadas |
| | | | | | Seguimiento a indicadores | Reporte SIMU Web Análisis del indicador Seguimiento SPI Seguimiento a planes PTS | | | | | | | | Revisar en grupo primario las posibles acciones que se puedan integrar IV - SSP con apoyo de otras dependencias del IDSN | Subdirectora Lideres de Dimensión | 31/05/2023 | Compromisos acta de reunión |
| | | | | | Informe de gestión trimestral - SSP | Informe de seguimiento reportado | | | | | | | | Realizar Entrenamiento a talento humano de IV, según lista de chequeo, necesidades de las dependencias | Subdirectora de SSP Lideres del Proceso Talento humano que ingresa al IDSN Oficinas Asesoras | 1/01/2023 | No de funcionarios nuevos con entrenamientos/no de funcionarios que ingresan a IV |
| | | | | | Entrenamiento en puesto de trabajo de nuevo personal | Informes y actas de supervisión | | | | | | | | | | | |
| Elaboró: | | | | | Revisó: | | | | | Aprobó: | | | | | | | |
| ROCIO DEL PILAR JUELPAZ Subdirectora de Salud Pública | | | | | ATRIZ ROSERO Jefe de Control Interno | | | | | HERNÁN DÍAZ PACICHANA Director (E) | | | | | | | |
| APROBADO EN 2DO CIGD EXTRAORDINARIO DE 24 DE MAYO DE 2023 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha: | | 24/05/2023 | | | Fecha: | | 24/05/2023 | | | Fecha: | | 24/05/2023 | | | | | |



MAPA Y PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS INSTITUCIONALES INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO - INSPECCIÓN Y VIGILANCIA (ETV)

CODIGO: F-PRCIOC01-02

VERSION: 04

FECHA: 06/07/2022

| IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO | | | | VALORACIÓN DEL RIESGO | | | | | | | PLAN DE ACCIÓN | | | | | | | |
|---------------------------|--|--------------|---------|--------------------------|---|---|----------------------------------|-----------------------------|----------------------|-------------|----------------|---|---|-----------------------|-------------|----------------------|--|--|
| No | DESCRIPCIÓN DEL RIESGO | PROBABILIDAD | IMPACTO | ZONA DE RIESGO INHERENTE | DESCRIPCIÓN DEL CONTROL | EVIDENCIA | ZONA PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL | ZONA IMPACTO RESIDUAL FINAL | ZONA DE RIESGO FINAL | TRATAMIENTO | | | | ACCIÓN DE TRATAMIENTO | RESPONSABLE | FECHA IMPLEMENTACIÓN | INDICADOR | |
| | | | | | | | | | | REDUCIR | | ACEP | EVT | | | | | TRANS |
| 27 | Posibilidad de no generar empoderamiento y autocuidado frente a los factores de riesgo de ETV por el 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 | 60% | 100% | | Asistencias Técnicas EGI - ETV dirigida a las direcciones locales y prestadores | Acta de reunión de grupo primario donde se analizan los resultados de la AT, programación en el SAT, Pretest, Protest, evaluación - informe, actas de AT, certificaciones | 29% | 75% | | | | | | | X | | Realizar Inspección y Vigilancia a los actores SGSSS | |
| | | | | | Remisión de material educacional a los actores del sistema SGSSS | Correos, registro en SAT | | | | | | Validar la adherencia a las guías de atención de pacientes con ETV | Profesional Especializado ETV Equipo de trabajo profesionales ETV | | | | 1/02/2023 | Visitas de IV realizadas / Visitas de IV Programadas |
| | | | | | Solicitudes escritas para la asignación de recursos de balance | Correos, registro en SAT | | | | | | Realizar seguimiento a las necesidades del equipo de ETV respecto a recursos para cumplimiento de actividades | Profesional Especializada ETV | | | | 1/01/2023 | #Numero de solicitudes cumplidas / # de solicitudes realizadas |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | |
|----------|--|---------|---|---------|---------------------------------------|
| Elaboró: | PILAR PEREZ Profesional Especializada - ETV | Revisó: | ATRIZ ROSERO Jefe de Control Interno | Aprobó: | HERNAN DIAZ PACICHANA Director (E) |
| | ROCIO DEL PILAR JUELPÁZ Subdirectora de Salud Pública | | | | |

APROBADO EN 2DO CIGD EXTRAORDINARIO DE 24 DE MAYO DE 2023

| | | | | | |
|--------|------------|--------|------------|--------|------------|
| Fecha: | 24/05/2023 | Fecha: | 24/05/2023 | Fecha: | 24/05/2023 |
|--------|------------|--------|------------|--------|------------|



MAPA Y PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS INSTITUCIONALES INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO - INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL (SALUD PÚBLICA)

CODIGO: F-PRCIOC1-02

VERSION: 04

FECHA: 06/07/2022

| IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO | | VALORACIÓN DEL RIESGO | | | | | | TRATAMIENTO | | | | PLAN DE ACCIÓN | | | | | | |
|---------------------------|--|-----------------------|---------|--------------------------|---|--|----------------------------------|-----------------------------|----------------------|-------------|-----|----------------|------|--|--|---|---|---|
| No | DESCRIPCIÓN DEL RIESGO | PROBABILIDAD | IMPACTO | ZONA DE RIESGO INHERENTE | DESCRIPCIÓN DEL CONTROL | EVIDENCIA | ZONA PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL | ZONA IMPACTO RESIDUAL FINAL | ZONA DE RIESGO FINAL | TRATAMIENTO | | | | ACCIÓN DE TRATAMIENTO | RESPONSABLE | FECHA IMPLEMENTACIÓN | INDICADOR | |
| | | | | | | | | | | REDUCIR | MIT | ACEP | EVIT | | | | | |
| | | | | | | | | | | TRANS | MIT | ACEP | EVIT | | | | | |
| 28 | 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 (corrupción) | 64% | 80% | | Comité de VC | Actas reunión Seguimiento a los compromisos - informes | 12% | 80% | | | | | X | Presentar las necesidades técnicas y logísticas y realizar la adquisiciones de los bienes priorizados e implementar las acciones administrativas para los aspectos logísticos y de infraestructura | Subdirectora de Salud Pública (presenta necesidades) Secretario General Profesional Universitario Apoyo Logístico (gestión de recursos) Profesionales IVC (Priorización de necesidades) | 31/05/2023 | Solicitud elaborada (1) No de acciones gestionadas | |
| | | | | | Programación y seguimiento de Visitas | Registro de IVC SAT Autocomisorio Actas e informes de visitas | | | | | | | | | Presentar a talento humano las necesidades de entrenamiento del nuevo personal que ingresa para realizar acciones de IVC con definición de estrategia de Talento Humano | Subdirectora de SSP Líderes del Proceso Talento humano de IVC Asesora de Talento Humano (Estrategía) | 31/05/2023 | # de solicitudes elaboradas Numero de funcionarios entrenados cuando se presente el evento |
| | | | | | Supervisiones a funcionarios de IVC - Auditorías | Informes Documentos de supervisión - auditorías | | | | | | | | | Realizar Entrenamiento a talento humano de IVC, según lista de chequeo con entrega a Subdirección y Talento Humano | Subdirectora de SSP Funcionario Designado Funcionario Entrante | 31/05/2023 | No de funcionarios nuevos con entrenamientos/no de funcionarios que ingresan a IVC |
| | | | | | Ejecución y seguimiento a grupo primario | Actas reunión Seguimiento a los compromisos | | | | | | | | | Presentar necesidades al comité institucional de control interno sobre plan interno de capacitación para incluir en los proyectos a cargo de SSP, capacitación en competencias laborales en IVC | Subdirectora de SSP Facilitador de PIC de SSP Líderes de IVC Jefe de Control Interno | 15/06/2023 | Plan interno de capacidad ajustado |
| | | | | | Solicitudes de conceptos aclaratorios | Conceptos recibidos | | | | | | | | | Solicitar sensibilización de normatividad inherente a los asuntos disciplinarios a la oficina asesora de CDI y TH (integridad) | Subdirectora de SSP Jefe asesora de CDI Funcionarios que realizan IVC | 15/06/2023 | No de funcionarios de IVC con sensibilización |
| | | | | | Registro manual de fechas en expedientes | Conceptos recibidos | | | | | | | | | | | | |
| 29 | Posibilidad de caducidad de la facultad sancionatoria en los procesos administrativos, por vencimiento del termino 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 area (corrupción) | 60% | 80% | | Registro manual de fechas en expedientes | Registro en Expediente | 18% | 80% | | | | | X | Presentar solicitud de contratación de personal de apoyo para el desarrollo de las actividades | Subdirectora SSP Profesionales Universitarios | 10/05/2023 31/05/2023 | Solicitud radicada | |
| | | | | | Cumplimientos de terminos del artículo 52 de la ley 1437 de 2011 | Registro en Expediente | | | | | | | | Tramitar circular interna sobre las facultades de los procesos sancionatorios | Profesionales Universitarios | 31/05/2023 | Circular interna Expedida | |
| | | | | | Informe de procesos aperturados | Informe de procesos en primera instancia | | | | | | | | Presentar denuncias respectivas frente a presiones indebidas externas (cuando se presenten) | Profesionales Universitarios | 1/01/2023 | No de denuncias interpuestas | |
| | | | | | Plan de acción de priorización de apertura de expedientes 2019 (medicamentos), 2020 (salud ambiental) | Informe de procesos Recursos de reposición | | | | | | | | Dar cumplimiento a los planes de mejoramiento establecidos y registrados en la oficina de control interno | Profesionales Universitarios | 31/03/2022 | 100% de plan de cumplimiento de plan de mejoramiento | |

Elaboro: ROCIO DEL PILAR JUELPAZ Subdirectora de Salud Pública
 Revisó: ATRIZ ROSERO Jefe de Control Interno
 Aprobó: HERNAN DIAZ PACICHANA Director (E)

APROBADO EN 2DO CIGD EXTRAORDINARIO DE 24 DE MAYO DE 2023

Fecha: 24/05/2023 Fecha: 24/05/2023 Fecha: 24/05/2023



MAPA Y PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS INSTITUCIONALES
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO - INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL (CALIDAD Y ASEGURAMIENTO)

CODIGO: F-PRCIOCI01-02

VERSION: 04

FECHA: 06/07/2022

| No | DESCRIPCIÓN DEL RIESGO | IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO | | | DESCRIPCIÓN DEL CONTROL | VALORACIÓN DEL RIESGO | | | | | | PLAN DE ACCIÓN | | | | | | |
|----|---|---------------------------|---------|--------------------------|--|--|----------------------------------|-----------------------------|----------------------|-------------|-----|----------------|-----------------------|---|--|--|---|--|
| | | PROBABILIDAD | IMPACTO | ZONA DE RIESGO INHERENTE | | EVIDENCIA | ZONA PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL | ZONA IMPACTO RESIDUAL FINAL | ZONA DE RIESGO FINAL | TRATAMIENTO | | | ACCIÓN DE TRATAMIENTO | RESPONSABLE | FECHA IMPLEMENTACIÓN | INDICADOR | | |
| | | | | | | | | | | REDUCIR | MIT | ACEP | | | | | EVIT | |
| | | | | | | | | | TRANS | | | | | | | | | |
| 30 | 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 cumple los requisitos de vinculación | 40% | 60% | | Reunión del Grupo Primario para IVC - SCA | Acta de Grupo Primario | 8% | 60% | | | | | X | | Presentar necesidad para la creación de cargo IVC de la subdirección SCA | Subdirectora, Funcionarios delegados para el equip técnico | 1/06/2023 | #De acciones ejecutas/ # de acciones solicitadas *100 |
| | | | | | Ejecución plan anual de adquisiciones - SCA | Archivo de gestión virtual y/o físico de la profesional universitaria SCA, reporte seguimiento comité de contratación | | | | | | | | | Ejecución del plan de adquisiciones enfocado a la vinculación de talento humano de apoyo | Líderes del proceso Subdirectora SCA | 1/01/2023 | No de adquisiciones ejecutadas para el proceso / No de adquisiciones programadas para el proceso |
| | | | | | Actas de supervisión de contratos de personal | Actas, Informes de supervisión, informe de actividades, actas de pago, reportes Sioobserva | | | | | | | | | Ejecutar el proyecto establecido en el PIC para IVC SCA | Líderes del Proceso - Subdirectora SCA - Comité de PIC | 1/03/2023 | Proyecto de capacitación ejecutada |
| 31 | Caducidad de la facultad sancionatoria en los procesos administrativos, por vencimiento terminos, debido a la gestión inoportuna de los procesos y otros recursos para la gestión de procesos represados (SCA-IVC) | 60% | 60% | | Asignación de informes para apertura entre el equipo de trabajo | actas de entrega (medio físico) Relación de asignación de informes entre el equipo de trabajo Actas de reunión de equipo de trabajo | 23% | 60% | | | | | X | Brindar asistencia tecnica por parte del equipo de habilitación a los prestadores de la red pública registrados en REPS (Resolución 3100) | PROFESIONAL ESPECIALIZADO DE HABILITACIÓN- SCA Y PROFESIONAL UNIVERSITARIO DE PROCESOS SANCIONATORIO | 31/12/2023 | No.de eventos de A.T. brindada por parte del equipo de Habilidadacion a los prestadores de la red pública registrados en REPS | |
| | | | | | Cumplimientos de terminos del articulo 52 de la ley 1437 de 2011 | Resgistro en archivo virtual de relación de expedientes con fechas de inicio y gestiones (COMPUTADOR DEL PROFESIONAL) | | | | | | | | Presentación de necesidad para la solicitud de creación de cargos en la planta de personal de la SCA- proceso administrativo sancionatorio. | SUBD. CALIDAD Y ASEGURAMIENTO Y PROF. UNIVERSITARIO SCA. | 31/12/2023 | No actividades Programadas/ No actividades Ejecutadas | |
| | | | | | | | | | | | | | | Presentar solicitud al equipo TICS del IDSN, para la creación una herramienta informatica (software) para gestión y trazabilidad de los procesos dministrativos sancionatorios del IDSN. | SUBD. CALIDAD Y ASEGURAMIENTO Y PROF. UNIVERSITARIO SCA. | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | Levantamiento de linea de base de información documentada de los procesos sancionatorios desde vigencia 2017 a la fecha. | PROFESIONAL UNIVERSITARIO PROCESO SANCIONATORIO-SCA | 31/12/2023 | Porcentaje de avance del levantamiento de linea de base. | |

Elaboró: **MARIA ALEJANDRA BARCO** Subdirectora de Calidad y Aseguramiento
 Revisó: **ATRIZ ROSERO** Jefe de Control Interno
 Aprobó: **HERNAN DÍAZ PACICHANA** Director (E)

APROBADO EN 2DO CIGD EXTRAORDINARIO DE 24 DE MAYO DE 2023

Fecha: 24/05/2023 Fecha: 24/05/2023 Fecha: 24/05/2023



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

CODIGO: F-PRCIOI01-02

VERSION: 04

FECHA: 06/07/2022

| No | IDENTIFICACION DEL RIESGO | | | | VALORACION DEL RIESGO | | | | TRATAMIENTO | | | | PLAN DE ACCION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|--|--------------|---------|--------------------------|---|---|----------------------------------|-----------------------------|----------------------|---------|-----|------|----------------|--|---|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | DESCRIPCIÓN DEL RIESGO | PROBABILIDAD | IMPACTO | ZONA DE RIESGO INHERENTE | DESCRIPCIÓN DEL CONTROL | DOCUMENTACIÓN | ZONA PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL | ZONA IMPACTO RESIDUAL FINAL | ZONA DE RIESGO FINAL | REDUCIR | | | | ACCIÓN DE TRATAMIENTO | RESPONSABLE | FECHA IMPLEMENTACIÓN | INDICADOR | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | TRANS | MIT | ACEP | EVT | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 32 | 1. 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 | 66% | 80% | | Revisión de inventario en alcance al Procedimiento Gestión de Insumos en el LSP de Nariño | 1. Inventario actualizado al corte mensual 2. Correo de remisión del inventario | 18% | 55% | | | | | | | Profesionales Universitarios del LSP Lider LSP | 2023/05/01 | # de reuniones ejecutadas/# de reuniones establecida * 100 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | Revisión de Indicadores del proceso en grupo primario | SIMU WEB reporte mensual Acta de reunión Soportes de Compromisos | | | | | | | | | | | | Reuniones realizadas/reuniones programadas x 100 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | Reporte SPI LSP | Cargue en la plataforma SPI en los tiempos de corte | | | | | | | | | | | | | Proyecto de inversión presentado Continuidad en la acreditación y certificación | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | Auditorias y seguimientos por entes externos | Informes de auditoria Planes de accion eficaces Información documentada de seguimiento del requerimiento | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 33 | 2. 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 metroológica, 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 | 54% | 100% | | Cronograma de mantenimiento y calibración | Cronograma anual de mantenimiento y calibración Indicadores de desempeño del cronograma - seguimiento | 30% | 100% | | | | | | Profesional universitario - Lider del LSP Equipo de trabajo del LSP- Tumaco Profesional universitario - Lider del LSP Profesionales universitarios del LSP por cada área. | 2023/06/15 2023/05/19 2023/06/9 2023/04/01 | # de solicitudes de verificación de la planta eléctrica atendidas (por apoyo logístico) Acta soporte de visita(s) a la sede de LSP tumaco ver indicador: Cumplimiento del programa de calibración de equipos (SIMU- LSP) # de evaluaciones técnicas ejecutadas que cumplen / # de evaluaciones técnicas ejecutadas*100 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | REVISION CERTIFICADO DE CALIBRACION | Cronograma anual de mantenimiento y calibración Indicadores de desempeño del cronograma - seguimiento | | | | | | | | | | | # de solicitudes atendidas/ # de solicitudes realizadas *100 # de procesos contractuales adjudicados/ # de necesidades identificadas en el Plan de adquisiciones*100 # de seguimientos del profesional a las solicitudes de mantenimiento correctivo. # de funcionarios del LSP con acción de inducción / # total de funcionarios convocados*100 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 34 | 3. 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 | 36% | 40% | | Socializaciones en el sistema de gestión del LSP | Lista de Asistencia Evaluación de apropiación del conocimiento Supervisión de procesos técnicos en el LSP de Nariño | 6% | 40% | | | | | | Profesional Universitario - Lider del LSP | 2023/01/20 | # de seguimientos de fortalecimiento evidenciados en reuniones de grupo primario | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | Entrenamiento Técnico | Lista de chequeo de Entrenamiento en puesto de trabajo Registro de evaluaciones de capacitaciones al personal de LSP | | | | | | | | | | | # de funcionarios del LSP con acción de inducción / # total de funcionarios convocados*100 # solicitudes presentadas. | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|-----|--|--|---------|-----|---|------------|---------|--|---------------------------------------|--|
| | | | | Información documentada y controlada del proceso de LSP | Información documentada del SGC Listado Maestro | | | | | | | 2023/05/31 | # de capacitaciones gestionadas |
| 35 | 4. 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 | 40% | 60% | Registro del servicio de auditoría de ONAC dentro del Plan de adquisiciones de la vigencia | Plan de adquisiciones Documentos contractuales del servicio | 22% | 60% | X | | | | 2023/08/14 | Actas de reuniones de seguimiento |
| | | | | Programación de la auditoría de ONAC dentro del plazo para el seguimiento o renovación | Correos de planificación del Servicio e información confirmatoria | | | | | | | 2023/06/30 | # de funcionarios del LSP con acción de inducción / # total de funcionarios convocados*100 |
| | | | | | | | | | | | | 2023/06/30 | # de funcionarios del LSP con socialización |
| 36 | 5. 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 | 38% | 40% | Supervisión de procesos técnicos en el LSP de Nariño | Lista de chequeo de Entrenamiento en puesto de trabajo | 21% | 40% | X | | | | 2023/01/01 | # de funcionarios del LSP con acción de inducción / # total de funcionarios convocados*100 |
| | | | | Entrenamiento Técnico | Registro de evaluaciones de capacitaciones al personal de LSP Autorización del personal del LSP (Actividades autorizadas para su cargo) | | | | | | | 2023/02/01 | Acta de reuniones para adquisición de software |
| | | | | Diligenciamiento formato de confidencialidad e imparcialidad | Compromiso de confidencialidad, no divulgación de información reservada e imparcialidad personal del Laboratorio Salud Pública IDSN | | | | | | | 2023/06/30 | Pieza informativa digital e impresa |
| Elaboró: | | JOSE MARIA PORTILLA Coordinador de Laboratorio de Salud Pública (E) | | ROCIO DEL PILAR JUELPAZ Subdirectora de Salud Pública | | Revisó: | | ATRIZ ROSERO Jefe de Control Interno | | Aprobó: | | HERNAN DIAZ PACICHANA Director (E) | |
| APROBADO EN 2DO CIGD EXTRAORDINARIO DE 24 DE MAYO DE 2023 | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha: | 24/05/2023 | | | Fecha: | 24/05/2023 | | | Fecha: | 24/05/2023 | | | | |



MAPA Y PLAN DE TRATAMIENTO DE RIESGOS INSTITUCIONALES
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO - GESTIÓN RED DE SERVICIOS - (PLANEACIÓN - CALIDAD Y ASEGURAMIENTO)

CODIGO: F-PRCIOCI01-02

VERSION: 04

FECHA: 06/07/2022

| IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO | | VALORACIÓN DEL RIESGO | | | | | | | PLAN DE ACCIÓN | | | | | | | | |
|---------------------------|---|-----------------------|---------|--------------------------|--|--|----------------------------------|-----------------------------|----------------------|-------------|-------|-----|------|--|--|----------------------|--|
| No | DESCRIPCIÓN DEL RIESGO | PROBABILIDAD | IMPACTO | ZONA DE RIESGO INHERENTE | DESCRIPCIÓN DEL CONTROL | EVIDENCIA | ZONA PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL | ZONA IMPACTO RESIDUAL FINAL | ZONA DE RIESGO FINAL | TRATAMIENTO | | | | ACCIÓN DE TRATAMIENTO | RESPONSABLE | FECHA IMPLEMENTACIÓN | INDICADOR |
| | | | | | | | | | | REDUCIR | TRANS | MIT | ACEP | | | | |
| 37 | 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 | 60% | 80% | | Validación de la información reportada por las diferentes fuentes frente a los estudios de capacidad instalada | Reporte de validación de información | 23% | 60% | | | | | X | Mesas de Asistencias técnicas a prestadores de servicio | PROFESIONAL ESPECIALIZADO-JEFE OAP - Equipo Proyectos | 10/05/2023 | # de asistencias técnicas ejecutadas / # de asistencias técnicas programadas |
| | | | | | Asistencia Técnica personalizadas y acompañamiento a las ESEs | Acta de asistencia técnica Seguimiento a compromisos Lista de asistencia | | | | | | | | Contratación de personal de apoyo idoneo para el desarrollo de actividades de gestión de proyectos | PROFESIONAL ESPECIALIZADO JEFE OAP | 1/01/2023 | # de informes de cumplimiento de actividaes |
| | | | | | Mesas Técnicas para aclaración de lineamientos técnicos y legales exigidos | Actas de mesas técnicas Seguimiento a cumplimiento de compromisos | | | | | | | | Capacitaciones DNP y Ministerio de Salud para gestión de proyectos | Profesional Especializado Jefe de Planeación | 31/05/2023 | # de capacitaciones recibidas # de capacitaciones replicadas |
| 38 | 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) | 100% | 80% | | Grupo primario SCA en seguimiento a las actividades del CRUE | Acta de reunión Soportes de ejecución de compromisos | 27% | 80% | | | | | | Gestionar provisión de cargos con la propuesta técnica, de TH priorizada-cargos de Radiooperadores | Profesiona Universitario Subdirectora SCA Equipo técnico formalización del empleo público Junta directiva Dirección | 28/02/2023 | Documento técnicos elaborados/documentos tecnicos aprobados |
| | | | | | Ejecución plan anual de adquisiciones - SCA para talento humano y soporte tecnologico | Seguimiento a plan de adquisiciones Informe de actividades del contrato | | | | | | | | Ejecución del PAA con énfasis en las actividades del CRUE | Profesional Universitario - Subdirectora SCA | 1/01/2023 | No de actividades ejecutadas / No de actividades programadas |
| | | | | | Reporte PROSEC LOGIC | Reportes y seguimientos a los procedimientos CRUE | | | | | | | | Solicitud de soporte tecnologico para actualización del Sofwaer e inclusión de medios informaticos(correspondencia) en la sede del CRUE | Subdireccion de SCA- Profesional Universitaria | 1/01/2023 | No de soportes técnicos formulados/No de soportes tecnicos ejecutados |
| | | | | | | | | | | | | | | Ejecucion de funciones de acuerdo a las actividades contratadas | Profesionales medicos reguladores- Radiooperadores | 1/01/2023 | No actividades formuladas/No actividades ejecutadas |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---|-----|-----|--|---|--|-----|-----|--|--|--|--|--|--|--|---|--|-----------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 39 | Posibilidad de incumplimiento en la auditoria de cuentas medicas de prestación de servicios de salud de urgencias, por superar los tiempos establecidos en la norma, debido a insuficiencia de talento humano de planta | 60% | 80% | | Seguimiento mensual a cuentas radicadas y auditadas | Trazabilidad de auditorias de cuentas medicas | 18% | 80% | | | | | | | | Plan de contingencia para reorganización de cuentas | Directora, subdirectora y asesor, profesionales universitarios SCA | 1/01/2023 | Solicitud enviada al Ministerio | | | | | | | | | |
| | | | | | Reasignación de auditorias según cuentas radicadas | Aplicativo de auditoria (manejo de información auditorias) | | | | | | | | | | Grupo primario | Profesionales Universitarios SCA, Subdirectora SCA | 1/03/2023 | # de solicitudes de asistencia técnica realizadas | | | | | | | | | |
| | | | | | Grupo de trabajo del equipo de auditoria de cuentas | Actas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | Informe mensual de auditorias | Correo Electronico y Matriz | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|-----|---|---|------------|-----|---------------------------------------|--|------------|--|--|---|--|--|-----------|--|
| 40 | Posibilidad de incidente de desacato para la dirección del IDSN, por posible incumplimiento de los fallos de tutela por ordenes de prestaciones de servicios de altas cuantías, debido a insuficiente fuente de recursos para la contratación de servicios ordenados por fallos de tutela | 40% | 60% | Revisión oportuna de los fallos de tutela | Correos electronicos Proyección de actos administrativos en respuesta a tutela | 20% | 60% | | | | | | x | Oportunidad de respuesta en los Actos Administrativos de Acciones de Tutela | Jefe Oficina Asesora Jurídica Profesional Univesitaria OAJ Tutelas | 1/01/2023 | # de tutelas con respuestas oportunas |
| | | | | Registro documentado de tutelas | Respuestas formales a incidentes de desacato | | | | | | | | | Gestionar contratación de personal de apoyo para realización de acciones de desacato | Asesor AU, Universitarios SCA, Subdirectora SCA | 1/01/2023 | # de profesionales de apoyo contratados para la ejecución de las respuestas a las acciones de desacato |
| | | | | | | | | | | | | | | Gestionar cumplimiento a las acciones de tutela | Profesional Universitario (Jurídico) Oficina atención al usuario | 1/01/2023 | # de incidentes de desacato con respuesta de manera oportuna |
| Elaboro: | | | | Revisó: | | | | Aprobó: | | | | | | | | | |
| MARY ALEXANDRA ROSERO Jefe Planeación | | MARIA ALEJANDRO BARCO Subdirectora Calidad y Aseguramiento | | ATRIZ ROSERO Jefe de Control Interno | | | | HERNAN DÍAZ PACICHANA Director (E) | | | | | | | | | |
| APROBADO EN 2DO CIGD EXTRAORDINARIO DE 24 DE MAYO DE 2023 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha: | | 24/05/2023 | | Fecha: | | 24/05/2023 | | Fecha: | | 24/05/2023 | | | | | | | |



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

CODIGO: F-PRCIOC101-02

VERSION: 04

FECHA: 06/07/2022

| IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO | | | VALORACIÓN DEL RIESGO | | | | | | PLAN DE ACCIÓN | | | | | | | | |
|---------------------------|---|--------------|-----------------------|--------------------------|---|---|----------------------------------|-----------------------------|----------------------|-------------|------|------|--|--|--|----------------------|--|
| No | DESCRIPCIÓN DEL RIESGO | PROBABILIDAD | IMPACTO | ZONA DE RIESGO INHERENTE | DESCRIPCIÓN DEL CONTROL | EVIDENCIA | ZONA PROBABILIDAD RESIDUAL FINAL | ZONA IMPACTO RESIDUAL FINAL | ZONA DE RIESGO FINAL | TRATAMIENTO | | | | ACCIÓN DE TRATAMIENTO | RESPONSABLE | FECHA IMPLEMENTACIÓN | INDICADOR |
| | | | | | | | | | | REDUCIR | ACEP | EVIT | | | | | |
| | | | | | | | | | | TRANS | MIT | | | | | | |
| 41 | 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 | 60% | 80% | | 1. Gestión oportuna para la etapa contractual y pre contractual | Actas de mesas Técnicas Soportes de seguimiento a cumplimiento de compromisos | 18% | 80% | | | | | | Mesas de Seguimiento a proyectos con recursos asignados por el Ministerio | Jefe Oficina Asesora Planeación Profesional Universitario Equipo Proyectos OAP | 1/02/2023 | # de proyectos con seguimiento / # total de proyectos con recursos asignados por el ministerio |
| | | | | | 1. realizar comites tecnicos de seguimiento a la ejecucion de las obras | Actas de comité primario Actas de interventoria revisadas | | | | | | X | | Mesas de seguimiento proyectos IDSN | Jefe Oficina Asesora Planeación Profesional Universitario Equipo Proyectos OAP | 1/02/2023 | # de proyectos con seguimiento / # total de proyectos con recursos asignados por el ministerio |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 42 | Posibilidad de emisión de conceptos de viabilidad de proyectos erroneos por no verificación de requisitos técnicos y legales exigidos, debido al incumplimiento de los lineamientos procedimentales | 60% | 60% | | 1. Contratación a tiempo y de manera permanente el personal | Informe de cumplimiento de actividades Acta de cumplimiento de actividades | 33% | 45% | | | | | | Mesas de Asistencias técnicas | PROFESIONAL ESPECIALIZADO-JEFE OAP - Equipo Proyectos | 8/08/2023 | # de asistencias técnicas ejecutadas / # de asistencias Técnicas programadas |
| | | | | | 1. Supervisión adecuada al cumplimiento de actividades de contratación | Acta de asistencia técnica Seguimiento a compromisos Lista de asistencia | | | | | | X | | Contratación de personal de apoyo idoneo para el desarrollo de actividades de gestión de proyectos | PROFESIONAL ESPECIALIZADO JEFE OAP | 1/01/2023 | # de informes de cumplimiento de actividades |
| | | | | | 1. Políticas internas para control de vulneración de información | Actas de mesas técnicas Seguimiento a cumplimiento de compromisos | | | | | | | | Capacitaciones DNP y Minsiterio de Salud para gestión de proyectos | Profesional Especializado Jefe de Planeación | 1/04/2023 | # de capacitaciones recibidas # de capacitaciones replicadas |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|------------|-----|--|--|---|------------|-----|--|---------------------------------------|--|------------|--|--|-------------|-----------|---|
| 43 | Posibilidad de vulneración de la información en las TICs, Por mala practica del uso de las herramientas informaticas y/o dispositivos electronicos, Debido a falta de apropiación de uso e implementación de la tecnología | 80% | 60% | | Reuniones de grupo TICs | Actas de comité de TICs | 17% | 60% | | | | | | Backup, contratación de servidores privados | Equipo TICs | 1/01/2023 | Backup realizado/Backup contratado Servidor contratado |
| | | | | | Analisis de vulnerabilidad | Informe de analisis de vulnerabilidades | | | | | | | | Capacitar en tematicas de las TICs a los funcionarios del IDSN | Equipo TICs | 1/08/2023 | Capitaciones realizadas |
| | | | | | Implementación de Planes del decreto 612 | Plan Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información Plan de Seguridad y Privacidad de la información | | | | | | | | Contratacion de personal idoneo en seguridad de la informacion | Equipo TICs | 1/06/2023 | Personal contratado |
| Elaboro: | | | | | Revisó: | | | | | Aprobó: | | | | | | | |
| MARY ALEXANDRA ROSERO Jefe Planeación | | | | | ATRIZ ROSERO Jefe de Control Interno | | | | | HERNAN DÍAZ PACICHANA Director (E) | | | | | | | |
| APROBADO EN 2DO CIGD EXTRAORDINARIO DE 24 DE MAYO DE 2023 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha: | | 24/05/2023 | | | Fecha: | | 24/05/2023 | | | Fecha: | | 24/05/2023 | | | | | |