



**INFORME ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO - MECI
Y SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD -SGC VIGENCIA 2013**

CÓDIGO: F-PGED05-10

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página 1 de 11

**INFORME: ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO -MECI-
Y SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD - SGC - VIGENCIA 2013**

Fecha			Informe N°
Día	Mes	Año	
24	02	2014	

**ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO – MECI
Y SISTEMA GESTION DE CALIDAD - SGC**

PRESENTACIÓN

Los Artículos 209 y 269 de la CN, consagran el establecimiento del Control Interno como una obligación de las entidades públicas, mandamiento constitucional desarrollado por la Ley 87 de 1993, legislación a partir de la cual se viene desarrollado el ejercicio del Control Interno como un sistema que contribuye al cumplimiento de la función administrativa y los fines esenciales del Estado, desarrollado por la Ley 489 de 1998, el Decreto 2145 de 1999, el Decreto 1537 de 2001, entre otros. En 2005, la Contraloría General de la República y el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), firmaron un convenio con el propósito de obtener la unificación, adopción e implementación de un modelo de control interno, iniciativa que fue acogida por el Consejo Asesor del Gobierno Nacional en materia de Control Interno y que condujo a la expedición del Decreto 1599 de 2005 "*por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005*", regulado por el Decreto 2913 de 2007, el Comunicado del 20 de octubre de 2008, el Decreto 4445 de 2008, el Decreto 3181 de 2009, la Circular 100-006 de 2009, entre otras normas.

Por su parte, la Dirección del Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN), ha cumplido con la responsabilidad de lograr la implementación del Sistema de Gestión de Calidad (SGC) y del Modelo Estándar de Control Interno MECI 1000:2005, el Sistema de Gestión de Calidad, implementación que ha sido exitosa por cuya razón obtuvo la certificación ISO:9001-2008. NTCGP 1000:2009, por parte del ICONTEC, del seguimiento que realizado por ICONTEC en el año 2013, el IDSN obtuvo nuevamente que la certificación se continúe.

El Modelo Estándar de Control Interno, como ha quedado establecido, tiene como fin servir de *control de controles* para que las entidades del Estado, todas, logren cumplir con sus objetivos institucionales en el marco legal aplicable a ellas. El MECI implementado, está dispuesto en tres subsistemas secuenciales: Primer Subsistema de Control Estratégico, Segundo Subsistema de Control de Gestión y Tercer Subsistema de Control de Evaluación, los que se establecen dentro del ciclo de mejoramiento continuo (PHVA: planear, hacer, verificar, actuar). En el Modelo Estándar de Control Interno implementado en el IDSN, están correctamente desarrollados los 29 elementos de control que hacen parte del mismo.

1.- SUBSISTEMA DE CONTROL ESTRATEGICO

En desarrollo del Subsistema de Control Estratégico en el Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN) se construye permanentemente el ambiente organizacional adecuado capaz de mantener y mejorar el sistema de gestión en los 64 municipios del Departamento de Nariño donde se tiene su área de cobertura; por otra parte, la entidad se organiza de tal manera que el control es transversal a todas sus procesos y actividades; así mismo, en este subsistema se establece la Administración de Riesgos como componente esencial del Sistema de Control de Gestión de Calidad y de apoyo a la gestión del componente Plan Anticorrupción, a los cuales se efectúa el correspondiente seguimiento, proceso mediante el cual se identifican, analizan y valoran estos Riesgos, buscando evitar, prevenir, mitigar, compartir o transferir aquellos Riesgos de mayor probabilidad de ocurrencia y que generan un impacto considerable en el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Desde la alta Dirección, se establece las declaraciones de principios, procesos, procedimientos, actividades e iniciativas explícitas, todas acordes con el ordenamiento Jurídico del Estado y en forma participativa con los servidores públicos del IDSN, entidades y organismos vinculados, públicos y privados y con la comunidad, manteniendo la comunicación e información y la coherencia de la gestión con los principios consagrados por la Constitución, la Ley y la reglamentación.

En este periodo se observó mayor su gestión en el desarrollo de los propósitos establecidos por la Ley 1474 de 2011, Ley 1437 de 2011, Decreto Ley 0019 de 2012 y con el fin de fortalecer su actividad en el contexto de la Gestión Pública del país, se adelanta la revisión y ajuste del Modelo Estándar de Control Interno – MECI; de igual manera, en cumplimiento de lineamientos establecidos en el Estatuto Anticorrupción se publican en la página Web de la entidad, los informes: Plan de Contratación 2013, Ejecución Presupuestal 2013, Estados Financieros 2013, Peticiones, Quejas y Reclamos tanto para hacer transparente la gestión como cumplimiento con los Entes de Control.

El fortalecimiento del Talento Humano del IDSN sistemáticamente se viene desarrollando a través de la ejecución del Programa Anual de Bienestar Social y también, con el programa de Salud Ocupacional, fortalecidos y actualizados mediante la encuesta Clima Organizacional.

Como quiera que el IDSN se encuentra certificado por INCONTEC, en la entidad se desarrollan procedimientos de calidad que le permiten realizar el seguimiento y el control del cumplimiento de los Sistemas Estratégicos misionales como del Plan de Salud Territorial, el POA, etc., trimestralmente, además, se cuenta con herramientas de informes y seguimiento a procesos donde se evalúa su comportamiento con criterios de Gestión de Calidad.

Su objetivo se fundamenta en el control a los procesos de direccionamiento y control estratégicos, se orientan a generar los estándares que los auto controlan, permitiendo el diseño de los lineamientos estratégicos necesarios que contribuyen a crear un "ambiente de control" favorable, teniendo en cuenta la formación de valores institucionales y éticos en los servidores públicos, la responsabilidad y la vocación del servicio que se presta y que fomenta con su accionar el mejoramiento de la calidad y la gestión del riesgo, anticipa y corrige de manera oportuna las debilidades que se presenten.

PLANES Y PROGRAMAS

La planeación institucional guarda coherencia con al Plan Nacional de Desarrollo 2011 – 2014, "Prosperidad para Todos", el Plan de Desarrollo Departamental, 2012 – 2015 "Nariño Mejor" y el Plan Territorial de Salud que se consolida en el POA, documento que incluyó todos los proyectos para el año 2013, en particular, los lineamientos del DAFP en materia de Gestión Pública – Buen Gobierno, la Transparencia y las Políticas Anti trámites. El POA de la Entidad, es ejecutado por cada uno de los responsables de los procesos, con la orientación y coordinación de los líderes de cada proceso, de su desarrollo se lleva registro, para la formulación del Ciclo de sus Proyectos se efectúa la correspondiente identificación, formulación, seguimiento y la evaluación de los mismos.

AVANCES

Durante la vigencia de 2013, uno de los mayores avances que se realizó en el IDSN durante el periodo de evaluación fue la Recertificación en todos los procesos de SGC - MECI1000:2005, ISO:9001-2008 y la NTCGP 1000:2009 por INCONTEC, con CERO NO Conformidades, para lo cual se adelantaron entre otras, las siguientes acciones: Reactivación del Comité Coordinador de Control Interno, la designación del Representante de la Dirección para SGC-MECI en el Subdirector de Calidad y Aseguramiento, ajustes a los Comités de Calidad y MECI, la reactivación del grupo operativo SGC-MECI, las Auditorías Internas de Calidad y las necesarias capacitaciones.

El IDSN en el propósito de continuar con una mejora continua, cuenta en su estructura con el recurso humano suficiente y con idoneidad profesional adecuadas para fortalecer las áreas con mayor demanda del servicio.

En cuanto a la Gestión del Riesgo de la Institución se refiere, de conformidad con los Informes de Calidad y Cuatrimestrales de Control Interno, en el proceso de construcción del Mapa de Riesgo Institucional que se adoptó para el Plan Anticorrupción 2013, se detectaron ciento veintiún (121) riesgos Institucionales (que posteriormente se consolidó en 68), establecidos con la metodología adoptada mediante resolución 2590 de 2008, que es la establecida por el Departamento Administrativo de la Función Pública en la Guía de Administración, edición de junio de 2004, con base en ella se han elaborado los Mapas de Riesgos 2010, 2011, 2012 y 2013, lo mismo que el proceso de Administración del Riesgo ya documentado en esta vigencia y que cuenta con la correspondiente Matriz de Seguimiento, bajo la responsabilidad de cada líder de proceso.

Igualmente, con fundamento en el Mapa de Riesgo Institucional 2013, se sentaron las bases para la construcción del Plan Anticorrupción para la vigencia fiscal de 2014.

En desarrollo del proceso de administración del Talento Humano han realizado procesos de inducción, capacitación y evaluación del desempeño.

DIFICULTADES

Según los Informes de Gestión de la Calidad institucionales y Cuatrimestrales de Control Interno, en el proceso de construcción del Mapa de Riesgo Institucional correspondiente al año 2013, se iniciaron veinte (20) procesos disciplinarios así: Diecisiete (17) surtieron indagación, tres (3) con auto inhibitorio, cuatro (4) pasaron a investigaciones, cuatro (4) procesos se archivaron y dos (2) procesos se remitieron por competencia a la Procuraduría, los restantes se encuentran en etapa probatoria.

La alta dirección del IDSN tiene plena convicción de la necesidad de establecer, documentar, implementar, mantener y fortalecer el Sistema de Control Interno mejorando continuamente su eficacia, eficiencia y efectividad.

Si bien se tiene documentado el Mapa de Riesgos Institucional, se hace necesario fortalecer este proceso a partir de nuevas capacitaciones, evaluaciones y visiones del personal sobre cada proceso que tiene a su cargo el mantenimiento de este procedimiento para el periodo 2014.

A pesar de que se tiene las herramientas para las auto - evaluaciones, es necesario revisar las acciones de cultura de lo público, toma de conciencia y mejorar el análisis de datos para implementar acciones de mejoramiento y generar una cultura del autocontrol susceptible de supervisión y/o de evaluación. Se requiere, igualmente, fortalecer y optimizar la medición y el análisis de los datos que se obtienen en el seguimiento de los procesos.

Por este subsistema se ejecuta el principio de **Planear**, a través de la implementación de planes proactivos, preventivos, correctivos y participativos encaminados al cumplimiento de los diferentes procesos.

Sin embargo, aunque los procesos tienen establecidos indicadores, se requiere fortalecer la revisión sistemática y periódica de los mismos con miras a responder a las necesidades reales en tiempo real de medición de la gestión institucional, y a su seguimiento para la toma de decisiones.

2.- SUBSISTEMA DE CONTROL DE GESTION

Por su parte, como está regulado el segundo subsistema Control de Gestión, "*operacionaliza el control*" al interior del Instituto Departamental de Salud en Nariño (IDSN) por medio de aquellas actividades de control destinadas a garantizar el cumplimiento de sus objetivos y, además indica cómo se debe desarrollar la captura y procesamiento de la información e, igualmente, la creación de canales efectivos de comunicación para que la toma de decisiones sea basada en hechos y en tiempo real, por este medio se desarrolla el principio de **Hacer**.

Este subsistema reúne e interrelaciona los parámetros de control de los aspectos que permiten el desarrollo de la gestión: planes, programas, procesos, actividades, procedimientos, recursos, información y medios de comunicación.

Como se encuentra establecido por la normatividad vigente, el organismo encargado de proponer los ajustes a los Mapas de Riesgo es el Equipo MECI y, quienes se encargan de realizar tales ajustes son los dueños de cada proceso. La Oficina de Control Interno cumple dentro de la metodología de Administración del Riesgo una función de asesoría y evaluación, "*en ningún momento de ejecución a no ser que sean los riesgos de su área.*"

Por su parte el MECI 1000:2005 presenta el "*Componente Administración del Riesgo*" dentro del Subsistema de Control Estratégico, y permite fortalecer la capacidad del Instituto Departamental de Salud de Nariño para tomar las acciones necesarias orientadas hacia el manejo de los "*efectos negativos de la incertidumbre en el logro de los objetivos institucionales*".

Los objetivos planteados para dicho componente en la Guía para la Administración del Riesgo del DAFP, son:

- Preservar la obtención de los resultados, bienes y servicios a la comunidad y diferentes grupos de interés internos y externos;
- Utilizar en forma efectiva y eficiente sus recursos, resguardándola contra daños o pérdidas;
- Evitar o mitigar cualquier pérdida económica ocasionada por la materialización de un riesgo;
- Garantizar la confiabilidad y oportunidad de la información;
- Evitar los daños al medio ambiente producto de sus actividades, y
- Mantener la buena imagen y las buenas relaciones de la Entidad con sus grupos de interés.

AVANCES - ADMINISTRACION DEL RIESGO

En materia de administración de riesgos, para este periodo de 2013, se resalta la revisión del tema en el ejercicio de Auditorías Internas de seguimiento que se deben realizar a los riesgos por parte de los Líderes de Proceso, conforme a lo establece en la política de Administración del Riesgo del Instituto Departamental de Salud de Nariño DSN.

Durante este período de 2013, se concluyeron las "mesas de trabajo" para la capacitación de Riesgos, proceso durante el cual se realizó la construcción del Mapa de Riesgos y la siguiente agenda:

- Se realizó un curso en Gestión de Riesgos y Eficacia de los Sistemas de Gestión de Calidad (ISO 31000) a 30 funcionarios del IDSN, con un total de 24 horas de capacitación.
- Para la revisión del Modelo Estándar de Control Interno – "MECI", se presenta de 5 x 5.
- Se consolidó la información que se socializó con los grupos de trabajo de cada dependencia.
- Los funcionarios participantes de las mesas presentaron sus propias propuestas.
- Se propuso la implementación de las acciones correctivas resultantes de la Auditoría de

seguimiento del IDSN.

- El procedimiento para la ejecución y desarrollo del mismo se llevó a cabo los días 21, 22, 23 de mayo de 2013, así se inició la validación de la propuesta de actualización del MECI.

La matriz consolidada permitirá al IDSN tomar decisiones para el manejo futuro de los reportes y para el esquema del Sistema Integral de Mando Unificado (SIMU)

La depuración de la Matriz de Riesgo redujo a 12 los procesos identificados, si se tiene en cuenta que en el anterior mapa existían 16 macroprocesos con 33 procesos; con base en la matriz ya depurada se elabora un "Manual Orientador" para que las Dependencias conozcan qué requerimientos deben ser atendidos y de qué manera, este manual también sirve de base para elaborar la herramienta de captura, seguimiento y evaluación de la información.

AVANCES - PARTICIPACION SOCIAL

En el año 2013 se continuó la mejora a la Asistencia Técnica e Inspección, Vigilancia y Control (IVC) al proceso de atención a población indígena y desplazada.

El IDSN fundamentó su trabajo bajo los presupuestos de la Consulta Previa en lo correspondiente a formulación y evaluación de Planes y Proyectos en los municipios, dirigidos a población Indígena. Igualmente, se avanzó considerablemente en la construcción de Modelos de Salud Propios (SISPI) en los siete pueblos indígenas que residen en el Departamento de Nariño. Se viene cumpliendo los *planes de salvaguarda* y se realizó seguimiento a los mismos (Autos 004 del 2009 y Auto 174 del año 2011)

En población desplazada y víctimas, se realizó asistencia técnica, inspección, vigilancia y control de manera individualizada a las mismas. Se participa en los comités de justicia transicional departamental y municipal, principalmente durante las jornadas de atención humanitaria de emergencia ante eventos masivos de desplazamiento.

AVANCES:

Teniendo en cuenta la información obtenida de la Oficina de Control Interno Disciplinario del IDSN, con corte 31 de Octubre de 2013, se aperturaron 26 procesos disciplinarios, de los cuales en 14 procesos se iniciaron Indagaciones preliminares, en 6 procesos se ordenaron investigaciones disciplinarias, en 5 procesos se dictaron autos inhibitorios y en 1 proceso se profiere auto de audiencia verbal.

Se inició la implementación el Sistema Integral de Mando Unificado (SIMU), para el análisis de Indicadores de la Institución, el cual agrupa indicadores que maneja el Instituto Departamental de Salud de Nariño, logrando compilar 141 Indicadores en total para la institución con la semaforización del SIMU, la que busca establecer el grado de cumplimiento de las actividades y tareas de las dependencias y del IDSN.

El SGC-MECI, a la fecha de evaluación, dentro de la documentación cuenta con herramientas variadas, desde la legislación y la reglamentación vigente, los manuales, instructivos, formatos y guías diseñadas por el Departamento Administrativo de la Función Pública y la "caja de herramientas" diseñada dentro del esquema de Gestión de la Calidad del IDSN.

Se readecuan las competencias de los Auditores Internos de Calidad para incrementar sus iniciativas como auditores en cuanto a la identificación y descripción de las *No Conformidades*, determinar con claridad los hallazgos para mejor comprensión por parte del auditado, dotación de herramientas de análisis de causas, formulación y seguimiento de planes de acción.

Con respecto al Sistema Integrado de Atención al Usuario, Quejas y Reclamos, el IDSN en 2013, adquirió un Software para la recepción de quejas con el propósito de mejorar constantemente la prestación del servicio que se implementó con el propósito de agilizar y facilitar la comprensión, reporte oportuno de indicadores, para esto el personal involucrado en su manejo está capacitado para para lograr establecer con criterios claros y definidos los lineamientos que deben seguir todos los trabajadores del IDSN que interactúan con los usuarios, familiares y acompañantes, para lo cual fija directrices comunes a través de procesos, procedimientos e indicadores con los que se busca prestar el servicio a los usuarios con seguridad, equidad, eficiencia, eficacia, calidad y calidez.

En la oficina de Quejas y Reclamos se presta la debida orientación al usuario. Se aprecia una disminución progresiva en la presentación de quejas con respecto al año 2012.

El IDSN cuenta con un software de "*control a la oportunidad de las respuestas*" brindadas a los ciudadanos por el ejercicio Derechos de Petición formulados a través de los diferentes medios autorizados por la Ley y establecidos en el IDSN, tales como la página Web, Intranet, Correo Electrónico, escritos, buzón, audiencias públicas, denuncias verbales, etc., también se cuenta con varios software instalados en diferentes dependencias que se alimentan de manera permanente para cumplir con el reporte de información requeridos a nivel externo como por los entes de Control, Gobernación de Nariño, DAFP, comunidad y, a nivel interno, para el desarrollo, monitoreo y complemento de las actividades programadas en el Plan Operativo Anual, en el Plan Territorial de Salud, etc.

La socialización de la información y los resultados de la gestión se realiza de manera continua a través de informes de gestión, audiencias públicas, comunicados de prensa, radio, TV, Internet, etc., y de la promoción y prevención de la salud y asistencia técnica, inspección vigilancia y control en campo.

DIFICULTADES:

Es una necesidad inminente y de primer orden fortalecer por cada uno de los dueños de los procesos la entrega de indicadores en los tiempos establecidos. Si bien se tiene diseñado los procedimientos para la recepción y transmisión de la información, es necesario fortalecer dispositivos que permitan realizar el seguimiento de los mismos.

Fortalecer los elementos indicadores y hacer mayor divulgación del *Manual de Operación*.

La comunidad para su participación efectiva y eficiente debe estar "*formada e informada*" de los procesos

3.- SUBSISTEMA DE CONTROL DE EVALUACION

Este tercer Subsistema, establecido como el de **Control de Evaluación**, está orientado a lograr que los funcionarios evalúen los controles y la gestión de la entidad, le reconoce la importancia que la Constitución Nacional y la Ley le otorgan a las Oficinas de Control Interno y a los Órganos de Control como evaluadores independientes del sistema, desarrollando el paradigma del SGC- MECI de **Verificar**.

Para finalizar, se llevan a cabo planes de mejoramiento - institucionales por procesos e individuales, culminando el proceso con la ejecución del principio **Actuar**, en desarrollo del ciclo de mejoramiento continuo. Este proceso agrupa los parámetros que garantizan la valoración permanente y oportuna de los resultados desarrollados por el Instituto Departamental de Salud a través de sus diferentes mecanismos de verificación y evaluación como el desarrollado a través del SGC-MECI 2013 y que a continuación se transcribe:

AVANCES:

El MECI y el SGC en este Subsistema de Control de Evaluación, se encuentran alineados con la estructura de procesos y funciones.

Se tiene estandarizado un proceso de Auditorías Internas del SGC y se tiene implementado un Sistema de Control y Evaluación de todos los procesos a través de indicadores.

Se encuentra capacitado un grupo de funcionarios como Auditores Internos Certificados, para la realización de Auditorías Internas de Calidad.

El desarrollo del programa de Auditoria Interna de Calidad sin duda alguna es una muy importante herramienta que permite y coadyuva en evidenciar el estado de Gestión de Calidad. En total, durante el año 2013 se programaron treinta y cuatro (34) auditorias abarcando todos los procesos del IDSN, de las que se obtiene como resultado la construcción de Planes de Acción frente a los hallazgos, los cuales se encuentran en proceso de ejecución en busca del mejoramiento continuo.

De las auditorias citadas en el inciso anterior, reposan en la Oficina de Control Interno los soportes correspondientes a cada una de ellas, consistentes en 34 Auditorias llevadas a cabo en el IDSN, se presentó la documentación correspondiente al Plan de Auditorías, Informe de Auditorias, Lista de Verificación, Planes de Acción, arrojando el siguiente resultado: 166 Planes de Acción implementados, 160 Planes de Acción Cerrados, 6 Planes de Acción sin cerrar de la Auditoria No. 34 que corresponde a Auditoria de Auditorias, 200 hallazgos así: 145 No Conformidades y 55 Observaciones de los Ciclos de Auditoria 1, 2 y 3 del año 2013, que corresponden a las Auditorias Misionales, de Apoyo y Estratégicos.

La Oficina de Control Interno realizó el seguimiento y la presentación oportuna de los ciento sesenta y seis (166) Planes de Acción, la revisión del análisis de las causas de cada Auditoria, el planteamiento de las metas y que las acciones formuladas en los planes de acción sean acordes a la causa raíz de cada uno de los hallazgos evidenciados, que los planes de acción se encuentren cerrados, revisión de los no eficaces en donde se dé cumplimiento a la implementación de un nuevo plan de acción.

Los hallazgos a la fecha están relacionados en la norma NTCGP 1000:2009 del Capítulo 8, de la cual hace referencia a la medición análisis, oportunidades de mejora, seguido por los hallazgos del Capítulo 4 referentes a los Requisitos Generales y Gestión Documental.

La Auto evaluación que se realiza en los diferentes Comités Técnicos, Coordinador de Control Interno, Comité de Calidad, Inspección Vigilancia y Control, Servicio Social Obligatorio y de Conciliaciones, está orientada como un quehacer permanente del Equipo Directivo tanto en el Control como en la Gestión y con proyección de cada día al mejoramiento continuo y la mejor prestación de los servicios a los Usuarios del Sistema.

Del resultado de las Auditorías Internas se formularon los Planes de Mejoramiento o de Acción de las Inconformidades encontradas en cada uno de los procesos.

DIFICULTADES:

Se hace necesario fortalecer por parte de los Auditores Internos la identificación de los hallazgos, determinar que estén acordes con los referenciales que establece la norma y, por parte de los Auditados realizar y determinar claramente las causas que originan los hallazgos para formular los Planes de Acción.

Mejorar la oportunidad en el cumplimiento de la realización de las Auditorías Internas acorde con el Plan de Auditorias y entrega de documentos.

Fortalecer el componente Planes de Mejoramiento por procesos.

AUDITORIAS INTERNAS

En desarrollo de la Auditoria Integrada de Gestión y Calidad, la Oficina de Control Interno de Gestión realizó la revisión doctrinaria y normativa teniendo en cuenta la Ley 87 de 1993 y sus Decretos Reglamentarios, el Decreto 1599 de 2005, la ley 872 de 2003, el Decreto 4485 de 2009, la norma ISO 9001 de 2009, así como los conocimientos adquiridos en las diferentes capacitaciones que han sido organizadas por el IDSN.

- En el IDSN se realizaron 9 Auditorías Independientes de Control Interno de Gestión y 34 Auditorías Internas del Sistema de Calidad.
- Durante el transcurso de los meses de Junio y Julio se llevó a cabo las Auditorías Independientes de Control Interno, igualmente para el mes de Septiembre se ejecutaron las Auditorías Independientes faltantes de Control Interno de gestión.

PLANES DE MEJORAMIENTO

La Oficina de Control Interno de Gestión ha venido realizando el seguimiento a los Planes de Mejoramiento generados por Auditorías Internas de Calidad y por los seguimientos realizados a los diferentes procesos, en los que se dieron a conocer para el año de 2013, Ciento noventa y cuatro (194) hallazgos *institucionales* de los cuales 145 son *no conformes* y 49 son *observaciones*, evidenciando una diferencia con respecto al año anterior, si se tiene en cuenta que en el año 2012 se presentaron 154 hallazgos de las cuales 117 fueron *no conformes* y 37 *observaciones*, se aprecia que para este año un incremento el cual obedece a que los auditores se encuentran más capacitados y competentes debido a las capacitaciones que el Instituto ha establecido.

EVALUACION INDEPENDIENTE

La Oficina de Control Interno en cumplimiento de los roles de evaluación y seguimiento, acompañamiento y asesoría, administración del riesgo, fomento de la Cultura del Control, y relación con los entes externos, ha ejecutado el Plan de Acción propuesto para la vigencia, mediante la realización de las siguientes actividades:

- Se determinaron los parámetros para la presentación del informe Semestral de *Austeridad en el Gasto* teniendo en cuenta el Decreto 0984 de 2012 y se presentó el Informe en mención a la Dirección del IDSN
- Se brindó asesoría y acompañamiento al Proceso de Plan Anticorrupción, para la formulación de los planes de mejoramiento, producto de los riesgos detectados en las Auditorías Internas de Calidad e Independientes de Control Interno de Gestión.

DIFICULTADES

En el Referente de Atención a Poblaciones Indígenas se han dejado diversas recomendaciones en los Planes de Acción con respecto a la inclusión de la línea de Asuntos Étnicos en los POA municipales.

Respecto al proceso de *participación* de la Población Indígena en los encuentros convocados para la construcción y seguimiento en los avances de los Modelos de Salud Propios de los Pueblos Indígenas SISPI, se encuentra la dificultad de no contar con los recursos logísticos para el desplazamiento de los líderes, representantes y agentes de salud nativos; igualmente el hospedaje y alimentación tiene limitaciones cuando no se brindan alimentos propios de la región.



INFORME ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO - MECI Y SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD -SGC VIGENCIA 2013

CÓDIGO: F-PGED05-10

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página 9 de 11

En la línea de atención a Población de Víctimas y Desplazados, las principales dificultades tienen su origen en la *incapacidad institucional del sistema de salud* para garantizar el goce efectivo de Derechos de las Víctimas y dar cumplimiento a las normas y ordenes de la Corte Constitucional (Sentencia T-025 del 2004), insatisfacción ciudadana que se refleja en continuas quejas sobre barreras de acceso a servicios, de citas médicas, demora en la entrega de medicamentos, falta de especialistas, precariedad en los servicios de salud mental y concentración de médicos psiquiatras en la ciudad de Pasto, capital del Departamento de Nariño. Igualmente, se evidencia la necesidad de una *red de servicios de salud primer nivel* de atención en la actualidad insuficiente, principalmente en regiones alejadas de la geografía del Departamento, todo esto en el marco de la crisis del actual modelo de atención en salud que el país tiene que superar.

ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO y SISYEMA DE GESTION A LA CALIDAD.

Dentro de las limitaciones presupuestales del Instituto Departamental de Salud de Nariño, la Alta Dirección provee los recursos requeridos para fortalecer MECI y SGC, generar seguridad razonable para mitigar los riesgos, se continúa ejecutando el Programa Institucional de Capacitaciones (PIC) del IDSN y se ha proporcionado a los servidores públicos la oportunidad de actualizarse y capacitarse.

Se observa fortalezas en el Sistema de Control Interno, esencialmente en el estilo y compromiso de la Alta Dirección, en la realización periódica de los Comités tanto Directivos, como de Control Interno. Cabe resaltar que a pesar de enfrentar un periodo de transición en donde hubo cambios de personal el Sistema se ha mantenido y se continúa trabajando en la mejora continúa. Sin embargo, resulta necesario no descuidar algunos elementos que presentan debilidades, lo que amerita acciones tanto preventivas como correctivas para garantizar un mejor nivel de desarrollo del Sistema.

En general, el Sistema de Control Interno se encuentra implementado en un buen grado y armoniza y complementa el Sistema de Gestión de Calidad, brindando al IDSN soporte para una adecuada integración, manejo y control de los elementos del MECI, para la efectividad en su gestión, cumplimiento de metas y logro de objetivos institucionales.

RECOMENDACIONES

- Continuar con el proceso de inclusión, sensibilización y capacitación del talento humano a fin de hacer sostenible y eficientes en el tiempo estos dos sistemas (SGC-MECI)
- Fortalecer los procesos de Auditorías Independientes e Internas de seguimiento y control de riesgos y cumplimiento de indicadores
- Posibilitar la operatividad a los grupos primarios para que sirvan de guía, apoyo y soporte al Talento Humano del IDSN en el mantenimiento del SGC-MECI, aprovechar los grupos operativos del SGC-MECI para lograr el fortalecimiento y mejora del Sistema de Gestión de la Calidad, Riesgos, Indicadores, Modelo Estándar de Control Interno, Inducción, Reinducción, Participación Comunitaria, etc.
- Fortalecer los procesos de conocimiento y apropiación de la Carta de Valores, el Código de Ética y el Código de Buen Gobierno a fin de alcanzar el compromiso y pertinencia plenas con el Instituto de los servidores Públicos vinculados al IDSN.
- Programar oportunamente las Auditorías Internas de Calidad para 2014, con el propósito de que sean socializadas, entendidas mejoradas con los Jefes de cada dependencia y establecer fechas de ejecución, para que estas no se alteren con las demás actividades institucionales.
- Realizar seguimientos periódicos a la Gestión del Riesgo e Indicadores de Gestión de la Calidad, es conveniente que el Líder de cada proceso reporte los primeros días de cada mes, según corresponda, el resultado de sus indicadores y su gestión.
- Implementar un software aplicativo para el registro de información y consulta SIMU, habida consideración de que en la actualidad es elaborado de forma manual.
- Programar jornadas de capacitación y actualización en SGC-MECI para todos los Servidores Públicos vinculados al IDSN, continuar con las reuniones de socialización y capacitación periódicas para personal nuevo y antiguo.
- Darle operatividad a los grupos primarios para que sirvan de guía y soporte al personal del IDSN en el mantenimiento del SGC-MECI, aprovechar al grupo operativo SGC-MECI para fortalecimiento y mejora del Sistema de Gestión de la Calidad, Riesgos, Indicadores, Modelo Estándar de Control Interno, Inducción, Reinducción, Participación.
- Realizar seguimientos periódicos a la Gestión del Riesgo e Indicadores de Gestión de la Calidad.
- Realizar acciones de mejora en los hallazgos de las Auditorías Internas de Calidad que eviten o erradiquen las causas del problema.
- Generar cumplimiento de compromisos con SGC – MECI, basados en observancia de las normas que obligan a las entidades públicas en Colombia a crear y mantener el sistema de Gestión de Calidad y MECI, entre otras como la Ley 872 del 30 de diciembre de 2003, por la cual se crea el SGC en la Rama Ejecutiva del Poder Público y diferente normatividad interna que adoptó los sistemas de Gestión, de la Calidad y MECI y establecieron responsabilidades sobre el tema a los servidores públicos del IDSN en todos sus niveles.
- Entrega oportuna por parte de los auditados de los planes de acción para realizar el seguimiento y hacer su correspondiente cierre.



**INFORME ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO - MECI
Y SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD -SGC VIGENCIA 2013**

CÓDIGO: F-PGED05-10

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página 11 de 11

- Programar Auditorías Internas de Calidad más frecuentes para aquellos procesos que hayan tenido no conformes, que impacten de manera significativa el desempeño del proceso.
- Se brindó asesoría y acompañamiento al Proceso de Plan Anticorrupción, para la formulación de los planes de mejoramiento, producto de los riesgos detectados en las auditorías internas de calidad y de Control Interno de gestión.
- Se determinaron los parámetros para la presentación del informe Semestral de austeridad en el gasto teniendo en cuenta el Decreto 0984 de 2012 y se presentó el Informe en mención a la Directora del IDSN.

El Plan de Mejoramiento Institucional es el instrumento técnico - jurídico que coadyuva al mejoramiento continuo y el cumplimiento de los objetivos Institucionales legales y sociales, con el propósito de cumplir con la misión, visión y objetivos del Instituto Departamental de Salud de Nariño, para satisfacer las demandas y derechos de la población residente en el Departamento de Nariño, desde la perspectiva de las responsabilidades constitucionales, legales vigentes y reglamentarias vigentes.

Elaboró	Firma	Fecha		
		Día	Mes	Año
Dr. HAROLD A. VALLEJO CALDERON Jefe de la Oficina de Control Interno de Gestión	ORIGINAL FIRMADO	24	02	2014

Revisó	Firma	Fecha		
		Día	Mes	Año
Ing. NILSA VILLOTA Jefe de la Oficina Asesora de Planeación IDSN	ORIGINAL FIRMADO	25	02	2014

Aprobó	Firma	Fecha		
		Día	Mes	Año
DRA. ELIZABETH TRUJILLO MONTALVO Directora Instituto Departamental de Salud de Nariño	ORIGINAL FIRMADO	25	02	2014

Proyectaron: CLEMENTE MARTINEZ MUÑOZ, Profesional de Apoyo OCIG - IDSN
GREIS MARCELA GETIAL, Técnico Apoyo OCIG - IDSN