



## INFORME

CÓDIGO: F-PGED05-10

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página 1 de 53

2° INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO Y DEL SGC DEL IDSN: JULIO-AGOSTO-SEPTIEMBRE-OCTUBRE DE 2016	Fecha			Informe N°
	Día	Mes	Año	
		10	11	2016
Para: DIRECCIÓN Y PUBLICACION EN LA PÁGINA WEB - LINK OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO (IDSN)				
Descripción del Informe				
<p style="text-align: center;"><b>Informe Pormenorizado del Estado del CONTROL INTERNO Cuatrimestre Julio-Agosto-Septiembre-Octubre de 2016</b></p> <p style="text-align: center;"><i>“.....El jefe de la Unidad de la Oficina de Control Interno deberá publicar cada cuatro (4) meses en la página web de la entidad, un informe pormenorizado del estado del control interno de dicha entidad, so pena de incurrir en falta disciplinaria grave.” (Artículo 9° de la Ley 1474 de 2011)</i></p> <p style="text-align: right;">Oficina de Control Interno del IDSN</p>				

**INFORME**

CÓDIGO: F-PGED05-10

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

**DESARROLLO DE ACTIVIDADES:****Presentación**

El presente informe se desarrolló, con la previa información y aceptación del Comité Coordinador de Control Interno (CCCI) del IDSN (3 Reuniones efectuadas), siguiendo la estructura del nuevo MECI (Módulos, Componentes y Elementos), igualmente los Seis (6) Componentes del Plan Anticorrupción: i) Mapa de Riesgos (Consolidado), su clasificación y seguimiento a los planes de acción; ii) Racionalización de Trámites y las acciones tomadas para el mejoramiento y simplificación del acceso de la comunidad a los servicios del IDSN; iii) Rendición de Cuentas, tanto la ya realizada y que se encuentra incluida en el página web institucional, como la proyectada para el mes de diciembre; iv) Servicio al Ciudadano la información obtenida a través de las Auditorías tanto de la Oficina de Control Interno como las de Calidad; v) Transparencia y Acceso a la Información, especialmente el seguimiento al Plan de Comunicaciones estructurado por la Oficina de Calidad del IDSN y vi) Código de Ética, Carta de Valores y Buen Gobierno, anotando el proceso de ajuste, actualización y de la socialización reclamada por los Servidores Públicos del IDSN. Se destaca que el Plan Anticorrupción fue ajustado en su integridad por la Oficina de Planeación del IDSN con la participación de los equipos primarios de trabajo, en el mes de junio pasado; siguiendo para el efecto los lineamientos contenidos en los documentos "Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano - Versión 2" y en la "Guía para la Gestión del Riesgo de Corrupción"; el Informe de Gestión del Riesgo con el Mapa de Riesgos Consolidado (Gestión y Corrupción) de la vigencia de 2016. [www.idsn.gov.co](http://www.idsn.gov.co), Link Mapa de Riesgos de Corrupción IDSN; el Informe de Austeridad en el Gasto, comportamiento de Quejas y Reclamos por inconformidad en la prestación del servicio a octubre de 2016; oportunidad de respuesta a los Derechos de Petición; el informe detallados del resultado de las Auditorías realizadas tanto de las correspondientes al Sistema de Control Interno (4), como de las correspondientes al Sistema de Gestión de la Calidad (16) y el seguimiento a los Planes de Acción resultantes; el seguimiento a los Planes de Acción suscritos con entes externos (Contraloría General de la República, Contraloría Departamental de Nariño, Icontec, Supersalud); Evaluación del Sisma de Control Interno Contable del IDSN; Informes de Arqueos de Cajas Menores y de seguimiento a la Matriz de Comunicaciones del IDSN, entre otros documentos y gestiones realizadas por la Oficina Asesora de Control Interno, especialmente, con la permanente y sistemática asistencia y participación activa de los diferentes Comités en los cuales se tiene asiento y desde donde se contribuye al cumplimiento de la Misión institucional del IDSN.

Finalmente, se debe destacar como un logro de la nueva administración del IDSN el concepto positivo expresado por los Auditores de Icontec durante la reciente Auditoría de Renovación en la norma ISO 9000:2009 y NTC GP 1000 (octubre entre 23 a 26) que, entre otros fundamentos legales y fácticos, sean garantía para que Instituto ejecute sus funciones misionales, estratégica y de apoyo a la gestión, con los mejores estándares de eficiencia, eficacia, efectividad, calidad, transparencia y probidad.

**HAROLD VALLEJO CALDERON**

Jefe Oficina Asesora de Control Interno de Gestión – IDSN

## ESTRUCTURA ORGANICA DEL IDSN



## MAPA DE PROCESOS





## **MODULO DE CONTROL DE PLANEACION Y GESTION**

Este módulo se estructura en tres componentes: Talento Humano, Direccionamiento Estratégico y Administración del Riesgo, orientados a generar los estándares que permiten el desarrollo y afianzamiento de una cultura del control al interior del IDSN.

**1.1 Componente del Talento Humano.-** Contiene Dos (2) Elementos: i) Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos y ii) Desarrollo del Talento Humano.

### **1.1.1. Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos.**

#### **Avances:**

Se encuentra en proceso de ajuste y actualización (Primera Encuesta de Autoevaluación)

#### **Dificultades:**

En general, se calificó como DEFICIENTE la gestión en las dependencias del IDSN donde manifestaron la necesidad de realizar *"Talleres de estudio y discusión para aplicar y actualizar el Código de Ética y los Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos."*

### **1.1.2. Desarrollo del Talento Humano.**

El IDSN, cuenta formalmente con espacios para la participación de los Servidores Públicos (empleados y contratistas) en la construcción y ejecución de estas herramientas y espacios de gestión del Talento Humano las que no son aprovechadas en toda su dimensión, entre otras:

- El Plan de cargos
- Manual Específico de Funciones y Competencias Laborales actualizado.
- Evaluación de los Acuerdos de Gestión
- Evaluaciones de Desempeño
- Plan anual de vacaciones consolidado
- Política de seguridad y salud en el trabajo.
- Nuevo Plan Anticorrupción con sus Seis (6) componentes estratégicos.
- El Código de Ética y Carta de Valores (actualización y socialización)
- El Código de Ética y Valores se encuentra publicado en intranet.

#### **Dificultades.**

##### ➤ **Reglamento Interno de Trabajo:**

- Formatos de evaluación de habilidades y competencias de los niveles directivo, profesional, técnico y asistencial.

- **Seguridad y salud en el trabajo:**
  - Charlas motivacionales de inducción y reinducción.
  - Estudio y seguimiento del panorama de riesgos laborales.
  - Capacitaciones por la Unidad de Riesgo Laboral URL
- **Plan de Información y Capacitación – PIC.**
  - Plan de Inducción y Capacitación. Se requiere su actualización y socialización.
- **Bienestar.**
  - Clima laboral: Pendientes Talleres relaciones interpersonales y comunicación.
  - Estrategia Servicio al Cliente, en ejecución.
  - Vacaciones recreativas.
  - Ingreso (fortalecer la inducción al trabajo)
  - Inscripción (procesos de capacitación, evaluación del desempeño y estímulos)
  - Retiro (necesidades del servicio o por pensión de los servidores públicos).

## 1.2 Componente de Direccionamiento Estratégico

### Estructura Estratégica

- Equipo Directivo.
- Fortalecimiento SGSSS - SCI y SGC (MECI – Renovación de Certificación Icontec – PDSN)
- Líneas estratégicas.
- Trabajo por proyectos.
- Estrategia de comunicaciones.
- Relaciones intersectoriales e interinstitucionales
- Plan Nacional de Desarrollo 2014 – 2018, “Todos por un Nuevo País”
- Plan de Desarrollo Departamental 2016 - 2019, “Nariño Corazón del Mundo”
- Plan de Desarrollo Territorial de Salud de Nariño 2016 - 2019.

### Modelo de Operación por Procesos.

Se identificaron las necesidades y los requerimientos de satisfacción del usuario, estableciendo tres (3) procesos estratégicos, seis (6) misionales y tres (3) de apoyo.

### Políticas de Operación.

Habida consideración de que el IDSN, se encuentra certificado por Icontec en la ISO: 9000 y en la NTC GP1000:2009, se trabaja permanentemente en la actualización de los procedimientos de Calidad en las diferentes dependencias del Instituto, los cuales se encuentran disponibles en la Web institucional.

### 1.3 Componente Administración del Riesgo.

#### Avances

#### Plan anticorrupción

En cumplimiento de los Arts. 73 y 76 de la Ley 1474 de 2011, y el Decreto Presidencial 124 de 2016, el IDSN, liderado por la Oficina de Planeación, elaboró y publicó (marzo 31/16), el "Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano" con sus Seis (6) Componentes: i) Mapa de Riesgos (Consolidado), ii) Racionalización de Trámites iii) Rendición de Cuentas iv) Servicio al Ciudadano v) Transparencia y Acceso a la Información y vi) Código de Ética, Carta de Valores y Buen Gobierno, documentos que fueran ajustados en el mes de junio, siguiendo para el efecto los lineamientos contenidos en los documentos "Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano - Versión 2" y en la "Guía para la Gestión del Riesgo de Corrupción", presentándose Informe de Gestión del Riesgo oportunamente y, consecuentemente, el Mapa de Riesgos Consolidado (Gestión y Corrupción) de la vigencia de 2016. [www.idsn.gov.co](http://www.idsn.gov.co), Link Mapa de Riesgos de Corrupción IDSN.

El Mapa de Riesgos de Corrupción del IDSN, presenta Diez (10) riesgos clasificados por procesos de la siguiente manera:

PROCESO	CANTIDAD
Gestión del Riesgo y Control Interno	1
Gestión Jurídica	1
Gestión de Recursos	1
Inspección, Vigilancia y Control	2
Gestión Red de Servicios	1
Gestión de Laboratorio	3
Articulación Intersectorial	1
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>

#### Publicación del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano y Mapa de riesgos de corrupción.

#### ***Primer Componente: RIESGOS***

Como se dijo, durante el segundo trimestre de 2016, en ejercicio colectivo de los servidores públicos (funcionarios y contratistas), desarrollaron el Plan Anticorrupción por instrucciones del gobierno nacional y, entre sus componentes la Matriz de Riesgos Consolidada que contiene un total de 37 riesgos consolidados, de los cuales 10 se clasificaron como Riesgos asociados a Corrupción y 27 Riesgos asociados a Gestión.

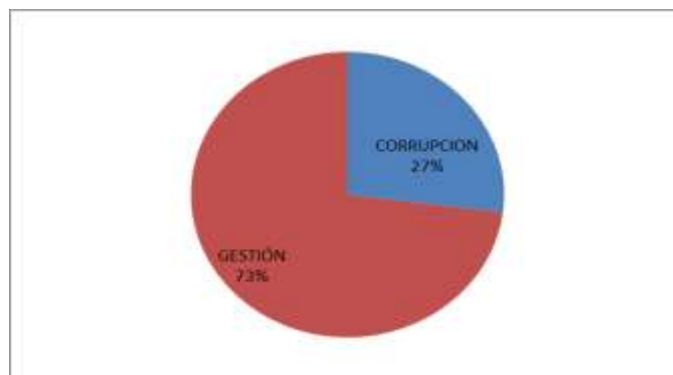
### Clasificación de los Riesgos 2016

En el IDSN se estructuró una Matriz de Riesgos consolidada que contiene 37 riesgos en total: 10 se clasificaron como Riesgos asociados a Corrupción (27%) y 27 asociados a Gestión (73%).

La matriz se encuentra estructurada a la fecha de la siguiente manera:

Clasificación	N° de Riesgos	%
Corrupción	10	27
Gestión	27	73
<b>Total Riesgos</b>	<b>37</b>	<b>100</b>

Grafica



De acuerdo al informe de seguimiento presentado por cada una de las dependencias responsables y según los procesos a los que se asocian, se obtiene como resultado la clasificación de los riesgos, que según su nivel de criticidad o severidad se clasifican de la siguiente manera:

CALIFICACION	RIESGO CORRUPCIÓN	RIESGOS DE GESTIÓN	CANT.
Extremos	1	1	02
Alto	2	8	10
Moderado	2	7	09
Bajo	5	11	16
<b>TOTAL DE RIESGOS</b>			<b>37</b>



**SEGUIMIENTO PLANES DE ACCIÓN RIESGOS EXTREMOS Y ALTOS**  
**2016**

Riesgo N°	RIEGOS EXTREMOS	SEGUIMIENTO
Riesgo 3 (Corrupción)	Parcial cumplimiento al MECI y otras normas que reglamentan la competencia del proceso SCI (Gestión Estratégica trasladado de Gestión del Riesgo y Control Interno)	Hasta el 31 de diciembre 2016
Riesgo 26 (Gestión)	Fallos, alteraciones o pérdidas de información de las diferentes plataformas tecnológicas (Planificación y Desarrollo del STS)	Hasta el 31 de agosto 2016

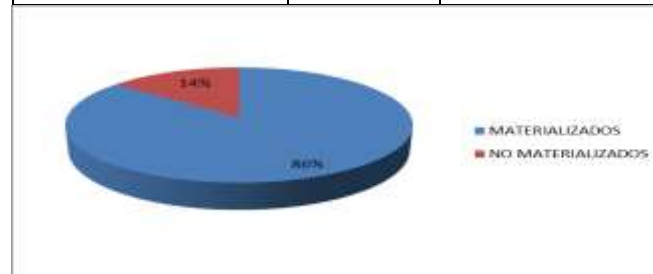
Riesgo N°	RIESGO ALTOS	SEGUIMIENTO
Riesgo 5 (Gestión)	Al realizar las Auditorías del SGC y del SCI, algunas son insuficientes, ineficientes e ineficaces en sus resultados. (Gestión del Riesgo y Control Interno)	Hasta el 31 de diciembre de 2016
Riesgo 9 (Gestión)	El incumplimiento al Plan Interno de Capacitación (PIC), durante su ejecución (Gestión de Talento Humano)	Hasta el 31 de diciembre de 2016
Riesgo 10 (Gestión)	Incumplimiento de los requisitos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (Gestión de Talento Humano)	Hasta el 31 de diciembre de 2016
Riesgo 16 (Gestión)	Deficiente identificación de necesidades de asistencia técnica. (Asistencia Técnica)	Hasta el 31 de diciembre de 2016
Riesgo 17 (Gestión)	Débil articulación de los actores internos responsables de la ejecución del proceso de asistencia técnica (Asistencia Técnica)	Hasta el 31 de diciembre de 2016
Riesgo 18 (Gestión)	Uso de metodología no efectiva en la asistencia técnica (Asistencia Técnica)	Hasta el 31 de diciembre de 2016
Riesgo 24 (Corrupción)	Trafico de influencias para priorizar y acelerar el trámite de los procedimientos de Red de Servicios: (Habilitación, Referencia y Contrareferencia, Licenciamiento, Aval de Ambulancias, Permisos de Misión Médica y regulación de pacientes de urgencias y entrega de donaciones, botiquines y sueros, auditoría de cuentas de EPS e IPS y autorizaciones de servicios)	Hasta 20 de septiembre de 2016

Riesgo 25 (Gestión)	Error en la elaboración de autorizaciones y/o avales, planes hospitalarios, planes de contingencia y de respuesta del sector salud, relacionados con el proceso.	Hasta el 1 de enero de 2017
Riesgo 27 (Gestión)	Inadecuada ejecución de la inversión en infraestructura y dotación hospitalaria (proyectos) (Planificación y Desarrollo del STS)	Hasta el 15 de diciembre de 2016.
Riesgo 30 (Corrupción)	Hurto de equipos e insumos del LSP, que impide el desarrollo de los procedimientos del LSP	Hasta abril de 2016

**Riesgos materializados y no materializados:**

Cuando un riesgo se materializa es necesario tomar acciones correctivas para *evitar, eliminar (Corrupción) o mitigar la probabilidad de que vuelva a ocurrir*. Un riesgo se materializa cuando sus controles no se han enfocado en prevenir el la ocurrencia del evento o la situación que lo genera.

DETALLE	GESTIÓN	CORRUPCION
Riesgos materializados	4	1
Riesgos no materializados	23	9



De los 37 riesgos Consolidados (Gestión y Corrupción), Cinco (5) riesgos se materializaron que corresponden al 14% y 32 riesgos, que no se materializaron, corresponden al 86 % del total.

**Seguimientos riesgos materializados**

Riesgo N°	RIESGOS DE CORRUPCION	SEGUIMIENTO
30	Hurto de equipos e insumos del LSP, que impide el desarrollo de los procedimientos del LSP	Hasta abril de 2016

Riesgo N°	RIESGOS DE GESTIÓN	SEGUIMIENTO
Hasta diciembre de 2016.	Hasta diciembre de 2016.	Hasta diciembre de 2016.
Hasta diciembre de 2016	Hasta diciembre de 2016	Hasta diciembre de 2016
Hasta el 31 de agosto de 2016	Hasta el 31 de agosto de 2016	Hasta el 31 de agosto de 2016
Hasta agosto de 2016	Hasta agosto de 2016	Hasta agosto de 2016

### Comparativo Riesgos Materializados de las 3 últimas vigencias

AÑO	RIESGOS MATERIALIZADOS / NO MATERIALIZADOS	TOTAL RIESGOS	CORRUPCIÓN	CALIDAD Y CONTROL INTERNO
2014	Riesgos materializados	7	1	6
	Riesgos no materializados	54	0	0
2015	Riesgos materializados	5	2	3
	Riesgos no materializados	57	0	0

AÑO	RIESGOS MATERIALIZADOS / NO MATERIALIZADOS	TOTAL RIESGOS	CORRUPCIÓN	GESTION
2016	Riesgos materializados	5	1	4
	Riesgos no materializados	32	-	-

Cabe recordar que el monitoreo de los riesgos está a cargo de los responsables del proceso (autocontrol), mientras que la Oficina de Control Interno, dentro de su función asesora, conoce, prepara, comunica y presenta el informe de seguimiento y evaluación de sus resultados.

- Los Riesgos *nunca dejan de presentar una amenaza*, por ello la recomendación principal es que se realice un monitoreo y seguimiento permanentes.
- Se observan **cinco (5) riesgos materializados**, los cuales presentan su correspondiente Plan de Acción, para que la oficina de Control Interno de Gestión efectúe el seguimiento.
- En cuanto a la política de tratamiento del *Riesgo Extremos y Riesgos Altos*, cada uno de ellos presenta su correspondiente Plan de Acción radicado en la OCIG, y su propuesta es adecuada, ya que elimina la causa que lo genera y sus acciones se cumplieron de manera eficaz. Podemos decir que este riesgo está controlado.

### **SEGUNDO COMPONENTE: RACIONALIZACIÓN DE TRÁMITES**

- ✓ Se tiene inscritos 9 trámites, en la plataforma SUIT 3.0
- ✓ Se tiene 12 trámites en evaluación Institucional.
- ✓ Realización de seguimiento de los trámites para que se encuentren en estado de inscrito.
- ✓ Falta capacitación al funcionario encargado de administrar el portal SUIT 3.0

### **TERCER COMPONENTE: RENDICIÓN DE CUENTAS**

El IDSN elabora anualmente Dos (2) estrategias de Rendición de Cuentas integral. Hasta la fecha el IDSN ha presentado Un (1) informe de Rendición de Cuentas el cual se encuentra publicado en la Página Web institucional. Se ha programado realizar la Segunda Rendición de Cuentas durante el mes de diciembre del presente año y está por definirse el municipio y lugar.

### **CUARTO COMPONENTE: MECANISMOS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL CIUDADANO**

#### **➤ *Recepción de Quejas , Reclamos y Felicitaciones:***

- ✓ El IDSN cuenta con una oficina de atención de PQR la que viene operando activamente.
- ✓ Se cuenta con un Equipo de trabajo para atender PQR
- ✓ Se recepciona las PQR escritas, verbales y por medios de comunicación social, personales, grupales y/o de entidades públicas y/o privadas.
- ✓ Buzón de Sugerencias, Quejas y Reclamos instalados en la Institución.
- ✓ Telefónicamente mediante la Línea gratuita de Quejas y Reclamos 018000933344.
- ✓ Sistema de correo postal, electrónico y/o mensajería.
- ✓ De forma virtual por la Página Web [www.idsn.gov.co](http://www.idsn.gov.co) en el enlace Quejas y Reclamos.
- ✓ Comunicaciones: Calle 15 No. 28-41 Plazuela de Bombona, Conmutador 7235428-7236928-7233359-7232260.
- ✓ Las Quejas recibidas en las otras sedes del Instituto se registran en el software de Centro de Atención de Quejas y Reclamos IDSN, página web [www.idsn.gov.co](http://www.idsn.gov.co) , Link Quejas y Reclamos.
- ✓ (OAU del IDSN) aplicativo: "SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA ATENCIÓN A LA POBLACIÓN POBRE Y VULNERABLE – SIAPPV" que, entre otras herramientas contiene: "*Solicitudes Recibidas por Día – Solicitudes Negadas por Día – Solicitudes por Diagnóstico – Solicitudes DX : Costos – Tipos de Servicios – Tipo de Servicios : Costos – Tipo de Servicios Tutela – DX de Solicitudes - Tutelas – Informe Procesos x Costo Autorizadas – Consulta de Procedimientos – Consolidado Total – Contratos y Autorizaciones x Contratos – Ver Ordenes Descargadas – Des cargadas x Usuario – Oportunidad – Órdenes (por fecha) – Oportunidad- Negaciones – Seguimiento Autorización – Seguimiento Campos – Totales – Totales 3847 – Totales x Auditor.*"

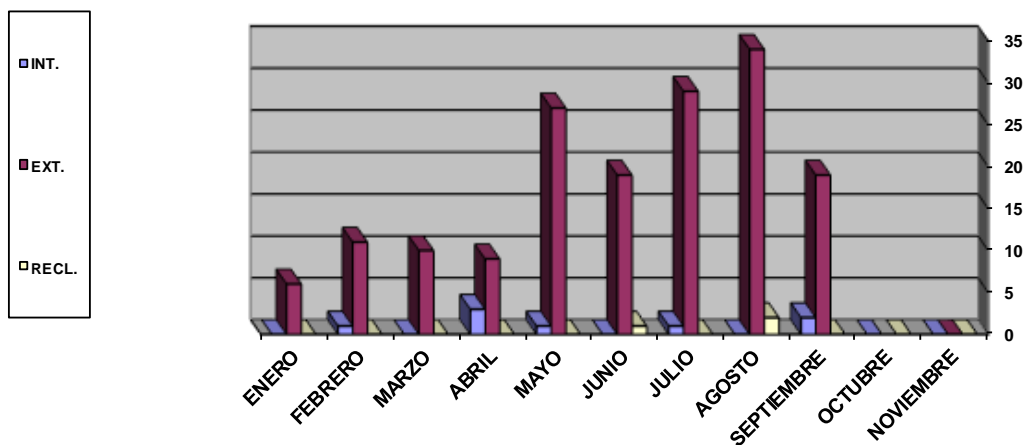
### COMPORTAMIENTO DE QUEJAS Y RECLAMOS POR INCONFORMIDAD EN LA PRESTACION DEL SERVICIO MES DE OCTUBRE 2016

Las Profesionales Universitarias DEHYSI TOVAR CASTILLO y MERCEDES CHAVEZ, adscritas a la Oficina de Planeación y Subdirección de Calidad y Aseguramiento – Quejas y Reclamos, presentaron el correspondiente Informe de QR que se resume como sigue:

NUMERO TOTAL DE QUEJAS Y RECLAMOS 2016								
MES /TIPO	QUEJA INTERNA		QUEJA EXTERNA		RECLAMO		TOTAL QUEJAS	
	No.	%	No.	%	No.	%	No	%
ENERO	0	0	6	3,1	0	0	6	3,1
FEBRERO	1	0,5	11	5,6	0	0	12	6,1
MARZO	0	0,0	10	5,1	0	0	10	5,1
ABRIL	3	1,5	9	4,6	0	0	12	6,1
MAYO	1	0,5	27	13,8	0	0	28	14,3
JUNIO	0	0,0	19	9,7	1	0,5	20	10,2
JULIO	1	0,5	29	14,8	0	0,0	30	15,3
AGOSTO	0	0,0	34	17,3	2	1,0	36	18,4
SEPTIEMBRE	2	1,0	19	9,7	0	0,0	21	10,7
OCTUBRE	0	0,0	21	10,7	0	0,0	21	10,7
TOTAL	8	4,1	185	94,4	3	1,5	196	100,0

Con la solicitudes registradas como quejas o reclamos, se observa que el 94.4% de la participación dentro del Sistema de Q y R la tienen las quejas externas, estas solicitudes aumentaron en 2 unidades con respecto al mes anterior: Con relación a las quejas internas se estas disminuyeron en 2 solicitudes. A la fecha de elaboración del informe no se presenta solicitudes de inactivación o anulación de solicitudes.

#### REPRESENTATIVIDAD QUEJAS CONSOLIDADO





## INFORME

CÓDIGO: F-PGED05-10

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página 14 de 53

NUMERO TOTAL DE QUEJAS Y RECLAMOS 2016								
MES / TIPO	QUEJA INTERNA		QUEJA EXTERNA		QUEJA. PO. DES.		TOTAL QUEJAS	
	No.	%	No.	%	No.	%	No	%
ENERO	2	1,6	7	5,6	0	0	9	7
FEBRERO	1	0,8	6	4,8	0	0	7	5,6
MARZO	3	2,4	4	3,2	0	0	7	5,6
ABRIL	0	0	7	5,6	0	0	7	5,6
MAYO	0	0	10	8,1	0	0	10	8,1
JUNIO	1	0,8	15	12,1	0	0	16	13
JULIO	0	0	18	14,6	0	0	18	14,6
AGOSTO	2	1,6	8	6,5	0	0	10	8,1
SEPTIEMBRE	1	0,8	25	20,3	0	0	26	21
OCTUBRE	2	1,6	11	8,9	0	0	13	10,5
<b>TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>9,6</b>	<b>111</b>	<b>89,7</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>123</b>	<b>100</b>

Realizando el comparativo del año 2016 con el año 2015, se observa un aumento en el comportamiento de las quejas externas en 74 solicitudes al mismo periodo del año anterior de manera acumulada, para las quejas internas estas disminuyen en un total de 4.

MOTIVACION	INTERNAS	%	EXTERNAS	%	RECLAMOS	%	TOTAL	%
PRES. SRV	3	1,5	126	64,3	2	1,0	131	66,8
DEF. ADMI	5	2,6	8	4,1	1	0,5	14	7,1
ASEGUR.	0	0,0	51	26,0	0	0,0	51	26,0
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>4,1</b>	<b>185</b>	<b>94,4</b>	<b>3</b>	<b>1,5</b>	<b>196</b>	<b>100,0</b>

Las motivaciones más representativas del reporte para las quejas externas la constituye la prestación de servicio con un 64% en las quejas externas y en un 66% en el total de quejas. Para las quejas internas la motivación más frecuente son las deficiencias administrativas.

Durante Septiembre se atendieron adicionalmente Diecinueve (19) usuarios que informaron tener inconvenientes con CEHANI por el retraso en la entrega de medicamentos,

NUMERO TOTAL DE QUEJAS Y RECLAMOS 2016										
MES	SOLICITUD	PENDIENTE		EN TRAMITE		CERRADAS		TOTAL ACUM.		TIEMPO PROM TRA/ RESPTA DIAS
		No.	%	No	%	No.	%	No	%	
AGOSTO	Q. INTERNA	0	0	0	0,0	8	4,1	8	4,1	13
	Q. EXTERNA	0	0	26	13,3	159	81,1	185	94,4	34
	RECLAMO	0	0	0	0,0	3	1,5	3	1,5	

Las quejas externas se puede concluir que los objetivos afectados son: INCREMENTAR LA SATISFACCION DEL CLIENTE Y FORTALECER LA MEJORA CONTINUA DE LOS PROCESOS y las características del SOGC vulneradas son LA ACCESIBILIDAD, OPORTUNIDAD, SEGURIDAD, PERTINENCIA Y CONTINUIDAD en la prestación del servicio a los usuarios del SGSSS del departamento de Nariño.

**QUINTO COMPONENTE ESTRATEGIA TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION**

- ✓ Transparencia y acceso a la información y estrategia Plan Anticorrupción (L. 1474/11)
- ✓ Se revisa por dependencias, la información a suministrar según correspondencia.
- ✓ En el software de correspondencia
- ✓ La OCI realiza seguimientos trimestrales de oportunidad de respuesta a las PQR.

➤ **Oportunidad de Respuesta a los Derechos de Petición:**

**NUMERO TOTAL DE DERECHOS DE PETICION TRAMITADOS ANTE EL IDSN  
DURANTE EL SEGUNDO CUATRIMESTRE DE 2016**

MES	NUMERO	RESPONDIDOS	EN TRAMITE	TOTAL
ENERO	64	58	6	64
FEBRERO	104	83	21	104
MARZO	87	59	28	87
ABRIL	121	96	25	121
MAYO	117	90	27	117
JUNIO	65	18	47	65
JULIO	88	86	2	88
AGOSTO	124	99	25	124
SEPTIEMBRE	88	53	25	88
OCTUBRE	97	0	97	97
TOTAL	955	577	378	955

***SEXTO COMPONENTE INICITIVAS ADICIONALES CODIGO DE ETICA, CARTA DE VALORES Y BUEN GOBIERNO***

- ✓ El Código de Ética y Carta de Valores se encuentra en proceso de ajuste y actualización para su socialización con los funcionarios del IDSN.
- ✓ El Código de Ética y Valores se encuentra publicado en intranet.
- ✓ La PU de Asuntos Disciplinarios publica en la cartelera institucional los valores institucionales
- ✓ Se solicitó la autorización de actualización de Código de Ética.
- ✓ se solicita a los jefes de cada dependencia se designe a un funcionario con el fin de realizar la modificación de Código de Ética.
- ✓ La oficina de asuntos disciplinarios expidió circular interna con directrices del ahorro de papel, elementos de oficina y energía eléctrica.
- ✓ Se eliminó los contratos de Telefonía Celular para los Directivos, con lo que se obtuvo una reducción considerable del gasto.

**2.- MODULO DE CONTROL DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.**

**Avances**

Para fortalecer la capacidad institucional del IDSN, la Oficina de Control Interno intervino en el proceso de inducción a los nuevos Directivos en "Adopción de la Actualización del MECI: 2014 y actividades de Control Interno", las cuales se replicaron a los funcionarios de la Institución, durante las "Charla Motivacionales".

Se lleva a cabo Tres (3) reuniones de Comité Coordinador de Control Interno del IDSN en las siguientes fechas:

**Primera reunión se realizó el 3 de febrero de 2016 en la cual trataron los siguientes temas.**

Presentación de Trabajo 2016  
Formatos de empalme IDSN 2015-216  
Presentación a riesgos  
Informes de Auditoria y Seguimiento  
Informes Auditorias y Seguimientos a entes externos.  
Estado Auditoria Supersalud  
Contraloría Departamental  
Estado de Auditorias 2015.  
Estado de Derechos de Petición



**Segunda reunión se realizó el 20 de mayo de 2016 en la cual trataron los siguientes temas**

Lectura y aprobación del acta anterior  
Informe de Empalme Fase tres 2016  
Encuestas MECI primer Cuatrimestre 2016  
Autoevaluación de Gestión por dependencias  
Comité asesor 2016.  
Informe derechos de petición a marzo 31 de 2016  
Informe plan de mejora auditoria regular CDN 2012,2013,2014

**Tercera reunión se realizó el 7 de octubre de 2016 en la cual trataron los siguientes temas**

Lectura y aprobación del acta anterior  
Informe de auditorías programadas de control interno  
Informe Programa de auditorías de SGC 2016- Comparativo  
Plan anticorrupción y sus componentes  
Matriz de Comunicaciones

**Auditorías del Sistema Control Interno y del Sistema de Gestión de la Calidad**

Para atender tanto las necesidades propias del IDSN en el cumplimiento de su misión institucional, en atención a las recomendaciones de la Auditoría de Icontec 2015 y, habida consideración de que el DAFP establece en la "Guía para la Armonización del MECI" (Pág. 64) que *"las auditorías tanto de control interno como de calidad se deben efectuar en forma simultánea, es decir, **"auditoría combinada"** a fin de evitar reprocesos y que las dependencias no se vean sometidas a reiteradas auditorías."*, se programaron de manera coherente en el tiempo las Auditorías de Control Interno con las Auditorías propias de Calidad, como sigue:

**Avances**

**Auditorías Programadas del Sistema de Control Interno 2016**

N°	AUDITORIAS DE CONTROL INTERNO DE GESTION	FECHA INICIO	FECHA TÉRMINA	RESPONSABLE
01	Atención al Usuario	VI 2016	XII 2016	Equipo OCIG
02	Tesorería	VI 2016	XII 2016	Equipo OCIG
03	Apoyo Logístico	VI 2016	XII 2016	Equipo OCIG
04	Archivo y Correspondencia	VI 2016	XII 2016	Equipo OCIG
05	Planeación	VI 2016	XII 2016	Equipo OCIG
06	Contratación	VI 2016	XII 2016	Equipo OCIG
07	Red de Servicios	VI 2016	XII 2016	Equipo OCIG

**Auditoria N° 1**

<b>AUDITORIA OFICINA DE ATENCION AL USUARIO</b>		
<b>Hallazgo N°</b>	<b>Tipo de Hallazgo</b>	<b>DESCRIPCION</b>
03	OBS.	Se sugiere a la OAU <b>proyectar la Planeación de la Contratación</b> en cada vigencia fiscal en una herramienta adecuada.
04	NC	Se sugiere a la AOU <b>documentar en el SGC el "paso a paso" del procedimiento de contratación</b> a registrar tanto en el SECOP como en la Página Web Institucional – Contratación pública.
05	OBS.	Se recomienda la <b>actualización del Asesor de la OAU</b> en la operación del software "Sistema de Información para Atención a la Población Pobre y Vulnerable – SIAPPV"
06	OBS.	Se sugiere programar una <b>capacitación para que la Alta Dirección y la Oficina de Control Interno</b> efectúen el seguimiento a la Contratación a través del aplicativo <b>SIAPPV</b> .
07	NC	Se encontró que la " <b>Minuta de Estudios Previos</b> " que trabaja la OAU necesita su urgente actualización técnica y en Derecho conforme a la dinámica del MSPS.
08	OBS.	Se sugiere a la que <b>tanto la Minuta de Estudios Previos como la de Estudios de Mercado</b> que trabaja la OAU sean actualizadas y <b>ajustadas técnicamente y en Derecho</b> .
09	OBS.	Se recomienda que el <b>Asesor de la OAU oriente la actualización del Listado de Medicamentos y Homólogos y socializarlo</b> .
11	OBS.	Se recomienda gestionar <b>el análisis y diseño de un Software para seguimiento a los Informes de Supervisión</b> , en tiempo real.
14	OBS.	Se recomienda <b>precisar el cargo, las funciones y las competencias del responsable de la OAU</b> .
24	OBS.	Se observa la necesidad de <b>incorporar en los procesos del SGC en la OAU los procedimientos de socialización del Objeto Contractual</b> , para generar conocimiento, disensos, consensos y confianza.
27	OBS.	Se evidencia la necesidad de <b>espacio físico y de la logística requerida</b> para generar un adecuado ambiente laboral en estas instalaciones del IDSN.
31	OBS.	Se observa la necesidad de que <b>las QR recurrentes referidas a la OAU tengan un tratamiento específico</b> .

**Auditoria N° 2**

AUDITORIA DE TESORERIA		
Hallazgo N°	Tipo de Hallazgo	DESCRIPCION
5	NC	Se verificó el procedimiento aplicado en el mes de septiembre de 2016, para el Pago de Nómina y <b>se constató serias inconsistencias en los valores liquidados correspondientes a: descuentos de embargos y seguridad social</b> , razón por la cual los pagos se tuvieron que efectuar el 3 de octubre. (NC para Talento Humano)
17	OBS	Se sugiere que de inmediato se proceda a ordenar la corrección a las anomalías evidenciadas.

**Auditoria N° 3**

AUDITORIA DE APOYO LOGISTICO Y ALMACEN		
Hallazgo N°	Tipo de Hallazgo	DESCRIPCION
1	OBS	Se sugiere por parte de la OCIG que oportunamente (en el año anterior) se realice una adecuada <b>planeación anual del gasto y de su contratación</b> para que se abandone la práctica de realizar compras por mínima cuantía para los Dos (2) primeros meses y luego contratar por los Diez (10) meses restantes.
6	OBS	El responsable de Apoyo Logístico debe solicitar al Líder del Proceso que gestione ante el Comité de Capacitación unas "Charlas de Inducción y Reinducción" en el conocimiento del <b>Manual de Supervisión del IDSN.</b>
8	OBS	Es necesario <b>relacionar</b> las Pólizas y Seguros del IDSN vigentes.
9	OBS	Enviar copia en medio magnético a la Oficina de Control Interno el <b>Inventario de bienes muebles e inmuebles actualizado.</b>
17	OBS.	El responsable de Apoyo Logístico debe solicitar al Líder del Proceso que gestione ante el Comité de Capacitación unas "Charlas de Inducción y Reinducción" en el conocimiento del <b>Manual de Supervisión del IDSN.</b>
23	OBS	Esta Auditoría sugiere al Auditado que se instruya a la empresa de vigilancia y seguridad contratada y al señor almacenista para que <b>revise y mejore el sistema de seguridad del Almacén.</b>

**Auditoria N° 4**

<b>AUDITORIA DE ARCHIVO Y CORRESPONDENCIA</b>		
<b>Hallazgo N°</b>	<b>Tipo de Hallazgo</b>	<b>DESCRIPCION</b>
<b>15</b>	<b>NC</b>	La Oficina de Control Interno verificó que las instalaciones físicas del Archivo de San Ignacio requieren de un traslado o de su mantenimiento, porque amenazan la integridad por excesiva humedad.
<b>25</b>	<b>NC</b>	Se evidencian defectos en la operación del software institucional SIUC.

**Auditorias Programadas de Control Interno del Sistema de Gestión de Calidad 2016**

Nº	Proceso	Responsable	Responsables	Fecha Ejecución	Observaciones a tener en cuenta durante la ejecución	Otras observaciones importantes derivadas de la ejecución
1	AGENCIA PROCEDIM. TURNADO ( DEL ASISTENCIA TÉCNICA - GESTION DE LABORATORIOS - GESTION DE RECURSOS)	<b>MARY Y GILBERTEO CARLOS GONZALEZ EDITH FAJARDO</b>	Subdirector de Salud Pública, Coordinador de Laboratorio Técnica, Profesores especialistas, profesionales universitarios responsables de Proceso	Del 9 al 21 de Julio de 2016.	Se ejecutó la auditoria del 9 al 21 de Julio de 2016.	Se observó que el procedimiento de turnado no cuenta con un manual de procedimientos, se debe elaborar un manual de procedimientos para el área de turnado, se debe tener en cuenta el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015.
2	DIRECCION VIGILANCIA Y CONTROL SALUD PUBLICA	<b>VICTOR BRAGO DIEGO BEBE AREVALO CORNELIA RICA</b>	Subdirector de Salud Pública, Profesores especialistas, profesionales universitarios responsables de Proceso	Del 7 al 24 de Julio de 2016	Se ejecutó la auditoria del 7 al 24 de Julio de 2016.	Se observó que el procedimiento de vigilancia y control de salud pública no cuenta con un manual de procedimientos, se debe elaborar un manual de procedimientos para el área de vigilancia y control de salud pública, se debe tener en cuenta el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015.
3	INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL CALIDAD Y ASESORAMIENTO	<b>IVAN BASTIDAS FRANCISCO GARRIDO</b>	Subdirector de Calidad y Aseguramiento, Profesores especialistas, profesionales universitarios responsables de Proceso	Del 7 al 24 de Julio de 2016	Se ejecutó la auditoria del 7 al 24 de Julio de 2016.	Se observó que el procedimiento de inspección, vigilancia y control de calidad y asesoramiento no cuenta con un manual de procedimientos, se debe elaborar un manual de procedimientos para el área de inspección, vigilancia y control de calidad y asesoramiento, se debe tener en cuenta el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015.
4	AUTORIZACION INTERSECTORIAL	<b>ARILDO ROBERTO MARIA TERESA REASCOS GREGORIO RAMON ALONSO LOPEZ</b>	Subdirector de Salud Pública, Profesores especialistas, profesionales universitarios responsables de Proceso	Del 27 Julio al 8 de Julio de 2016	Se ejecutó la auditoria del 27 de Julio al 8 de Julio de 2016.	Se observó que el procedimiento de autorización intersectorial no cuenta con un manual de procedimientos, se debe elaborar un manual de procedimientos para el área de autorización intersectorial, se debe tener en cuenta el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015.
5	GESTION DE RED DE SERVICIOS	<b>CLAUSIA AREVALO FABIANA FIGUEROA</b>	Subdirectora de Calidad y Aseguramiento, Jefe Oficina Asesora de Planeación, Profesores especialistas, profesionales universitarios responsables de Proceso	Del 27 Julio al 8 de Julio de 2016	Se ejecutó la auditoria del 27 de Julio al 8 de Julio de 2016.	Se observó que el procedimiento de gestión de red de servicios no cuenta con un manual de procedimientos, se debe elaborar un manual de procedimientos para el área de gestión de red de servicios, se debe tener en cuenta el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015.
6	GESTION DE LABORATORIO DE SALUD PUBLICA	<b>BEBE AREVALO FANCY GARCERO</b>	Subdirector de Salud Pública, Profesores especialistas, profesionales universitarios responsables de Proceso	Del 27 Julio al 8 de Julio de 2016	Se ejecutó la auditoria del 27 de Julio al 8 de Julio de 2016.	Se observó que el procedimiento de gestión de laboratorio de salud pública no cuenta con un manual de procedimientos, se debe elaborar un manual de procedimientos para el área de gestión de laboratorio de salud pública, se debe tener en cuenta el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015.
7	ASISTENCIA TECNICA	<b>MARIA TERESA REASCOS ATRIS ROSETO</b>	Subdirectora de Salud Pública, Profesores especialistas, profesionales universitarios responsables de Proceso	Del 16 al 22 de Julio de 2016.	Se ejecutó la auditoria del 16 al 22 de Julio de 2016.	Se observó que el procedimiento de asistencia técnica no cuenta con un manual de procedimientos, se debe elaborar un manual de procedimientos para el área de asistencia técnica, se debe tener en cuenta el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015.
8	PLANEACION Y DESARROLLO DEL SISTEMA TERRITORIAL EN SALUD	<b>RUBY MARTINEZ VICTOR HUGO ORTIGA</b>	Jefe Oficina Asesora de Planeación, Profesores especialistas, profesionales universitarios responsables de Proceso	Del 13 al 22 de Julio de 2016.	Se ejecutó la auditoria del 13 al 22 de Julio de 2016.	Se observó que el procedimiento de planeación y desarrollo del sistema territorial en salud no cuenta con un manual de procedimientos, se debe elaborar un manual de procedimientos para el área de planeación y desarrollo del sistema territorial en salud, se debe tener en cuenta el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015.
9	GESTION DE TALENTO HUMANO CAPÉTULO E DECRETO 1005 DE 2015 SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	<b>DEYSE TOVAR GABRIEL ALVAREZ XIMENA VILLOTA</b>	Coordinadora General, Profesores especialistas, profesionales universitarios responsables de Proceso	Del 11 al 22 de Julio de 2016.	Se ejecutó la auditoria del 11 al 22 de Julio de 2016.	Se observó que el procedimiento de gestión de talento humano no cuenta con un manual de procedimientos, se debe elaborar un manual de procedimientos para el área de gestión de talento humano, se debe tener en cuenta el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015.
10	GESTION JURIDICA	<b>DANIELA BACCA ADELANA FIGUEROA EXPERTO TECNICO: CARLOS ASESOR</b>	Jefe Oficina Asesora Jurídica, Profesores especialistas, profesionales universitarios responsables de Proceso	Del 28 de Julio hasta el 9 de Agosto de 2016	Se ejecutó la auditoria del 28 de Julio hasta el 9 de Agosto de 2016.	Se observó que el procedimiento de gestión jurídica no cuenta con un manual de procedimientos, se debe elaborar un manual de procedimientos para el área de gestión jurídica, se debe tener en cuenta el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015.
11	GESTION DE RECURSOS	<b>FABIANA FIGUEROA CARLOS GONZALEZ ADELANA FIGUEROA</b>	Coordinadora General, Profesores especialistas, profesionales universitarios responsables de Proceso	Del 18 al 22 de Julio - Reorganización fecha inicial al equipo evaluado del 25 de Julio hasta el 5 de Agosto de 2016.	Se ejecutó la auditoria del 18 al 22 de Julio de 2016.	Se observó que el procedimiento de gestión de recursos no cuenta con un manual de procedimientos, se debe elaborar un manual de procedimientos para el área de gestión de recursos, se debe tener en cuenta el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015.
12	GESTION DEL RIESGO Y CONTROL INTERNO	<b>IVAN BASTIDAS XIMENA VILLOTA</b>	Jefe Oficina Asesora Interna de Gestión, profesional universitario y equipo de trabajo responsables de Proceso	Del 28 de Julio hasta el 9 de Agosto de 2016.	Se ejecutó la auditoria del 28 de Julio hasta el 9 de Agosto de 2016.	Se observó que el procedimiento de gestión del riesgo y control interno no cuenta con un manual de procedimientos, se debe elaborar un manual de procedimientos para el área de gestión del riesgo y control interno, se debe tener en cuenta el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015.
13	GESTION DE CALIDAD	<b>ALVARO ALVAREZ RUBY MARTINEZ</b>	Jefe Oficina Asesora de Planeación, Profesores especialistas, profesionales universitarios responsables de Proceso	Del 6 al 19 de Agosto de 2016	Se ejecutó la auditoria del 6 al 19 de Agosto de 2016.	Se observó que el procedimiento de gestión de calidad no cuenta con un manual de procedimientos, se debe elaborar un manual de procedimientos para el área de gestión de calidad, se debe tener en cuenta el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015.
14	GESTION ESTRATEGICA	<b>MAURICIO GILBERTEO CLAUDIA AREVALO OBSERVADOR: LEIDY GARRIDO</b>	Director ISM y equipo de trabajo	Del 6 de Agosto al 23 de septiembre de 2016	Se ejecutó la auditoria del 6 de Agosto al 23 de septiembre de 2016.	Se observó que el procedimiento de gestión estratégica no cuenta con un manual de procedimientos, se debe elaborar un manual de procedimientos para el área de gestión estratégica, se debe tener en cuenta el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015.
15	REVISION POR LA DIRECCION	<b>CAROL GONZALEZ DEYSE TOVAR</b>	Comité Técnico	Del 8 al 16 de Septiembre de 2016	Se ejecutó la auditoria del 8 al 16 de Septiembre de 2016.	Se observó que el procedimiento de revisión por la dirección no cuenta con un manual de procedimientos, se debe elaborar un manual de procedimientos para el área de revisión por la dirección, se debe tener en cuenta el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015.
16	AGENCIA DE LAS AUDITORIAS	<b>BIBIANA BENA</b>	Equipo de Control Interno de Gestión y Calidad	Del 12 al 16 de Septiembre de 2016.	Se ejecutó la auditoria del 12 al 16 de Septiembre de 2016.	Se observó que el procedimiento de gestión de las auditorias no cuenta con un manual de procedimientos, se debe elaborar un manual de procedimientos para el área de gestión de las auditorias, se debe tener en cuenta el cumplimiento de los requisitos de la norma ISO 9001:2015.

**Tipo de Hallazgos de las Auditorías del Sistema de Gestión de Calidad 2016**

**Auditoría N° 1**

**AUDITORIA PROCESOS TUMACO (IVC, ASISTENCIA TECNICA-GESTIÓN DE LABORATORIO-GESTIÓN DE CALIDAD)**

Hallazgo N°	Tipo de Hallazgo	DESCRIPCION
1	OBS	Aunque se realizan reuniones primarias con los procesos LSP de Pasto y Tumaco, es <b>importante articular estas dependencias y así evaluar conjuntamente la mejora continua</b> , para demostrar la conveniencia, eficacia, eficiencia y efectividad de los procesos de Gestión de Laboratorio, Gestión de Recursos, IVC y AT.
2	NC	Se evidencia que en el proceso de AT e IVC <b>no se realiza la medición de los indicadores</b> del proceso establecidos.
3	OBS	Se evidencia que <b>no se realizó la socialización</b> del nuevo Mapa de Riesgos.
4	OBS	<b>El PAA no se está ejecutando de acuerdo a las necesidades</b> presentadas lo que conlleva a la adquisición por medio diferentes.
5	NC	<b>No se dio cumplimiento a la programación de Visitas de IVC</b> para el primer semestre, se cumplió con Tumaco.
6	NC	Se evidencia que <b>no se ha realizado el mantenimiento preventivo de las instalaciones físicas</b> en el laboratorio de entomología y en la sede principal de Tumaco.

**Auditoría N° 2**

**AUDITORIA INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL SALUD PUBLICA**

Hallazgo N°	Tipo de Hallazgo	DESCRIPCION
1	N.C	Se evidencia en el SISA que <b>no se encuentra cargada en su totalidad la información</b> del Departamento de Nariño por los responsables del proceso.
2	OBS	Se evidencia que <b>los documentos no se encuentran organizados de conformidad con las normas archivísticas</b> .
3	OBS	Se evidencia que <b>el Mapa de Gestión del Riesgo para el proceso en la Subdirección de Salud Pública aún se encuentra en proceso de actualización</b> .
4	OBS	En la oficina de Salud Infantil se evidencia que <b>los indicadores no se han enviado al SIMU</b> a pesar de no haber realizado visitas de IVC.

**Auditoría N° 3**

**AUDITORIA INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL CALIDAD Y ASEGURAMIENTO.**

Hallazgo N°	Tipo de Hallazgo	DESCRIPCION
1	NC	A pesar de que se generan acciones de mejora del análisis de indicadores y no conformes <b>no se documentan en los planes de acción correctivos</b> .
2	OBS	Es necesario <b>revisar el proceso y/o inscripción de títulos de profesionales</b> , Técnicos y auxiliares del área de salud y afines CODIGO: P-IVCSCAA0/.
3	OBS	Es necesario que se <b>agilice la corrección propuesta</b> al Proceso debido a cambios en la normatividad vigente.

**Auditoria N° 4**

AUDITORIA ARTICULACION INTERSECTORIAL		
Hallazgo N°	Tipo de Hallazgo	DESCRIPCION
1	OBS	Riesgo de <b>posibles incumplimientos del indicador "programación de reuniones"</b> , ya que no se evidencian acciones preventivas a partir del grado de cumplimiento del objetivo.
2	OBS	Se deben <b>fortalecer el procedimiento de articulación intrainstitucional.</b>

**Auditoria N° 5**

AUDITORIA GESTION RED DE SERVICIOS		
Hallazgo N°	Tipo de Hallazgo	DESCRIPCION
1	NC	En el área de Microbacterias se corren riesgos laborales porque se evidencia lámparas con <b>inadecuado mantenimiento preventivo</b> ; no se cuenta con lava ojos; las áreas de trabajo deben estar debidamente identificadas por riesgos de accidentes laborales y del personal externo.
2	NC	En el <b>Laboratorio de Salud Pública evidencia numerosas deficiencias</b> en pisos, áreas de servicios que no permiten acciones de ágil limpieza y desinfección.
3	NC	En el área de Microbiología, se evidencia deficiencias en la iluminación artificial; <b>la salida de emergencia no cumple con su finalidad.</b>
4	NC	El proceso de gestión del LSP, se ve afectado en sus actividades por la <b>NO continuidad del personal contratista</b> (ISO IEC 17025)
5	NC	<b>No se da cumplimentó a la programación de actividades</b> en el LSP, porque se carece de insumos para su ejecución.
6	OBS	El PAA que el LSP, integra el consolidado de SSP, por cuya razón los <b>procesos de contratación</b> para la adquisición de reactivos e insumos afecten la oportunidad del servicio y el riesgo de acciones vencidas o fuera de tiempos

**Auditoria N° 6**

<b>AUDITORIA GESTION DE LABORATORIO SALUD PUBLICA</b>		
<b>Hallazgo N°</b>	<b>Tipo de Hallazgo</b>	<b>DESCRIPCION</b>
<b>1</b>	<b>OBS</b>	Se evidencia que el LSP <b>no se está organizando</b> según el procedimiento de Gestión Documental y la Ley General de Archivo
<b>2</b>	<b>OBS</b>	Se evidencia que se presentó una queja sobre la atención oportuna de EMSANNAR, para lo cual se desarrollaron <b>acciones pero no fue reportada como tal a la Oficina de Quejas y Reclamos.</b>
<b>3</b>	<b>OBS</b>	En el procedimiento "seguimiento de los eventos de urgencias y emergencias," no se menciona que <b>el seguimiento que lo deben realizar en un aplicativo o software.</b>
<b>4</b>	<b>OBS</b>	Es necesario actualizar los documentos del proceso con las actividades que se realizan en la actualidad y en el procedimiento P-GRSSCA04 – autorización para el uso del emblema protector de la misión medica - <b>no se deben relacionar actividades que dependen de actores externos.</b>
<b>5</b>	<b>NC</b>	Para el procedimiento P-GRSSCA11 " <i>autorización para la prestación de servicios de salud a la población pobre, no afiliados al SGSSS, población especial, víctimas del conflicto, y eventos no pos del régimen subsidiado</i> ", se evidencia que <b>está pendiente la actualización del procedimiento en cuanto a la autorización de solicitudes inmediatas y prioritarias ya que en este momento se realiza por pago anticipado.</b>
<b>6</b>	<b>OBS</b>	En la <b>revisión del indicador Porcentaje de QR</b> , se evidencia que en el análisis del mes de julio, está descrito lo correspondiente al mes de mayo.  En la revisión del <b>Indicador Solicitudes de Servicios de Salud</b> con oportunidad entre 1 y 10 días, se evidencia que el Indicador va en está descenso con respecto a la meta establecida: en el mes de enero estaba en el 100%, febrero 99%, marzo 99%, abril 98%, mayo 86%, junio 83% y julio 74%. El auditado menciona que el indicador está bajando debido a la Resolución 4678 de 2015, por la cual se adopta la clasificación única de procedimiento en salud CUPS, modificada por la Resolución 1352 de 2016, del 15 de abril de 2016, que modifica el anexo técnico 2 "lista tubular", para lo cual <b>se debe analizar si es necesario actualizar la forma de medición del indicador respecto a la nueva normatividad.</b>

**Auditoria N° 7**

<b>AUDITORIA ASISTENCIA TECNICA</b>		
<b>Hallazgo N°</b>	<b>Tipo de Hallazgo</b>	<b>DESCRIPCION</b>
<b>1</b>	<b>OBS</b>	Se observa riesgo de posible incumplimiento de programación de Asistencia Técnica (AT) ya que no son evidencian acciones preventivas a partir del grado de cumplimiento del objetivo.



**Auditoria N° 8**

<b>AUDITORIA GESTION DE PLANIFICACION Y DESARROLLO DEL SISTEMA TERRITORIAL DE SALUD</b>		
<b>Hallazgo N°</b>	<b>Tipo de Hallazgo</b>	<b>DESCRIPCION</b>
<b>1</b>	<b>OBS</b>	Se observa que <b>el objetivo y el alcance del procedimiento</b> Seguimiento, Vigilancia y Control a proyectos en infraestructura y dotación hospitalaria, <b>no tienen concordancia</b> . A pesar que el procedimiento se cumple de forma normal, al no tener concordancia el objetivo y el alcance podría poner en riesgo el desarrollo del procedimiento.
<b>2</b>	<b>OBS</b>	Se observa que <b>el objetivo y el alcance del procedimiento Seguimiento, Catastro Físico, no tienen concordancia</b> . A pesar de que el procedimiento se cumple de forma normal, al no tener concordancia el objetivo y el alcance podría poner en riesgo el desarrollo del procedimiento.

**Auditoria N° 9**

<b>AUDITORIA DE TALENTO HUMANO</b>		
<b>Hallazgo N°</b>	<b>Tipo de Hallazgo</b>	<b>DESCRIPCION</b>
<b>1</b>	<b>OBS</b>	Aunque la estructura del Manual de Funciones cuenta con la tipificación de disciplinas académicas, el mismo <b>no presenta claramente, la identificación de Área y Núcleo de Conocimiento</b> como los exige el Decreto 2484 de 2014. Evidenciando el riesgo de poder generar ambigüedad o contradicción en la vinculación o asignación del talento humano en un cargo determinado.
<b>2</b>	<b>NC</b>	En el muestreo de hojas de vida revisadas (6 HV), no se evidencia que el funcionario que disfruta de vacaciones, <b>comunica al funcionario que lo reemplaza, "la información, documentos y entrega del puesto de trabajo mediante formato de entrega"</b> , F-PGTHSG04-01 o acta F-PGED05-11 suscrita por los involucrados.
<b>3</b>	<b>NC</b>	No se evidencia en el SG SST, <b>la socialización y entrega de protocolos, guías, fichas técnicas y demás instructivos internos</b> relacionados con la Seguridad y Salud en el Trabajo, al Talento Humano del IDSN, de acuerdo con la normatividad vigente y la naturaleza de las acciones realizadas en el IDSN.
<b>4</b>	<b>NC</b>	No se evidencia el establecimiento del <b>"plan de emergencias para las sedes de laboratorio de salud pública y ETV-Tumaco"</b> , tampoco la actualización del Plan de Emergencias de la Sede IDSN bajo las nuevas condiciones de riesgo identificadas y con los requisitos aplicables. Incumpliendo la normatividad vigente y la gestión del objetivo del SG SST y el proceso.
<b>5</b>	<b>N.C</b>	<b>Hallazgo compartido Gestión Estratégica y Gestión de Talento Humano:</b> No se evidencia la revisión y ejecución de los requisitos contemplados en el <i>plan de emergencia</i> del IDSN (sede Bombona), frente al sismo ocurrido en 18 mayo de 2016 (6.8°), en horario laboral, los entrevistados manifestaron que no se tomaron medidas para ejecutar el <i>plan de emergencias</i> por no contar con lineamientos claros sobre las medidas de respuesta a seguir, así como los responsables y mecanismos de comunicación para impartirlos y ejecutar el plan.

**Auditoria N° 10**

<b>AUDITORIA GESTION JURIDICA</b>		
<b>Hallazgo N°</b>	<b>Tipo de Hallazgo</b>	<b>DESCRIPCION</b>
<b>1.</b>	<b>OBS</b>	Se evidencia que los contratos pasan al área de presupuesto para expedir <b>registro presupuestal, solo con la firma del representante legal</b> , el contratista firma después (detectada por La SUPERSALUD)
<b>2.</b>	<b>OBS</b>	Se evidencia que el IDSN no cuenta con un procedimiento donde se determine las responsabilidades de la ejecución de la <b>herramienta tecnológica SIA OBSERVA</b> la cual le permite a las contralorías la captura de información sobre contratación y presupuesto.
<b>3.</b>	<b>OBS</b>	Se observa un posible incumplimiento del numeral 7.4 Adquisición de Bienes y Servicios porque este procedimiento tiene estandarizado a través de una acta del Comité de Compras <b>los indicadores del nivel de endeudamiento, patrimonio y liquidez, sin embargo se evidencia que en casos eventuales estos son modificados</b> , con el fin de garantizar la unificación de criterios y correcta ejecución de los procesos de licitación es importante que la decisión de cambiar el criterio sea definida en las instancias correspondientes.  Adicionalmente se observó que <b>las adiciones a los contratos no se están registrando en el Software SYSMAN</b> y esto es necesario para obtener una adecuada y oportuna trazabilidad del contrato, el control, ejecución e información completa para la revisión de los informes a entidades de control y cumplir de manera adecuada con todas las fases del proceso contractual, especialmente en su fase de seguimiento y liquidación contractual. (Ley 80 de 1993 Ley 2150 de 2012)
<b>4.</b>	<b>NC</b>	Al revisar el contrato de LUIS CARLOS BENAVIDES MONTENEGRO No. 2016000308 Junio 14 de 2016 por valor de \$22.157.205 PAPSIVI que ingresó los documentos para elaboración del contrato el 1º. De junio-16 y el contrato fue elaborado el 14 de junio-16 <b>incumpliendo con los 5 días</b> establecidos en los indicadores donde se evidencia que no se realiza un seguimiento de medición del proceso Incumpliendo el requisito 8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos.
<b>5.</b>	<b>NC</b>	Los Estudios Previos del contrato de Refrigerios <b>no tienen firmas</b> y la lista de chequeo del contrato de LUIS CARLOS BENAVIDES MONTENEGRO <b>no se encuentra firmada</b> incumpliendo el requisito 4.2.4 Control de los registros.
<b>6.</b>	<b>OBS</b>	Es importante revisar los Indicadores de <b>i)</b> elaboración de contratos y solicitudes de contratación y <b>ii)</b> el Porcentajes de demandas contestadas porque se evidencia que no permiten medir el grado de la eficacia, eficiencia y efectividad de los procesos impidiendo <b>determinar acciones de mejoramiento continuo</b> .

**Auditoria N° 11**

<b>AUDITORIA GESTION DE RECURSOS</b>		
<b>Hallazgo N°</b>	<b>Tipo de Hallazgo</b>	<b>DESCRIPCION</b>
<b>1</b>	<b>NC</b>	Requiere <b>actualizar el Inventario</b> de la Infraestructura. No se evidencia <b>registro de información</b> al Coordinador de Apoyo Logístico. No se evidencia el <b>registro</b> que demuestre la <b>consolidación del informe</b> final.
<b>2</b>	<b>NC</b>	Se presenta los indicadores del proceso donde <b>se evidencia el no mantenimiento de equipos de LSP</b> de los meses de enero, febrero y marzo de 2016.
<b>3</b>	<b>NC</b>	Al <b>verificar el cumplimiento</b> del procedimiento P-GRSG15 "Trámite y legalización de viáticos y gastos de viaje" se evidenció la entrega no mensual de este reporte por parte de Contabilidad a Control Interno.
<b>4</b>	<b>NC</b>	En la revisión del procedimiento de conciliación bancaria se evidencia que en el mes de junio de 2016, <b>realizó un giro de recursos de la Cuenta Maestra</b> de Prestación de Servicios a Adriana Zamudio funcionaria del IDSN.
<b>5</b>	<b>NC</b>	Al entrevistar los servidores públicos y a particulares que ejercen funciones públicas sobre las actividades que realizan y como contribuyen al logro de los objetivos de la calidad y al sistema, ellos manifestaron que <b>no había tenido una inducción incumpliendo con requisitos 6.2.2.</b>

**Auditoria N° 12**

<b>AUDITORIA GESTIÓN DEL RIESGO Y CONTROL INTERNO</b>		
<b>Hallazgo N°</b>	<b>Tipo de Hallazgo</b>	<b>DESCRIPCION</b>
1	OBS	Presenta soportes, sin embargo los dos contratistas desconocen los procedimientos por lo cual <b>se recomienda realizar reinducción</b>
2	OBS	El acto administrativo por el cual se conforman los Equipos MECI no se encuentra <b>actualizado conforme a la Planta existente</b> (hay funcionarios pensionados)
3	OBS	Es necesario que se agilice la <b>corrección propuesta</b> a los procesos debido a cambios en la normatividad vigente.

**Auditoria N° 13**

<b>AUDITORIA GESTION DE CALIDAD</b>		
<b>Hallazgo N°</b>	<b>Tipo de Hallazgo</b>	<b>DESCRIPCION</b>
<b>1</b>	<b>OBS</b>	Atender las necesidades para <b>aprovechamiento de la herramienta ISOLUCION</b> . Si no se atiende las necesidades de recurso humano y técnico que necesita el sistema, puede presentarse riesgos en cuanto al mejoramiento al SGC.

**Auditoria N° 14**

<b>AUDITORIA GESTION ESTRATEGICA</b>		
<b>No Hallazgo</b>	<b>Tipo de Hallazgo</b>	<b>DESCRIPCION</b>
<b>1</b>	<b>NC</b>	Se evidencia que no <b>existe cumplimiento de los tiempos</b> establecidos en el paso 7 del procedimiento PGED04 Plan Operativo Anual.
<b>2</b>	<b>NC</b>	En la revisión de la Matriz de Comunicaciones se establece que la frecuencia de reuniones del comité COPAST es semanal. <b>Ademes no se evidencia el seguimiento de la Matriz de Comunicaciones según lo descrito en el procedimiento.</b>
<b>3</b>	<b>NC</b>	Se evidencia que existe un <b>cumplimiento parcial al paso 5 del procedimiento</b> , ya que la página web de la institución no se está haciendo el <b>cargue de las circulares externa</b> emitidas por Dirección ya algunas de la que están subidas no se pueden descargar.
<b>4</b>	<b>NC</b>	Se evidencia que el indicador: Porcentaje de derechos de petición respondidos de acuerdo a los términos de ley, <b>no cumplen con la meta establecida.</b>
<b>5</b>	<b>OBS</b>	En la revisión del indicador: <b>Porcentaje de eficiencia en el pago</b> de los recursos comprometidos, se evidencia que no se cumple con la meta establecida.

**Auditoria N° 15**

<b>AUDITORIA REVICION POR DIRECCION</b>		
<b>No Hallazgo</b>	<b>Tipo de Hallazgo</b>	<b>DESCRIPCION</b>
		No se encuentra ningún hallazgo.

**Auditoria N° 16**

AUDITORIA DE AUDITORIA		
No Hallazgo	Tipo de Hallazgo	DESCRIPCION
1	NC	<b>No se evidencia la identificación y evaluación de los riesgos</b> relacionados con la implementación, revisión y mejora <b>del programa de auditoría</b> que pueda afectar el logro de los objetivos
2	OBS	<b>Riesgo de no cumplimiento del paso 3 del punto 4.2 planificación de la auditoría</b> debido a que no se presenta evidencia de envió a los Subdirectores, Jefes de Oficina y Equipo Auditor la programación del ciclo anual o de los ciclos de auditorías de calidad, <b>por parte del coordinador de auditorías</b> , se presenta Circular interna No 028 de 15 de marzo de 2016, la cual está dirigida para: subdirectores, jefes de oficina, secretaria general y servidores públicos del IDSN. <b>Pero es emitida por Dirección</b> con asunto: comunicación programa de auditorías internas de calidad recomendaciones para la mejora de Icontec de fecha: 15 de marzo de 2016.
3	NC	Las auditorías: N° 5, N° 6, N° 7, N° 8, N° 10, N° 11, N° 12, N° 14, N° 15 y N° 16 <b>no se realizaron de acuerdo a la fecha programada.</b>
4	NC	En las auditorías: N° 1, N° 2, N° 3, N° 4, N° 5, N° 6, N° 7, N° 8, N° 9, N° 10, N° 11, N° 12, <b>no se cumplen con las fechas de entrega de Planes de Acción.</b>
5	OBS	Riesgo de generar una <b>interpretación incorrecta del hallazgo</b> por la redacción de las No Conformidades y las Observaciones
6	NC	<b>Los Planes de Acción de las auditorías N° 5 no están acordes con el análisis</b> causal debido a que los hallazgos 7, 8 y 9 no son responsable que menciona el Plan de Acción. <b>Los Planes de Acción de la Auditoría N° 11 no están acordes con el análisis</b> causal debido a que la acción para los hallazgos N° 2, 4 y 5 del Plan de Acción no solucionan la causa.
7	NC	<b>No se evidencia seguimiento al cumplimiento de las acciones</b> establecidas en todos los Planes de Acción.
8	OBS	<b>Existe riesgo de no cumplir con los puntos establecidos en la reunión de apertura y reunión de cierre</b> debido a que el procedimiento no exige como evidencia actas de apertura y de cierre que esos puntos fueron tratados en cada reunión.

**RESUMEN DESARROLLO AUDITORIAS SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD 2016**

**Avances:** Las Auditorías se ejecutaron en un 100 %, con 58 Planes de Acción radicados en la Oficina de Control Interno de Gestión su seguimiento y verificación.

**MATRIZ DE AUDITORIAS 2016 DEL SISTEMA GESTIÓN DE CALIDAD**

N° AUDITORIAS	PROCESOS AUDITORIA	AUDITORES	OBS	NC	TOTAL HALLAZGOS	DESEMPEÑO DE LOS AUDITORES	PROMEDIO	N° PLANES DE ACCION IMPLEMEN/DOS
1	Auditoria Procesos Tumaco (IVC, Asistencia técnica- Gestión de laboratorio- Gestión de Calidad)	Nancy Guerrero	3	3	6	4.5	4.7	6
2	Inspección, Vigilancia y Control Salud Publica	Víctor Hugo Ortega	3	1	4	3.9		4
3	Inspección, Vigilancia y Control Calidad y Aseguramiento.	Iván Bastidas	2	1	3	4.7		3
4	Articulación Intersectorial	Atriz Rosero	2	0	2	4.45		2
5	Gestión de Red de Servicios	Claudia Arévalo	5	4	9	4.8		9
6	Gestión de Laboratorio de Salud Publica	Jesús Arévalo	1	5	6	4.6		4
7	Asistencia Técnica	María Teresa Riascos	1	0	1	4.75		1
8	Planificación y Desarrollo del Sistema Territorial de Salud.	Ruby Martínez	2	0	2	4.8		1
9	Gestión de Talento Humano	Dehysi Tovar	1	4	5	5		5
10	Gestión Jurídica	Daniela Bacca	4	2	6	4.6		6
11	Gestión de Recursos	Fabiola Figueroa	0	5	5	4.4		5
12	Gestión del Riesgo y Control Interno	Iván Bastidas	3	0	3			1
13	Gestión de Calidad	Álvaro Alvares	1	0	1	4.95		1
14	Gestión Estratégica	Mauricio Guerrero	1	4	5	4.9		5
15	Revisión por Dirección	Carlos Ordoñez	0	0	0	4.75		0
16	Auditorias de las Auditorias	Bibiana Mena Criollo	3	5	8	4.9		
		Ximena Villota				4.6	0	
			<b>32</b>	<b>34</b>	<b>66</b>			<b>58</b>

**MATRIZ SEGUIMIENTO PLANES DE ACCION AUDITORIAS SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD 2016**

INFORME AL ESTADO DE PLANES DE ACCION DE AUDITORIAS																			
NOMBRE DE ACCION																			
Nº	PROCESO/ACTIVIDAD	Indicador de A.C.	Nº de Indicadores con Plan	Nº de planes implementados	Planes Cancelados	Planes Aprobados	Numero de Planes con seguimiento	Fecha de Seguimiento 1	Fecha de Seguimiento 2	Fecha de Seguimiento 3	Fecha de Seguimiento 4	Fecha Seguimiento 5 (depende de planes de acciones)	Descripciones al Seguimiento 1	Responsable	S.C.	EDU	Fecha entrega plan(m)	Fecha cierre plan(m)	Observaciones
1	AUDITORIA PROCESO FORMACION DE AGENTES TECNICO-GESTION DE LABORATORIOS-GESTION DE RECURSOS	9	4	4	0	0	0	10/08/14	10/08/14	10/08/14	10/08/14	10/08/14	Seles 1 en evidencia cumplimiento de acciones formacion, trabajo social, trabajo y control, trabajo y control, trabajo y control, trabajo y control.	HELENE PEREZ CORTEZ	9	9	10/08/14	---	10/08/14
7	INSPECCION DE CALIDAD Y CONTROL DEL SALDO PUBLICO	9	4	4	0	0	0	10/08/14	10/08/14	10/08/14	10/08/14	10/08/14	Trabajo 1 carga en el sistema para el control y control de la calidad del trabajo, trabajo y control, trabajo y control, trabajo y control, trabajo y control.	HELENE PEREZ CORTEZ	9	9	10/08/14	---	10/08/14
3	INSPECCION DE CALIDAD Y CONTROL CALIDAD Y AGUARDAMIENTO	9	4	4	0	0	0	10/08/14	10/08/14	10/08/14	10/08/14	10/08/14	Trabajo 1 control, trabajo 1, trabajo, trabajo 1, trabajo 1.	HELENE PEREZ CORTEZ	9	9	10/08/14	---	10/08/14
4	AUTORIZACION-INTERSECCION	9	4	4	0	0	0	10/08/14	10/08/14	10/08/14	10/08/14	10/08/14	Trabajo 1 control, trabajo 1 control.	HELENE PEREZ CORTEZ	9	9	10/08/14	---	10/08/14
5	REVISION DE RECURSOS	9	4	4	0	0	0	10/08/14	10/08/14	10/08/14	10/08/14	10/08/14	Trabajo 1 control, trabajo 1 control, trabajo 1 control, trabajo 1 control, trabajo 1 control, trabajo 1 control, trabajo 1 control, trabajo 1 control.	HELENE PEREZ CORTEZ	9	9	10/08/14	---	10/08/14
6	GESTION LABORATORIO DE SALUD PUBLICA	9	4	4	0	0	0	10/08/14	10/08/14	10/08/14	10/08/14	10/08/14	Trabajo 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100.	HELENE PEREZ CORTEZ	9	9	10/08/14	---	10/08/14
7	INSPECCION TECNICA	9	4	4	0	0	0	10/08/14	10/08/14	10/08/14	10/08/14	10/08/14	Trabajo 1 control.	HELENE PEREZ CORTEZ	9	9	10/08/14	---	10/08/14
8	PUBLICACION Y MANTENIMIENTO DEL SISTEMA INFORMATICO DE SALUD	9	4	4	0	0	0	10/08/14	10/08/14	10/08/14	10/08/14	10/08/14	Trabajo 1 control.	HELENE PEREZ CORTEZ	9	9	10/08/14	---	10/08/14
9	GESTION SALUD-MANEJO CAPACIDAD CONTROL ISO DE PREVENCIÓN DE CALIDAD LA MEDICINA Y SALUD EN EL TRABAJO	9	4	4	0	0	0	10/08/14	10/08/14	10/08/14	10/08/14	10/08/14	Trabajo 1 control, trabajo 1 control, trabajo 1 control, trabajo 1 control, trabajo 1 control, trabajo 1 control, trabajo 1 control, trabajo 1 control.	HELENE PEREZ CORTEZ	9	9	10/08/14	---	10/08/14
10	GESTION LABORATORIO	9	4	4	0	0	0	10/08/14	10/08/14	10/08/14	10/08/14	10/08/14	Trabajo 1 control, trabajo 1 control, trabajo 1 control, trabajo 1 control, trabajo 1 control, trabajo 1 control, trabajo 1 control, trabajo 1 control.	HELENE PEREZ CORTEZ	9	9	10/08/14	---	10/08/14
11	REVISION DE RECURSOS	9	4	4	0	0	0	10/08/14	10/08/14	10/08/14	10/08/14	10/08/14	Trabajo 1 control, trabajo 1 control, trabajo 1 control, trabajo 1 control, trabajo 1 control, trabajo 1 control, trabajo 1 control, trabajo 1 control.	HELENE PEREZ CORTEZ	9	9	10/08/14	---	10/08/14
12	REVISION DEL SISTEMA Y CONTROL TECNICO	9	4	4	0	0	0	10/08/14	10/08/14	10/08/14	10/08/14	10/08/14	Trabajo 1 control, trabajo 1 control, trabajo 1 control, trabajo 1 control, trabajo 1 control, trabajo 1 control, trabajo 1 control, trabajo 1 control.	HELENE PEREZ CORTEZ	9	9	10/08/14	---	10/08/14
13	REVISION DE CALIDAD	9	4	4	0	0	0	10/08/14	10/08/14	10/08/14	10/08/14	10/08/14	Trabajo 1 control.	HELENE PEREZ CORTEZ	9	9	10/08/14	---	10/08/14
14	GESTION ESTADISTICA	9	4	4	0	0	0	10/08/14	10/08/14	10/08/14	10/08/14	10/08/14	Trabajo 1 control, trabajo 1 control, trabajo 1 control, trabajo 1 control, trabajo 1 control, trabajo 1 control, trabajo 1 control, trabajo 1 control.	HELENE PEREZ CORTEZ	9	9	10/08/14	---	10/08/14
15	REVISION DE RECURSOS	9	4	4	0	0	0	10/08/14	10/08/14	10/08/14	10/08/14	10/08/14	No hay evidencia de cumplimiento de acciones.	HELENE PEREZ CORTEZ	9	9	10/08/14	---	10/08/14
16	AUDITORIA DE CALIDAD	9	4	4	0	0	0	10/08/14	10/08/14	10/08/14	10/08/14	10/08/14	Trabajo 1 control, trabajo 1 control, trabajo 1 control, trabajo 1 control, trabajo 1 control, trabajo 1 control, trabajo 1 control, trabajo 1 control.	HELENE PEREZ CORTEZ	9	9	10/08/14	---	10/08/14
17																			
18																			
19																			
20																			
Total		9	4	4	0	0	0												

**Seguimiento a Planes de Mejora por Auditorías Externas**

**Avances**

- a.- Seguimiento estado Plan de mejora Auditoria Integral CDN años 2012-2013-2014
- b.- Seguimiento Plan de mejora Auditoria al Balance vigencia 2015 CDN
- c.- Seguimiento al Plan de mejora Auditoría Integral al Departamento de Nariño SGP 2015 CGR
- d.- Seguimiento estado Plan de Mejora Auditoria Supersalud vigencia 2015.

**a.- Seguimiento estado Plan de Mejora Auditoria Integral Contraloría Departamental de Nariño periodos 2012 – 2013 y 2014**

- Plan de Mejora con la Contraloría General del Departamento de Nariño suscrito por el Instituto Departamental de Salud de Nariño frente a la Auditoría adelantada a los años 2012: con 11 Hallazgos, 2013: con 10 Hallazgos y 2014: con 33 Hallazgos en las líneas de Contratación, Presupuesto, Tesorería, Contabilidad y Quejas y Reclamos, respectivamente, Auditoría practicada a mediados de 2015 y, a cuyos Planes de Mejoramiento la Oficina de Control Interno viene adelantando el correspondiente seguimiento con el siguiente resumen sobre el estado en que se encuentra el Plan de Mejora:

SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORA CDN VIGENCIAS 2012,2013 y 2014	
Línea de presupuesto	Cerrado
Línea de contratación	Cerrado
Línea de quejas y reclamos	Cerrado, pendiente ejecución proceso disciplinario.
Línea de tesorería	Cerrado
Línea de contabilidad	Pendiente 2 actividades

**b.- Seguimiento al Plan de Mejora al Balance vigencia 2015 – Auditoría Contraloría Departamental de Nariño**

En este punto se informa sobre el estado que se encuentra el Plan de Mejora

SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORA AL BALANCE VIGENCIA 2015 CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DE NARIÑO	
HALLAZGO	%
Hallazgo N° 1	100%
Hallazgo N° 2	30%
Hallazgo N° 3	En términos de ejecución



**c.- Seguimiento Plan de Mejora Auditoría Integral al Sistema General de Participación (SGP) al Departamento de Nariño 2015 – Contraloría General de la República**

En consideración al Informe de Auditoría Estratégica al Sistema General de Participaciones, la Contraloría General de la República estableció el Plan de Vigilancia y Control Fiscal 2015, como una estrategia nacional para vigilar los recursos del Sistema General de Participaciones asignados para la vigencia de 2014, en el Departamento de Nariño, entre otras entidades, se practicó la Auditoría a la Gobernación de Nariño – Instituto Departamental de Salud de Nariño - sector Salud Pública – Población Pobre No Cubierta con Subsidios a la Demanda (PPNA); Auditoría que determinó la necesidad de suscribir Tres (3) Planes de Mejora los que fueron oportunamente reportados al SIRECI en septiembre de 2015 y en julio de 2016, a los cuales la Oficina de Control Interno efectúa el correspondiente seguimiento:

SEGUIMIENTO PLAN DE MEJORA AUDITORIA ESTRATÉGICA AL SGP 2014 CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA		
Código del hallazgo	N° de actividades programadas	N° de actividades ejecutadas
1	3	3
11	25	25
12	12	12
12	1	1

**d.- Seguimiento al estado del Plan de Mejora Auditoria de Supersalud vigencia 2015**

La Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus funciones de Inspección, Vigilancia Control (IVC), remitió a la Dirección Territorial de Salud del Departamento de Nariño (IDSN), *"para su información, análisis y fines pertinentes, en Sesenta y seis (66) folios, Ciento treinta un (131) páginas"*, el Informe de Visita ordenado mediante el auto 00282 y 00291 del 18 y 22 de septiembre de 2015, visita practicada durante los días 22 a 25 de septiembre de 2015. Igualmente la Supersalud manifestó en el Informe Final de Visita de Auditoría Referenciado 2-2015 – 139355, 1 -2016-010607 del 21/04/2016, en el cual manifiesta que después de revisado el sistema interno de correspondencia de la Superintendencia, se encontró que el IDSN no radicó respuesta al Informe Preliminar dentro de los términos previstos de diez (10) días hábiles, por cuya razón, esa Superintendencia manifestó que mantiene en firme los hallazgos del Informe Preliminar. Por lo expuesto, la Superintendencia señaló que el IDSN debe diligenciar un "Plan de Mejoramiento que permita solucionar las causas de fondo" que generaron los hallazgos encontrados y que estos no se vuelvan a repetir.

Por lo expuesto y teniendo en cuenta que el Plan de Mejora fue enviado en el formato adecuado oportunamente por el IDSN a la Supersalud *"con el fin de que el mismo sea revisado y aprobado para su posterior seguimiento por parte de esa Superintendencia"*, la Oficina de Control Interno acompañó a los equipo de trabajo de las Subdirecciones de Salud Pública y de Calidad y Aseguramiento, orientados por la Subdirectora Dra. MARCELA PINZÓN SOLARTE y el PU CAMILO ASCUNTAR, quienes conjuntamente con el equipo responsable, procedieron a desarrollar la Matriz de Seguimiento al Plan de Mejora que se transcribe a continuación:

SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORAMIENTO			
COMPONENTE (estándar)	¿CUÁNDO?		SEGUIMIENTO SUBDIRECCION DE CALIDAD Y ASEGURAMIENTO
	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	
FINANCIERO Y CONTABLE 6.1 (No 1)	1 de junio de 2016	31 de Agosto de 2016	ACTAS DEL COMITÉ Y SOPORTES DE EJECUCION.
FINANCIERO Y CONTABLE 6.2 (No 2)	1 de junio de 2016	31 de Agosto de 2016	ACTAS DEL COMITÉ Y SOPORTES DE EJECUCION.
FINANCIERO Y CONTABLE 6.3 (No 3)	1 de junio de 2016	31 de Agosto de 2016	ACTAS DEL COMITÉ Y SOPORTES DE EJECUCION.
FINANCIERO Y CONTABLE 6.4 (No 4)	1 de junio de 2016	31 de Agosto de 2016	ACTAS DEL COMITÉ Y SOPORTES DE EJECUCION.
FINANCIERO Y CONTABLE 6.5 (No 5)	14/02/2016	15/12/2016	CERTIFICACION DE GIROS DE PARTE DE TESORERIA
FINANCIERO Y CONTABLE 6.6 (No 6)	14/02/2016	15/12/2016	CERTIFICACION DE GIROS DE PARTE DE TESORERIA
FINANCIERO Y CONTABLE 6.7 (No 7)	1 de junio de 2016	31 de Agosto de 2016	APORTE DE ACTAS DE REUNIÓN PARA DEFINIR TECHOS PRESUPUESTALES POR FUENTE DE FINANCIAMIENTO Y LA INCORPORACION EN EL COMPONENTE OPERATIVO ANUAL 2017
ASEGURAMIENTO 6.8 (Nro. 8)	13/05/2016	13/07/2016	PUBLICACION DE INDICADORES MENSUAES EN LA WEB IDSN
ASEGURAMIENTO 6.9 (Nro. 9)	13/05/2016	13/07/2016	SOLICITUD DE MODIFICACION DEL PROCESO A CALIDAD APOORTE DE SOLICITUD DE MODIFICACION
SISTEMA OBLIGATORIO DE LA GARANTÍA DE LA CALIDAD EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD 6.10 (NO 10) JUNIO 1 DE 2016	1 de junio de 2016	31 de Agosto de 2016	SE DEBE SUBIR A LA INTRANET LA MODIFICACION DE LOS PROCEDIMIENTOS LA EVIDENCIA SE VERIFICA EN LA INTRANET
SISTEMA OBLIGATORIO DE LA GARANTÍA DE LA CALIDAD EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD 6.11(NO 11)	20 diciembre de 2015	Diciembre 31 de 2016	ES VALIDO EL PLAN DE ESTABLECIDO EN EL AÑO 2015
SISTEMA OBLIGATORIO DE LA GARANTÍA DE LA CALIDAD EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD 6.12(NO 12)	20 diciembre de 2015	Diciembre 31 de 2016	APORTE DE INFORMES DE VISITA A LOS PRESTADORES
SISTEMA OBLIGATORIO DE LA GARANTÍA DE LA CALIDAD EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD 6.13 (NO 13)	20 diciembre de 2015	Diciembre 31 de 2016	APORTE DE INFORMES DE VISITA A LOS PRESTADORES



## INFORME

CÓDIGO: F-PGED05-10

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página 35 de 53

SISTEMA OBLIGATORIO DE LA GARANTÍA DE LA CALIDAD EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD 6.14 (NO 14)	1 de marzo de 2016	31 de diciembre de 2016	CUMPLE SEGÚN LO EVIDENCIADO EN LA INTRANET
SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD (6.15) No 15 INVENTARIO DE LAS AMBULANCIAS A 31 AGOSTO DE 2016	17 de mayo de 2016	31 DE AGOSTO DEL 2016	REVISAR EN LA PAGINA SOFTWARE DEL CRUE
SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD (6.16) No 16	mes de mayo	NOVIEMBRE 2016. CON CONTINUIDAD TRIMESTRAL	SE APORTAN ACTAS DE REUNION DEL COE
SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD 6.17 No17 JUNIO ATENCION AL USUARIO SEGUNDO PANTOJA	15 de enero de 2016	15 de junio 2016	DE FORMA INMEDIATA HACER PUBLICACION DE RED DE PRESTADORES DE SERVICIO DE POBLACION POBRE NO AFILIADA
SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD 6.18No18	15 de enero de 2016	15 de diciembre 2016	DE FORMA INMEDIATA HACER PUBLICACION DE RED DE PRESTADORES DE SERVICIO DE POBLACION POBRE NO AFILIADA
SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD (6.19 No 19	Febrero 2016.	Diciembre 2016.	SE APORTA MODIFICACION DE MINUTA
SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD (6.20) No 20	febrero 2016	Diciembre 2016.	SE APORTA MODIFICACION DE MINUTA
ADMINISTRATIVO, CALIDAD	1 de junio de 2016	31 de Agosto de 2016	APORTE DE INFORME DE CIERRE DE QUEJAS Y ACTA
	1 de junio de 2016	31 de Agosto de 2016	
SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD (6.23) No 23	1 de junio de 2016	31 de Agosto de 2016	INFORME DE CONTROL DE QUEJAS Y RECLAMOS SE EVIDENCIA CORRECTIVO,
COMPONENTE ADMINISTRATIVO Y ORGANIZACIONAL (6.25) No 25	julio de 2015	31 de diciembre de 2016	ACTA DE REUNIÓN DE REVISION, ANEXOS TECNICOS
COMPONENTE DE SALUD PUBLICA (6.26) No 26	mayo de 2016	31 de diciembre de 2016	PENDIENTE ENTREGA DE INFORMACION DE ACTIVIDADES
COMPONENTE DE SALUD PUBLICA (6.27) No 27	julio de 2015	31 de diciembre de 2016	APORTAR INFORMES DE VISITAS DE HABILITACION
COMPONENTE DE SALUD PUBLICA (6.28) No 28	enero de 2016	Diciembre de 2016.	REVISAR CON JURIDICA
SISTEMAS DE INFORMACION Y TECNOLOGIA (6.29) No 29	1 de junio de 2016	31 de Agosto de 2016	FECHA DE CORRECCION



## INFORME

CÓDIGO: F-PGED05-10

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página 36 de 53

### AUDITORIA INCOTEC

#### ALCANCE:

Gestión para la Dirección del sector salud en el departamento de Nariño: Gestión proyectos en salud, asistencia técnica a los municipios e instituciones públicas y privadas que prestan servicios de salud, administración del sistema de información integral en salud, participación social e inclusión social en Materia de salud y seguridad social.

Gestión para la prestación de servicios de salud en el Departamento de Nariño: a la población pobre y vulnerable no afiliada y a los eventos no cubiertos por el plan obligatorio de salud subsidiada de la población del Departamento de Nariño.

Gestión para la articulación de la red de Instituciones públicas Prestadoras de Servicios de Salud del Departamento de Nariño.

Gestión de salud pública: inspección, vigilancia y control de los programas de promoción y prevención de la salud y de los factores de riesgo del ambiente que afecten la salud con la prestación de servicios de laboratorio de salud pública, inspección, vigilancia y control de enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis, y distribución, vigilancia y control de insumos críticos en salud en el Departamento de Nariño.

Gestión de vigilancia y control del aseguramiento en el Sistema General de Seguridad Social en salud y en los regímenes de excepción definidos en la ley 100 de 1993.

#### RESULTADO AUDITORIA INCOTEC

Cero no conformidades, es el resultado de la auditoría realizada al Instituto Departamental de Salud de Nariño, Bajo las Normas NTC GP 1000 y NTC ISO 9001 , de la auditoria que se llevó a cabo el 23 a 26 de octubre ,con este resultado El IDSN se ratifica como ejemplo y referente a nivel nacional, evidenciando lo que se viene implementando a través del Sistema de Gestión de Calidad, fortaleciendo los procesos y el alcance de la certificación que es la Gestión para la Dirección y la rectoría del sector salud en el departamento de Nariño: Planificación y desarrollo del sistema territorial en Salud, asistencia técnica e Inspección, Vigilancia y Control a los actores del SGSSS, gestión de la red de servicios, gestión del Laboratorio de Salud Pública y articulación intersectorial.

**INFORME DE AUSTERIDAD Y EFICIENCIA EN EL GASTO PÚBLICO  
DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO  
TERCER TRIMESTRE JULIO – SEPTIEMBRE DE 2.016**

Con el presente Informe la Oficina Asesora de Control Interno de Gestión, cuya función debe ser entendida como un “*proceso retroalimentador a través de la actividad independiente y objetiva de evaluación y asesoría que contribuya de manera efectiva al mejoramiento continuo de los procesos de Administración del riesgo, Control y Gestión*” del Instituto Departamental de Salud de Nariño, pretende que éste sea una **herramienta gerencial** para el control a la gestión pública, y que se fundamenta en la cultura del control, y la responsabilidad y compromiso de la Alta Dirección del Instituto para su implementación y fortalecimiento continuo, por consiguiente, verificar la eficiencia, eficacia y economía de los controles de la entidad y asesorar a la Dirección en la continuidad del proceso administrativo, la reevaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos institucionales de conformidad con la normatividad legal vigente, su medición y evaluación.

Por lo expreso, la Oficina Asesora de Control Interno del IDSN, en desarrollo de sus responsabilidades y de la Directiva nacional que en materia de Austeridad y Eficiencia del Gasto Público expidió la Presidencia de la República, de una parte y, de otra, en atención a su rol de seguimiento y verificación de la gestión administrativa, en cumplimiento al artículo 22 del Decreto 1737 de 2008, modificado por el artículo 1° del Decreto 0984 de 2014, presenta el informe de seguimiento a las medidas de Austeridad y Eficiencia del Gasto Público desarrolladas al interior del IDSN por la Alta Dirección, con el objeto de hacer visibles los resultados obtenidos, reflejando las medidas adoptadas que revelan el manejo de los recursos durante el periodo comprendido entre el primero (1°) de julio a septiembre treinta (30) de 2.016.

Se tomó como fuente documental: La ejecución presupuestal de gastos, información y los reportes suministrados por las diferentes dependencias relacionados con los gastos por concepto de Contratación de Talento Humano, Viáticos, Servicios Públicos y Adquisición de Bienes correspondiente al periodo julio a septiembre 2.016.

**MARCO NORMATIVO:**

- Ley 80 de 1.993, Estatuto General de Contratación de la Administración Pública y reglamentación.
- Ley 1474 de 2.011, por la cual se dictan normas orientadas fortalecer los mecanismos de Prevención, Investigación y Sanción de Actos de Corrupción y la Efectividad del Control de la Gestión Pública.

- Artículo 22 del Decreto 1737 del 21 de agosto de 1.998, modificado por el Decreto 984 del 14 de Mayo de 2.012, dispone que quien ejerza las funciones de Control Interno en la entidad, verificará el cumplimiento de las medidas de austeridad relacionada con la Administración de personal, contratación de servicios personales, publicidad, viáticos, gastos de viaje, suministros, publicaciones y servicios administrativos, las cuales son responsabilidad de la Secretaría General del Instituto.

### **OBJETIVOS**

- Verificar el cumplimiento de las normas vigentes en materia de Austeridad del Gasto
- Establecer por parte del IDSN, la observancia de las políticas de eficiencia y austeridad en el gasto público para el tercer trimestre de 2.016.
- Analizar que el gasto se oriente a la racionalidad y uso adecuado de los recursos.
- Analizar el comportamiento del gasto del segundo trimestre 2.016 v/s tercer trimestre 2.016.

### **ALCANCE**

El presente informe registra el seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno a la ejecución de los gastos realizados por el Instituto Departamental de Salud de Nariño – IDSN en el marco de la política de austeridad del Gasto. El análisis se proyectó con base en la información reportada por las diferentes áreas relacionado con: contratación de servicios personales indirectos, viáticos y gastos de viaje, servicios públicos y adquisición de bienes y servicios ejecutados durante el tercer trimestre 2016, con respecto al segundo trimestre de 2016.

### **FUENTE DE INFORMACION Y METODOLOGÍA**

La estructura del Informe contiene el cálculo y los análisis de la evaluación de los gastos de funcionamiento definidos en el alcance de este informe, conforme lo estipula el Decreto 1737 de 1.998.

Para el respectivo análisis, se tomó la información suministrada por las diferentes dependencias de del IDSN, correspondiente al tercer trimestre 2.016, comparándose su realización con el periodo ejecutado efectivamente durante 2.016.

**DESARROLLO DEL INFORME**

**1. CONTRATACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS COMO APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA**

La contratación de servicios personales el IDSN la ha desarrollado de conformidad con lo dispuesto por el artículo 3° del Decreto 1737, (modificado por el artículo 1° del Decreto 2209) que establece: “Los contratos de prestación de servicios con personas naturales o jurídicas, sólo se podrán celebrar cuando no exista personal de planta con capacidad para realizar las actividades que se contratarán”, es decir; cuando es imposible atender la actividad con personal de planta, porque de acuerdo con los manuales específicos, no existe personal que pueda desarrollar la actividad para la cual se requiere contratar la prestación del servicio, o cuando el desarrollo de la actividad requiere un grado de especialización que implica la contratación del servicio, o cuando aun existiendo personal en la planta, éste no sea suficiente. En este último evento, la inexistencia de personal suficiente deberá acreditarse por el ordenador del gasto, de manera comparativa frente a la relación de vacantes existentes.

**CONTRATACION DE SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS**

El IDSN, ha desarrollado su actividad misional, estratégica y de apoyo, como se dijo, de conformidad con el artículo 3° del Decreto 1737 y, teniendo en cuenta que aun existiendo personal en la planta, éste no ha sido suficiente, por cuya razón se ha contratado el personal profesional y técnico necesario, así:

**ACUMULADO DE GASTOS TRIMESTRAL POR LA CONTRATACION DE SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS**

**2016**

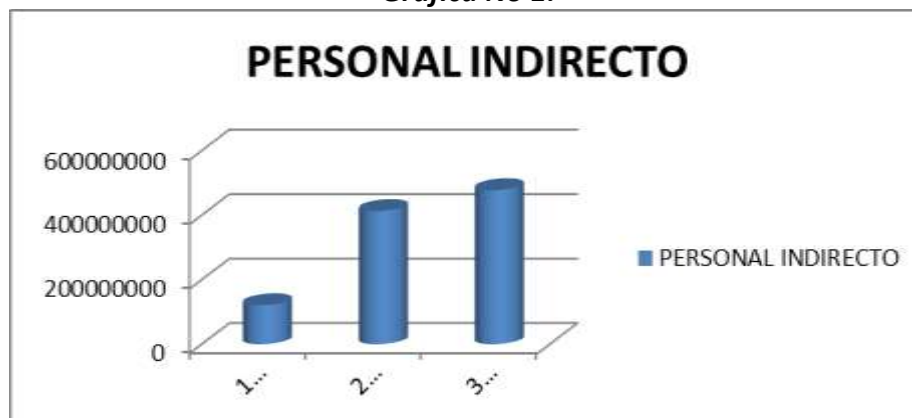
**Cuadro No. 1**

CONCEPTO	1r. TRIMESTRE 2016	2° TRIMESTRE 2016	3r. TRIMESTRE DE 2016
PERSONAL INDIRECTO	\$ 120.956.584,00	\$ 413.022.436,00	\$ 477,625,525.00

*Fuente :Información suministrada Oficina Jurídica*

**ACUMULADO CONTRATACIÓN TRIMESTRAL POR LA CONTRATACION DE  
SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS  
2016**

**Gráfica No 1:**



Basada en la información anterior, se evidencia la variación y el incremento de la contratación indirecta se realiza trimestralmente, esto se debe a que durante el 1° trimestre de 2016, la contratación por este concepto no se efectuó en toda su dimensión conforme a la necesidad, por cuanto al terminar los contratos de 2015, por la programación, la nueva contratación tan solo se pudo realizar a partir del segundo y tercer trimestre de 2016, para llevar a cabo las actividades que desarrolla el IDSN.

Para el periodo evaluado, se evidencia que la vinculación mediante contratos de Prestación de Servicios Personales fue debidamente sustentada de acuerdo a los parámetros del Art. 5 del Decreto 1737 de 1.998, que para el caso de la administración del personal y contratación de servicios personales establece que: *"...los contratos de prestación de servicios con personas naturales y jurídicas, solo se podrán celebrar cuando no exista personal de planta con capacidad para realizar las actividades que se contratan"*.

## **2. ADQUISICION DE BIENES MUEBLES**

Este concepto involucra la compra de bienes muebles tangibles e intangibles duraderos y de consumo, destinados a apoyar logísticamente el desarrollo de las funciones del IDSN, así como la prestación de un servicio que complementa el desarrollo de las funciones de la Entidad, permitiendo mantener y proteger los bienes que son de su propiedad o están a su cargo.



En el siguiente cuadro comparativo de adquisición trimestral de bienes realizada por el IDSN, se relacionan los valores de las compras del primer, segundo y tercer trimestre de la vigencia 2016.

**COMPARATIVO: ADQUISICION TRIMESTRAL DE BIENES MUEBLES  
2016**

**Cuadro No. 2**

CONCEPTO	1r. TRIMESTRE	2° TRIMESTRE DE 2016	3° TRIMESTRE DE 2016
ADQUISICION DE BIENES	\$282.867.782	0	\$ 105.654.303

*Fuente: Información suministrada oficina de Almacén*

**ADQUISICION TRIMESTRAL DE BIENES MUEBLES  
2016**

**Gráfica No 2 :**



Como podemos observar el IDSN para el primer trimestre realizó compras por valor de \$282.867.782, para el segundo trimestre no se adquirieron bienes muebles y para el tercer trimestre el Almacén reporta compras por este concepto equivalentes a \$105.654.303.

### 3. VIÁTICOS Y GASTOS DE VIAJE

**Viático:** Son Aquellos recursos monetarios que se asignan a las personas que requieren llevar a cabo un viaje o traslado a un punto diferente del lugar donde habitualmente trabajan para cumplir una función oficial, recursos que se destinan a la atención de gastos de viaje, hospedaje, alimentación y otros gastos menores que los entes públicos reconocen a sus servidores con el fin de cumplir con las obligaciones de su cargo.

#### VIÁTICOS Y GASTOS DE VIAJE TRIMESTRALES

**Cuadro No. 3**

CONCEPTO	1r. TRIMESTRE 2016	2° TRIMESTRE DE 2016	3r. TRIMESTRE DE 2016	Variación
VIATICOS Y GASTOS DE VIAJE	\$125.127.429	\$162.600.296	\$126.135.553	\$36.464.743

*Fuente: Información reportada por Secretaria General*

#### VIÁTICOS Y GASTOS DE VIAJE TRIMESTRALES

**Gráfica No. 3**



Como podemos evidenciar, se reportó por parte de la Subdirección de Salud Pública una disminución relevante en cuanto al gasto por concepto de Viáticos y Gastos de Viaje que tienen lugar en esa dependencia por el orden de \$ 36.464.743, por trimestre, para una proyección para el resto año de 2016, de Setenta y tres millones de pesos (**\$ 73.000.000**) ahorrados.

#### **4. GASTOS EN SERVICIOS PUBLICOS**

##### **4.1 SERVICIO DE ENERGIA**

Entendemos por Servicios Públicos, las actividades y/o servicios que entidades u organismos públicos y privados con personalidad jurídica, que fueron creados por Constitución o por ley para dar satisfacción en forma regular y continua a cierta categoría de necesidades de interés general, bien en forma directa o mediante concesionario o a través de cualquier otro medio legal, con sujeción a un régimen de Derecho Público o Privado, según corresponda.

##### **CONSUMO ENERGIA ELECTRICA TRIMESTRAL**

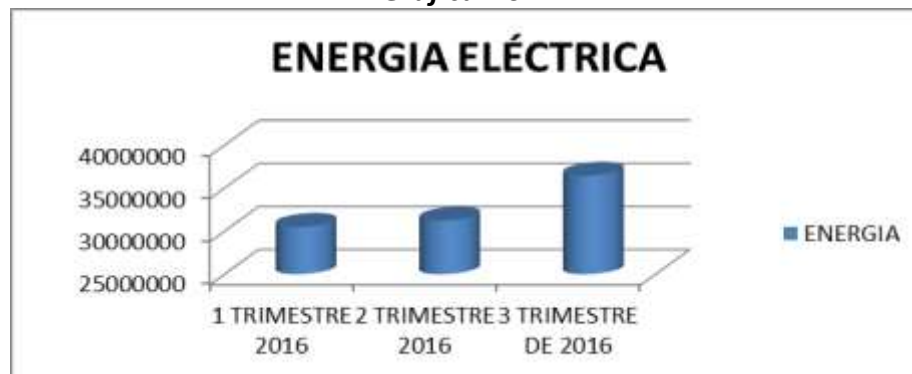
**Cuadro No. 4**

CONCEPTO	1r. TRIMESTRE 2016	2° TRIMESTRE 2016	3r TRIMESTRE DE 2016
ENERGIA	\$30.491.743	\$ 31.222.520	\$35.325.010

*Fuente: Información reportada por Apoyo Logístico IDSN*

##### **CONSUMO SERVICIO ENERGIA ELECTRICA TRIMESTRAL**

**Gráfica No 4:**



Se puede determinar en la grafica anterior que se presenta un incremento en el total de gastos de de las cuatro sedes del IDSN (Pasto Centro, Laboratorio, Pilcuán y Tumaco), esto se de debe a que, una vez revisada la facturación, se observa que este incremento se origina principalmente por el aumento en los componentes del costo de prestación del servicio relacionado directamente el valor de las tarifas realizado por parte del prestador de energía eléctrica en el departamento de Nariño.

**SERVICIO ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO TRIMESTRAL**

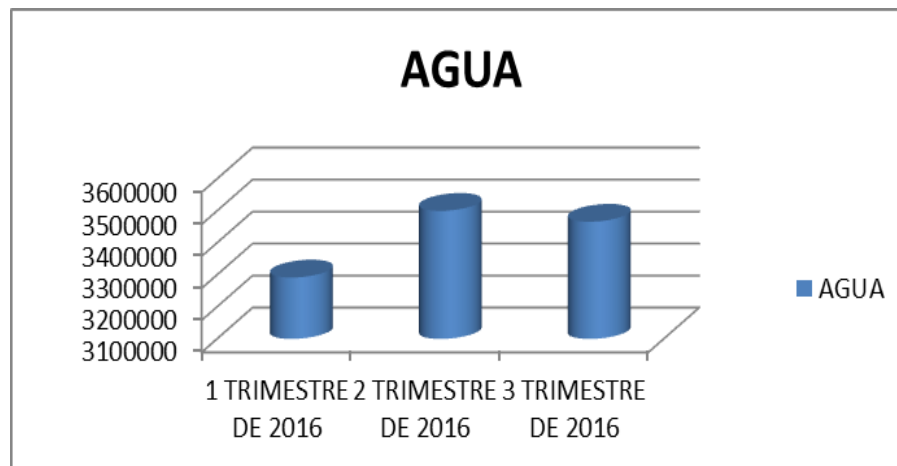
**Cuadro No. 5**

CONCEPTO	1r. TRIMESTRE 2016	2° TRIMESTRE 2016	3r. TRIMESTRE 2016
AGUA	\$3.291.980	\$ 3.500.320,00	\$ 3.466.360,00
<b>TOTAL</b>	\$3.291.980	\$ 3.500.320,00	\$3.466.360,00

*Fuente: Información reportada por Apoyo Logístico IDSN*

**CONSUMO ACUEDUCTO Y ALCANTARILLADO TRIMESTRAL**

**Gráfica No 5:**



Se puede evidenciar que análisis que en cuanto e primer trimestre y el segundo trimestre incremento el costo de acueducto y alcantarillado, pero para el tercer trimestre ya hubo una disminución, esto obedece a la aplicación de las políticas de seguimiento y de ahorro implementados por la Dirección y el desarrollo de políticas de austeridad y eficiencia en el gasto público, con respecto al consumo de este servicio.

#### 4.2 SERVICIO DE TELEFONIA CELULAR

A continuación se presenta un cuadro comparativo de los consumos de telefonía celular por cada uno de los números asignados y autorizados por el IDSN durante el tercer trimestre del 2016.

#### CONSUMO TELEFONIA CELULAR TRIMESTRAL

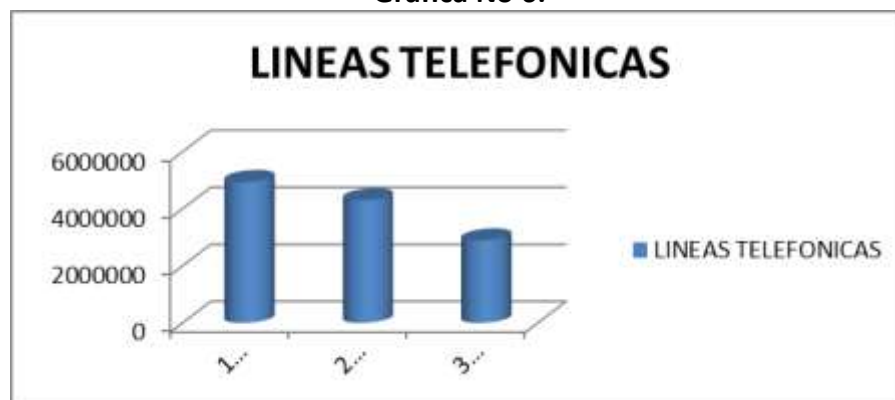
*Cuadro No. 6*

LINEAS TELEFONICAS	1r. TRIMESTRE 2016	2° TRIMESTRE 2016	3r. TRIMESTRE 2016	VARIACION	%
3182404557-3185720135	\$ 1,029,150.00	\$ 1,026,200.00	\$ 1,085,094.00	\$ 58,894.00	5.74
SIETE (7) LINEAS TIGO (MOVISTAR) CELULAR PLANTA	\$ 2,215,319.00	\$ 1,571,500.00	0.00	-1,571,500.00	-100
3164822435	\$ 515,265.00	\$ 513,100.00	\$ 542,547.00	\$ 29,447.00	5.43
3165239093 - 316295328	\$ 1,184,649.00	\$ 1,191,840.00	\$ 1,264,812.00	\$ 72,972.00	5.77
<b>TOTAL</b>	\$ 4,944,383.00	\$ 4,302,640.00	\$ 2,892,453.00	-\$ 1,410,187.00	-(32.77)

Fuente: Información reportada por Apoyo Logístico IDSN

#### CONSUMO TELEFONIA CELULAR TRIMESTRAL

Gráfica No 6:



Como podemos evidenciar hubo una disminución relevante en cuanto al gasto por consumo del servicio de siete (7) líneas telefónicas celulares adjudicadas al nivel Directivo, gasto que pasó de \$ **2,215,319** por el Primer (1°) Trimestre de 2016, facturado **Cero pesos (0 \$)** por el Tercer (3r.) Trimestre de 2016, esto se debe a que el Director del IDSN ordenó que se eliminen las líneas adscritas a los Directivos del IDSN, como un ejercicio de las políticas de austeridad en el gasto las que deberán seguirse durante su administración.

#### 4.4 SERVICIO DE TELEFONÍA FIJA

#### CONSUMO SERVICIO DE TELEFONÍA FIJA POR TRIMESTRE

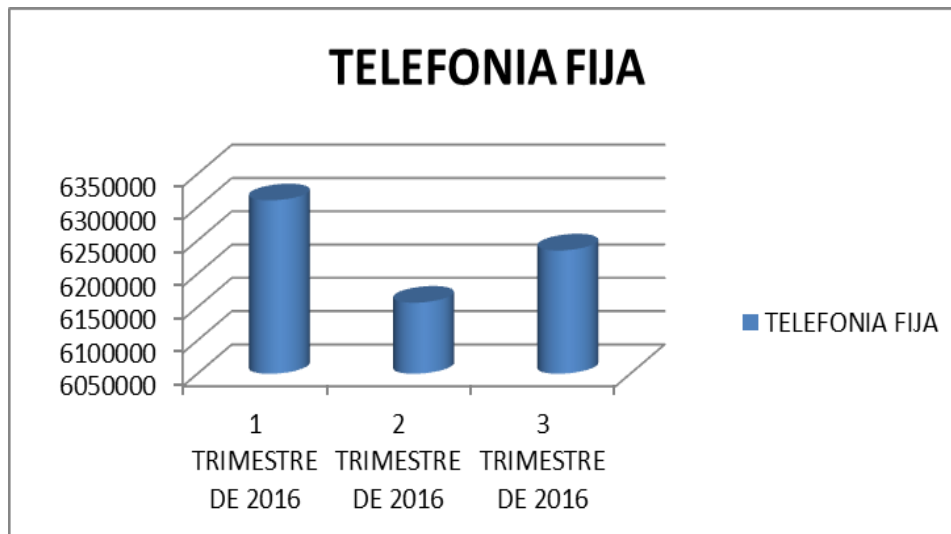
**Cuadro No. 7**

LINEAS TELEFONICAS	2 TRIMESTRE DE 2016	3 TRIMESTRE DE 2016	VARIACION	%
4 LINEAS: Nos. 7232258 – 7232259 - 7232260 – 7235314.	\$ 490.181,00	\$ 542.284	52.103	11%
21 LINEAS SEDE BOMBONA, LABORATORIO Y ETV TUMACO	\$ 3.138.740,00	\$ 3.197.393	58.653	1,86%
TELEFONIA FIJA LARGA DISTANCIA SEDES BOMOBA, LABORATORIO Y ETV TUMACO	\$ 2.456.690,00	\$ 2.442.496	-14.194	-0.50%
LINEA GRATUITA	\$ 71.194,00	52.985	(\$ 18.209),	(25,57%)
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 6.156.805,00</b>	<b>\$ 6.235.158,00</b>	<b>78.353</b>	<b>1.27%</b>

Fuente: Información reportada por Apoyo Logístico IDSN

#### CONSUMO TELEFONIA FIJA TRIMESTRAL

**Gráfica No 7:**



**4.4.1 SERVICIO DE INTERNET**

A continuación se presenta un cuadro comparativo de los consumos de Internet y Canal Dedicado asignados y autorizados por el IDSN durante el segundo y tercer trimestre del 2016.

**CONSUMO SERVICIO DE INTERNET TRIMESTRAL**

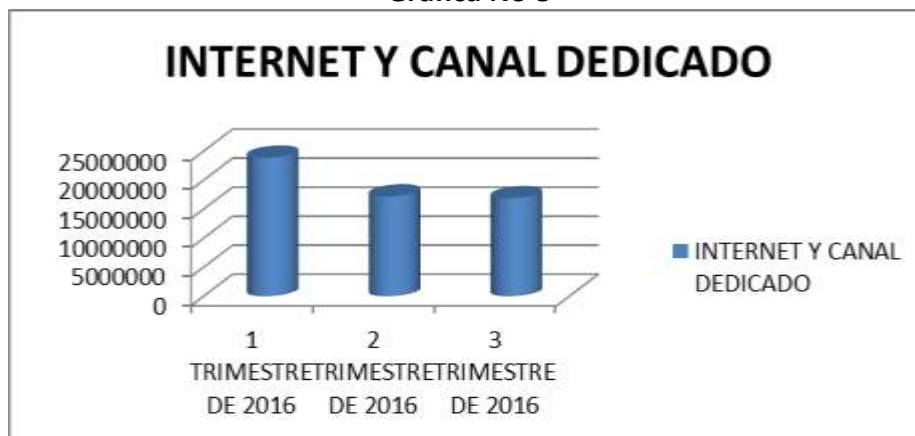
**Cuadro No. 8**

INTERNET Y CANAL DEDICADO	1r. TRIMESTRE 2016	2° TRIMESTRE 2016	3r. TRIMESTRE 2016
CANAL DEDICADO	\$ 1,463,582.00	\$ 80.779,00	\$ 77.725,00
BOMBONA LABORATORIO Y ETV TUMACO	\$ 22,392,643.00	\$ 17.098.431,00	\$ 16.794.967,00
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 23,856,225.00</b>	<b>\$ 17.179.210,00</b>	<b>\$16.872.692,00</b>

*Fuente: Información reportada por Apoyo Logístico IDSN*

**CONSUMO SERVICIO DE INTERNET TRIMESTRAL**

**Gráfica No 8**



Teniendo en cuenta la información consolidada en el cuadro N° 8, podemos decir que el servicio de Internet y Canal Dedicado, presenta una reducción del gasto considerable durante los dos (2) últimos trimestres en relación con el comportamiento del primer trimestre equivalente a un 29 %, que en números absolutos asciende a una reducción del gasto de \$ 6.983.533, esta disminución considerable en cuanto a los tres trimestres obedece a la aplicación de las políticas de austeridad en el gasto implementadas por la Dirección.

#### 4.5 OTROS SERVICIOS CONTRATADOS

A continuación se presenta un cuadro comparativo de Otros Servicios Contratados por el IDSN durante el primer trimestre del 2016.

#### SERVICIOS CONTRATADOS VIGENCIA 2016

*Cuadro No. 9*

Adquisición de Servicios	Periodo 2016	Incremento	Total
Servicio de Fotocopias, Anillado, Argollado (Sede Bomboná)	\$ 1,329,006	\$ 6.823.800	\$8.152.806
Servicio de Aseo y Cafetería (Sede Bomboná)	\$ 139,540,079	\$ 20.327.297	\$159.867.376
Vigilancia y Seguridad Privada (Sede Bomboná)	\$ 120,758,753	-0-	\$120.758.753
Pólizas de Seguros Sede (Sede Bomboná IDSN)	\$ 27,045,312	-0-	\$27.045.312
Combustible, lubricantes y aditivos	\$ 21,300,000	-0-	\$21.300.000
Correspondencia	\$ 10,000,000	-0-	\$10.000.000
Transporte de Mercancía	\$ 19,750,000	-0-	\$19.750.000
<b>Total</b>	<b>\$ 339,723,150</b>	<b>27.151.097</b>	<b>\$ 366.874.247</b>

*Fuente: Información reportada por Apoyo Logístico IDSN*

Los servicios contratados para la vigencia 2016, arrojan un valor total de **\$336.874.247**, estos valores corresponden a los servicios contratados por el IDSN durante el primer trimestre de 2016 ya que se contratan para todo el año, en el tercer trimestre fue necesario adicionar los contratos de:

Servicios relacionados con Fotocopias:      \$ 6.823.800  
 Aseo y Cafetería:                                      \$ 20.327.297



**INFORME DE CAJA MENOR  
TERCER TRIMESTRE JULIO – SEPTIEMBRE DE 2.016**

Mediante Resolución No. 027 del 14 de enero de 2.016 se constituyó las Cajas menores del IDSN para la Oficina de Secretaria General y Subdirección de Salud Pública y mediante la Resolución N°026 de enero 14 de 2016, la sede ETV Tumaco. Los recursos de estas cajas menores se destinan para sufragar gastos que tengan carácter de urgente e imprevisible, para la oportuna prestación de los servicios y funcionamiento a cargo del Instituto Departamental de Salud de Nariño, sede Administrativa para la vigencia 2016.

Los recursos de caja menor se manejan en las cuentas de ahorro:

- Banco de Occidente No. 039-92805-6 para Secretaria General
- Banco de Bogotá No. 466-41610-4 para la Subdirección de Salud Pública.
- Banco de Bogotá No 894261151-91 para la ETV Tumaco.

**RESULTADO DEL INFORME**

La verificación y seguimiento a la oportunidad en los arqueos de Caja Menor, inicia con la solicitud de la información requerida para este proceso a los responsables del manejo y control de los recursos de caja menor de las Oficinas de Secretaria General y Subdirección de Salud Pública, y ETV Tumaco, evidenciando las siguientes novedades:

Durante el trimestre julio a septiembre de 2.016, se registra que se ha efectuado un arqueo tanto a la Oficina de Tesorería como en la Subdirección de Salud Pública y, el arqueo de ETV Tumaco fue reportado vía Correo Electrónico por la PU Universitario responsable, reportando las siguientes observaciones:

✓ **Oficina de Tesorería:**

- Registra un sobrante debido a los intereses que genera la cuenta ahorros, en el mes de julio fueron de \$23.654 en el mes de agosto fueron de \$387 y en el mes de septiembre es de \$4.855.
- Se maneja cajilla de seguridad con llave
- Se da cumplimiento a lo establecido en las Resoluciones No. 026, 027 y 597 de 2.016 y demás normas legales vigentes.

✓ **Subdirección de Salud Pública:**

- Registra un faltante de \$ 14.964 en el mes de julio, agosto y septiembre.
- Se identifica que este faltante corresponde a cobro por talonario según nota debito del banco, pero ya se realizaron las gestiones ante el banco para la devolución de estos recursos.
- Se maneja cajilla de seguridad con llave
- Se da cumplimiento a lo establecido en las Resoluciones No. 026, 027 y 591 de 2.016 y demás normas legales vigentes.

- ✓ **ETV Tumaco:** Según información de la PU responsable del arqueo en Tumaco, se realizaron arqueos en el mes julio y agosto, el mes de septiembre no se realizó arqueo de caja porque debido que a la fecha se encuentra en trámite del reembolso de recursos.
  - Registra un sobrante de \$300 pesos, en el mes de agosto
  - Se identifica que este sobrante corresponde a intereses generados por la cuenta bancaria.
  - El efectivo se maneja en escritorio con doble llave
  - Da cumplimiento a lo establecido en la Resoluciones No. 026, 027 y 591 de 2.016 y demás normas legales vigentes.

### **EJE TRANSVERSAL: INFORMACION Y COMUNICACION**

El IDSN cuenta con canales de información y comunicación escrita, virtual, presencial y telefónica. Igualmente, el IDSN cuenta con un Plan de Medios que le permite acceder a los medios de comunicación locales, regionales y nacionales tales como prensa, radio, televisión y redes sociales.

El principal canal de información y comunicación del IDSN es la Página WEB [www.idsn.gov.co/](http://www.idsn.gov.co/), la cual cuenta con numerosos links, entre otros:

*"Home, Correo Electrónico, Enlázate Nariño, Sistema de Información ASIS, Epidemiología, Noticias, Riesgos Laborales, Quejas y Reclamos, Contratación Pública, Intranet, Contáctenos, Dirección, Secretaría General, Control Interno, Planeación, Jurídica, Salud Pública, Calidad y Aseguramiento, Notificación por Estado de los Procesos Sancionatorios, Informe de Gestión del Primer Semestre, Rendición de Cuentas, Capacitaciones y Eventos, Procesos Sancionatorios, Indicadores de Infancia y Adolescencia, Normatividad, Informe Calidad de Agua, Red de Prestación de Servicios de Salud, Red de Comunicadores por la Salud, Encuestas, Plan Decenas de Salud Pública, Web para Niños, Últimas Publicaciones, Plan Territorial de Salud, Saneamiento de Aportes Patronales, Informes de Gestión, Informes de Control Interno, Encuentros Subregionales, Plan Anual de Adquisiciones, Planificador de Informes, Normatividad Interna, Comunicación Interna, Listado Maestro del Sistema de Gestión de Calidad: Procesos Estratégico, Procesos Misionales, Procesos de Apoyo, Cajas de Herramientas, Sistema SIUC, etc."*

Seguimiento a la Matriz de Comunicaciones del IDSN para 2016:

**MATRIZ DE COMUNICACIONES DEL IDSN**

N°	MECANISMO	RESPONSABLE(S)	FRECUENCIA	SEGUIMIENTO	OBSERVACIONES
1.	Oficios	Dirección, Subdirector, Jefe de Oficina, Funcionarios y Contratistas.	Cada vez que se requiera.	<i>Se realiza seguimiento aleatorio.</i>	<i>Se realiza seguimiento aleatorio.</i>
2.	Nota interna	Dirección, Subdirector, Jefe de Oficina, Funcionarios y Contratistas.	Cada vez que se requiera.	<i>Se realiza seguimiento aleatorio.</i>	<i>Se realiza seguimiento aleatorio.</i>
3.	Circulares Internas	Dirección.	Cada vez que se requiera.	<i>Se realiza seguimiento aleatorio.</i>	<i>Se realiza seguimiento aleatorio.</i>
4.	Alto Parlantes	Dirección, Subdirector, Jefe de Oficina y funcionarios del instituto.	Cada vez que se requiera.	<i>Se evidencia que se encuentran dañados los micrófonos, se solicita mantenimiento pero hasta la fecha no se ha realizado.</i>	<i>Solicitar a las personas encargadas de mantenimiento para su revisión y arreglo.</i>
5.	Boletín Institucional	Oficina de planeación, IEC.	Bimensual.	<i>Se realiza seguimiento aleatorio.</i>	<i>Se realiza seguimiento aleatorio.</i>
6.	Carteleras: Caldos y carteleras en las diferentes sedes y dependencias	Subdirecciones y Jefaturas, IEC, Gestión de calidad	Cada vez que se requiera.	<i>Pendiente</i>	<i>Pendiente</i>
7.	Intranet	Secretaria General (área de sistemas).	Permanente.	<i>Se realiza seguimiento aleatorio.</i>	<i>Se realiza seguimiento aleatorio.</i>
8.	Página web	Secretaria General (área de sistemas).	Permanente.	<i>Se realiza seguimiento aleatorio</i>	<i>Se realiza seguimiento aleatorio</i>
9.	Resoluciones	Dirección.	Cada vez que se requiera	<i>Se realiza seguimiento aleatorio</i>	<i>Se realiza seguimiento aleatorio</i>
10.	Informes de resultados	Responsable del proceso Gestión del Laboratorio	Permanente. (Entregar oficialmente el informe de resultados de los análisis solicitados por los clientes)	<i>Pendiente</i>	<i>Pendiente</i>
11.	Grupos primarios	Responsables de procesos	Mensual	<i>Se evidencia 19 Actas</i>	<i>Verificado</i>
12.	Comité LSP	Responsable del proceso Gestión del Laboratorio	Cada vez que se requiera (tomar decisiones y definir estrategias para garantizar el cumplimiento de la norma NTC ISO/IEC 17025.)	<i>Pendiente</i>	<i>Pendiente</i>
13.	Comité Técnico	Dirección, Subdirectores y Jefes de Oficina	Cada vez que se requiera	<i>Se evidencian 2 actas</i>	<i>Verificado</i>
14.	Comité de calidad-MECI	Dirección, Subdirectores y jefes de Oficina	Cada vez que se requiera	<i>Se evidencian 4 actas</i>	<i>Verificado</i>
15.	Comité de vigilancia y Control	Dirección, Subdirección de Calidad y Aseguramiento, subdirección de Salud Pública, Jefe Oficina Asesora de planeación y profesionales encargados del proceso.	Cada vez que se requiera	<i>Se encuentra en incapacidad</i>	<i>Se encuentra en incapacidad</i>

16.	Comité de compras	Secretario General, Jefe oficina Asesora de planeación, jefe oficina Asesora jurídica, jefe oficina control interno de gestión, Profesional Especializado oficina jurídica y Profesional de apoyo logístico.	Según citación	Se evidencia 8 actas	Según información debe de realizarse dos actas por mes. Deben de haber 16 actas.
17.	Comité de conciliaciones	Secretario General, Jefe oficina Asesora de planeación, jefe oficina Asesora jurídica, jefe oficina control interno de gestión. Profesional de apoyo logístico.	2 veces al mes	Se evidencian 14 actas	verificado
18.	Comité gerencial de Salud Publica	Subdirectora de P y P y Coordinadores de programas	Cada dos meses	Pendiente	pendiente
19.	Comité jurídico	Equipo Jurídico de la Entidad	Mensual.	Se evidencian 6 actas	Deben de haber 9 actas según frecuencia, falta 3 actas.
20.	Comité de atención PPV	Subdirector de Calidad y Aseguramiento.	De acuerdo a la prioridad.	Se evidencian 7 actas	Verificados
21.	Comité COPAST	Profesional Universitario Talento Humano	Semanal	Se encuentra en incapacidad por	No se presentan actas
22.	Comité de vigilancia epidemiológica (COVE)	Subdirector de Salud Pública, Jefes de Oficina, Profesional de Epidemiología	Mensual y Extraordinarias según casos	Se evidencia 9 actas	verificado
23.	Comité técnico de sostenibilidad contable	Secretario General y Profesional universitario del área contable	Cuando se requiera	Se evidencian 2 actas	Verificado
24.	Comité Operativo de Emergencia (COE)	Profesional especializado CRUE	Mensual y extraordinarias según la presencia de eventos.	Pendiente se encuentra en capacitación	Pendiente se encuentra en capacitación
25.	Comité coordinador de control interno	Jefes de Oficina Asesora de Control Interno	Cuatrimstral	Se evidencia 2 actas	Verificado
26.	Comité de control interno contable	Secretario general, Profesionales de presupuesto, Contabilidad	Cada vez que se requiera.	Pendiente se encuentran en reunión	No se presenta actas
27.	Comité de bajas	Secretario General, Profesional de apoyo logístico	Cada vez que se requiera.	Se evidencia 1 acta	Verificado
28.	Comité de archivo	Secretario General – Auxiliar de archivo	Cada cuatro meses	Se evidencia 1 actas	Según frecuencia deben de haber 1 acta, falta un acta.
29.	Comité de capacitación	Comité de capacitación	Cada vez que se requiera.	Se evidencia 6 actas	Verificado
30.	Comité gerencial de ETV	Subdirector de Salud Pública y Coordinador científico de ETV	3 veces en el año	Pendiente	Pendiente
31.	Comité de Bienestar social	Profesional Universitario de Talento Humano	Cada vez que se requiera.	Se evidencia 3 actas	Verificado
32.	Comité de de convivencia	Secretario del comité de convivencia	Cada vez que se requiera.	Pendiente	Pendiente
33.	Comité de Red de Servicios del Departamento de Nariño y Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)	Director IDSN o su delegado – subdirector de Salud Pública.	Trimestral	Pendiente se encuentran en reunión	Pendiente se encuentran en reunión
34.	Comité de Ética	Director IDSN o su delegado	Una vez en el año	Pendiente	Pendiente



## INFORME

CÓDIGO: F-PGED05-10

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página 53 de 53

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- ✓ Promover el Autocontrol, a través de la capacitación periódica colectiva de los Servidores Públicos del IDSN (funcionarios y contratistas)
- ✓ Estimular la Autorregulación, mediante la construcción colectiva de manuales, procesos y que permitan el desarrollo, implementación y fortalecimiento continuo del MECI.
- ✓ Desarrollar la Autogestión en los Servidores Públicos del IDSN mediante la institucionalización de Talleres de aprendizaje y prueba para interpretar, coordinar, aplicar y evaluar de manera efectiva, eficiente y eficaz la función administrativa que le ha sido asignada al IDSN.
- ✓ Evidenciar compromiso con la integridad y valores éticos del Estado
- ✓ Ejercer la responsabilidad, importancia y gravedad de la Supervisión
- ✓ Hacer proactiva la rendición pública de cuentas.
- ✓ Desarrollar los Objetivos misionales con eficiencia y eficacia.
- ✓ Dinamizar, gestionar, Identificar y analizar riesgos sistemáticamente.
- ✓ Periódica evaluación de los riesgos administrativos y/o de corrupción.
- ✓ Seleccionar y desarrollar actividades de Control Interno de Gestión
- ✓ Seleccionar y desarrollar controles del SGC.
- ✓ Desplegar a través de políticas y procedimientos la misión institucional.
- ✓ Usar información relevante.
- ✓ Comunicar, informar y capacitar
- ✓ Realizar evaluación continua.
- ✓ Evaluar y comunicar las deficiencias.
- ✓ Transparencia: La débil noción de los valores en algunas personas.
- ✓ Anticorrupción: La precaria formación en la cultura del respeto hacia lo público.
- ✓ La falta de formación en la cultura del respeto hacia el ciudadano individual y el ciudadano colectivo.

Responsable Elaboración	Firma	Fecha		
		Día	Mes	Año
<b>HAROLD VALLEJO CALDERON</b> Jefe Oficina de Control Interno de Gestion		10	11	2016

Apoyó: YULE GUTIERREZ GUTIERREZ, Profesional de Apoyo OCIG