

INFORME EJECUTIVO ANUAL DE CONTROL INTERNO VIGENCIA 2015 Y DE SEGUIMIENTO AL SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD NTGP 1000:2009 DEL IDSN	Fecha			Informe
	Día	Mes	Año	
	29	02	2016	N° 05

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCION PUBLICA (DAFP)

INFORME EJECUTIVO ANUAL DE EVALUACIÓN AL SISTEMA DE CONTROL INTERNO (SCI) Y SEGUIMIENTO AL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD (SGC) CERTIFICACIÓN ICONTEC ISO 9001 Y NTC GP 1000:2009 DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALU DE NARIÑO (IDSN) VIGENCIA 2015

FUNDAMENTADO EN EL “MANUAL TECNICO DEL MODELO ESTÁNDAR DE CONTROL INTERNO PARA EL ESTADO COLOMBIANO MECI- 2014”

Pág.

1.- INFORME EJECUTIVO ANUAL DE EVALUACIÓN AL SCI Y SEGUIMIENTO AL SGC.....	1
2.- MATRIZ DE EVALUACION DE CONTROL INTERNO POR DEPENDENCIAS.....	12
3.- RESPONSABLES DE LA ELABORACIÓN DE INFORME DE GESTIÓN PARA EMPALME Y RECOMENDACIONES A LA NUEVA ADMINISTRACIÓN.....	13
4.- RESUMEN CONTRATACIÓN DEL IDSN VIGENCIA 2015.....	14
5.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LA NUEVA ADMINISTRACION DEL IDSN DURANTE EL PROCESO DE EMPALME.....	14
6.- EVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO CONTABLE – VIGENCIA 2015.....	17
7.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES A LA EVLAUCION DEL SISTEMA.....	18

DE CONTROL INTERNO CONTABLE

1. Objetivo

Elaborar el Informe Ejecutivo Anual del estado del Sistema de Control Interno (SCI) y del seguimiento al Sistema de Gestión de Calidad (SGC), Certificación Icontec ISO 9001 y la NTC GP 1000:2009, vigencia 2015, con fundamento en el “Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno del IDSN MECI.”

2. Alcance

La evaluación tuvo en cuenta: la información relevante relacionada con el desarrollo de cada uno de los elementos del MECI suministrada por los líderes de los procesos en la Evaluación del MECI por Dependencias; los informes de Auditorías de Control Interno, las Auditorías de Gestión de la Calidad y las auditorías externas practicadas por los entes de control; los resultado de las actividades de autoevaluación realizadas en la vigencia; los informes de gestión de los procesos; los resultados de indicadores de gestión (Matriz SIMU); otros informes presentados por la Oficina de Control Interno; la información relacionada con la fase de cierre en el marco de la actualización del MECI, las Actas de Revisión por Dirección del Sistema de Gestión de la Calidad, el seguimiento al SGC y el proceso de “Empalme” por el cambio de administración 2012 – 2015, entre otros.

3. Clientes

Los clientes de la evaluación son el Ministerio de Salud y la Protección Social, el Departamento Administrativo de la Función Pública, la Gobernación de Nariño, la Alta Dirección del IDSN, los servidores públicos del IDSN, las áreas encargadas de desarrollar los elementos del MECI, y la población objetivo del Departamento de Nariño, en general.

4. Equipo de trabajo

La encuesta de “Evaluación Independiente” y el “Análisis” estuvo a cargo del Jefe de la Oficina de Control Interno, Harold Vallejo Calderón y de la PU Edith Fajardo Rojas, la “Evaluación al Seguimiento del SGC la efectuó la Profesional Universitaria Dehisy Tovar Castillo adscrita a la Oficina de Planeación - SGC.

ESTRUCTURA DEL MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO ESTRUCTURA DEL REPORTE AL DAFP



MÓDULO DE CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN

COMPONENTE TALENTO HUMANO

Elemento Acuerdos, Compromisos y Protocolos éticos.

Elemento Desarrollo del Talento Humano

COMPONENTE DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO

Planes, Programas y Proyectos

Elemento Modelo de Operación por Procesos

Elemento Estructura Organizacional

Elemento Indicadores de Gestión

Elemento Políticas de Operación

COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

Elemento Análisis y Valoración del Riesgo

Elemento Políticas de Administración del Riesgo

Elemento Identificación del Riesgo

MÓDULO DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

COMPONENTE AUTOEVALUACIÓN INSTITUCIONAL

Elemento Autoevaluación del Control y Gestión

COMPONENTE AUDITORÍA INTERNA

Elemento Auditoría Interna

COMPONENTE PLANES DE MEJORAMIENTO

Componente Planes de Mejoramiento

EJE TRANSVERSAL: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Antecedentes: La adopción de la actualización del MECI, por parte del IDSN se realizó de conformidad con la Ley y la reglamentación vigentes. Los fundamentos establecidos por los Artículos 209 y 269 de la Constitución Nacional que son desarrollados por la Ley 87 de 1993 y, recientemente por el Decreto 943 de mayo 21 de 2014 "Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno –MECI-", disposición normativa que fue adoptada conjuntamente con el "Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano" y por el IDSN mediante la Resolución 3238, que adoptó la actualización del MECI 2014, el que se constituye en un instrumento Gerencial y de Gestión que permitirá el cumplimiento de los objetivos fijados por el IDSN dentro del desarrollo de las funciones institucionales y el mejoramiento continuo, así como la calificación del ejercicio del Control Interno con el propósito de garantizar la eficiencia, eficacia, transparencia y efectividad en el cumplimiento de sus funciones por parte de todos sus Servidores Públicos del Instituto.

Metodología: De conformidad con el instructivo "Informe Ejecutivo Anual de Control Interno Vigencia 2015" el reporte se efectuará en el Aplicativo autorizado por el DAFP, con la siguiente información:

Módulo de Control de Planeación y Gestión:

Componente de Talento Humano:

Elemento acuerdos, compromisos y protocolos éticos

Productos mínimos:

Ejecución: Se trabajó de forma participativa la actualización del Código de Ética y Buen Gobierno.

Productos: Se adopta el Código de Ética Buen Gobierno y Carta de Valores del IDSN, se promueven estrategias de socialización permanentes.

Socialización por parte de la alta Dirección a todos los Servidores Públicos del IDSN.

Nuevo Diagnóstico: Se evidencia que se están desarrollando acciones para la ejecución de la actualización del Código de Ética y la Carta de Valores y se da cumplimiento a la Nueva Plataforma Estratégica del SGC.

Recomendación: Fortalecer los procesos de conocimiento y apropiación de la Carta de Valores, el Código de Ética y el Código de Buen Gobierno a fin de alcanzar el compromiso y pertinencia plenas con el Instituto de los servidores Públicos vinculados al IDSN.

Elemento Desarrollo del Talento Humano:

Productos mínimos:

a. Inducción para Ingreso: Para los procesos de vinculación e inducción;

b. Inducción para Permanencia: Para los procesos de capacitación, evaluación del desempeño y estímulos;

c. Inducción para Retiro: Se informa sobre la situación generada por pensión de los servidores públicos.

d.- Actualización del Manual de Funciones por competencias: Cumplimiento del Decreto 1785 de 2014

e.- Inducción y Reinducción al Talento Humano: Verificada la evidencia, "Charlas Motivacionales".

f.- Se adoptó el "Plan de Bienestar Institucional" mediante acto administrativo.

Nuevo Diagnóstico: Construcción del "Plan Institucional de Capacitación 2015" (PIC)

Productos mínimos:

El Manual de Funciones y Competencias Laborales adoptado por Decreto y socializado.

El Plan Institucional de Formación y Capacitación (PIC), en proceso permanente de ajuste.

Estrategias establecidos en el Programa de Bienestar Social

El Plan de Incentivos adoptado por medio de acto administrativo.

Los formatos de Evaluación del Desempeño, de acuerdo a la normatividad que aplica al IDSN.

El IDSN cuenta con organizaciones de base como mecanismos útiles a los funcionarios para pronunciarse. En las jornadas de inducción y reinducción se socializan las políticas de talento humano del Instituto.

El Jefe de Control Interno realizó acciones de evaluación y seguimiento donde verificó:

- a. La idoneidad de los servidores nombrados, frente a lo requerido en el Manual de Funciones.
- b. Que el PIC se encuentra en proceso de ajuste.
- c. Que los programas de inducción y reinducción actualizan el conocimiento de los servidores públicos.
- d. Que los programas de bienestar social e incentivos, contribuyen a mejorar el ambiente laboral.
- e. La idoneidad y probidad del sistema de Evaluación del Desempeño

Nuevo Diagnóstico: Documentos adoptados sobre los cuales se efectúa el seguimiento.

Componente Direccionamiento Estratégico:

El Direccionamiento Estratégico del IDSN define la ruta organizacional que debe seguir la entidad para lograr sus objetivos institucionales y establecer su composición a través de cinco elementos:

- i) Elemento Planes, Programas y Proyectos;
- ii) Elemento Modelo de Operación por Procesos;
- iii) Elemento Estructura Organizacional, Indicadores de Gestión; y
- iv) Elemento Políticas de Operación.

Elemento Planes, Programas y Proyectos: Este elemento considera la planeación como un proceso dinámico y sistemático que le permite a las entidades públicas proyectarse a largo, mediano y corto plazo, de modo tal que se planteen una serie de programas, proyectos y actividades con la respectiva asignación de responsabilidades para su ejecución, orientados a cumplir con su misión, visión y objetivos institucionales.

Referentes: Punto de partida para la construcción de la planeación, incluyen las metas de Gobierno establecidas en los Planes de Desarrollo Nacional, Decenal de Salud Pública, Departamental y Territorial de Salud de Nariño, las competencias normativas asignadas al IDSN y el marco fiscal.

Políticas de Desarrollo Administrativo: Conjunto de lineamientos que orientan a las entidades en el mejoramiento de su gestión para el cumplimiento de las metas institucionales y de gobierno, a través de la simplificación de procesos y procedimientos internos, el aprovechamiento del Talento Humano y el uso eficiente de los recursos administrativos, financieros y tecnológicos.

Productos mínimos

La misión y visión del IDSN adoptados y divulgados (Página Web, Cartillas, Correos electrónicos, etc.)

El Plan Territorial de Salud (PTS) del IDSN se proyectó alineado con los Planes de Desarrollo Nacional, Plan Decenal y Departamental de Desarrollo.

Plan Operativo Anual de Inversiones 2015, aprobado (POAI)

Planes de Acción anuales que definen las metas a cumplir, aprobados (PA)

Evaluación del POA, del PAC y proyectos anteriores sobre necesidades de los usuarios.

1. POAI aprobado para la vigencia 2015 IDSN.
2. Registro en el Banco de Proyectos Departamental.
3. Listados de asistencia a capacitación. Soportes en la oficina de Planeación.
4. Se evidenció que el POAI y el Banco de Proyectos del IDSN, están aprobados.
5. Reportes Plan de Acción y POA socializados y Aplicativo de Planes Estratégicos

Informe de resultados de Medición de satisfacción de clientes del segundo semestre de 2015 con 98%.

Nuevo Diagnóstico:

Reportes Plan de Acción y POA socializados y Aplicativos acordados con la Gobernación de Nariño.

Medición Periódica mediante aplicativo específico.

Elemento Modelo de Operación por Procesos

Fig. 2



Fuente: SGC Página Web IDSN Diciembre de 2015

Procesos Estratégicos: incluyen los relativos al establecimiento de políticas y estrategias, fijación de objetivos, comunicación, disposición de recursos necesarios y revisiones por la Dirección.

Procesos Misionales: incluyen todos aquellos que proporcionan el resultado previsto por el IDSN en el cumplimiento del objeto social o razón de ser.

Procesos de Apoyo: incluyen aquellos que proveen los recursos necesarios para el desarrollo de los procesos estratégicos, misionales y de evaluación.

Procesos de Evaluación: incluyen aquellos necesarios para medir y recopilar datos para el análisis del desempeño y la mejora de la eficacia y la eficiencia, y son una parte integral de los procesos estratégicos, de apoyo y los misionales.

Productos mínimos:

Revisión y actualización de las caracterizaciones de los procesos elaborados y divulgados por el SGC:

Caracterizaciones actualizadas: Gestión Estratégica y de Calidad, del Riesgo y Control Interno, Jurídica, de Recursos, de T. H., IVC y de Asistencia Técnica, Gestión de Red de Servicios, de Articulación Intersectorial, Gestión de Laboratorio y Planificación.

Verificada la evidencia – SGC: Certificación Icontec ISO 9001 y la NTC GP 1000:2009 – Adopción y actualización del MECI 1000:2014 IDSN - Resolución N° 3238 de 2014, IDSN.

Revisión del Mapa de Procesos e Indicadores por proceso para realizar la medición correspondiente.

Nueva Matriz de Indicadores para el IDSN, la cual presenta su nueva estructura actualizada.

Recolección de documentos obsoletos.

Cargue de los documentos actualizados al módulo de gestión documental del SGC en intranet.

Procedimientos publicados en Intranet y comunicados por correo electrónico.

Nuevo Diagnóstico:

Se revisan y actualizan las caracterizaciones de los procesos elaborados y son divulgados por el SGC.

Se realiza la revisión del Mapa de Procesos Institucional.

Se implementa la Nueva Matriz de Indicadores para el IDSN.

Los procedimientos establecidos en el IDSN, permiten la revisión y ajustes necesarios, estos son actualizados permanentemente de acuerdo a las actividades que desarrollan en los procesos.

El IDSN, mantiene informado permanentemente a todos los funcionarios acerca de los cambios o ajustes realizados a los procedimientos, mediante correos internos y en la página Web de la Institución.

Productos mínimos:

La verificación y cumplimiento de roles y funciones de la Plataforma Estratégica del IDSN se encuentra en la Resolución 1778 de 2013.

El *Mapa de Procesos del IDSN*, está constituido por 12 procesos, 6 Misionales, 3 estratégicos y 3 de Apoyo.

Las modificaciones, anulaciones y creaciones de documentos, se informan mediante correo electrónico desde calidad a los líderes de los procesos y a los servidores que solicitaron dichos cambios.

Existe procedimiento de medición de “*satisfacción del cliente*”, con una evaluación periódica semestral. Así mismo, el procedimiento de *Atención de Quejas y Reclamos* el trámite de *Derechos de Petición* que se cumple según la normatividad vigente con presentación de informes mensuales a los directivos del IDSN.

Se realiza evaluación de la satisfacción de la asistencia técnica por la Oficina de Control Interno.

En cada paso del procedimiento, se encuentra determinado el responsable de llevar a cabo cada actividad en documentos controlados.

Los *dueños de cada procedimiento* realizan la revisión de forma periódica de los procedimientos y las modificaciones las solicitan al proceso de Calidad.

Las sugerencias y mejoras de los procesos y procedimientos se socializan en las reuniones de grupo primario y se consignan en el informe de seguimiento a procesos de manera trimestral, y para hacerla efectiva, se hace la solicitud de modificación, anulación o creación de documentos.

Control y evaluación: El Jefe de Control Interno incluye dentro de su “*Programa de Auditoría*” la evaluación a los aspectos que sean relevantes en los procesos establecidos por la entidad, para ellos verifica:

a. Procedimiento de Auditorías de Control interno y Auditorías de Calidad. Se presenta un programa para la ejecución de las mismas para la vigencia y se hace seguimiento a su ejecución. Así mismo, el Jefe de Control Interno es el Coordinador de Auditorías, presenta un *Programa para la Ejecución de las Auditorías* para la vigencia y efectúa seguimiento a su ejecución.

b. Una vez ejecutadas las auditorías programadas: Control Interno presentó los informes de las Auditorías de Control Interno, de Calidad y Especiales Programadas al CCCI.

c. La reestructuración de la plataforma estratégica: Se originó a partir de la necesidad de alinear los esfuerzos institucionales con los objetivos del Plan de Salud Territorial como del PDSP.

d. Los servidores públicos: Cuentan con mecanismos que les permiten realizar sugerencias de mejora a los procesos y procedimientos. La alta dirección los considera realiza los ajustes de ser necesarios.

e. El Jefe de Control Interno: Tiene la competencia para incluir dentro de su *programa de auditoría* la evaluación a los aspectos que sean relevantes en los procesos establecidos por la entidad.

Nuevo Diagnóstico.- Seguimiento de controles a través del proceso de auditoría internas a:

1. La Planeación y Programación de Auditorías del SGC.

2. Los soportes completos de las 15 Auditorías Internas de Calidad

3. Al formato de seguimiento a Planes de Acción.

4. Al informe final a Control Interno del ejercicio de Diez (10) auditorías.

5. La Evaluación por Control Interno de los soportes de las Auditorías de Calidad.

6. Los seguimientos a las Auditorías Internas programadas por la Oficina de Control Interno.

7. Es una necesidad inminente fortalecer por los dueños de los procesos la entrega de indicadores en los tiempos establecidos.

Elemento Estructura Organizacional:

Se considera como aquel aspecto de control que configura integral y articuladamente los cargos, las funciones, las relaciones y los niveles de responsabilidad y autoridad en la entidad, para dirigir y ejecutar los procesos y actividades de conformidad con su misión y su función constitucional y legal.

Fig. 1



Fuente: Página Web IDSN Diciembre de 2014

Productos mínimos:

El IDSN tiene una estructura flexible que le permite trabajar por procesos, donde se identifiquen niveles de responsabilidad y de autoridad, el Manual de Funciones y competencias adoptado y socializado

Nuevo Diagnóstico

1. Que los niveles jerárquicos permiten la toma de decisiones.
2. Que la comunicación entre los niveles jerárquicos es fluida y cuenta con canales directos entre todos los funcionarios, el conducto regular y respeto a los niveles de autoridad y responsabilidad.
3. Que se desarrolla el seguimiento a la matriz de comunicaciones
4. Posibilitar la operatividad a los grupos primarios para que sirvan de guía, apoyo y soporte al Talento Humano del IDSN en el mantenimiento del SGC-MECI.

Elemento Indicadores de Gestión

Conjunto de variables cuantitativas y/o cualitativas sujetas a la medición, que permiten observar la situación y las tendencias de cambio generadas en la entidad, en relación con el logro de los objetivos y metas previstos.

Productos mínimos: Fichas de Indicadores donde se registra y se hace seguimiento a la gestión.

Nuevo Diagnóstico: Se realiza seguimiento a través del software de planes estratégicos.

Trimestralmente se diligencia en el Aplicativo de Planes Estratégicas y se revisa en Comité Técnico.

Productos mínimos: Cuadros de control para seguimiento a los indicadores clave del proceso (SIMU)

Nuevo Diagnóstico: Se publicó en la Web Institucional el Sistema de Indicadores de Mando Unificado – SIMU.

Elemento Políticas de Operación

Facilita la ejecución de las operaciones internas a través de guías de acción para la implementación de las estrategias de ejecución del IDSN; define los límites y parámetros necesarios para ejecutar los procesos y actividades en cumplimiento de la función, los planes, los programas, proyectos y políticas de administración del riesgo y de otros procesos.

Productos mínimos: Documento que contiene las políticas de operación.

Nuevo Diagnóstico: Se evidencia la existencia del documento de Sistema de la Calidad (SGC), el Modelo Estándar de Control Interno (MECI-2014), la Certificación ISO 1000:2008 y NTCGP 1000:2009 de Icontec y el Manual de Políticas Institucionales del IDSN.

Productos mínimos: Actas u otros documentos de la divulgación de las políticas a los trabajadores IDSN

Nuevo Diagnóstico: Instrumentos, herramientas, eventos de difusión y/o demás actividades que demuestran la socialización y difusión de las Políticas de Operación del IDSN (Cartillas, Correos electrónicos, Cartelera)

Acto administrativo de adopción del Manual de Operaciones del IDSN como documentos de consulta permanente por Intranet en la Página Web Institucional.

COMPONENTE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO

Elemento Análisis y Valoración del Riesgo

Productos mínimos: Definición desde la Alta Dirección de la política de la administración del riesgo, donde se incluya la metodología a utilizar para su desarrollo

Nuevo Diagnóstico: La administración del riesgo es una herramienta fundamental que evita la ocurrencia de hechos o situaciones que afecten o entorpezcan la gestión del IDSN.

Se ha identificado, analizado, evaluado y comunicado los riesgos asociados con los procesos de una forma que ha permitido al IDSN, minimizar pérdidas y maximizar oportunidades.

La Oficina de Control Interno brindó apoyo en la metodología de administración del riesgo para su identificación a través de su rol de asesoría y acompañamiento.

La periodicidad de revisión es trimestral, con el fin de lograr una revisión total de las políticas al finalizar el periodo para su actualización con respecto a los cambios surtidos.

Realizar seguimientos periódicos a la Gestión del Riesgo e Indicadores de Gestión de la Calidad, es conveniente que el Líder de cada proceso reporte los primeros días de cada mes, según corresponda, el resultado de sus indicadores y su gestión.

Productos mínimos: Divulgación y publicación en la Página de Intranet del Mapa de Riesgo.

Nuevo Diagnóstico: A diciembre de 2015, la administración del riesgo ha cumplido con la divulgación de actas y documentos soportes del seguimiento del Mapa de Riesgos Institucional.

Productos mínimos: Documentos que evidencian el seguimiento a los controles establecidos para los riesgos. Desarrolladas las actividades de seguimiento a las acciones establecidas en cada uno de los riesgos y se determinó que durante el periodo 2015, no se ha materializado ninguno de ellos.

Productos mínimos: La Oficina de Control Interno verificó que los líderes de los procesos adelantan acciones para identificar los riesgos, y que se revisan periódicamente los riesgos identificados.

Nuevo diagnóstico: Los Jefes de dependencia, con el acompañamiento de los líderes de los procesos han realizado las acciones permanentes y el seguimiento a los riesgos identificados, además, desarrollado las acciones de reporte trimestral a la oficina de Control Interno para la respectiva consolidación y evaluación.

Elemento Políticas de Administración del Riesgo

Productos mínimos: Documentos soporte sobre aplicación de "Encuestas de Autoevaluación o de Evaluación por Dependencias", las "Auditorías Internas de Gestión de Calidad", además de las Auditorías de Control Interno y los "Informes de Supervisión" a los Contratos que ejecuta y/o realiza la Supervisión y/o la Interventoría el IDSN.

Nuevo diagnóstico: Verificada la evidencia, el IDSN efectúa con las herramientas establecidas y las necesarias para lograr la autoevaluación Institucional.

Productos mínimos: Documentos soportes sobre realización de la "Autoevaluación por Dependencias" y las "Auditorías Internas de Gestión de Calidad", además de las Auditorías de Control Interno.

Elemento Identificación del Riesgo

Se realizan Informes del MECI al DAFP, de Indicadores de Gestión, Manejo de Riesgos y Planes de Mejora a través de:

- i) Indicadores de gestión.
- ii) Manejo de los Riesgos,
- iii) Planes de Mejora,
- iv) Informe Ejecutivo Anual de Control Interno al DAFP
- v) El Formulario Único de Reporte de Avance a la Gestión.

MÓDULO CONTROL DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Componente Autoevaluación Institucional

Uno de los logros institucionales en el periodo en evaluación, fue la sostenibilidad del Sistema de Gestión de Calidad y del Modelo Estándar de Control Interno.

Elemento Autoevaluación del Control y Gestión

Productos mínimos: Informes u otros soportes de informes de autoevaluación realizados

Nuevo diagnóstico: Se utilizan instrumentos, herramientas, eventos de difusión y/o demás actividades que demuestran la sensibilización sobre la autoevaluación en el IDSN. (Página Web, Cartillas, Correos electrónicos, Cartelera, Actividades, entre otros.)

Productos mínimos: Informes sobre el análisis de los indicadores de proceso

Nuevo diagnóstico: El Instituto determina cómo a partir de los Riesgos, indicadores, controles establecidos y demás elementos que le permitan tomar información.

Productos mínimos: Informes de Gestión por proceso

Nuevo diagnóstico:

Falta de agilidad en la legalización, publicación y socialización de los procesos mejorados por los responsables técnicos y generales en los procesos de Auditoría que se realizaron y los que se adelantan.

El IDSN fundamentó su trabajo bajo los presupuestos fácticos y jurídicos de la Consulta Previa, en lo correspondiente a formulación y evaluación de Planes y Proyectos en los municipios, dirigidos a población Diferenciada. Igualmente, se avanzó considerablemente en la construcción de Modelos de Salud Propios (SISPI) con los siete pueblos indígenas residentes en Nariño (PAPSIVI)

Componente Auditoría Interna.

Elemento de Control Auditorías Internas

Productos mínimos: Informes pormenorizados de la vigencia

Nuevo diagnóstico: La oficina de Control Interno hace entrega oportuna de los informes que están bajo su responsabilidad.

Productos mínimos: Resultados Informe Ejecutivo Anual realizado ante el DAFP

Nuevo diagnóstico: Se ha cumplido con el reporte anual de la información al DAFP y Dirección del IDSN, se realiza el seguimiento trimestral del mismo.

Productos mínimos: Procedimiento para la Auditorías Internas.

Nuevo diagnóstico:

1. Procedimiento modificado y publicado en septiembre de 2014

2. Procedimiento auditado por ICONTEC.

3. Procedimiento ajustado por el Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno – MECI 2014.

4. Procedimiento Auditoría de Control Interno informado al CCCI del IDSN

Productos mínimos: Programa Anual de Auditorías

Nuevo diagnóstico: Dos programaciones de Auditorías Internas de Calidad y de Control Interno.

2. Informe final del ejercicio de auditorías. (Los soportes reposan en control Interno)

Productos mínimos: Informe al CCCI y al DAFP de Auditorías realizadas

Nuevo diagnóstico Informe de Auditorías Internas de Calidad y de Control Interno de 2015.

Dentro de las limitaciones presupuestales del IDSN, la Alta Dirección provee los recursos para fortalecer el MECI y el SGC, generar seguridad razonable para mitigar los riesgos.

Producto mínimo: Se hace necesario fortalecer por parte de los Auditores Internos la identificación de los hallazgos, las causas que originan los hallazgos para formular los Planes de Acción.

Nuevo diagnóstico: Mejorar la oportunidad en el cumplimiento de la realización de las Auditorías Internas.

No existe un seguimiento continuo por parte de los líderes de los procesos, a los Planes de Mejoramiento.

Entrega oportuna por parte de los auditados de los Planes de Acción para realizar el seguimiento y cierre.

Fortalecer procesos de Auditorías Independientes e Internas, de seguimiento y control de riesgos y cumplimiento de indicadores

Inclusión de la línea de Asuntos Étnicos en los POA municipales.

Se cumple con los *planes de salvaguarda* y se realiza el seguimiento a los mismos.

Estudio, conocimiento y difusión del Decreto 1953 de octubre 19 de 2014 (Territorios Indígenas)

Componente planes de mejoramiento

Elemento Plan de Mejoramiento

Productos mínimos: Herramienta definida para la construcción del Plan de Mejoramiento

Nuevo diagnóstico: Los planes que se formulen, deben ser aprobados por la Dirección.

Productos mínimos: Documento que evidencie el seguimiento a los Planes de Mejoramiento.

Realizar acciones de mejora en los hallazgos de las Auditorías Internas de Calidad que eviten o erradiquen las causas del problema.

Se brindó asesoría y acompañamiento al Proceso de Plan Anticorrupción, para la formulación de los planes de mejoramiento, producto de los riegos detectados en las auditorías internas de SGC y de SCI.

Se presta asistencia técnica a los sesenta y cuatro (64) municipios del Departamento de Nariño de manera generalizada mediante actividades convocadas de forma colectiva, en lo referente a la ejecución del POA de Promoción Social (Sentencia T-025 del 2004), para la estructuración del PDSP.

En la línea de atención a Población de Víctimas y Desplazados, las principales dificultades tienen su origen en la *incapacidad institucional del sistema de salud* para garantizar el goce efectivo de Derechos de las Víctimas y dar cumplimiento a la legislación y a los fallos de la Corte Constitucional (Sentencia T-025 del 2004), insatisfacción ciudadana que se refleja en continuas quejas sobre barreras de acceso a servicios, de citas médicas, demora en la entrega de medicamentos, falta de especialistas, precariedad en los servicios de salud mental y concentración de médicos psiquiatras en la ciudad de Pasto, capital del Departamento de Nariño.

Se requiere programar jornadas de capacitación y actualización en SGC-MECI para todos los Servidores Públicos vinculados al IDSN, continuar con las reuniones de socialización y capacitación periódicas para personal nuevo y antiguo sobre seguimiento al: POAI – POA – PAC - PDSP, ETC.

EJE TRANSVERSAL: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

Elemento Información y Comunicación Externa

Productos mínimos: Mecanismos para recepción, registro y atención de sugerencias, recomendaciones, Peticiones, Quejas y Reclamos por parte de los ciudadanos, las entidades territoriales las ESE's, etc.

Nuevo diagnóstico: El IDSN, cuenta con mecanismos idóneos y del SGC para la recepción de PQRS dispone de buzones y está habilitada la página Web de la Institución para la recepción de las mismas.

Productos mínimos: Mecanismos para recepción, registro y atención del trámite de respuesta oportuna a los Derechos de Petición que se hayan tramitado ante el INDSN.

Nuevo diagnóstico: Se tiene establecido, regulado y sistematizado (aplicativo SIUC) y la formación del Talento Humano para el respeto al debido proceso y permitir la garantía por parte del IDSN al Derecho de Petición.

Productos mínimos: Mecanismos de consulta para la obtención de información requerida para la gestión.

Nuevo diagnóstico: El IDSN cuenta con profesionales de apoyo en el área de Informática quienes realizan permanentemente el seguimiento y actualización de la página web y los servicios informáticos en general.

Productos mínimos: Publicación en la WEB de la información relacionada con la planeación institucional

Nuevo diagnóstico: El IDSN cuenta con profesionales de apoyo en el área de Informática y sistemas.

Productos mínimos: Publicación en la WEB de los formularios oficiales para trámites de los ciudadanos.

Productos mínimos: Mecanismo establecido para la recepción y registro de atención de sugerencias, recomendaciones, petición, quejas o reclamos, por parte de la ciudadanía.

Productos mínimos: Lineamientos de Planeación establecidos para el proceso de rendición de cuentas.

Productos mínimos: Publicación en la WEB de la última Rendición de Cuentas de Cuentas de 2015.

Nuevo diagnóstico: El IDSN, conserva un permanente contacto con la comunidad, realiza jornadas de apoyo y cuenta con una programación de capacitación a la misma.

Elemento Información y comunicación interna

Productos mínimos: Mecanismos para recibir sugerencias o solicitudes de los funcionarios

Nuevo diagnóstico: Solicitudes internas de funcionarias recibidas y radicadas o remitidas

Productos mínimos: Tablas de retención documental

Nuevo diagnóstico: Se conserva la organización de la documentación que se genera desde los archivos de gestión hasta su disposición final.

Productos mínimos: Manuales, actas, actos administrativos, u otros documentos necesarios para la gestión de los procesos, de fácil acceso y sistematizados (Fuentes internas de información)

Nuevo diagnóstico: Se publicaron en la web del IDSN la totalidad de los registros del SIGC.

Productos mínimos: Política y Plan de comunicaciones, establecido y divulgado a todos los funcionarios.

Nuevo diagnóstico: La entidad dispone de un Plan de Comunicación Interna.

Productos mínimos: Matriz de responsabilidades verificada por Control Interno.

Nuevo diagnóstico: Se cumple con los procedimientos del SGC en cuanto a la Matriz de Comunicaciones

Sistema de información y comunicación

Productos mínimos: Sistema de Información para el proceso documental institucional

Nuevo diagnóstico:

1.- Proyecto incluido en el POAI.

2.- El proyecto se realizará por fases

Productos mínimos: Sistema de Información para la atención de PQR o Derechos de Petición de los ciudadanos.

Nuevo diagnóstico: Sistema de información para el manejo de los recursos Humanos, físicos, tecnológicos y financieros

Productos mínimos: Punto de Atención al Usuario

Nuevo diagnóstico: Para el IDSN, el elemento de mayor importancia es la *atención al usuario* y lo trata de tener al día y actualizado desde todos los puntos de vista.

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

Nuevo Diagnóstico: La comunidad para su participación efectiva y eficiente en el proceso de construcción colectiva de una salud digna, debe estar "*formada e informada*".

HAROLD VALLEJO CALDERON
Jefe Oficina Asesora de Control Interno

MATRIZ DE EVALUACION DE CONTROL INTERNO POR DEPENDENCIAS 2.015

MOD.	CMP/TE	Núm.	ELEMENTO	PUN T/ #	INTERP X #	P/JE COP/TE	INTERP/ COMP/TE	P/AJ M/DUL	INTERP MDULO
A NE AC	1.1 TALENTO HUMANO	1.1	COMPOENETE DE TALENTO HUMANO	4,0	SATISF.	4,0		4,0	SATISF.

		1.1.1	Acuerdos, compromisos o protocolos éticos	4,0	SATISF.		SATISF.			
		1.1.2	Desarrollo del Talento Humano	4,0	SATISF.					
	1.2 DIRECC/IENTO ESTRATÉGICO		1.2	Componente Direcc/iento Estratégico	4,0	SATISF.	4,0		SATISF.	
			1.2.1	Planes, Programas y Proyectos	4	SATISF.				
			1.2.2	Modelo Operación por procesos	4,0	SATISF.				
			1.2.3	Estructura Organizacional	4	SATISF.				
			1.2.4	Indicadores de Gestión	4	SATISF.				
			1.2.5	Políticas de Operación	4	SATISF.				
			1,3 AD/TRACION DEL RIESGO		1.3	Componente Administración del riesgo				4,0
	1.3.1	Políticas de Administración del Riesgo			4,0	SATISF.				
	1.3.2	Contexto Estratégico			4	SATISF.				
	1.3.3	Identificación del Riesgo			4	SATISF.				
	1.3.4	Análisis y Valoración del Riesgo			4	SATISF.				
	CONTROL DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO	2.1. COMPONENTE AUTOEVALUAC. INSTITUCIONAL	2.1	Componente Autoev/ación Institucional	4	SATISF.	4,0		4,0	SATISF.
			2.1.1	Autoevaluación de control y Gestión	4	SATISF.				
2.2. AUDITORÍA INTERNA		2.2	Componente Auditoría Interna	4	SATISF.	4,0	SATISF.			
		2.2.1	Auditoría de Gestión	4	SATISF.					
2.3 PLANES DE MEJ/MIENTO		2.3	Componente Planes de Mejoramiento	4	SATISF.	4,0	SATISF.			
		2.3.1	Planes de Mejoramiento	4	SATISF.					
EJE TRANSVERSAL DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	3.1 INFORMACIÓN - COMUNICACIÓN	3.1	Información - Comunicación	4	ADECU.	4	ADECU.	4	ADECU.	
		3.1.1	Información y comunicación externa	4,0	SATISF.					
		3.1.2	Información y comunicación interna	4	SATISF.					
		3.1.3	Sistema de información y comunicación	4	ADECU.					

Fuente: OFICINAS DE CALIDAD & OFICINAS DE CONTROL INTERNO – SOPORTES ADOPCION ACTUALIZACION MECI 2014 IDSN

RESPONSABLES DE LA ELABORACIÓN DE INFORME DE GESTIÓN PARA EMPALME Y RECOMENDACIONES A LA NUEVA ADMINISTRACIÓN

**Lista de Chequeo
Cuadro N° 2**

N°	Formato	Responsable	Estado
GESTION Y DESARROLLO ADMINISTRATIVO			
1	DEFENSA JUDICIAL	Myriam Paz	Análisis Actualizado
2	GESTION CONTRACTUAL	Myriam Paz	Análisis Actualizado
2.1	Archivo Documental Contractual	Myriam Paz	Análisis Actualizado
3	GESTION DEL SISTEMA FINANCIERO	Martin Caicedo	Análisis Nov. 30
4	GESTION DE TALENTO HUMANO	Martin Caicedo	Análisis Actualizado
4.1	Informe de Capacitación PIC	Martin Caicedo	Análisis Actualizado
4.2	Informe de Bienestar Social	Martin Caicedo	Análisis Actualizado
4.3	Informe de Procesos Disciplinarios	Martin Caicedo	Análisis Actualizado
4.4	Informe de Evaluación de Desempeño	Martin Caicedo	Análisis Actualizado
4.5	Informe Acuerdos de Gestión	Martin Caicedo	Análisis Actualizado
5	GESTION DOCUMENTAL Y ARCHIVO	Martín Caicedo	Análisis Actualizado
6	GOBIERNO EN LINEA – SIST. INF.	Gina Montenegro	Análisis Actualizado
7	BANCO DE PROG. Y PROY. DE INV.	Gina Montenegro	Análisis Actualizado
8	CONTROL INTERNO DE GESTION	Harold Vallejo C	Análisis Actualizado
9	RECURSOS FÍSICOS E INVENTARIOS	Martín Caicedo	Análisis Actualizado
10	TRANSPARENCIA R de C y S. al C	Gina M. y Harold V.	Análisis Actualizado
11	Lineamiento POT	NA	NA
12	BALANCE PLAN DE DESARROLLO	Gina Montenegro	Análisis Actualizado
12.1	Relación Planes Sectoriales - Planeación	Gina Montenegro	Análisis Actualizado
GESTION Y DESARROLLO TERRITORIAL			
13	FORMATO FINAL SALUD (TODOS)	Teresa Moreno	Análisis Actualizado
13.1	Estado Aseguramiento BDU A	Javier A. Ruano	Análisis Actualizado
13.2	Red Capacidad Instalada Nariño	Javier A. Ruano	Análisis Actualizado
	Informe Víctimas 2012 - 2015	Einer Valdez	Análisis Actualizado
	Presupuesto Víctimas Emp. 2012 - 2015	Einer Valdez	Análisis Actualizado
	Balance Plan de D/llo 2012 – 2015 Salud	Teresa Moreno	Análisis Actualizado
	Proyección Contratación PPNA y No Pos	Hernán Caicedo	Análisis Actualizado
	Programa Saneamiento Fiscal y Financiero	Martín Caicedo	Análisis Actualizado
	Presentación Convenio 412 Túquerres	Teresa Moreno	Análisis Actualizado
	Informe Lotería de Beneficencia de Nariño	Martín Caicedo	Análisis Actualizado
	Informe Liquidación Coodesur	Martín Caicedo	Análisis Actualizado
	Empalme Temas Sensibles	Varios	Análisis Actualizado

*Los formatos y sus correspondientes anexos se encuentran en medio magnéticos en el Comité Departamental de Empalme, en la Página Web del IDSN y en la Oficina Asesora de Control Interno del IDSN.

RESUMEN CONTRATACION VIGENCIA 2015

N°	Clase	N° Contratos	Valor
1	Funcionamiento	275	\$ 5.912.595.784, 54
2	Inversión	551	\$ 55.949.896.655,46
	Contratos	826	\$ 61.862.492.440,00

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO A LA NUEVA ADMINISTRACION DEL IDSN DURANTE EL PROCESO DE EMPALME

1. ¿Qué aspectos considera que debe tener en cuenta el mandatario electo en el corto plazo (100 primeros días), respecto al Sistema de Control Interno?

LA CULTURA DEL CONTROL INTERNO

- a.- Promover el Autocontrol, a través de la capacitación colectiva de los Servidores Públicos del IDSN.
- b.- Estimular la Autorregulación, mediante la construcción colectiva de manuales, procesos y que permitan el desarrollo, implementación y fortalecimiento continuo del MECI.
- c.- 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.

2. ¿Cuáles considera que fueron los aspectos positivos y negativos en la actualización del MECI?

ASPECTOS POSITIVOS

- Evidenciar compromiso con la integridad y valores éticos del Estado
- Cohesión de la estructura, autoridad y responsabilidad
- Ejercer la responsabilidad, importancia y gravedad de la Supervisión.
- Demostrar coherencia con los Planes de Desarrollo (Nacional, Decenal y PTS)
- 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 Seleccionar y desarrollar controles del SGC.
- Desplegar a través de políticas y procedimientos la misión institucional.
- Usar información relevante.
- Comunicar, informar y capacitar
- Comunicar externamente.
- Realizar evaluación continua.
- Evaluar y comunicar las deficiencias.

NEGATIVOS

- La tendencia a permanecer en lugares de confort.

<p>1. ¿Qué aspectos considera que debe tener en cuenta el mandatario electo en el corto plazo (100 primeros días), respecto al Sistema de Control Interno?</p>	<p>LA CULTURA DEL CONTROL INTERNO</p> <p>a.- Promover el Autocontrol, a través de la capacitación periódica colectiva de los Servidores Públicos del IDSN (funcionarios y contratistas),</p> <p>b.- Estimular la Autorregulación, mediante la construcción colectiva de manuales, procesos y que permitan el desarrollo, implementación y fortalecimiento continuo del MECI.</p> <p>c.- 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.</p>
<p>2. ¿Cuáles considera que fueron los aspectos positivos y negativos en la implementación del Nuevo MECI?</p>	<p>ASPECTOS POSITIVOS</p> <p>Evidenciar compromiso con la integridad y valores éticos del Estado</p> <p>Cohesión de la estructura, autoridad y responsabilidad</p> <p>Ejercer la responsabilidad, importancia y gravedad de la Supervisión.</p> <p>Demstrar coherencia con los Planes de Desarrollo (Nacional, Decenal y PTS)</p> <p>Hacer proactiva la rendición pública de cuentas.</p> <p>Desarrollar los Objetivos misionales con eficiencia y eficacia.</p> <p>Dinamizar, gestionar, Identificar y analizar riesgos sistemáticamente.</p> <p>Periódica evaluación de los riesgos administrativos y/o de corrupción.</p> <p>Seleccionar y desarrollar actividades de Control Interno de Gestión Seleccionar y desarrollar controles del SGC.</p> <p>Desplegar a través de políticas y procedimientos la misión institucional.</p> <p>Usar información relevante.</p> <p>Comunicar, informar y capacitar</p> <p>Comunicar externamente.</p> <p>Realizar evaluación continua.</p> <p>Evaluar y comunicar las deficiencias.</p> <p>NEGATIVOS</p> <p>La tendencia a permanecer en lugares de confort.</p>

<p>3. ¿Qué considera usted que debería continuar?</p>	<p>a.- La estructura del IDSN b.- El Sistema de Control Interno (MECI) y el Sistema de Gestión de la Calidad c.- Certificación del IDSN por Icontec ISO 9001:2008 - NTC ISO 9001:2008- d.- La gestión de IVC en Salud Pública y en Aseguramiento de la Calidad. e.- La capacitación y asistencia técnica masiva de: Alcaldías, DLS, ESE's, IPS's y en los 64 municipios del Dpto. f.- La Participación ciudadana en las Audiencias Públicas de Redición de Cuentas. e.- La construcción colectiva de herramientas tales como: i) el Plan Anticorrupción y de Atención Ciudadana (Mapa de Riesgos) ii) el Código de Ética, Buen Gobierno y Carta de Valores iii) Manual de Funciones y Competencias Laborales iv) Manual del Usuario en Salud v) Manual de Supervisión e Interventoría vi) Publicaciones del (ASIS) y otras publicaciones misionales. f.- El Plan Institucional de Capacitación (PIC)</p>
<p>4. ¿Cuáles son las lecciones aprendidas por la transparencia, anticorrupción, servicio al ciudadano?</p>	<p>Que tanto la cultura en cualquier nivel del Servidor Público y del Contratista, coadyuva para la obtención de mejores y más eficientes niveles de <i>Transparencia, Anticorrupción y la Atención al Ciudadano</i>. Es posible gestionar entre entidades del gobierno departamental, la ESAP, el DAFP, las Universidades, Colciencias y el IDSN: Diplomados y Especializaciones.</p>
<p>5. ¿Cuáles son las dificultades para implementa la transparencia, anticorrupción, servicio al ciudadano</p>	<p>a.- Transparencia: La débil noción de los valores en algunas personas. b.- Anticorrupción: La falta de formación en la cultura del respeto hacia lo público. c.- La falta de formación en la cultura del respeto hacia el ciudadano individual y el ciudadano colectivo.</p>
<p>6. El área financiera la Secretaría General durante la vigencia de 2015, fue objeto de las siguientes Auditorías:</p>	<p>1.- AUDITORIA GUBERNAMENTAL CON ENFOQUE INTEGRAL – MODALIDAD ABREVIADA - CONTRALORIA GENERAL DE NARIÑO – Vigencias 2012 – 2013 y 2014. Al punto 4, CONSOLIDACIÓN DE HALLAZGOS DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO, señala los siguientes hallazgos: a.- Diez (10) hallazgos de tipo Disciplinario b.- Dos (2) hallazgos de tipo Fiscal c.- Dos (2) hallazgos para proceso Administrativo Sancionatorio d.- Diez y seis (16) hallazgos de tipo Administrativo. Concepto: No Fenece.</p>

	<p>2.- PLAN DE VIGILANCIA Y AUDITORIA FISCAL 2015, CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA A LOS RECURSOS DEL SGP VIGENCIA 2014, DEPARTAMENTO DE NARIÑO, ENTRE OTRAS ENTIDADES, EL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO.</p> <p>Señala los siguientes hallazgos:</p> <p>a.- Tres hallazgos (3) tipo A (Administrativo)</p> <p>b.- Un hallazgo (1) tipo BA (Beneficio de Auditoría)</p> <p>c.- Un hallazgo (1) tipo OI (Otras Incidencias)</p> <p>3.- AUDITORÍA DE CARÁCTER INTEGRAL AL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO - SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD, señala los siguientes hallazgos:</p> <p>a.- Cinco (5) hallazgos, componente Financiero</p> <p>b.- Dos (2) hallazgos, Componente SOGC y Red Prestadores</p> <p>c.- Un (1) hallazgo, componente Tecnología</p> <p>En proceso.</p>
--	---

EVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO CONTABLE – VIGENCIA 2015

EVALUACIÓN DEL CONTROL INTERNO CONTABLE	PUNTAJE OBTENIDO	INTERPRETACIÓN
CONTROL INTERNO CONTABLE	4.71	ADECUADO
ETAPA DE RECONOCIMIENTO	4.78	ADECUADO
IDENTIFICACIÓN	4.61	ADECUADO
CLASIFICACIÓN	5.00	ADECUADO
REGISTRO Y AJUSTES	4.75	ADECUADO
ETAPA DE REVELACIÓN	5.00	ADECUADO
ELABORACIÓN DE ESTADOS CONTABLES Y DEMÁS INFORMES	5.00	ADECUADO
ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y COMUNICACIÓN DE LA INFORMACIÓN	5.00	ADECUADO
OTROS ELEMENTOS DE CONTROL	4.37	ADECUADO
ACCIONES IMPLEMENTADAS	4.37	ADECUADO

RANGO E INTERPRETACION DE RESULTADOS	
RANGO	CRITERIO
1.0 – 2.0	INADECUADO
2.1 – 3.0	DEFICIENTE
3.1 – 4.0	SATISFACTORIO
4.1 – 5.0	ADECUADO

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES A LA EVALUACION DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO CONTABLE

CONCLUSIONES AREA CONTABLE:

En conclusión podemos determinar que el Área de Contabilidad maneja un proceso adecuado para su ejecución, se remite a la norma y a los requerimientos que ella haga, se maneja las directrices que emanan la Contaduría General de la Nación y de los diferentes entes de control a quienes aplica.

El manejo de la información contable está bajo la responsabilidad de personas profesionales conocedoras plenamente de la actividad contable, lo que permite tener un alto grado de confiabilidad y razonabilidad de la información financiera generada en las diferentes áreas integradas en el sistema y que son desarrolladas en la entidad.

RECOMENDACIONES:

La Oficina de Control Interno emite las siguientes recomendaciones:

- Las dependencias que generan información para el área de Contabilidad, se recomienda que sea entregada de manera oportuna y debidamente soportada.
- Sensibilizar a las áreas involucradas en el proceso contable de suministrar la información pertinente de acuerdo a los hechos que suceden en cada dependencia, para la realización de unos Estados Financieros razonables y oportunos.
- Realizar el seguimiento periódico a los mapas de riesgos del proceso de gestión financiera, con el fin de verificar su actualización y necesidades del IDSN
- Es fundamental presentar de manera oportuna los avances y ajustes al comité técnico de sostenibilidad contable, con búsqueda de una mejora continua para la dependencia contable y así lograr una efectiva depuración.
- Exigir apoyo oportuno y permanente al proveedor del Sistema Financiero Sysman, y soporte técnico suficiente, que permita solucionar de manera eficaz los requerimientos presentados por las diferentes áreas de la Entidad y que a la vez permita generar información confiable y uniforme para la alta Dirección y para los diferentes entes de control.
- Iniciar de manera prioritaria en la siguiente vigencia un proceso de depuración de la Contabilidad para poder sincerar las cifras y lograr la razonabilidad adecuada y necesaria, tanto para el análisis de Estados Financieros, control de recursos y la presentación uniforme de la información a entes externos.
- Las conciliaciones bancarias debe hacerse periódicamente, de tal forma que el proceso de depuración de las partidas conciliatorias deba realizarse máximo en el mes siguiente a aquel en que se generen, con el fin de garantizar razonablemente la producción de información contable confiable, relevante y comprensible.

- Realizar periódicamente revisiones lideradas por los responsables del proceso de contabilidad, con miras a la implementación de las Normas Internacionales de Información Financiera – NIIF, según Resolución 533 del 8 de octubre de 2.015, los saldos contables deben ser razonables, para constituir una base sólida en el proceso de convergencia.
- Tomar las medidas necesarias frente a la realización de los Back up de la información financiera.
- Continuar con la implementación de las acciones de mejora, suscritas en los planes de mejoramiento del área financiera, que permita subsanar los hallazgos detectados y definir controles para evitar su recurrencia.
- Dirimir de forma definitiva las incoherencias que se presentan por las instrucciones impartidas en la Cuenta Maestra.
- Sanear la Cuenta Contable de “consignaciones sin identificar”
- Realizar oportunamente las devoluciones interbancarias.
- Presentar el PAC oportunamente.
- A partir del SGC, documentar el Plan de Mejora Institucional.

Elaborado por:	Firma:	Fecha:		
HAROLD VALLEJO CALDERON Jefe Oficina de Control Interno		Día	Mes	Año
		29	02	2016
Aprobado por:	Firma:	Fecha:		
OMAR ANDRÉS ALVAREZ MEJÍA Director IDSN.		Día:	Mes:	Año:
		29	02	2016