



INFORME

CÓDIGO: F-PGED05-10

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página 1 de 43

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO Y DEL SGC DEL IDSN NOVIEMBRE – DICIEMBRE 2015 – ENERO – FEBRERO 2016	Fecha			Informe N°
	Día	Mes	Año	
	10	03	2016	01
Para: PUBLICACION EN LA PÁGINA WEB - LINK OFICINA DE CONTROL INTERNO (OCI) DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO (IDSN)				
Descripción del Informe				
<p style="text-align: center;">Informe Pormenorizado del Estado del CONTROL INTERNO Cuatrimestre Noviembre - Diciembre de 2015 Enero – Febrero de 2016</p> <p style="text-align: right;"><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>				

En atención a la regulación contenida en el artículo 9° de la Ley 1474 de 2011, el Jefe de la Oficina de Control Interno del Instituto Departamental de Salud de Nariño – IDSN presenta el “Informe pormenorizado del estado del Control Interno del IDSN”, de conformidad con el Decreto 943 de mayo 21 de 2014 y el “Manual de Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano MECI”, en general y, a las “Directrices para el Desarrollo del Control Interno del IDSN.”.

**MODELO ESTANDAR DE CONTROL INTERNO PARA EL
ESTADO COLOMBIANO – MECI
(Decreto 943 de 2014)**



CONTENIDO:

1. MODULO DE PLANEACION Y GESTION:

1.1. Componente del Talento Humano:

- 1.1.1. Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos.
- 1.1.2. Desarrollo del Talento Humano.

1.2. Componente de Direccionamiento Estratégico:

- 1.2.1. Planes Programas y proyectos.
- 1.2.2. Modelo de Operación por Procesos.
- 1.2.3. Estructura Organizacional.
- 1.2.4. Indicadores de Gestión.
- 1.2.5. Políticas de Operación.

1.3. Componente Administración del Riesgo

2. MODULO DE EVALUCION Y SEGUIMIENTO

- 2.1. Componente Auto Evaluación Institucional.
- 2.2. Componente de Auditoria Interna.
- 2.3. Componente Planes de Mejoramiento

3. EJE TRANSVERSAL: INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

DESARROLLO DE ACTIVIDADES:

Presentación

Es de fundamental importancia tener en cuenta que se han producido importantes cambios normativos tendientes a modernizar la estructura administrativa del Estado colombiano, particularmente, orientados a optimizar los procesos de eficiencia, efectividad, calidad, anticorrupción y atención al ciudadano individual y colectivo; para cuyo efecto se han expedido disposiciones tales como el Decreto 1083 de 2015, “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector de Función Pública.”, el cual, como lo expresa en la parte motiva “...por tratarse de un decreto compilatorio de normas reglamentarias preexistentes, las mismas no requieren de consulta previa alguna, dado que las normas fuente cumplieron al momento de su expedición con las regulaciones vigentes sobre la materia....”, y que, por supuesto, guarda correspondencia con el de los decretos compilados.

Por otra parte, es importante tener en cuenta que durante el Cuatrimestre informado, se produjo el cambio de periodo de los gobiernos territoriales lo que conllevó a la realización de los procesos de “Empalme” regulados por los Artículos 78 de la Ley 1474 de 2011 y 50 de la Ley 1757 de 2015” y desarrollados en los diversos Instructivos diseñados por el DNP, los cuales en el IDSN se cumplieron en su integridad.

Con fundamento en los desarrollos establecidos por el Decreto 943 de mayo 21 de 2014 y, en el “Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado colombiano”, la Oficina de Control Interno del IDSN, presenta el siguiente “Informe pormenorizado del estado del Control Interno del IDSN”, correspondiente al cuatrimestre comprendido entre noviembre - diciembre de 2015 y enero – febrero de 2016.

1. MODULO DE PLANEACION Y GESTION:

1.1. Componente del Talento Humano:

1.1.1. Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos.

Adoptado y en ejecución el Código de Ética y Buen Gobierno del IDSN, la Oficina de Talento Humano lidera los procesos de la actualización y modernización de estos documentos.

Se requiere profundizar y fortalecer su conocimiento generalizado y proactivo por los servidores públicos. La nueva administración busca promover su difusión entre la población beneficiaria.

1.1.2. Desarrollo del Talento Humano.

El IDSN, cuenta con las herramientas adecuadas para la evaluación del desempeño del talento humano vinculado a la Carrera Administrativa de acuerdo con los lineamientos de la Comisión Nacional del Servicio Civil y lo dispuesto por el manual de Funciones y Competencias Laborales del Instituto Departamental de Salud de Nariño.

➤ **Proceso Gestión del Talento Humano**

- Objetivo: Propender por la adecuada administración, desarrollo de competencias, bienestar, salud y ambientes seguros de trabajo del talento humano del IDSN, que permitan controlar y minimizar los riesgos existentes en el ámbito laboral;
- Plan de cargos actualizado Manual Específico de Funciones y Competencias Laborales actualizado.
- Evaluación Acuerdos de Gestión
- Evaluaciones de desempeño
- Plan anual de vacaciones consolidado
- Software actualizado según plan de cargos
- Política de seguridad y salud en el trabajo comunicada a toda la organización.
- Mapa de Riesgos.
- Cronograma de actividades del SG-SST aprobado.

➤ **Reglamento Interno de Trabajo:**

- Formatos de evaluación de habilidades y competencias de los niveles directivo, profesional, técnico y asistencial.
- Clima organizacional
- Gestión de la seguridad y la salud en el trabajo
- Procedimiento Disciplinario servidores y ex - servidores públicos

➤ **Seguridad y salud en el trabajo:**

- Charlas motivacionales de inducción y reinducción, dos horas semanales.
- Día de la Salud: Manejo del estrés laboral.
- Estudio y seguimiento del panorama de riesgos laborales por el COPASO.
- Capacitaciones por la Unidad de Riesgo Laboral URL (Colmena).

➤ **Plan de Información y Capacitación – PIC.**

- Plan de Inducción y Capacitación aprobado.
- Ambientes Web y Gestión Colaborativa para la Entrega de Servicios Públicos.
- Jornadas de Inducción y Reinducción Institucional
- Capacitación a Profesionales para el desarrollo del PAPSIVI.

- **Bienestar.**
- Clima laboral: Taller relaciones interpersonales y comunicación.
- Estrategia Servicio al Cliente.
- Vacaciones recreativas.

1.2. Componente de Direccionamiento Estratégico:

1.2.1. Planes Programas y proyectos.

1.2.1.1 Empalme por cambio de administración

Hipervínculos: Página Web IDSN:

Informe de Control Interno Contable para Empalme 2015 – 2016 (Link: Oficina de Control Interno)

<http://www.idsn.gov.co/index.php-oficina-de-control.interno>

Informe de Gestión 2012 – 2015 (Para Empalme) (Link Empalme Abierto 2015 – 2016): <http://www.idsn.gov.co/index.php-empalme-2015-2016/view/category/235-2016?start=40>

I.- Fase preparatoria (Septiembre – Octubre)

i.- Conformación Equipo de Trabajo de Empalme del IDSN:

ii.- Construcción Agenda de Trabajo Interna.-

II.- Identificación y levantamiento de la Información

A continuación se presente una Lista de Chequeo en la que se relacionan los Formularios establecidos por la DNP debidamente diligenciados por parte de cada uno de los integrantes del Equipo de Empalme y sus equipos de trabajo por dependencias con los correspondientes anexos en Word, como se dijo, resuelto inicialmente a 30 de octubre. Estos Formatos que fueron enviados por Correo Electrónico el día 25 de octubre por parte de la Dirección, el Coordinador de Empalme y el Jefe de la Oficina de Control Interno del IDSN a la COMISIÓN DEPARTAMENTAL DE EMPALME, con copias a la Oficina de Control Interno de la Gobernación para su entrega a la Comisión de Empalme del gobierno entrante.

Elaboración de informe de gestión y recomendaciones a la nueva administración.-

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

1.2.1. Modelo de Operación por Procesos.

Presentación de propuesta de mapa de 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.

Los procesos de Gestión Documental y los protocolos de servicios aprobados cuentan con el análisis normativo y la articulación con las políticas de Gobierno en Línea, transparencia, Calidad, y Ley de Archivos.

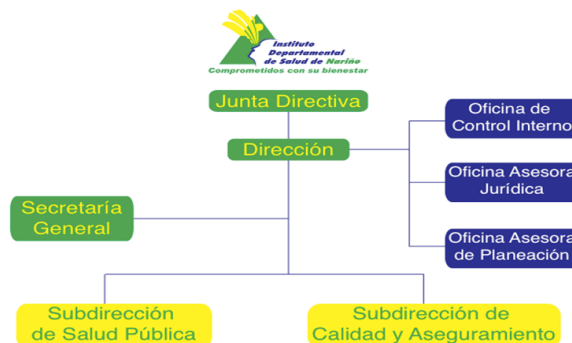
1.2.2. Estructura Organizacional.

Se trabajó por la Oficina de Talento Humano el proceso de actualización del Manual de Funciones y Competencias Laborales del IDSN, basado en lo dispuesto por el Decreto 1785 de 2014, por el cual se establecieron las funciones y los requisitos generales para los empleos públicos de los distintos niveles jerárquicos del Estado y se dictaron otras disposiciones.

También se efectuó la consolidación la estructura institucional, a través de:

- Equipo directivo con visión estratégica consolidada.
- Fortalecimiento interno (Confirmación Certificación ICONTEC)
- Líneas estratégicas.
- Trabajo por proyectos.
- Estrategia de comunicaciones.
- Relaciones intersectoriales.
- Plan de Desarrollo Territorial de Salud.
- Plan de Desarrollo Departamental.
- Relación sectorial - Ministerio de Salud y de la Protección Social.

Estructura Organizacional

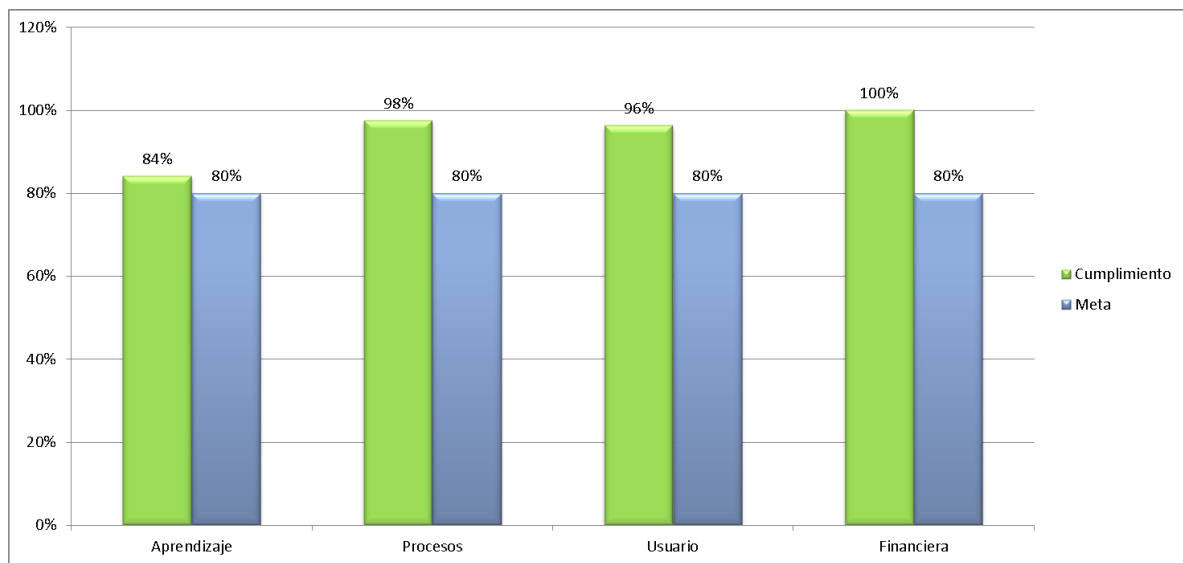


1.2.3. Indicadores de Gestión.

El Sistema Integrado de Mando Unificado SIMU generado por el SGC del IDSN (Subdirección de Calidad y Aseguramiento), tiene por objetivo es establecer un mecanismo para revisar el desempeño de los procesos, con el fin de identificar las necesidades de mejora, tal como se puede apreciar en los siguientes cuadros:

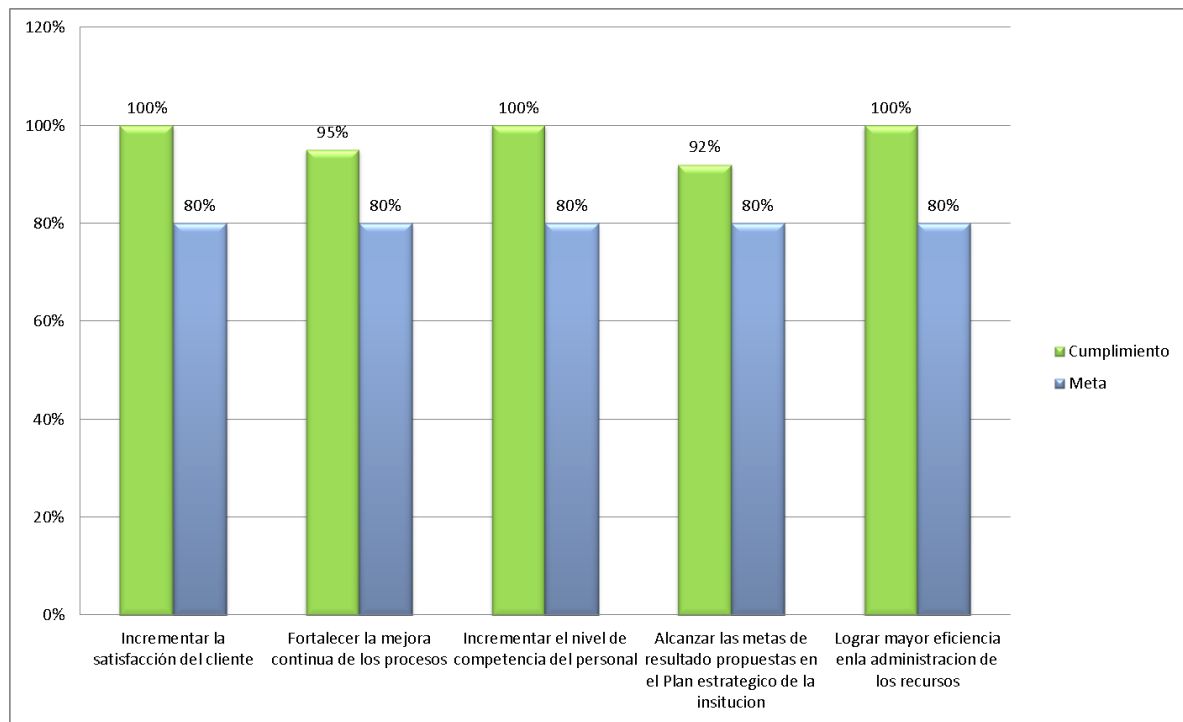
SISTEMA DE INDICADORES DE MANDO UNIFICADO – SIMU.

PERSPECTIVAS SIMU				
	Aprendizaje	Procesos	Usuario	Financiera
Cumplimiento	84%	98%	96%	100%
Meta	80%	80%	80%	80%

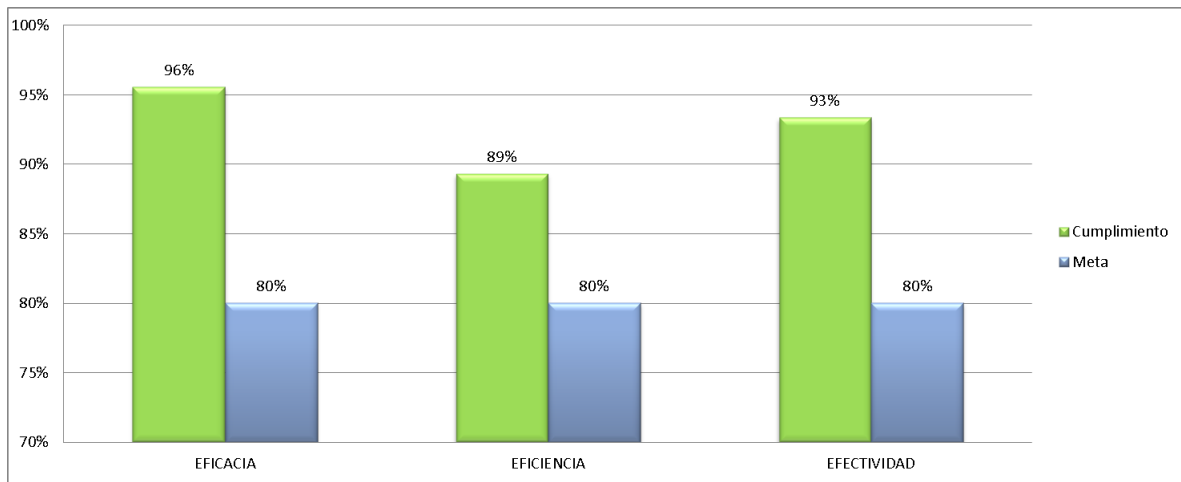


OBJETIVOS DE CALIDAD

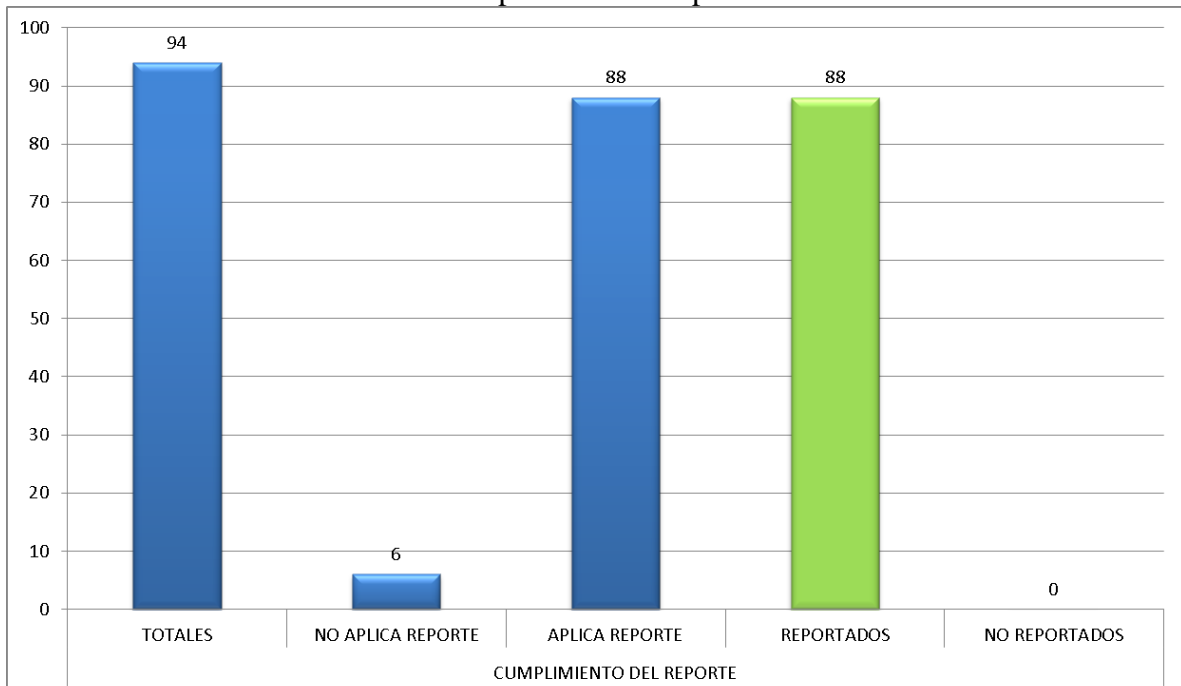
	Incrementar la satisfacción del cliente	Fortalecer la mejora continua de los procesos	Incrementar el nivel de competencia del personal	Alcanzar las metas de resultado propuestas en el Plan estratégico de la institución.		
Cumplimiento	100%	95%	100%	92%		
Meta	80%	80%	80%	80%		



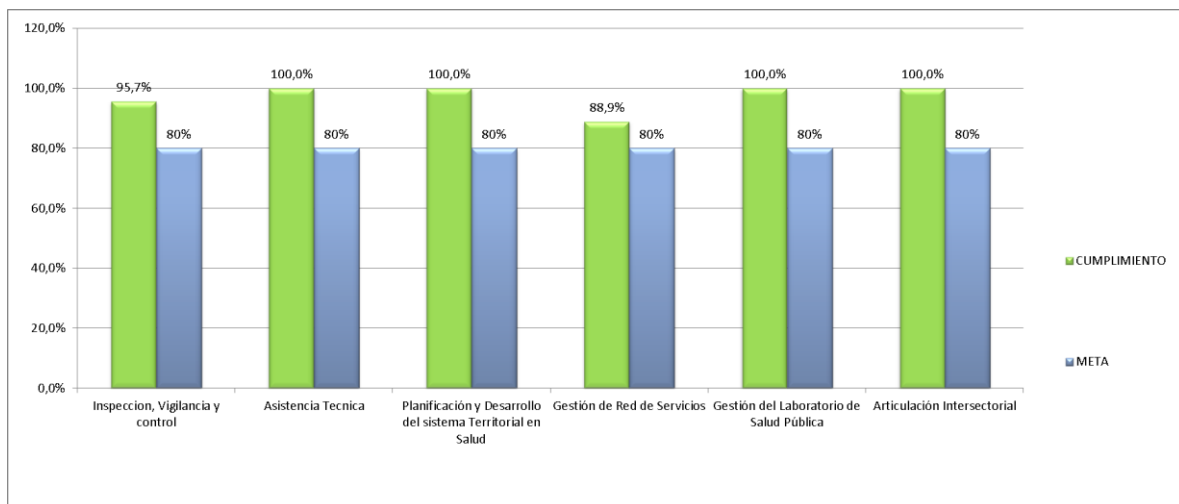
TIPO DE INDICADOR			
	EFICACIA	EFICIENCIA	EFFECTIVIDAD
Cumplimiento	96%	89%	93%
Meta	80%	80%	80%



Cumplimiento de reporte

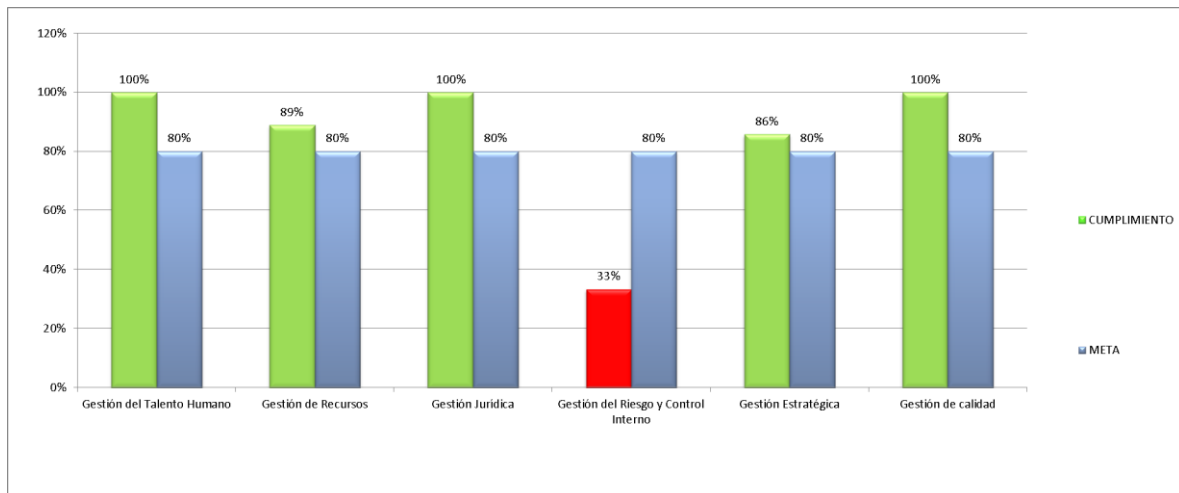


CUMPLIMIENTO META PROCESOS MISIONALES		
PROCESO	CUMPLIMIENTO	META
Inspección, Vigilancia y control	95,7%	80%
Asistencia Técnica	100,0%	80%
Planificación y Desarrollo del sistema Territorial en Salud	100,0%	80%
Gestión de Red de Servicios	88,9%	80%
Gestión del Laboratorio de Salud Pública	100,0%	80%
Articulación Intersectorial	100,0%	80%

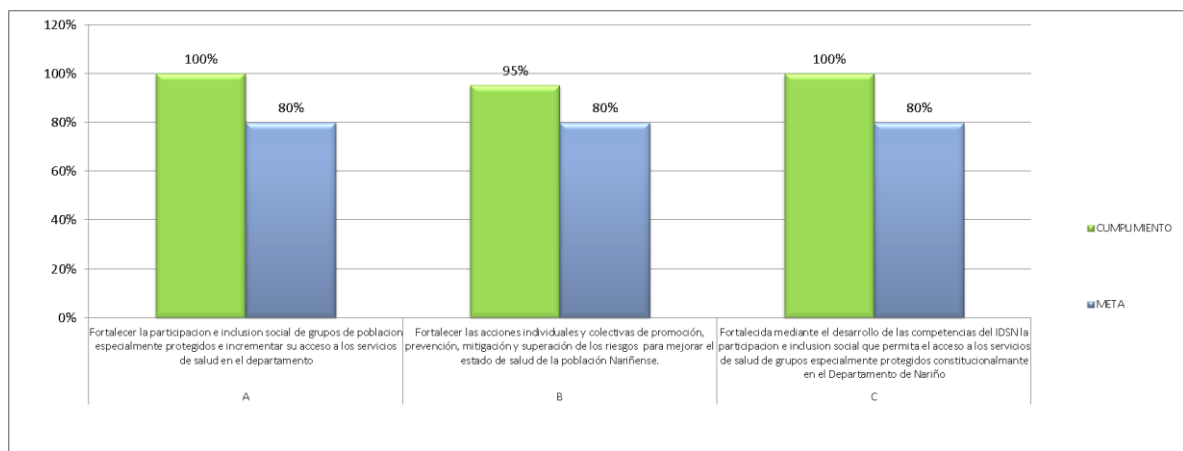


CUMPLIMIENTO META PROCESOS DE APOYO Y ESTRATEGICO

PROCESO	CUMPLIMIENTO	META
Gestión del Talento Humano	100%	80%
Gestión de Recursos	89%	80%
Gestión Jurídica	100%	80%
Gestión del Riesgo y Control Interno	33%	80%
Gestión Estratégica	86%	80%
Gestión de calidad	100%	80%

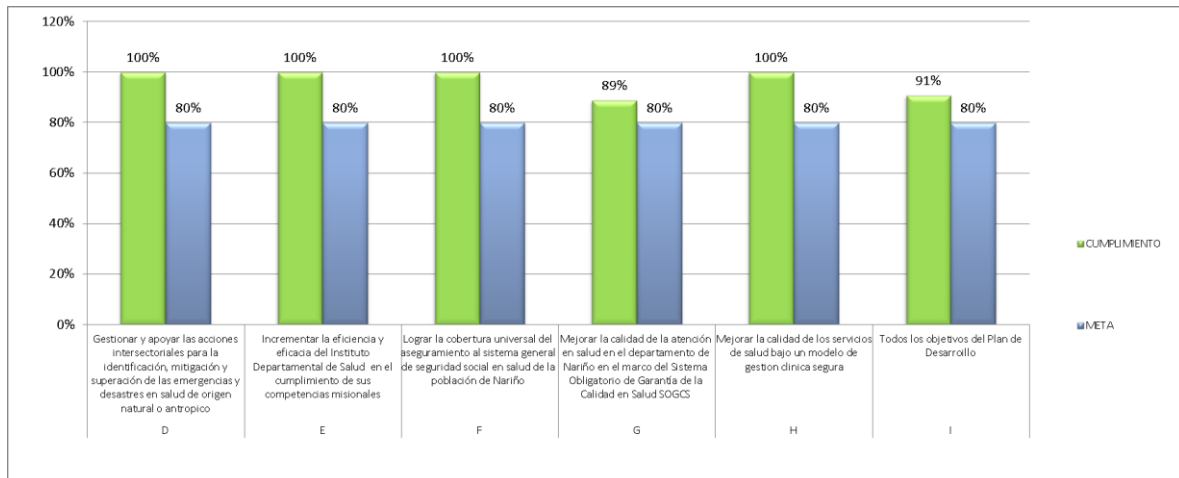


OBJETIVOS PLAN DE DESARROLLO			
OBJETIVO		CUMPLIMIENTO	META
A	Fortalecer la participación e inclusión social de grupos de población especialmente protegidos e incrementar su acceso a los servicios de salud en el departamento	100%	80%
B	Fortalecer las acciones individuales y colectivas de promoción, prevención, mitigación y superación de los riesgos para mejorar el estado de salud de la población Nariñense.	95%	80%
C	Fortalecida mediante el desarrollo de las competencias del IDSN la participación e inclusión social que permita el acceso a los servicios de salud de grupos especialmente protegidos constitucionalmente en el Departamento de Nariño	100%	80%



OBJETIVOS PLAN DE DESARROLLO			
OBJETIVO		CUMPLIMIENTO	META
D	Gestionar y apoyar las acciones intersectoriales para la identificación, mitigación y superación de las emergencias y desastres en salud de origen natural o antrópico	100%	80%
E	Incrementar la eficiencia y eficacia del Instituto Departamental de Salud en el cumplimiento de sus competencias misionales	100%	80%
F	Lograr la cobertura universal del aseguramiento al sistema general de seguridad social en salud de la población de Nariño	100%	80%
G	Mejorar la calidad de la atención en salud en el departamento de Nariño en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud SOGCS	89%	80%
H	Mejorar la calidad de los servicios de salud bajo un modelo de gestión clínica segura	100%	80%
I	Todos los objetivos del Plan de Desarrollo	91%	80%

OBJETIVOS PLAN DE DESARROLLO



OPORTUNIDAD EN EL REPORTE POR PROCESO

PROCESO	OPORTUNO	EXTEMPORANEO	NO REPORTADO
Gestión del Talento Humano		X	
Gestión de Recursos		X	
Gestión Jurídica	X		
Gestión del Riesgo y Control Interno		X	
Gestión Estratégica		X	
Gestión de calidad	X		
Inspección, Vigilancia y control	X		
Asistencia Técnica	X		
Planificación y Desarrollo del sistema Territorial en Salud		X	
Gestión de Red de Servicios	X		
Gestión del Laboratorio de Salud Pública	X		
Articulación Intersectorial	X		
12	7	5	0
100,00%	58,33%	41,67%	0,00%

1.2.4. 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 Manuales de Calidad en las diferentes dependencias del Instituto, los cuales se encuentran disponibles en la Web institucional.

Se encuentran publicadas las Políticas transversales en los procesos de Direccionamiento Estratégico, Formulación, Instrumentalización, Difusión, Apoyo Jurídico y Conciliación, Defensa Judicial y Prevención del Daño Antijurídico.

1.3. Componente Administración del Riesgo.

En el actual mapa se contemplan 61 riesgos, clasificados en el Mapa de Riesgos Consolidado como: Riesgos de Calidad - Riesgos de Control Interno y los Riesgos de Corrupción. Téngase en cuenta que para el periodo 2015 se incrementaron 3 riesgos. De acuerdo a esta información se tiene que de los 62 riesgos, 29 se clasificaron como de “Corrupción” o sea el 51% y 33 de “Calidad y Control Interno” o sea el 49%.

MAPA DE RIESGOS IDSN – VIGENCIA 2015

Publicación en la página web de la entidad, en el siguiente link: <http://www.idsn.gov>



Los riesgos institucionales asociados tanto al Sistema de Gestión de Calidad y Control Interno, como los relacionados con el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, son *identificados, analizados, valorados, seguidos y controlados según su probabilidad de ocurrencia y consecuencias*, bajo el procedimiento de Administración del Riesgo y Guía de Gestión del Riesgo institucionales y demás normas aplicables.

Lo anterior para el adecuado desarrollo de la administración y gestión de los riesgos, para *Eliminar, Mitigar la Probabilidad o la Consecuencias, Compartir o Transferir y/o Asumir un riesgo*.

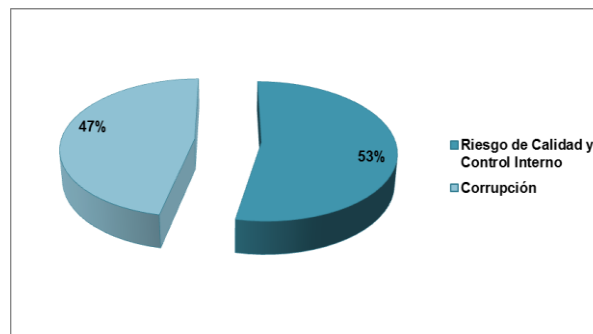
El monitoreo y seguimiento al riesgo en el IDSN, es responsabilidad de *Subdirector, Jefe de Oficina, Secretario General, Control Interno y los responsables definidos en cada plan de acción y auditores internos de calidad*.

En la actualidad el IDSN, cuenta con un Mapa de Riesgos consolidado, en el cual se referencian 3 Procesos Estratégicos: (i) Dirección, (ii) Calidad y (iii) Gestión del Riesgo y Control Interno, 6 Procesos Misionales: (i) Inspección, Vigilancia y Control, (ii) Gestión de Red de Servicios, (iii) Asistencia Técnica, (iv) Gestión de Laboratorio de Salud Pública, (v) Articulación Intersectorial y (vi) Planificación y Desarrollo y 3 Procesos de Apoyo: (i) Gestión Jurídica, (ii) Gestión de Talento Humano y (iii) Gestión de Recursos).

El mapa de riesgos institucional se ajustó de acuerdo a la nueva Norma Técnica ISO 31000 (NTC – ISO 31000). El seguimiento al riesgo se realiza conforme a lo estipulado en el apartado 1.3 “*Administración del Riesgo*” del Modelo Estándar de Control Interno MECI.

CLASIFICACIÓN DE LOS RIESGOS IDSN 2015

En el IDSN se tiene estructurada una matriz de riesgos que contiene 62 riesgos, 29 se clasificaron como Riesgos asociados a Corrupción (46%) y 33 asociados a Calidad y Control Interno (54%).



Según los procesos a los que se asocian, los riesgos se clasifican de esta manera:

Proceso	Riesgo Asociado a Calidad y Control Interno				Riesgo Asociado a Corrupción			
	Muy Alto	Alto	Medio	Bajo	Muy Alto	Alto	Medio	Bajo
Gestión Estratégica			2					
Gestión Jurídica				2			2	
Gestión Calidad			1				1	
Gestión de Riesgo y Control Interno			1					1
Gestión de Talento Humano			1	2				2
Gestión de Recursos			5				1	2
Articulación Intersectorial				1				1
Asistencia Técnica	1						1	
Inspección, Vigilancia y Control		1	1	2				6
Laboratorio y Salud Pública			1	3			2	
Salud Pública		1						
Gestión Red de Servicios				2				3
Planificación y Desarrollo del Sistema Territorial en Salud			4			1	2	
Secretaría General			2				2	
Dirección y Control Interno Disciplinario							1	
Calidad y Aseguramiento - Salud Pública							1	
Subtotal	1	2	18	12	0	1	13	15
Total	62							

Según su nivel de criticidad o severidad se clasifican de la siguiente manera:

CALIFICACION	RIESGO CORRUPCIÓN	RIESGO CALIDAD Y CI	CANT.
Muy Alto	0	1	1
Alto	1	2	3
Medio	13	17	30
Bajo	15	13	28
TOTAL DE RIESGOS			62

SEGUIMIENTO AL RIESGO

RIESGOS NUEVOS VIGENCIA 2015

Para la vigencia 2015 se han incluido los siguientes riesgos:

Riesgo No. 10 “Ocurrencia de situaciones que impidan la ejecución contractual (Gestión Jurídica)”.

Seguimiento OCIG: Con respecto a este riesgo la OAJ, ha dado cumplimiento al plan de acción radicado en la OCIG, realizando:

1. A través de las charlas motivacionales que le corresponden a la OAJ, se ha capacitado al personal del IDSN acerca de los procedimientos de contratación, así mismo acerca de la normatividad vigente y actualizada aplicable a la misma, tal es el caso de Decreto No 1082, que derogó el decreto 1510 de 2013 y entró a regir a partir del 1 de junio de 2015. Evidencian dichas charlas las capacitaciones de los días 06 de abril de 2015, 25 de mayo de 2015, 09 de junio de 2015 y 13 de julio de 2015.
2. La OAJ, mediante las charlas motivacionales capacita de manera permanente a los servidores del IDSN, que ejercen funciones de supervisión de contratos.
3. Por medio de la Res. No. 1685 del 01/06/2015, se aprobó el Manual de Supervisión e Interventoría para el IDSN, mismo que fue socializado tanto por la OAJ como por la OCI a todo el personal del IDSN, en charla motivacional de fecha 09/06/2015, en la que además se hizo entrega de una copia del Manual de Supervisión e Interventoría en medio físico y magnético, a cada una de las subdirecciones y jefes de dependencia, así mismo aparece ubicado dicho documento en la página web del IDSN, para permanente consulta. Cabe resaltar que en la asesoría y atención al público que desarrolla la OAJ, en forma permanente se absuelven inquietudes que al respecto presentan los funcionarios del IDSN, sobre el tema.
4. El seguimiento al Plan de Adquisiciones se ha realizado dos en las fechas: abril y junio de 2015, a través de Comité de Adquisiciones en el que se convocó y estuvieron presentes: las subdirecciones, los jefes de oficina y/o los responsable y, trimestralmente se envía una relación a cada dependencia de los contratos, a cargo de su oficina en el que se indica el Supervisor del contrato, para que se haga seguimiento a la ejecución del PAA, es de señalar que no existe una periodicidad en el seguimiento, sin embargo su revisión se realiza a solicitud de los miembros del comité, tantas veces sea necesario.

Riesgo No. 43 “Manejo de equipos que no cumplan condiciones técnicas para análisis de Laboratorio (calibración, mantenimiento, verificación, validación) (Laboratorio de Salud Pública)”.

Seguimiento OCIG: Frente a este riesgo, LSP, ha realizado las siguientes acciones según informe:

1. Se tiene contemplado en los estudios previos las especificaciones técnicas para la adquisición de los equipos de acuerdo a técnicas de análisis a realizar. Se presentarán en comité de adquisiciones del mes de octubre para su aprobación ya que no se pudo realizar antes porque no se contaba con recursos y se esperó a que salieran los procesos de reactivos e insumos para tomar los recursos que quedaran de este proceso.
2. Se tiene contemplado en los estudios previos las especificaciones técnicas para la contratación de los servicios de mantenimiento, calibración y validación de los equipos de acuerdo a las necesidades y requisitos de la norma ISO/IEC 17025.
3. Se hizo la sustentación del proceso de contratación del proceso de mantenimiento, calibración y validación en el comité de adquisiciones del mes de mayo de 2015. Se da aprobación de los procesos en el mes de agosto en dicho comité. Se firma y aprueba desde SSP a finales del mes de septiembre y se entrega a jurídica para subida del proceso al portal de contratación. El proceso de calibración fue firmado el 8 de octubre de 2015 y se entregó el mismo día a jurídica para que suba el proceso.
4. Se inició desde el mes de marzo la actualización de inventario de equipos del LSP.
5. Se realizó la verificación del cumplimiento de contratos en la ejecución de mantenimiento, calibración y validación de equipos del año 2014, que se ejecutó hasta el 30 de mayo de 2015 evidenciando el cumplimiento de todo lo programado.

En Comité Técnico Coordinador de Control Interno, llevado a cabo en el mes de agosto de 2015, se informó que el riesgo: **“Posible uso de una metodología no efectiva en la asistencia técnica. (Asistencia Técnica)”**, también estaba contemplado para el proceso de IVC, se analiza y se determina que este riesgo se relaciona es con el proceso de Asistencia Técnica y no con IVC, por lo tanto se elimina.

De los 62 Riesgos de Calidad y Control Interno y de Corrupción, se ha desarrollado el respectivo seguimiento y la verificación de soportes o evidencias de las acciones realizadas durante este periodo.

De este seguimiento al Mapa de Riesgos realizado con corte a 30 de Diciembre de 2015, se tienen los siguientes resultados:

RIESGOS MUY ALTOS

Se presenta un (1) riesgo calificado como de **Muy Alto** en su criticidad, el cual debe eliminar las causas que lo generan o establecer controles para evitar la probabilidad, o compartir o transferir.

- **Riesgo No. 26: “Posible uso de una metodología no efectiva en la asistencia técnica”.**

Seguimiento OCIG: Según las acciones suscritas en el Plan radicado en la OCIG y según seguimiento con corte a 30 de Junio y 30 de Septiembre de 2015, estas se han realizado conforme a lo estipulado: adquisición de herramienta tecnológica BLACK BOARD COLLABORAT, capacitación de los funcionarios del IDSN en el manejo de la herramienta, Prueba piloto de herramienta tecnológica BLACK BOARD COLLABORAT y Ejecución de la asistencia técnica por sesiones virtuales por parte de los líderes de Riesgo Laboral, Salud Sexual y Reproductiva y Plan de Salud Territorial.

Estas actividades se plantean con miras a evitar la insatisfacción del cliente, baja capacidad de respuesta y cobertura y en general cumplir con el objetivo de la asistencia técnica.

En este caso las acciones propuestas se han cumplido eficazmente y han mitigado el riesgo, la política de manejo de este riesgo es la adecuada, ya que elimina la causa y evita la probabilidad de ocurrencia.

RIESGOS ALTOS

Se presentan tres (3) riesgos con calificación Alta en su nivel de criticidad, estos riesgos deben ser tratados con el fin de mitigar su probabilidad y sus consecuencias:

- **Riesgo N° 37: “Barreras para el inicio de actividades del equipo de ETV-Tumaco (Laboratorio de Salud Pública)”.**

Seguimiento OCIG: Se solicitó Plan de Acción, mediante mensajes y envío de correos, sin embargo hasta la presentación del informe del IV Trimestre de 2015 no se había radicado en la OCIG, el Plan de Acción.

El día 2 de octubre de 2015, se radica en la OCIG, el plan de acción el cual propone actividades que se han cumplido eficazmente y las cuales se enfocaron a evitar el incumplimiento en el cronograma, la desatención de áreas que requieren acompañamiento permanente por indicadores epidemiológicos, incremento de casos de Enfermedades Transmitidas por Vectores y la probabilidad de ocurrencia de eventos complicados

- **Riesgo N°. 49: “Pérdida de información de los sistemas de los programas del Sistema Integrado de Información en Salud (Planificación y Desarrollo)”.**

Seguimiento OCIG: Según Plan de Acción Radicado en la OCIG, el día 10/08/2015, se plantean las siguientes actividades a cumplir: Analizar, preparar y prever las posibles vulnerabilidades a resolver, mediante la contratación externa de una empresa que maneje aspectos de seguridad de la información (24/09/2015). Contratación externa de personal calificado (empresa) que nos brinde servicios de seguridad de la información (30/09/2015).

Estas actividades tienden a evitar una percepción negativa hacia la imagen institucional y pérdida de credibilidad, incumplimiento de la norma y el objetivo del proceso, apertura de proceso sancionatorio y toma de decisiones inoportunas e inadecuadas.

- **Riesgo N° 60: “Fallas en la coordinación y cruce de asistencias técnicas, IVC y Articulación. Se programan en el mismo lugar y a la misma fecha dirigidas a los mismos actores (Transversal) - Salud Publica”.**

Seguimiento OCIG: Según Plan de Acción, radicado en la OCIG, se observa que se cumplieron las siguientes actividades: Se define un responsable por Subdirección para que consolide la programación de visita y envíe a la Subdirección de Salud Pública. Revisión de las programaciones establecidas e informar sobre cruces de IVC, Asistencia Técnica y Articulación Intersectorial para el respectivo ajuste. Reuniones mensuales de la Subdirección de Salud Pública para revisión de programación.

La subdirección de Salud Pública, mediante el plan de acción ha propuesto actividades que permiten que se evite la afectación del clima laboral, la insatisfacción de los clientes, limitación para operar los POA, reproceso (por reprogramación) y detrimento del patrimonio institucional.

El tratamiento o política de tratamiento para los riesgos calificados como Altos en el IDSN, consiste en establecer la acción correctiva o preventiva en el corto plazo, para mitigar su probabilidad de ocurrencia y el impacto de sus consecuencias.

*De los 62 Riesgos establecidos para esta vigencia 2015, **treinta y uno (31) de ellos fueron calificados con la valoración Media en su criticidad**, teniendo en cuenta el seguimiento realizado a las acciones planteadas para la mejora, se pudo verificar el seguimiento para lograr minimizarlos, el riesgo se asume y mitiga, esto con el propósito de que, para la vigencia 2016, se puedan llevar a calificación Baja.*

De los 62 Riesgos establecidos para esta vigencia 2015, **veintiocho (28) de ellos con calificación Baja en su criticidad**, es decir que su probabilidad es rara o moderada y su impacto es insignificante o menor, lo cual permite a la entidad *asumirlo*. En este caso se han tratado manteniendo los controles actuales.

RIESGOS 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.

Según el seguimiento realizado a 30 de Junio de 2015, a 30 de Septiembre de 2015 y a 30 de Diciembre de 2015, se evidencia como materializados cinco (5) Riesgos, de los cuales tres (3), están clasificados como de Calidad - Control Interno y dos (2) de Corrupción.

En términos de porcentajes, la materialización del riesgo equivale al 8% aproximadamente del total de los riesgos, como lo describe el siguiente cuadro:

No.	RIESGO ASOCIADO	CALIFICACION	PROCESO
1	Riesgo de Corrupción	Medio	Gestión Calidad
2	Calidad y Control Interno	Medio	Gestión Control Interno
3	Calidad y Control Interno	Medio	Secretaria General
4	Calidad y Control Interno	Medio	Secretaria General
5	Riesgo de Corrupción	Medio	Secretaria General

Riesgo Materializado No. 3: “Inexactitud. Falta de información sobre el estado del proceso del trámite al interior de la Institución”. Según auditoria de Calidad realizada a principios del año, se evidencia un No Conforme: “...en el informe seguimiento a procesos que se debe reportar en forma trimestral, se presentó la extemporaneidad en la entrega de la información, solo hasta el vencimiento del Tercer Trimestre se diligencia en el formato de registro de Producto y/o Servicio No Conforme, colocando en riesgo el adecuado seguimiento a los elementos del SGC...”.

Seguimiento OCIG: Del Plan de Acción radicado el 31 de Julio de 2015 en la OCIG, se verificó que ya se ha cumplido las acciones planteadas: “Acompañamiento equipos de trabajo de los procesos del IDSN, para verificar el reporte oportuno y objetivo de información seguimiento a procesos”, mediante circular N° 054 de Dirección, se estableció una programación de acompañamiento a procesos y auditorias del IDSN, diseñada para cumplir de manera oportuna, la ejecución y el seguimiento satisfactorio. “Se reitera que la entrega de información de seguimiento a procesos de calidad, la realice de manera oportuna el Subdirector/Jefe/Secretario General”, “en Revisión por Dirección se solicita a la Alta Dirección la definición de acciones frente al incumplimiento del reporte de información y aquellas tendientes a propiciar su cumplimiento. Se verifica Acta de Reunión”.

Se realiza seguimiento en octubre al cumplimiento de las acciones, las cuales se cumplen en un 100% hasta el día 06/10/2015, el estado del plan es eficaz.

Riesgo Materializado No 6: “Incumplimiento del Plan de Auditorías Internas SGC”. Según auditoria de Calidad, se evidencia incumplimiento del cronograma de auditorías del SGC 2015. Este riesgo tiene alta probabilidad de materialización, en cuanto a que en el momento de la elaboración del Plan, se desconoce situaciones o eventos, que se presentan con posterioridad, por ejemplo: cruce de fechas de las auditorias con auditorias de entes externos, rotación de personal, personal de vacaciones, fuerza mayor, caso fortuito, etc.

Frente a este riesgo Control Interno de Gestión establece Plan de Acción, en el cual como Acción N° 1, es llevar a consideración del Comité Coordinador de Control Interno, el análisis de las causas que materializaron este riesgo, teniendo en cuenta que se origina por incumplimiento del cronograma de Auditorías del SGC.

En el desarrollo de la reunión de CCCI, se analiza y se concluye que este riesgo *se debe asumir, teniendo en cuenta que las causas que materializan este riesgo van a seguir presentes, debido a que se presentan incumplimiento del cronograma y muchas veces cruce del mismo con otras actividades inaplazables, como por ejemplo auditorias de entes externos, o eventos que al momento de proponer el plan de auditorías del SGC, no se conocían.*

Riesgo Materializado N° 16: “Inoportunidad por parte de los responsables, en la Presentación de los documentos dentro del procedimiento Pago de Cuentas”.

Seguimiento OCIG: En el análisis de este riesgo, en consulta del “procedimiento de pago de cuentas del SGC”, se observa que no hay plazo para dicha presentación, por lo tanto no se puede hablar de inoportunidad. Por otra parte se analiza las causas planteadas en el mapa para este riesgo, y no son coherentes, sin embargo, al parecer, se relacionan con el Riesgo 17.

Frente a esta situación se sugiere “modificar” el riesgo 16, de la siguiente manera “Inoportunidad por parte de los supervisores e interventores”, y establecer las causas que si generan efectivamente este riesgo.

Secretaria General, radica Plan de Acción el 6 de agosto de 2015, correspondiente al cuarto trimestre 2015, en el cual plantea como acción correctiva “Tomar medidas correctivas circularizando a todos los interventores o supervisores de la oportuna revisión por parte de ellos”, fecha 18 de agosto de 2015. La OCIG realizará el seguimiento respectivo.

Riesgo Materializado No 17: “Inconsistencia en el contenido de los documentos soportes del procedimiento pago de cuentas”.

**INFORME**

CÓDIGO: F-PGED05-10

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Seguimiento OCIG: Frente a este riesgo Secretaria General, radica Plan de Acción el 06/08/2015, planteado “Tomar medidas correctivas circularizando a todos los interventores o supervisores de la oportuna revisión por parte de ellos”, fecha 15 de agosto de 2015. La OCIG realizara el seguimiento.

Para el Cuarto Trimestre del 2015, se observa que el estado de los riesgos No. 16 y 17, es el mismo. De otra parte nuevamente se presenta la entrega tardía de la información, que se había solicitado desde el día 28 de septiembre de 2015, esta información es enviada al correo de la OCIG el día 16 de octubre de 2015. Por este motivo la OCIG, realizará la verificación del plan de acción.

Riesgo Materializado No 23: “Hurto de bienes institucionales”. Se materializó este riesgo evidenciando en este caso, el hurto de 27 persianas destinadas para baja, que se encontraban en el almacén del IDSN. Frente a este riesgo se estableció Plan de Acción (Acción N° 1: Denuncia Penal, fecha 05/08/2015 y Acción N° 2: Requerir a la empresa de vigilancia para toma de medidas de control y revisión de los bienes que salgan del Instituto con la debida autorización, 06/08/2015).

Seguimiento OCIG: La OCIG, solicita información relacionada, y el Técnico Administrativo Sr. Juan Carlos Rosero Morales, radica en la OCIG, el día 10/08/2015, copia de la denuncia penal con fecha 05/08/2015 ante la Fiscalía General de la Nación, y copia del oficio dirigido a la Empresa de Vigilancia SERVAGRO LTDA., con radicado 10/08/2015.

La oficina de Almacén, ha presentado el informe que desde la Dirección se había solicitado sobre este asunto, mencionando lo siguiente:

- “Se tomaran las medidas de seguridad preventivas en la oficina de almacén y la empresa vigilancia Servagro.
- La investigación judicial sigue su curso en la Fiscalía General de la Nación
- Se formuló Plan de Acción de acuerdo al Riesgo 23 del Mapa de Riesgos”.

RIESGO SIN SEGUIMIENTO

Para el cuarto trimestre de 2015, no fue reportado el seguimiento del Riesgo No. 36: “*Accidentes de tránsito (transporte terrestre y fluvial) en el cumplimiento de visitas de IVC (Inspección, Vigilancia y Control)*”, el cual es responsabilidad de Secretaria General.

Se recomienda plantear actividades que tiendan a: verificar cumplimiento con el plan de mantenimiento del parque auto motor, verificar el plan de Capacitación a los motoristas conductores por las empresas contratadas y capacitación a conductores del IDSN y verificación de pólizas de responsabilidad a terceros por parte de los contratistas del parque automotor y lanchas.

Cabe aclarar que desde la OCIG, se ha realizado la solicitud de la información del seguimiento de este Riesgo y de los demás, con mucha anterioridad y a través de correos, mediante oficios y de manera verbal. Esta situación dificulta que se realice la verificación del seguimiento al riesgo realizado por el responsable.

COMPARATIVO RIESGOS IDSN

	2013	2014	2015
MUY ALTO	4	1	1
ALTO	6	4	3
MEDIO	38	36	30
BAJO	10	20	29
TOTAL	58	61	62

AÑO	RIESGOS MATERIALIZADOS / NO MATERIALIZADOS	TOTAL RIESGOS	CORRUPCIÓN	CALIDAD Y CONTROL INTERNO
2013	RIESGOS MATERIALIZADOS	8	1	7
	RIESGOS NO MATERIALIZADOS	50	-	-
2014	RIESGOS MATERIALIZADOS	7	1	6
	RIESGOS NO MATERIALIZADOS	54	-	-
2015	RIESGOS MATERIALIZADOS	5	2	3
	RIESGOS NO MATERIALIZADOS	57	-	-

1. El comparativo anterior inicia desde la vigencia 2013, teniendo en cuenta que: 1. En el anterior Mapa de Riesgos (2010, 2011 y 2012), la calificación era diferente (importante, moderado, tolerable, aceptable). 2. No existía la posibilidad de riesgo compartidos o transversal, situación que hoy se da en el nuevo mapa de riesgos, por ello en varios de estos su seguimiento es individual, a pesar de presentarse en varios de los proceso a cargo de las diferentes dependencias. Por ello en el año 2013, se pasó de 121 riesgos a 58.
2. Se observa que la materialización del riesgo tiene a ser menor en cada vigencia
3. Para el 2015 se incrementaron 2 riesgos: G.JURIDICA: “Ocurrencia de situaciones que impidan la ejecución contractual ” y G. LABORATORIO DE SP: “Manejo de equipos que no cumplan condiciones técnicas para análisis de Laboratorio (calibración, mantenimiento, verificación, validación)” y se eliminó en CCCI el riesgo 26 "Tráfico de influencias (en la aplicación de las normas que rigen la vigilancia en salud definir adecuadamente el riesgo - ASISTENCIA TÉCNICA), porque este riesgo se presenta en el proceso de IVC y no de AT.

Recomendaciones.-

El fin último de la Administración del Riesgo es propender por el cumplimiento de la Misión, Visión y Objetivos institucionales, los cuales están consignados en la planeación anual de la entidad, las políticas de administración del riesgo deben ir articuladas con la planeación, de manera que no sean políticas aisladas sino complementarias.

Durante el seguimiento del riesgo se evidenció que existe cultura de Administración del Riesgo en la entidad, y desde la Oficina de Control Interno de Gestión se ha brindado continuamente asesoría durante el proceso, se ha trabajado de manera conjunta con las diferentes dependencias cuando ha sido necesario, además con la Capacitación en el tema de Administración del Riesgo, desarrollada el día 5 de octubre del 2015, donde se tocó el tema desde las definiciones básicas (riesgo, corrupción, materialización), el marco normativo, los procedimientos y los formatos incluidos en el SGC, se reforzó el tema y se despejaron inquietudes, todo esto de manera muy didáctica y entendible.

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, para asegurar que las acciones se estén llevando a cabo y evaluar su implementación.
- En cuanto a la política de tratamiento del ***Riesgo Muy Alto N° 26 “Posible uso de una metodología no efectiva en la asistencia técnica. (Asistencia Técnica)”***, presenta 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.
- Con relación a los ***Riesgos Altos: No. 37 “Barreras para el inicio de actividades del equipo de ETV-Tumaco (Laboratorio de Salud Pública)”***, ***No. 49 “Perdida de información de los sistemas de los programas del Sistema Integrado de Información en Salud (Planificación y Desarrollo)”*** y ***No. 60 “Fallas en la coordinación y cruce de asistencias técnicas, IVC y Articulación. Se programan en el mismo lugar y a la misma fecha dirigidas a los mismos actores (Transversal) - Salud Publica”***, presentan Planes de Acción, los cuales se han cumplido en sus actividades propuestas. El tratamiento o política de tratamiento para los riesgos calificados como Altos en el IDSN, ha consistido en establecer la acción correctiva o preventiva en el corto plazo, para mitigar su probabilidad de ocurrencia y el impacto de sus consecuencias.

- Existen *cinco (5) riesgos materializados N° 3 “Inexactitud. Falta de información sobre el estado del proceso del trámite al interior de la Institución, No. 6 “Incumplimiento del Plan de Auditorías Internas SGC”, No. 16 “Inoportunidad por parte de los responsables, en la Presentación de los documentos dentro del procedimiento Pago de Cuentas”, No. 17 “Inconsistencia en el contenido de los documentos soportes del procedimiento pago de cuentas” y No. 23 “Hurto de bienes institucionales”,* estos riesgos tienen nivel de control entre “bajo” y “medio” según el mapa de riesgos; es necesario reforzar o mejorar los controles.

Par el Cuarto Trimestre de 2015, se presenta un Riesgo sin seguimiento, es el **No. 36: “Accidentes de tránsito (transporte terrestre y fluvial) en el cumplimiento de visitas de IVC (Inspección, Vigilancia y Control)”**, el cual es responsabilidad de Secretaria General. Es muy importante hacer seguimiento a esta situación considerada como riesgo, como: Incumplimiento de visitas, accidentes de tránsito (terrestre o fluvial) que conlleven a lesiones personales a los servidores públicos, daños en los bienes e inmuebles del IDSN y lesiones a terceros.

- En la etapa de identificación del Riesgo, se deben analizar todos los eventos o situaciones considerados como potenciales riesgos, los cuales pueden afectar el logro de los Objetivos de la Organización y por lo tanto el cumplimiento de su Misión y Visión. Es importante para el IDSN, que en la actualización del Mapa de Riesgos, se identifique en el contexto Estratégico (relación existente entre la organización y su entorno – DOFA).

Se recomienda el uso de metodologías de recolección previa de la información a la reunión de actualización del Mapa de Riesgos, utilizando herramientas como: entrevistas con expertos en el área de interés, diagramas de flujo, consulta o revisión de auditorías, lluvia de ideas, cuestionarios, etc.

- El Mapa de Riesgos 2015, incluyó como riesgos financieros únicamente la “Inoportunidad e Inconsistencia en los soportes de pago de Cuentas (Riesgos No. 16 y 17)” dentro del Proceso de Gestión de Recursos. Esta área tiene gran cantidad de subprocesos y procedimientos, que se recomienda la inclusión de otras situaciones consideradas riesgos, como por ejemplo: - *falta de verificación de reportes financieros a entes externos – conciliaciones bancarias no depuradas - mora en el pago de obligaciones (impuestos, seguridad social) - fallas en los portales bancarios – presentación de cuentas con saldos no razonables en Estados Financieros, etc.*

El beneficio de incluir todas las posibles situaciones de riesgo, es que la entidad puede a través del monitoreo y seguimiento evitar su materialización, se puede tomar las medidas de prevención.

2. MODULO DE EVALUCION Y SEGUIMIENTO.

Para fortalecer la capacidad institucional del IDSN, la Oficina de Control Interno participó en el proceso de inducción a los nuevos Directivos en seminarios sobre la “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” de los días lunes de cada semana.

- La Contraloría del Departamento de Nariño, viene realizando el seguimiento al Plan de Mejora suscrito por el IDSN, de acuerdo a la Auditoria adelantada durante el año 2015 a los años 2.012, 2013 y 2014.
- La Superintendencia de Salud realizó en el mes de octubre la Auditoría programada para el año 2015, se presentó el correspondiente Informe de Observaciones.
- La Contraloría General de la República realizó la Auditoría Especial al Departamento a la ejecución de los recursos del SGP, correspondiéndole al IDSN Tres (3) hallazgos, Dos (2) de tipo administrativo y Uno (1) Disciplinario, los cuales fueron respondidos en el SIRECI.
- ICONTEC realizo en el mes de octubre la Auditoria de seguimiento a la Certificación, la cual fue ratificada sin observaciones ni hallazgos.

2.1. Componente Auto Evaluación Institucional.

Se llevó a cabo el Comité de Coordinación de Control Interno (CCCI) en diciembre 16 de 2015 y en febrero 6 de 2016, en el cual se dio a conocer la gestión de la Oficina de Control Interno durante el periodo de 2015 y los seguimientos realizados a partir del comité anterior.

La Oficina de Control Interno, en el período comprendido entre los meses de noviembre y diciembre de 2015, presentó y sustentó ante el Comité Coordinador de Control Interno del Instituto Departamental de Salud de Nariño, los siguientes informes, los que fueron ratificados en febrero 10 de 2016:

**PRINCIPALES ACTIVIDADES DE CONTROL INTERNO DESARROLLADAS
PERIODO NOVIEMBRE – DICIEMBRE 2015 Y ENERO FEBRERO 2016**

1	INFORME DE CONTROL INTERNO CONTABLE 2015	25	02	2016
2	INFORMACION CONTABLE CON CORTE A 31 DE DICIEMBRE DE 2015 – ENTREGA DEL SIF POR CAMBIO DE REPRESENTANTE LEGAL.	19	02	2016
3	PLAN DE TRABAJO DE LA OFICINA DE CONTROL INTERNO PRESENTADO AL CCCI VIGENCIA DE 2016	06	02	2016
4	INFORME ANUAL PORMENORIZADO DE CONTROL INTERNO (Empalme Periodo 2012 - 2015)	30	12	2015
3	LISTA DE CHEQUEO CUMPLIMIENTO CIERRE FINANCIERO IDSN INFORME DE CONTROL INTERNO CONTABLE	30	12	2015
4	MATRIZ DE SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORA SUSCRITO CON LA CONTRALORÍA DEPARTAMENTAL AUDITORIAS AÑOS 2012, 2013 Y 2014	30	12	2015
5	MATRIZ DE SEGUIMIENTO AL MECI - IDSN	30	12	2015
6	MATRIZ DE SEGUIMIENTO A LA AUDITORIA DE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD	30	12	2015
7	MATRIZ DE SEGUIMIENTO AL MAPA DE RIESGOS 2015 (CONSOLIDADO)	30	12	2015
8	MATRIZ DE SEGUIMIENTO AL PLAN DE MEJORA A CONTRALORIA G. REPUBLICA AUDITORIA 2015 (SIRECI)	30	12	2015
9	MATRIZ SEGUIMIENTO CONCILIACIONES B/CRIAS AUDITORIAS CI, ORGANISMOS CONTROL EXTERNOS 2051	30	12	2015
10	MATRIZ DE SEGUIMIENTO PLAN ANTICORRUPCION 2015	30	12	2015
11	REUNIÓN COMITÉ DE SOSTENIBILIDAD CONTABLE	30	12	2015
12	MATRIZ DE AUTOEVALUACION DEL CONTROL INTERNO POR DEPENDENCIAS	30	12	2015
13	INFORME DE AUSTERIDAD Y EFCIENCIA DEL GASTO PUBLICO CUATRTO TRIMESTRE 2015	30	12	2015
14	INFORME OFICINA DE CONTROL INTERNO DE LAS AUDITORIAS DEL SGC 2015	30	12	2015
15	INDICADORES “SIMU” 2015	30	12	2015
16	SEGUMIENTO Y APERTURA BUZÓN DE QUEJAS Y RECLAMOS	30	12	2015
17	PARTICIPACION OCI EN LOS PROCESOS DE INDUCCION, REINDUCCION Y CAPACITACION 2015	30	12	2015
18	ASISTENCIA A LOS PROCESOS DE SELECCIÓN DE CONTRATACION Y CUSTODIA OCI DE PROPUESTAS	30	12	2015
19	ARQUEOS DE CAJA MENOR	30	12	2015
20	INFORME EMPALME CONTABLE PREMILINAR PARA EMPALME (Empalme Periodo 2012 - 2015)	23	11	2015

➤ **Informe de seguimiento al trámite de Peticiones, Quejas y Reclamos que ingresaron a la Institución en el periodo Julio – diciembre de 2015.**

El comportamiento de las quejas y reclamos por inconformidad en la prestación deservicio se puede determinar la siguiente información:

- Del total de quejas y reclamos recibidos en el periodo se puede determinar que un 86,1% corresponden a quejas externas, observándose además que estas disminuyeron con respecto al mes anterior en un total de 09 unidades, en cuanto a las quejas internas, estas aumentaron en un total de 2 unidades respectivamente.
- De acuerdo a la información recepcionada en las quejas y reclamos, los aspectos más importantes a tener en cuenta son:
 - ✓ Incrementar la satisfacción del cliente.
 - ✓ Fortalecer la mejora en los procesos.

A la fecha se adelantan las acciones de ajuste en los procedimientos, teniendo en cuenta la normatividad vigente y las competencias del IDSN.

Se recomienda a los funcionarios responsables de brindar atención y respuesta a las quejas y reclamos internos en los términos establecidos para dicho trámite.

➤ **Informe de seguimiento al trámite de los Derechos de Petición que instaurados ante el IDSN durante el periodo octubre a diciembre de 2015.**

Realizado el seguimiento a la oportunidad de respuestas y registro a los Derechos de Petición tramitados por las y los ciudadanos ante el IDSN y, revisado el Sistema de Unidad de Correspondencia (SUIC), se pudo verificar que la anomalía evidenciada en informes anteriores y que dieron origen a diversas observaciones por la OCIG, en esta oportunidad se encuentra que los Derechos de Petición se han descargado del aplicativo SIUC con mayor oportunidad por las diferentes dependencias del IDSN, en su mayoría.

En el transcurso de estos meses de octubre, noviembre y diciembre de 2015, se tramitaron ante el IDSN un total de Trescientos setenta y nueve (379) Derechos de Petición, de los cuales fueron respondidos por las diferentes dependencias un total de un total de trescientos setenta y dos (372), que en términos porcentuales equivale a 99.5%, por consiguiente en la fecha, aparecen sin respuesta un total de veinte (07) Derechos de Petición los que se encuentran en trámite, que equivalen a un 0.5%.

Derechos de Petición Tramitados en el Periodo del Informe

Cuadro N° 1

MES	NUMERO	CON RESPUESTA	SIN RESPUESTA	TOTAL
OCTUBRE	157	157		157
NOVIEMBRE	129	129		129
DICIEMBRE	93	87	6	93
TOTAL	379	372	6	379

**INFORME DESARROLLO DE AUDITORIAS INTERNAS – SGC
(Diciembre de 2015)**

Audit.	Procesos	Hallazgos	Planes cerrado	Planes sin cerrar	Eficaz	No eficaz	Total planes
1	Auditoria Procesos Tumaco (IVC, Asist. Técnica - Gest. Laboratorio - Gest. Calidad)	11	6	4	6		10
2	IVC	3	3		3		3
3	Asistencia Técnica	6	6		6		6
4	Gestión de Red de Servicios	7	8		8		8
5	Gestión de laboratorio	10	10		6	4	10
6	Articulación Intersectorial	2	2		2		2
7	Planificación y Desarrollo del Sistema Territorial en Salud	5	5		5		5
8	Gestión del Talento Humano	13	5	5	5		10
9	Gestión de Recursos	21	14	7	11	3	21
10	Gestión Jurídica	5	5		5		5
11	Gestión del Riesgo y Control Interno	7	4	1	4		5
12	Gestión de Calidad	0	0	0	0	0	0
13	Gestión Estratégica	5	0	5			5
14	Revisión por la Dirección	0	0	0	0	0	0
15	Auditoria de las Auditorias	7	0	2			2
	TOTAL	102	68	24	61	7	92

2.3. Componente Planes de Mejoramiento Auditorias SGC.

Gestión Documental: en este plan de mejoramiento se revisaron 15 acciones, cerradas 11 y pendientes 4.

Se revisaron las acciones que se han llevado a cabo para subsanar los hallazgos detectados en la Auditoria de Gestión realizada al proceso de Medición y Análisis Oficina Asesora de Planeación, en la que se realizó el cierre de los planes de mejoramiento

De acuerdo al anterior cuadro se evidencia que se encuentran un total de 98 planes radicados en la oficina de Control Interno de Gestión, de los cuales 76 de ellos se encuentran cerrados y un total de 16 a la fecha sin cerrar, al mismo tiempo se determina que de los 76 planes cerrados, un total de 69 obtuvieron un valoración de Eficaz y un total de 7 planes de acción fueron valorados como ineficaces los cuales ya cuentan con su nuevo plan de acción.

3. EJE TRANSVERSAL: INFORMACION Y COMUNICACION.

El IDSN cuenta con canales de información y comunicación escrita, virtual, presencial y telefónica.

El principal canal de información y comunicación del IDSN es la Página WEB 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.”*

El sistema de información del IDSN, es un conjunto de elementos orientados al tratamiento y administración de datos e información, organizados y listos para su uso posterior, generados para cubrir una necesidad u objetivo en el área de la Salud. Dichos elementos forman parte de alguna de las siguientes categorías:

- ✓ Personas
- ✓ Datos
- ✓ Actividades o técnicas de trabajo
- ✓ Recursos materiales en general (generalmente recursos informáticos y de comunicación, aunque no necesariamente).

Todos estos elementos interactúan para procesar los datos (incluidos los procesos manuales y automáticos) y dan lugar a información más elaborada, que se distribuye de la manera más adecuada posible en la Institución, en función de sus objetivos.

En ella se publican entre otros:

- Reportes.
- Resoluciones.
- Informes.
- Manuales.
- Red de servicios.
- Gestion.
- Licencias.
- Registros
- Procesos y procedimientos
- Estadísticas.
- Normatividad, etc.

Se referencian algunas de las principales publicaciones realizadas en los últimos días por intermedio de la página Web Institucional entre otras:

- Boletines informativos acerca del Chikungunya, Ébola, etc.
- Nariño presente en el III Congreso Latinoamericano y del Caribe de Salud Global, “Salud Global en la Agenda de Desarrollo POST: 2015 Desafíos desde las Américas”.
- Circular externa No.293, Requisitos para autorizar exclusiones por parte del Ente territorial Departamental IDSN.
- Circular Externa No. 292, Instrucciones del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.
- Circular externa No. 291, Solicitud Información plazas vacantes desde el 01 de Febrero del 2015 al 30 de Abril del 2015, para el servicio social obligatorio.
- Empalme Abierto 2015 – 2016
- Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero
- Plan Decenal de Salud
- Rendición de Cuentas 2015
- Capacitaciones y Eventos 2015.



INFORME

CÓDIGO: F-PGED05-10

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página 34 de 43

MATRIZ DE ASUNTOS PENDIENTES INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO			
Asuntos de Extrema Urgencia **	Asuntos de urgencia moderada **	Asuntos que pueden esperar	Asuntos que pueden esperar
(que deben resolverse en primera semana de gobierno)	(que deben resolverse en el primer mes de gobierno)	(pero que deben ser resueltos)	(pero que no pueden decidirse)
<p>SUBDIRECCION DE CALIDAD Y ASEGURAMIENTO <u>Cuentas Maestras de Aseguramiento y Prestación de servicios:</u> Ninguno</p>	<p>Continuar con el giro directo de los recursos de cofinanciación de régimen subsidiado</p>	<p>Definición de responsabilidades y ejecución de mesa de circular 030 // Generar los informes de SIMU // Hacer seguimiento al POAI // Seguimiento PAA</p>	<p>Continuar con la IV de las EPS, verificar el seguimiento trasladados de las EPS liquidación, seguimiento y depuración BDUA // Seguimiento al uso de recursos de Cuentas Maestras de Aseguramiento y Prestación de servicios</p>
<p>SUBDIRECCION DE CALIDAD Y ASEGURAMIENTO <u>ATENCIÓN AL USUARIO:</u> En la última semana de la vigencia 2015 se debe gestionar la legalización de los contratos de prestación de servicios para tecnología no contempladas en el Pos y atención de PPV a cargo del IDSN // Activar la gestión de cumplimiento de fallos de tutela a cargo del IDSN</p>	<p>Definir contratación vigencia 2016 en tarifas de PSS s/g Manual Tarifario SOAT y para Homólogos según el listado SISMES del MSPS // Activar gestión de auditoría de Cuentas Médicas para no detener flujo de recursos del sistema // Activar la gestión de autorizaciones por tecnologías NO POS y PPNA // Realizar control de pagos de Cuentas por Pagar en listas vigencia 2015 por concepto de PSS // Realizar estudios previos para las selecciones abreviadas para garantizar la contratación de PSS en la vigencia 2016 // Generar los informes de SIMU</p>	<p>Definir y ajustar los montos de contratación según el modelo que se define para la misma en contratos de PSS // Hacer seguimiento a la liquidación de contratos por PSS y a la gestión de la reserva presupuestal // Generar seguimientos conjuntos con las EPS para hacer gestión eficiente de los recursos destinados a Recobros // Gestión de Comités de PPNA // Generar los informes de SIMU // Hacer seguimiento al POAI // Seguimiento al PAA</p>	<p>Establecer de acuerdo a la competencia del IDSN si los tecnología No Pos se han tratado de manera correcta y en concordancia con la unificación de planes</p>
<p>SUBDIRECCION DE CALIDAD Y ASEGURAMIENTO <u>AUDITORIA DE CUENTAS MÉDICAS:</u> Se debe gestionar la continuidad de la función de radicación de cuentas en la dependencia de Auditoría de</p>	<p>Gestionar la activación de auditoría de Cuentas Médicas // Preparación de informes de tecnologías No Pos para el MSPS en plataforma PISIS // Cargue de Circular 030 en conjunto con el ingeniero responsable del software de</p>	<p>Realizar conciliaciones de cuentas médicas S/g previstos en la norma aplicable // Seguimiento al plan de adquisiciones alizar la depuración de cartera según requerimientos externos</p>	<p>Definir la aplicabilidad del % de giro directo a los prestadores de servicios de salud por parte del IDSN // Gestionar oportunidad de</p>

Cuentas Médicas.	auditoria //	de prestadores de servicios de salud //	respuesta de los CTC a las IPS
SUBDIRECCION DE CALIDAD Y ASEGURAMIENTO AUDITORIA DE HABILITACION: Ninguno	Envió de informe consolidado a SNS de Gestión de indicadores de habilitación // Gestionar la alineación de los verificadores según Resolución 2003	Seguimiento avances del software REPS por el MSPS y su implementación en el IDSN // Seg/to al POAI // Seg/to al PAA	Seg/to. acciones de habilitación por el MSPS cuando sea insuficiente el recurso humano por especialidades
SUBDIRECCION DE CALIDAD Y ASEGURAMIENTO INFORME SIHO (Dto. 2193): Ninguno	Evaluación del informe consolidado anual de las ESE del Depto. de Nariño y escalarlo a la plataforma SIHO del MSPS	Generar los informes de SIMU // Hacer seguimiento al POAI: Hacer seguimiento personalizado a los informes enviados por las ESE en los diferentes periodos de reporte.	Hacer seguimiento a la metodología de análisis del MSPS frente al riesgo financiero de las ESE
SUBDIRECCION DE CALIDAD Y ASEGURAMIENTO SEGUIMIENTO A DLS: Ninguno	Validación del plan de visitas a DLS a Míos desertificados y no descentralizados	Seguimiento a DLS: Generación de informes de visitas a DLS y gestión de recursos de reposición // Generar los informes de SIMU // Hacer seguimiento al POAI // Seguimiento al PAA	Seguimiento a DLS: Seguimiento a la metodología de evaluación ajustada de DLS propuesta por el MSPS
SUBDIRECCION DE CALIDAD Y ASEGURAMIENTO PLANES DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO: Ninguno	PLANES DE MANTENIMIENTO HOSPITALARIO: Validación del plan de visitas	Planes de mantenimiento hospitalario: Generación de informes de visitas de seguimiento a PMH // Informes Circular Única // Generar informes de SIMU // Seguimiento al POAI // Seguimiento PAA	Planes de mantenimiento hospitalario: Hacer seguimiento a la prueba piloto enviada desde el IDS al MSPS
SUBDIRECCION DE CALIDAD Y ASEGURAMIENTO CRUE: En la última semana de la vigencia 2015 se deben gestionar la legalización de los contratos de médicos y radio - operadores del CRUE para generar continuidad del servicio las 24 horas los 365 días al año	CRUE: Definición de la contratación con la EPS COMFAMILIAR como Call Center // Participación en comités externos // Pago del espectro de uso de la frecuencia	CRUE: Hacer seguimiento a la validación de ambulancias por el CRUE // Elaboración de tarjetas de Misión Medica // Seguimiento a la operatividad de la red de comunicaciones // Generar los informes de SIMU // Hacer seguimiento al POAI //	CRUE: Seguimiento a los casos de infracción a la Misión Medica

		Seguimiento al plan de adquisiciones	
<p>SUBDIRECCION DE CALIDAD Y ASEGURAMIENTO SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO: Validación de los inscritos para el sorteo de Enero de 2016</p>	<p>SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO: Preparación de curso de inducción a inscritos en SSO // Información a través de la web del IDSN de los resultados del sorteo realizado por el MSPS // entrega de oficios a los Gerentes de las ESE de sorteados // Realización de Comités de SSO</p>	<p>Reporte y validación de plazas de SSO para los sorteos siguientes //</p> <p>Validación de inscritos// Gestión de la inscripción o registro de títulos// Actualización de la base de datos RETHUS del MSPS // Generar los informes de SIMU // Hacer seguimiento al POAI // Seguimiento PAA</p>	<p>Seguimiento a la metodología a aplicar en cuanto a sorteos de SSO // Solución de PQR enviadas por y al MSPS</p>
<p>SUBDIRECCION DE CALIDAD Y ASEGURAMIENTO PROCESOS ADMINISTRATIVOS SANCIONATORIOS: Ninguno</p>	<p>Activación de impulso a PAS teniendo en cuenta el abordaje de los pendientes de la vigencia 2015 y si es necesario de algunos de las vigencias 2013 con prioridad y 2014</p>	<p>Gestión de conceptos técnicos para definición de fallos de primera instancia // Generar los informes de SIMU // Hacer seguimiento al POAI // Seguimiento PAA</p>	<p>Resolución de los Recursos de Apelación</p>
<p>SUBDIRECCION DE CALIDAD Y ASEGURAMIENTO INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL: Ninguno</p>	<p>IVC: Gestionar los informes de PQRS recepcionados en la SCA // Realizar las visitas de IVC pendientes.</p>	<p>IVC: Gestionar el comité de IVC de manera oportuna con los casos requeridos por él // Generar los informes de SIMU // Hacer seguimiento al POAI</p>	<p>IVC: Determinación de resoluciones del comité de IVC frente a asuntos ventilados en el SCA.</p>
<p>SUBDIRECCION DE CALIDAD Y ASEGURAMIENTO CONVENIO 412: Ninguno</p>	<p>CONVENIO 412: Hacer seguimiento a la Acción Popular // Hacer seguimiento desde Habilitación a la PSS según portafolio de servicios del REPS</p>	<p>CONVENIO 412: Liderar el informe del Convenio 412 de Túquerres según los lineamientos definidos por el MSPS // Gestionar las PQRS recepcionados // Enviar la certificación de la red contratada para cumplimiento de convenio // Hacer seguimiento a los recursos de recuperación de cartera de difícil cobro // Hacer análisis a la información financiera enviada por la IPS // Hacer acompañamiento técnico en la sustentación del convenio ante el</p>	<p>CONVENIO 412: Hacer seguimiento a la condonación de la cuota del empréstito // Hacer seguimiento y gestión para el pago de obligaciones laborales del Municipio de Túquerres</p>

		MSPS y MINHACIENDA	
SUBDIRECCION DE CALIDAD Y ASEGURAMIENTO PROGRAMAS DE SANEAMIENTO FISCAL Y FINANCIERO: Ninguno	Hacer seguimiento a los PSFF a través del informe de monitoreo en concordancia con la metodología del Min hacienda con metodología del IDSN // Determinación de posibles fuentes de uso de recursos financieros destinados a apalancamiento de los PSFF aprobados por Min hacienda y/o por la SNS	Seguimiento a la gestión eficiente del cumplimiento de las medidas contingencia les y/o coyunturales implementadas en los PSFF aprobados	Resultados de viabilidad de los PSFF de las ESE que se incluyeron en categorización alta o media según Resolución 1893 de 2015
SUBDIRECCION DE SALUD PUBLICA: Línea Tuberculosis y lepra: Resolver la designación del Coordinador (Dr. Varela) renuncia a partir del 1 de enero de 2016	Es urgente realizar los contratos de las personas que apoyan los programas de tuberculosis y lepra, con los recursos remanentes de transferencias nacionales y que debe quedar en el POA de transición que debe formularse para el primer trimestre del 2016.	Designar el personal de profesionales médicos del programa de enfermedades transmisibles, que se jubilaron y no han sido reemplazados, bacteriólogo del laboratorio con incapacidad.	
SUBDIRECCION DE SALUD PUBLICA: Enfermedades Transmitidas por Vectores		Reorganización de las dimensiones del Plan Decenal específicamente vida saludable y enfermedades transmisibles, que requiere revisión y asignación de personal.	
SUBDIRECCION DE SALUD PUBLICA: Laboratorio de Salud Pública (Lucy Bravo López): Contratación de personal de vigilancia a partir del 1 de enero del 2016, teniendo en cuenta que existen nuevas instalaciones que requieren vigilancia y aseo. El PGIR debe tener una continuidad, es una contratación que se hace en general por parte del IDSN y debe incluirse en la planeación del 2016.	Todas las líneas sugieren que se revise el POA - MGA que se entregó a la Gobernación, y se formule en base a ello el POA transicional. Revisar los recursos para contratación de talento humano que valore la necesidad de cada de una de las prioridades y se rompa la tendencia de asignar un incremento histórico igual para todas las prioridades. La dificultad está en la separación de los recursos para PIC y acciones de salud pública. Debe revisarse el presupuesto para PIC y	Debe hacerse incidencia en los Planes de Desarrollo Departamental, Plan Decenal, y Planes de Desarrollo municipales, para que se asignen recursos del orden regional y local para fortalecer el Programa Papsivi, y conformar unos equipos mínimos municipales de Uno o dos profesionales y un Promotor Psicosocial, que empoderen a los municipios en la atención psicosocial y la salud integral para las personas	Efectuar todas las gestiones correspondientes a nivel nacional con el fin de que se revise la Resolución 518 del 24 de febrero del 2015, y se solicite un tratamiento especial para el Departamento de Nariño, donde se ha realizado una gestión transparente y eficiente de los recursos del Plan de Intervenciones colectivas y demás recursos propios y de



INFORME

CÓDIGO: F-PGED05-10

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página 38 de 43

	desglosarse.	y poblaciones víctimas.	transferencias nacionales.
<p>SUBDIRECCION DE SALUD PUBLICA: Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos: Liliana Ortiz Coral</p>	<p>Resolver lo del médico especialista, para el tema del VIH y las ITS, es obligatorio que sea médico especialista, se hizo una reducción de recursos en el año 2015, también se tienen las violencias basadas en género y sexual, sin recursos humanos especializados de planta con perfil médico no se puede cumplir con todas las responsabilidades.</p>		
<p>SUBDIRECCION DE SALUD PUBLICA: Convivencia Social y Salud Mental: (María Eugenia Erazo)</p>	<p>Disminución sustancial en la asignación de recursos necesarios para la prioridad (Dimensión) de convivencia social y salud mental, haciendo falta recursos para las acciones de incidencia pública en la prevención de consumo de violencia, SPA y suicidio.</p>		
<p>OFICINA JURÍDICA: Suscripción de contratos de Prestación de Servicios de Salud Red Pública, Prestación de servicios CRUE (4 médicos y, Atención Usuario (1 sola persona para radicación de cuentas), Judicante, Contestación Tutelas, contratación de apoderados externos (los contratos terminan 19 de diciembre de 2015 con la vacancia judicial). Vigilancia (se sugiere adición en tiempo y valor por tres meses), Aseo y cafetería (se sugiere adición en tiempo y valor desde el 12 al 24 de enero de 2016). Seguro (se sugiere adición). Encargo fiduciario</p>	<p>Contratación general, Aplicación de procedimientos SGC, Evaluación de desempeño, Concertación de compromisos de evaluación de desempeño, continuación de actuaciones procesales derivadas de la representación judicial.</p>	<p>Trámites de segunda instancia según términos legales. Continuar con aplicación del SGC</p>	<p>Continuar con la liquidación de contratos.</p>

(adición en tiempo)			
<u>OFICINA DE PLANEACION:</u> No hay novedades ni temas que se deban tratar con urgencia	Seguimiento y control de los proyectos en ejecución por parte de los supervisores.	Seguimiento y control de los proyectos en ejecución por parte de los supervisores.	
<u>OFICINA DE PLANEACION:</u>	Verificación del proyecto, Reposición Hospital Buen Samaritano de la CRUZ. Interventoría Reposición Hospital Buen Samaritano de la CRUZ		
<u>SECRETARIA GENERAL:</u>	Adelantar los procesos de Contratación de servicio de vigilancia, aseo y cafetería y seguros de mueble e inmuebles, suministro de papelería y escritorio, combustibles y servicios de telecomunicaciones.	Contracción de apoyo de personal misional y administrativo, contratación de servicio de correspondencia externa, Contracción de las NICF	Contratación de personal administrativo y financiero. Mejora en tecnología y equipos, adecuación planta física sede de Tumaco y sede central, modernización del parque automotor (motocicletas) para el personal técnico del área de la salud de saneamiento ambiental.
<u>OFICINA CONTROL INTERNO:</u> Ejercer la responsabilidad, importancia y gravedad de la Supervisión (Res. 1865 de 2015, IDSN. Manual Supervisión IDSN).	La construcción colectiva, sistemática y permanente de una Cultura del Control Interno en el Instituto que promueva el desarrollo de los principios filosóficos del Autocontrol, la Autogestión y la Autorregulación del MECI.	Implementar, mediante convenios con la ESAP, el DAFP, el SENA, las Universidades, el gobierno nacional, la Gobernación de Nariño y el IDSN, “Ciclos propedéuticos de formación en el MECI, el SGC y en la Función Pública” que fundamenten en el Plan Institucional de Capacitación (PIC)	La necesidad de institucionalizar Talleres prácticos de Investigación, Acción Participativa con los Servidores Públicos sobre la conceptualización y desarrollo del MECI

<p><u>OFICINA CONTROL INTERNO:</u> a)</p> <p>Transparencia: Coadyuvar en la generación de espacios de capacitación y formación, para la Participación (C. SOCIAL)</p> <p>b) Anticorrupción: Participación formada e informada desde lo público. c)</p> <p>Servicio al ciudadano: Mayor difusión de la Misión, los Objetivos del IDSN y del Plan Decenal Nacional de la Salud.</p> <p>e) Identificar las causas que provocan las debilidades del IDSN.</p> <p>f) Promover herramientas orientadas a la prevención y disminución de actos de corrupción en articulación con las instituciones públicas.</p>	<p>Aspectos positivos:</p> <p>a.- La construcción colectiva del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano 2015 (Mapa Riesgos Consolidado: gestión - corrupción) Reporte OCIG</p> <p>b.- Contribuir en la generación de la Cultura del Control Interno y de la Gestión de la Calidad en el IDSN.</p> <p>c.- Participación ciudadana en las Audiencias Públicas de Rendición de Cuentas por regiones. Genera gobernabilidad.</p> <p>d.- Avance en la determinación de políticas de atención al ciudadano- SUIT.</p>	<p>A corto plazo:</p> <p>a.- La estructura del IDSN</p> <p>b.- El Sistema de Control Interno (MECI) y el Sistema de Gestión de la Calidad (SGC)</p> <p>b.- Certificación del IDSN por Icontec ISO 9001:2008 - NTC ISO 9001:2008 y, próximamente la certificación del Laboratorio.</p> <p>c.- La gestión de IVC en Salud Pública y en Aseguramiento de la Calidad.</p> <p>d.- Capacitación asistencia técnica integral de:</p> <p>Alcaldías, DLS, ESE's, IPS's y funcionarios de la Salud en la Sede Central del IDSN y en los 64 municipios del Dpto.</p> <p>e.- La Participación ciudadana en las Audiencias Públicas de Redición de Cuentas.</p> <p>f.- La construcción colectiva de herramientas tales como:</p> <p>i) el Plan Anticorrupción y de Atención Ciudadana</p> <p>ii) el Código de Ética, Buen Gobierno y Carta de Valores</p> <p>iii) Manual de Funciones y Competencias Laborales</p> <p>iv) Manual del Usuario en Salud</p> <p>v) Manual de Supervisión e Interventoría</p> <p>vi) Publicaciones del (ASIS) y otras misionales.</p> <p>g.- El Plan Institucional de Capacitación (PIC)</p>	<p>Continuidad, actualización y fortalecimiento del MECI y del SGC</p>

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

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 periódica colectiva de los Servidores Públicos del IDSN (funcionarios y contratistas),
- 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 implementación del Nuevo 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 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
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 SCI?</p>	<p>LA CULTURA DEL CONTROL INTERNO a.- Promover el Autocontrol, a través de la capacitación periódica colectiva de los Servidores Públicos del IDSN (funcionarios y contratistas), 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.</p>
<p>2. ¿Cuáles considera que fueron los aspectos positivos y negativos en la implementación del Nuevo MECI?</p>	<p>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 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 Comunicar externamente. Realizar evaluación continua. Evaluar y comunicar las deficiencias. NEGATIVOS 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>



INFORME

CÓDIGO: F-PGED05-10

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

<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 Transparencia, Anticorrupción y la Atención al Ciudadano. 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>Responsable Elaboración</p>	<p>Firma</p>	<p>Fecha</p>		
<p>Dr. HAROLD VALLEJO CALDERON Jefe Oficina de Control Interno de Gestion</p>		<p>Día</p>	<p>Mes</p>	<p>Año</p>
		<p>01</p>	<p>03</p>	<p>2016</p>