



INFORME

CÓDIGO: F-PGED05-10

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página 1 de 21

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO Y DEL SGC DEL IDSN MARZO – ABRIL – MAYO – JUNIO DE 2016	Fecha			Informe N°
	Día	Mes	Año	
		11	07	2016
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 Marzo, Abril, Mayo y Junio de 2016</p> <p style="text-align: center;"><i>“.....El jefe de la Unidad de la Oficina de Control Interno deberá publicar cada cuatro (4) meses en la página web de la entidad, un informe pormenorizado del estado del control interno de dicha entidad, so pena de incurrir en falta disciplinaria grave.” (Artículo 9° de la Ley 1474 de 2011)</i></p> <p style="text-align: right;">Oficina de Control Interno del IDSN</p>				

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

El cumplimiento de la normatividad vigente, el estilo de Dirección implementado por el nuevo gobierno del Departamento de Nariño y la Alta Dirección del Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN), el sentido de pertenencia y compromiso manifiestos por los servidores públicos (funcionarios y contratistas) vinculados al Instituto que, sumados a la reciente renovación de la certificación por Icontec en la norma ISO NTC GP 1000:2009, la implementación del Plan Decenal de Salud 2012 - 2021 y la adopción del MECI, entre otros fundamentos legales y fácticos, son garantía para que Instituto ejecute sus funciones misionales y de apoyo a la gestión, con altos estándares de eficiencia, eficacia, efectividad, calidad, transparencia y probidad.

Por su parte, la Oficina Asesora de Control Interno de Gestión del IDSN (OCI), en ejercicio de su función asesora, diseñó y actualizó la encuesta para la Autoevaluación de la Gestión por Dependencias, siguiendo la estructura establecida por el *"Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado colombiano (MECI 2014)"* mientras que, el desarrollo de la encuesta de auto-evaluación fue adelantado por los propios funcionarios y contratistas liderados por cada Subdirector, Secretario General y Jefes de Oficinas Asesoras (Jurídica y Planeación), con el propósito de que la Alta Dirección, los funcionarios del IDSN y la comunidad, conozcan y participen, en la construcción colectiva de una Salud Integral para la población del departamento de Nariño. Se efectuó un muestreo selectivo para el análisis de la encuesta de aquellos Componentes y/o Elementos evaluados como SATISFACTORIOS (calificación de 3,1 a 4), presentándose una respuesta como INEFICIENTE, de las 110 establecidas.

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, en especial por la Resolución Conjunta 018 de 2015, expedida por la Procuraduría y Contralorías nacionales.

Con fundamento en el Decreto 943 de mayo 21 de 2014 y, en el *"MECI"*, la Oficina de Control Interno del IDSN, presenta el siguiente *"Informe pormenorizado del estado del Control Interno del IDSN"*, correspondiente el cuatrimestre comprendido entre marzo, abril, mayo y junio de 2016. Igualmente, se apropió como insumo la "Encuesta de Autoevaluación por Dependencias" realizada durante los primeros dos (2) meses del presente año, liderada por los nuevos directivos del IDSN y sus respectivos equipos de trabajo. Se logró que los mismos funcionarios realizaran la autoevaluación, para que, con la experiencia y el conocimiento de los nuevos directivos y las recomendaciones de la Oficina de Control Interno, se puedan finalmente visualizar sus propios procesos de mejora continua.

1. MODULO DE PLANEACION Y GESTION:

Este módulo se estructura en tres componentes: Talento Humano, Direccionamiento Estratégico y Administración del Riesgo, orientados a generar los estándares que permiten el desarrollo y afianzamiento de una cultura del control al interior de la entidad.(Manual Técnico MECI pág. 28)

Componente del Talento Humano:

Este módulo se estructura en tres componentes: Talento Humano, Direccionamiento Estratégico y Administración del Riesgo, orientados a generar los estándares que permiten el desarrollo y afianzamiento de una cultura del control al interior de la entidad. (Manual Técnico MECI pág. 28)

1.1.1. Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos.

Avances:

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

Dificultades:

En general, se calificó como DEFICIENTE la gestión en las dependencias del IDSN donde manifestaron que no se realizan "Talleres de estudio y discusión para aplicar y actualizar el Código de Ética y los Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos."

1.1.2. Desarrollo del Talento Humano.

Avances:

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

- El Plan de cargos
- Manual Específico de Funciones y Competencias Laborales actualizado.
- Evaluación de los Acuerdos de Gestión
- Evaluaciones de Desempeño
- Plan anual de vacaciones consolidado
- Política de seguridad y salud en el trabajo.
- Nuevo Plan Anticorrupción con sus componentes estratégicos.

Dificultades.

➤ **Reglamento Interno de Trabajo:**

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

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

- Charlas motivacionales de inducción y reinducción.
- Estudio y seguimiento del panorama de riesgos laborales por el COPASO.
- Capacitaciones por la Unidad de Riesgo Laboral URL

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

- Plan de Inducción y Capacitación aprobado.
- **Bienestar.**
- Clima laboral: Taller relaciones interpersonales y comunicación.
- Estrategia Servicio al Cliente.
- Vacaciones recreativas.
- Ingreso (procesos de vinculación e inducción)
- Inscripción (procesos de capacitación, evaluación del desempeño y estímulos)
- Retiro (necesidades del servicio o por pensión de los servidores públicos).

Empalme 2015 - 2016 - Fase III

Avances y Dificultades (Estado de asuntos pendientes):

- A. Asuntos de extrema urgencia que deben resolverse en la primera semana de gobierno
- B. Asuntos de urgencia moderada que deben resolverse en el primer mes de gobierno
- C. Asuntos que pueden esperar pero que deben ser resueltos
- D. Asuntos que pueden esperar pero que no pueden decidirse

I.- Subdirección de calidad y aseguramiento

Acciones informadas

Asuntos pendientes - 1ª Fila.

Observación.

- A.- **Acción:** No se proyectó acción
- B.- **Acción:** Se informa que está ejecutada
- C.- **Acción:** Se informa que está ejecutada
- D.- **Acción:** Se informa que está ejecutada

Asuntos pendientes - 2ª Fila

Observación.

A.- **Acción:** a) Está pendiente la información por el Supervisor de los Contratos - b) No se informa sobre el estado de la gestión de los "Fallos de Tutela"

B.- **Acción:** a) No se informa la definición de las tarifas para la contratación 2016, según el compromiso – b) No se informa sobre la activación de autorizaciones de tecnologías NO POS y PPNA – c) No se informa sobre el "control de pagos" de cuentas por pagar por PSS 2015 - d) No se informa sobre la realización de Estudios Previos para contratación Mínima Cuantía por PSS 2016 - e) No se informa la realización de Estudios Previos contratación por Selección Abreviada PSS 2016 – f) No se señala la realización Informes SIMU.

C. Acción: a) No se informa sobre los montos de contratación según el modelo de PSS - b) No se informa sobre el seguimiento a la gestión de la reserva presupuestal - c) No se informa sobre la programación de seguimientos conjuntos con las EPS para hacer gestión eficiente de los recursos destinados a Recobros - d) No se informa sobre la Gestión de Comités de PPNA - e) No se informa sobre la generación de Informes de SIMU - f) No se informa sobre el seguimiento al POAI - g) No se informa sobre el seguimiento al PAA.

D. Acción: NO APLICA.

Asuntos pendientes - 3ª Fila

Observación.

A.- Acción: Se informa que está Ejecutada.

B.- Acción: Se informa en ejecución.

C.- Acción: a) Se informa que está pendiente la Conciliación con los prestadores de fuera del Dpto.

D.- Acción: La acción informada no aplica.

Asuntos pendientes - 4ª Fila

Observación.

A.-Acción: No se proyectó acción.

B.-Acción: No se informa sobre la alineación de los verificadores según Resolución 2003.

C.-Acción: No se informa sobre el seguimiento al POAI y al PAAA.

D.-Acción: No se informa la programación de la verificación de condiciones de habilitación, proceso que se realiza según lo dispone el Decreto 1011 de 2006 y Resolución 2003 de 2014.

Asuntos pendientes - 5ª Fila

Observación.

A.- Acción: No se proyectó acción (la acción transcrita no corresponde al periodo).

B.- Acción: La acción transcrita no corresponde al periodo.

C.- Acción: a) No se informa sobre la generación de los informes de SIMU – b) No se informa sobre el seguimiento al POA – c) No se informa sobre el seguimiento informes enviados por las ESE – d) No se informa sobre el análisis de monitoreo trimestral .

D.- Acción: En mayo de 2016, el MSPS realizará la categorización del riesgo financiero de las ESE públicas.

Asuntos pendientes - 6ª Fila

Observación.

A.- Acción: No se proyectó acción.

B.- Acción: No se informa de ninguna acción realizada en relación con este asunto.

C.- Acción: a) Se informa que está ejecutada – b) No se presenta el seguimiento a informes SIMU ni al POAI – c) Se informa que no se han ejecutado los recursos asignados por el PAA al CRUE (\$70 millones).

D.- Acción: Se informa que está ejecutada.



INFORME

CÓDIGO: F-PGED05-10

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página 7 de 21

Asuntos pendientes - 7ª Fila.

Observación.

A.- Acción: No se proyectó acción.

B.- Acción: Se informa que está ejecutada.

C.- Acción: Pendientes informes de: Circular Única, Informes SIMU, POAI y PAA.

D.- Acción: Se informa que está ejecutado.

Asuntos pendientes - 8ª Fila.

Observación.

A.- Acción: No se proyectó acción.

B.- Acción: No se informa de ninguna acción realizada en relación con este asunto.

C.- Acción: Se informa que: a) en 2016 el comportamiento de aval de ambulancias fue irregular con un promedio de cumplimiento del 10 % sobre la meta del 100% - b) los indicadores del POA son monitoreados mes a mes, con incumplimiento del 90% en el aval de ambulancias (Con Plan de mejora) - c) la red de comunicaciones se encuentra en un 63% de cobertura - d) todos los municipios del departamento se debe realizar un mantenimiento a las redes, con actualización de software e implementación de radios tipo digital para las IPS y la red transporte asistencial básico y medicalizado ya que, de 89 instituciones, 60 tienen equipos de radiocomunicaciones de tipo análogo y digital - e) no se han ejecutado los recursos asignados al CRUE en el PAA (\$70 millones de pesos) - f) no se informa sobre el seguimiento al SIMU ni al POAI.

D.- Acción: Se informa que se han presentado Ocho (8) casos de infracción a la MM.

Asuntos pendientes - 9ª Fila

Observación.

A.- Acción: Ejecutado

B.- Acción: Ejecutado

C.- Acción: No se informa de seguimiento al POA ni al PAA.

D.- Acción: Ejecutado

Asuntos pendientes - 10ª Fila

Observación.

A.- Acción: No se proyectó acción

B.- Acción: Ejecutado

C.- Acción: No se comunica de los Informes SIMU, POAI ni del PAA

D.- Acción: Ejecutado

Asuntos pendientes - 11ª Fila

Observación.

A.- Acción: No se proyectó acción

B.- Acción: No se proyectó acción

C.- Acción: No se informa del seguimiento al SIMU, POAI y PAA

D.- Acción: No se proyectó acción.

Asuntos pendientes - 12ª Fila

Observación.

A.- Acción: No se proyectó acción

B.- Acción: Ejecutado

C.- Acción: a) No se informa sobre la certificación de la Red Contratada para cumplimiento de Convenio por la Oficina de Atención al Usuario al programa de Red de Servicios del MSPS.

- b) No se informa sobre el seguimiento efectuado a los recursos de recuperación de cartera de difícil cobro determinada en el Convenio 412.

D.- Acción: Se informa gestiones para la condonación de las obligaciones impuestas al IDSN.

Asuntos pendientes - 13ª Fila

Observación.

A.- Acción: No se proyectó acción.

B.- Acción: En Ejecución.

C.- Acción: No se comunica sobre los informes trimestrales de seguimiento que contienen el monitoreo y avance de las medidas de los PSFF de cada una de las ESE con el objeto de su evaluación por el MHCP.

D.- Acción: Se informa que para el mes de mayo de 2016, se espera que el MSPS emita la categorización de riesgo de la ESE con base en la información financiera, de producción, calidad y cumplimiento de envío y validación en el aplicativo SIHO.

II.- Subdirección de Salud Pública

Acciones informadas

Asuntos pendientes - 1ª Fila

Observación.

A.- Acción: Pendiente la designación del Coordinador de la Línea Tuberculosis y Lepra.

B.- Acción: En ejecución.

C.- Acción: Se informa que se está a la espera de la aprobación por el MSPS del programa de ETV, para proveer los cargos disponibles de acuerdo al perfil epidemiológico de los municipios de la costa.

D.- Acción: No se proyectó acción

Asuntos pendientes - 2ª Fila

Observación.

A.- Acción: No se proyectó acción

B.- Acción: No se proyectó acción.

C.- Acción: Se informa la reorganización de las dimensiones del Plan Decenal específicamente Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles, que requiere revisión y asignación de personal.

D.- Acción: No se proyectó acción



INFORME

CÓDIGO: F-PGED05-10

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página 9 de 21

Asuntos pendientes - 3ª Fila

Observación.

A.- Acción: Ejecutado.

B.- Acción: a) Sugiere se revise el POA - MGA entregado a la Gobernación, y se formule en base a ello el POA transicional. - b) Se propone 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. - c) Se especifica que la dificultad está en la separación de los recursos para PIC y acciones de Salud Pública y revisar el presupuesto para PIC y desglosarse - d) Se informa que las líneas revisadas para el POA – MGA desde Salud Pública se contempla el Laboratorio de Salud Pública y la financiación del proyecto MIAS, en coordinación con la política pública de ruralidades, redes de prestación de servicios y posconflicto - e) En cumplimiento a la resolución 518 del 2015 (regula el PIC), se dejó el 30% para actividades PIC y 70% para Actividades de Gestión del total del SGP. Se informa que para garantizar continuidad de las acciones PIC se contrató el primer trimestre con la E. S. E. CEHANI - f) Por el cambio de administración se reorganiza las actividades a contratar teniendo en cuenta su competencia g) Hoy se encuentra en concertación el anexo técnico, de acuerdo a su capacidad técnica y resolutive.

C.- Acción: Se sugiere incidir en los Planes de Desarrollo Dptal, Decenal y Municipales, para que se asignen recursos del orden regional y local para fortalecer el Programa PAPSIVI.

D.- Acción: Se plantea efectuar gestiones con el fin de que se revise la Resolución 518 de 2015; la abogacía se realiza ante el MSPS con el propósito de fortalecer financieramente a las ESE con la contratación PIC.

Asuntos pendientes - 4ª Fila

Observación.

A.- Acción: No se proyectó acción

B.- Acción: Ejecutado

C.- Acción: No se proyectó acción

D.- Acción: No se proyectó acción

Asuntos pendientes - 5ª Fila

Observación.

A.- Acción: No se proyectó acción

B.- Acción.- Se informa: a) la disminución sustancial en la asignación de recursos necesarios para convivencia social y salud mental, para acciones de incidencia pública en la prevención de consumo de violencia, SPA y suicidio.- b) se asignó recursos para fortalecer el equipo de trabajo de acuerdo al perfil solicitado. - c) la gestión ante el Sr. Gobernador la conformación del Observatorio de Drogas, aprobado por el Ministerio de Justicia y UNDOC; se presentó propuesta, a la espera de la asignación de recursos y lineamientos para el Departamento de Nariño.

C.- Acción: En ejecución

D.- Acción: No se proyectó acción

III.- Oficina Asesora Jurídica

Acciones informadas

Asuntos pendientes - 1ª Fila



INFORME

CÓDIGO: F-PGED05-10

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página 10 de 21

Observación.

A.- Acción: Se informa que la acción se ejecutó

B.- Acción: Se informa que: a) se realizó la Contratación general, la evaluación de desempeño y la continuación de actuaciones procesales derivadas de la representación judicial.

C.- Acción: Se informa que se efectuaron los trámites de segunda instancia

D.- Acción: Continuar con la liquidación de contratos.

IV.- Oficina Asesora de Planeación

Acciones informadas

Asuntos pendientes - 1ª Fila

Observación.

A.- Acción: No se proyectó acción

B.- Acción: Se realiza el seguimiento y control mediante la Supervisión de los proyectos de: infraestructura, dotación de unidades móviles y de equipos biomédicos; con apoyo de la supervisión se visita a las entidades o municipios donde se desarrollan dichos proyectos, donde se actualiza el porcentaje de ejecución de los mismos y la matriz de seguimiento.

C.- Acción: Seguimiento y control de proyectos en ejecución por parte de los Supervisores.

D.- Acción: No se proyectó acción.

Asuntos pendientes - 2ª Fila

Observación.

A.- Acción: No se proyectó acción

B.- Acción: a) se realizó reunión (Director, Jefe Oficina de Planeación y Jefe Oficina Jurídica del IDSN y el Alcalde de la Cruz), donde se contextualizó el proyecto y b) las actividades pendientes, entre ellos el OCAD departamental que se encuentra programado para el mes de abril al cual asistirá el alcalde de la Cruz y el Secretario de Planeación del Departamento

C.- Acción: No se proyectó acción

D.- Acción: No se proyectó acción

V.- Secretaría General

Acciones informadas

Asuntos pendientes - 1ª Fila

Observación.

A.- Acción: No se proyectó acción.

B.- Acción: Se informa que se adelantan 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.

C.- Acción: Se informa que: a) se ha cumplido en alto porcentaje contratación de personal de apoyo por OPS - b) Está pendiente contratar un técnico para el apoyo de conciliaciones bancarias y el Técnico operativo responsable de Nómina.

D.- Acción.- Se informa que : a) se están adelantando los procesos de contratación requeridos en las diferentes subsedes del IDSN, el parque automotor y el equipamiento de motocicletas b) Se está adelantando el proceso de dar de baja automotores que cumplieron su vida útil.

VI.- Oficina Asesora de Control Interno

Acciones informadas

Asuntos pendientes - 1ª Fila

Observación.

A.- Acción: Se gestiona y promueve ante la alta Dirección del IDSN la capacitación de los funcionarios en el tema de la Supervisión.

B.- Acción: La construcción colectiva, sistemática y permanente de una Cultura del Control Interno es el paradigma de esta Oficina.

C.- Acción: Gestión en proceso.

D.- Acción: Gestión en proceso.

Asuntos pendientes - 2ª Fila

Observación.

A.- Acción: Publicación en la página Web del IDSN la promoción de estas acciones a través de los Informes de Control Interno, las Auditorias del SCI y del SGC en el IDSN, las intervenciones en las "Charlas Motivacionales" y en los organismos internos donde participa la Oficina de Control Interno.

B.- Acción: En ejecución.

C.- Acción: En ejecución.

D.- Acción: En ejecución.

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>

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL



Avances:

Estructura Estratégica

- Equipo Directivo.
- Fortalecimiento SGSSS - SCI y SGC (MECI - Certificación Icontec – PDSN)
- Líneas estratégicas.
- Trabajo por proyectos.
- Estrategia de comunicaciones.
- Relaciones intersectoriales e interinstitucionales
- Plan Nacional de Desarrollo 2014 – 2018, “Todos por un Nuevo País”
- Plan de Desarrollo Departamental 2015 - 2019, “Nariño Corazón del Mundo”
- Plan de Desarrollo Territorial de Salud de Nariño 2015 - 2019.

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.

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.

Dificultades:

Componente Administración del Riesgo.

Publicación del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano y Mapa de riesgos de corrupción. El IDSN publicó el 31 de marzo de 2016, elaboró y publicó el “Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano del Mapa de Riesgos de Corrupción según los lineamientos contenidos en los documentos "Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano - Versión 2" y en la "Guía para la Gestión del Riesgo de Corrupción”, por consiguiente, el informe que se presenta a continuación corresponde al Mapa de Riesgos de la vigencia de 2015.

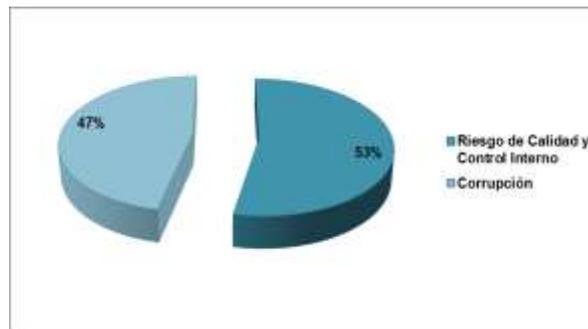
En este Mapa se contemplan 62 riesgos, clasificados en el Mapa de Riesgos Consolidado como: Riesgos de Calidad - Riesgos de Control Interno y los Riesgos de Corrupción. De acuerdo a esta información se tiene que de los 62 riesgos, 29 se clasificaron como de “Corrupción” o sea el 51% y 33 de “Calidad y Control Interno” o sea el 49%.

Avances:

En la actualidad el IDSN, el Mapa de Riesgos consolidado que se examina, 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). Publicación en la página web de la entidad, en el siguiente link: <http://www.idsn.gov>

CLASIFICACIÓN DE LOS RIESGOS

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 su nivel de criticidad o severidad se clasificaron:

Calificación	Riesgo corrupción	Riesgo de 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



INFORME

CÓDIGO: F-PGED05-10

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página 14 de 21

Dificultades:

Riesgos Materializados

En términos de porcentajes, la materialización del riesgo equivale al 8% aproximadamente del total de los riesgos, como se describen:

Riesgo Materializado No 6: “Incumplimiento del Plan de Auditorías Internas SGC”.

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

Seguimiento OCIG: 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.

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

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.

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 y el Técnico Administrativo Sr. Juan Carlos Rosero, radica en la OCIG, el día 10/08/2015, copia de la denuncia penal (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.

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”, el cual es responsabilidad de Secretaria General.

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	-	-

Avances:

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.
- 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* "Pérdida 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 Pública", 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.

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.

- 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**)”, Proceso Gestión de Recursos.

2. MODULO DE EVOLUCIÓN 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.

Dificultades:

- 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 cuyo Plan de Mejora se encuentra por ser aprobado por la Supersalud.
- 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 realizó 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 por Dependencias:

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.

Avances:

**INFORME DESARROLLO DE AUDITORIAS INTERNAS – SGC
Diciembre de 2015 - 2016**

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

Componente Planes de Mejoramiento Auditorias SGC.

Gestión Documental: en este plan de mejoramiento se revisaron 15 acciones, cerradas 11 y pendientes 0.

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.



INFORME

CÓDIGO: F-PGED05-10

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página 18 de 21

2. EJE TRANSVERSAL: INFORMACION Y COMUNICACION.

Avances:

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.”*

En la página Web institucional se publican entre otros:

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

Otros avances:

Seguimiento a Planes de Mejoramiento:

Se procedió a coordinar con los responsables del seguimiento de los planes de mejora suscritos con la Contraloría Departamental de Nariño y realizar una verificación total del plan, confrontando la ejecución de las actividades propuestas con el respectivo soporte, donde se evidencie su estado de avance o cumplimiento.



INFORME

CÓDIGO: F-PGED05-10

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página 19 de 21

En el área de Presupuesto se realiza el seguimiento con corte a 31 de marzo del 2016, verificándose que se cumplió en su totalidad todas las actividades propuestas para cada uno de los hallazgos, encontrándose a la fecha estas actividades finalizadas. Se recomienda por parte de la Oficina de Control Interno de Gestión, seguimiento continuo a estas actividades.

En el área de Tesorería se realiza el seguimiento con corte a 31 de marzo del 2016, verificándose que se cumplió parcialmente la ejecución de las actividades propuestas para cada uno de los hallazgos, encontrándose a la fecha que algunas actividades se encuentran pendiente de conciliación entre saldos de Tesorería vs. Saldos Presupuestales, puesto que registra valores significativos pendientes de depurar, donde se debe incluir además la depuración a nivel de terceros. Se recomienda a las Oficinas de Tesorería y Presupuesto coordinar esta actividad lo más pronto posible, con el fin de obtener saldos reales que reflejen la situación Financiera del Instituto Departamental de Nariño.

En el área de Quejas y Reclamos se realiza el seguimiento con corte a 31 de marzo del 2016, verificándose que se cumplió parcialmente la ejecución de las actividades propuestas para cada uno de los hallazgos, encontrándose a la fecha que Una (1) actividad se encuentra pendiente por sanción por extemporaneidad frente al pago Industria y Comercio, que al fecha se encuentra en proceso disciplinario

En el área de Contratación se realiza el seguimiento con corte a 31 de marzo del 2016, verificándose que a la fecha se encuentran totalmente cumplidas, por lo anterior, la ejecución de las actividades propuestas para cada uno de los hallazgos se encuentran finalizadas. Se recomienda por parte de la Oficina de Control Interno de Gestión el seguimiento continuo.

En el área de Estados Contables: con fecha de corte 31 de marzo del 2016, el responsable del seguimiento al plan de mejora no presento ningún informe de avance o ejecución a las actividades propuestas. Es preciso dejar constancia que la Oficina de Control Interno de Gestión envió de manera oportuna Correos Electrónicos, Oficios, y se realizaron visitas personales para llevar a cabo la verificación al seguimiento del plan, sin obtener respuesta alguna. Por lo anterior, en el informe de seguimiento correspondiente al primer trimestre 2016 enviado a Dirección y a la Contraloría Departamental de Nariño, no se reportó ningún avance por esta línea.

El Doctor Omar Álvarez Mejía, Director del IDSN manifiesta estar de acuerdo con la Oficina de Control Interno en el sentido de que los responsables de los procesos tienen igualmente la responsabilidad de realizar de manera inmediata el respectivo seguimiento y se reporte a la Oficina de Control Interno para su verificación. Lo anterior, con el fin de dar cumplimiento a los requerimientos solicitados por los entes de control.

Como medida de aseguramiento en la información y con el fin de presentar de manera oportuna y en tiempo real los informes tanto a Dirección como a los diferentes entes de Control, la Oficina de Control Interno de Gestión radico en Secretaria de Dirección el Oficio OCI-1604580-16 para que se trate en Comité Directivo y se autorice la entrega de los informes Trimestrales y Cuatrimestrales por los responsables de los procesos dentro de los 10 primeros días siguientes al vencimiento de los mismos, esto con el fin de llevar a cabo la verificación del respectivo seguimiento y posterior consolidación de informe final.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Avances:

1. ¿Qué aspectos considera que debe tener en cuenta la nueva Alta Dirección 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 avances y las dificultades en la implementación del Nuevo MECI?

Avances

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.

Mostrar 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.

Promover el Autocontrol, a través de la capacitación periódica de los Servidores Públicos

**INFORME**

CÓDIGO: F-PGED05-10

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página 21 de 21

Estimular la Autorregulación, mediante la construcción colectiva de manuales, procesos y que permitan el desarrollo, implementación y fortalecimiento continuo del MECI.

Desarrollar la Autogestión en los Servidores Públicos del IDSN mediante la institucionalización de Talleres de aprendizaje y prueba para interpretar, coordinar, aplicar y evaluar de manera efectiva, eficiente y eficaz la función administrativa que le ha sido asignada al IDSN.

Dificultades

La tendencia a permanecer en espacios o lugares de confort.

Transparencia: La débil noción de los valores en algunas personas.

Anticorrupción: La precaria formación en la cultura del respeto hacia lo público.

La falta de formación en la cultura del respeto hacia el ciudadano individual y el ciudadano colectivo

Responsable Elaboración	Firma	Fecha		
		Día	Mes	Año
HAROLD VALLEJO CALDERON Jefe Oficina de Control Interno de Gestion		11	07	2016