



INFORME

CÓDIGO: F-PGED05-10

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página

1 de 20

Tema del Informe:	Fecha			Informe N°
	Día	Mes	Año	
	INFORME SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGOS – SEGUNDO TRIMESTRE DE 2016	30	06	2016
Descripción del Informe				
INTRODUCCION				
<p>El Instituto Departamental de Salud de Nariño - IDSN, busca a través de la <i>gestión integral del riesgo (principios, marco y procedimientos), que el Instituto establezca una “cultura de administración del riesgo”, para gestionar su tratamiento frente a los impactos que éstos pudiesen generar, fortaleciendo la protección de los recursos y evitando situaciones que impidan el normal cumplimiento la Constitución, la Ley, los Planes Nacional y Departamental de Desarrollo, el Plan Decenal de Salud, el Plan Territorial de Salud, el Direccionamiento Estratégico y la Misión Institucional.</i></p> <p>El presente informe contiene la verificación de los resultados del seguimiento a las acciones propuestas por el IDSN dentro del Mapa de Riesgos, de conformidad con el desempeño del Modelo de Operación del Sistema de Control Interno, más exactamente con el ciclo PHVA. En las actividades del mencionado ciclo se centra la verificación de las acciones previstas por el Instituto para la ejecución del proceso, por cuanto es donde se refleja la materialización o no de los riesgos.</p> <p>Los “<i>riesgos consolidados</i>” asociados a los Riesgos de Gestión y <i>Riesgos de corrupción</i>, relacionados con el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano a los que hacen referencia el Artículo 73 de la Ley 1474, el Decreto Nacional 124 de 2016 Y LA Directiva Presidencial 0F116-000S4987/JMCS 110300 de junio 22 de 2016, son <i>identificados, analizados, valorados, seguidos y controlados según su probabilidad de ocurrencia y consecuencias</i>, bajo el procedimiento de Administración del Riesgo y Guía de Gestión del Riesgo institucionales y demás normas aplicables (DAFP), generando la Matriz del Mapa de Riesgos Consolidado (gestión y corrupción)del IDSN, cuyo reto fundamental consiste en mejorar la confianza del ciudadano con el Estado.</p> <p>De conformidad con las disposiciones legales antes mencionadas, en marzo 28 de 2016, la Oficina Asesora de Planeación del IDSN, presentó el Informe de CONSOLIDACION DE LA ESTRATEGIA DE PLAN ANTICORRUPCION Y SERVICIO AL CIUDADANO PARA PUBLICACION, en cumplimiento de las actividades y plazos establecidos para la elaboración y consolidación de LA ESTRATEGIA DE PLAN</p>				

ANTICORRUPCION Y SERVICIO AL CIUDADANO PARA PUBLICACION DEL IDSN - 2016, para el efecto, la OCIG verificó que: *“Dando alcance a la capacitación que sobre **Plan Anticorrupción y atención al Ciudadano 2016**, se brindó orientación a los equipos de trabajo de todas las dependencias del IDSN como consta en los registros de asistencia (reuniones realizadas entre el 23 de febrero de 2016 y 7 de Marzo de 2016), donde se expuso la real dimensión de la estrategia de Gobierno y se hicieron observaciones específicas sobre los requisitos mínimos para el cumplimiento de la estrategia; se entregó mediante correo electrónico archivos de información y capacitación, las presentaciones utilizadas por el DAFP con la información relevante para su conocimiento y la implementación de la estrategia, el formato para la construcción de instrumentos del componente cinco y el documento preliminar de la estrategia.”*

Estructura del plan anticorrupción y de atención al ciudadano del IDSN 2016:

Nº 1 Componente - Riesgos (Mapa de Riesgos Anticorrupción 2016)

Nº 2 Componente - Racionalización de trámites

Nº 3 Componente - Rendición de Cuentas

Nº 4 Componente - Atención al ciudadano

Nº 5 Componente - Transparencia y acceso a la información.

Nº 6 Código de Ética, Carta de Valores y Buen Gobierno

Compromisos de la Alta Dirección con el Plan Anticorrupción y la Atención Ciudadana:

- ✓ Erradicar los riesgos de corrupción
- ✓ Aumentar la transparencia y el acceso a la información
- ✓ Aumentar y promover la rendición de cuentas y la participación ciudadana
- ✓ Mejorar la prestación del servicio
- ✓ Racionalizar trámites

Para cumplir con este reto, la Alta Dirección del IDSN planeará e implementará

- ✓ Estrategias para erradicar riesgos de corrupción
- ✓ Acciones que garanticen el derecho de acceso a la información
- ✓ Estrategias de rendición de cuentas y participación ciudadana
- ✓ Estrategias de racionalización de tramites
- ✓ Estrategias de servicio al ciudadano.

N° 1 Componente - Riesgos (Mapa de Riesgos Consolidado del IDSN 2016)

La construcción, monitoreo o seguimiento estratégico y evaluación permanente estuvo a cargo de los **líderes de cada proceso** junto con su equipo, quienes para el efecto, ejecutaron las acciones construcción, de seguimiento, vigilancia y control a través de indicadores preestablecidos por el IDSN y verificados por la Oficina de Control Interno de Gestión.

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 1000:2005 y del MECI 2014”, que determina los roles y responsabilidades de la alta dirección del IDSN en materia de Control Interno.

Por su parte, la función de la Oficina de Control Interno, señala el MECI, *“debe ser considerada como un proceso retroalimentador a través de la actividad independiente y objetiva de evaluación y asesoría que contribuya de manera efectiva al mejoramiento continuo de los procesos de Administración del riesgo, Control y Gestión de la entidad.”*

Así las cosas, de acuerdo con el MECI 2014, los principales roles que deben desempeñar las Oficinas de Control Interno, dentro de las organizaciones públicas, se enmarca en los cinco tópicos a saber:

- i) Evaluación y seguimiento;
- ii) Asesoría y acompañamiento;
- iii) Valoración de riesgos;
- iv) Relación con entes externos;
- v) Fomento de la cultura del control.

En este orden de ideas la Oficina de Control Interno de Gestión procedió a realizar el seguimiento y la evaluación al Mapa de Riesgos construido participativamente y terminado por los Servidores Públicos del IDSN, vigencia de 2016; verificando las acciones definidas por el Instituto para la administración del riesgo a través de la observación y revisión de los registros de cada acción propuesta por cada una de las dependencias responsables de los procesos.

OBJETIVO:

Realizar el seguimiento a las acciones propuestas en el Mapa de Riesgos por procesos y/o dependencias dentro de las fechas planeadas.

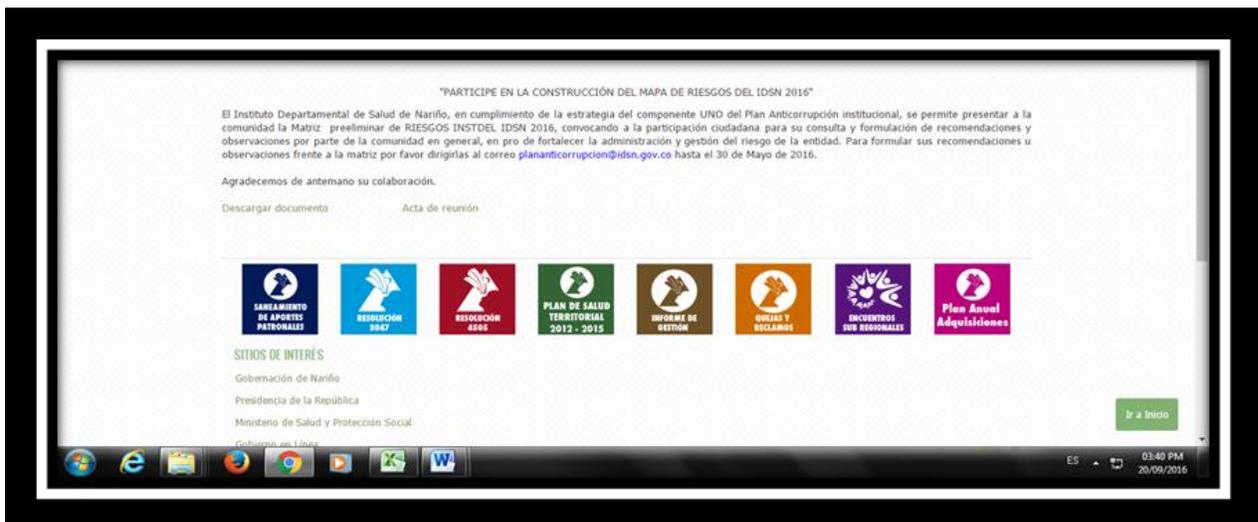
ALCANCE:

Verificar el cumplimiento de las acciones definidas en el IDSN para el tratamiento de los riesgos institucionales identificados en los procesos y/o en las dependencias del IDSN.

MAPA DE RIESGOS IDSN – VIGENCIA 2016

La publicación se realiza con la participación de todos los servidores públicos y contratistas del IDSN, encontrándose publicada en la página web de la Entidad, en el siguiente link:

<http://www.idsn.gov>



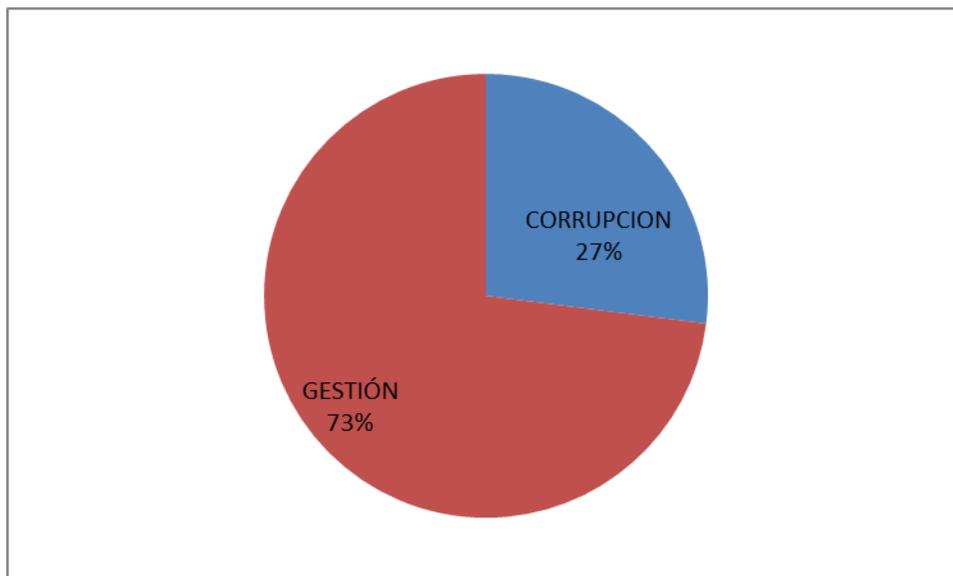
CLASIFICACIÓN DE LOS RIESGOS IDSN 2016

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

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

CLASIFICACION	N° de Riesgos	%
CORRUPCION	10	27
GESTIÓN	27	73
TOTAL RIESGOS	37	100

GRAFICA CLASIFICACIÓN DE LOS RIESGOS IDSN 2016



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

CALIFICACION	RIESGO CORRUPCIÓN	RIESGOS DE GESTION	CANT.
Extremos	1	1	02
Alto	2	8	10
Moderado	2	7	09
Bajo	5	11	16
TOTAL DE RIESGOS			37

SEGUIMIENTO AL RIESGO - 2º TRIMESTRE DE 2016

Para este trimestre según reporte presentado por cada una de las dependencias responsables de los procesos, se tiene que realizaron las siguientes acciones:

PLANEACION: SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD

Riesgo N° 1. Incumplimiento total o parcialmente de las funciones o competencias que establecen la Institución y demás normas que aplican al IDSN. (GESTION ESTRATEGICA)

- ✓ Se realiza seguimiento trimestral a matriz de Plan de Acción, reportada a gobernación de Nariño.
- ✓ Se emite Circular Interna jornadas de calidad mensuales, desarrollo de jornadas de calidad, grupos primarios SGC.
- ✓ Se tramitan solicitudes de los funcionarios ante el Comité de Capacitación, se cuenta con un informe a la fecha de la ejecución del PIC 2016; se realiza ajuste al procedimiento con revisión del Comité de Capacitación.
- ✓ Se avanza en la consolidación, se realiza la socialización a los actores del SGSSS, primer trimestre 2016.

Riesgo N° 2. Desacierto en el desarrollo de la función institucional del IDSN, en la elaboración y ejecución del Plan Estratégico, en la planeación y ejecución de programas y proyectos y en el

establecimiento y aplicación de políticas. (GESTION ESTRATEGICA).

- ✓ Se realiza Comité Técnico para la revisión de plataforma estratégica ante la nueva administración, se realizan grupos primarios para revisión del Plan de Acción 2016.
- ✓ Se participa dentro de la plataforma “gana gobierno abierto de Nariño”, con la presentación de informes de Rendición de Cuentas mensuales por parte del Director IDSN, se realiza Audiencia Pública de Rendición de Cuentas primer semestre 2016.
- ✓ Se aplica el proceso de capacitación institucional, se cuenta con informe primer semestre 2016 del Plan de Inducción y Capacitación (PIC).

Riesgo No. 3 Parcial cumplimiento al MECI y otras normas que reglamentan la competencia del proceso SCI (GESTION ESTRATEGICA TRASLADADO DE GESTION DEL RIESGO Y CONTROL INTERNO)

- ✓ Socializaciones realizadas en primer semestre según cronograma de jornadas de capacitaciones SGC)
- ✓ Está programada la capacitación en MECI como parte de la Inducción y Reinducción al personal del IDSN.

Riesgo No. 4. Inexactitud en el seguimiento del SGC por falta o inoportunidad en el reporte de información sobre el estado de los procesos al interior de la Institución (Calidad).

- ✓ Expedición de circular interna preventiva No. 48. del 16 de mayo recordando el reporte y consolidación de la información de los procesos con seguimiento a su cumplimiento, con elementos existentes.
- ✓ A la fecha se ha realizado el envío a dirección de un Reporte trimestral del informe consolidado de seguimiento a procesos, en los términos establecidos a Control interno para su seguimiento, sin novedad a la fecha.
- ✓ Expedición circular interna No. 28 del 15 de marzo para ejecución de Auditorías Internas de Calidad verificación de uso adecuado de información y documentación con reporte al responsable general del proceso para la toma de acciones en proceso, según programación.
- ✓ Se planea por parte de Dirección realizar un Comité Ampliado para la definición de responsabilidad frente al desarrollo de los procesos existentes en el SGC. Esta situación se

definirá a final de año para aplicación en la próxima vigencia.

GESTIÓN DEL RIESGO Y CONTROL INTERNO:

Riesgo No. 5. Al realizar las Auditorias del SGC y del SCI, algunas son insuficientes, ineficientes e ineficaces en sus resultados. (GESTION DEL RIESGO Y CONTROL INTERNO)

- ✓ Capacitar periódica a los funcionarios que ejercen las actividades de Auditoria en las diferentes dependencias del IDSN.
- ✓ Fortalecer la Autoevaluación, Autogestión y Autorregulación del SCI.
- ✓ Seguimiento a los Planes de Mejoramiento.
- ✓ Presentación de informes periódicos.
- ✓ Cumplir el Plan de Auditorias Programadas
- ✓ Verificar que los objetivos y las metas se hayan cumplido
- ✓ Fomentar la cultura del Control Interno.

OFICINA ASESORA JURIDICA

Riesgo No. 6. Ocurrencia de situaciones que afecten el tramite contractual .(GESTION JURIDICA

- ✓ Capacitación y reinducción de las funciones institucionales y del cargo, se programa para segundo trimestre del año (RH).
- ✓ Sensibilización al talento humano del proceso para empoderamiento y compromiso, se programa para segundo trimestre del año (RH).
- ✓ Expedición de circulares y comunicaciones preventivas para erradicar la extralimitación y/o omisión de funciones. (Circular No. 026 del 14/03/2016 y Circular No. 23; Recordatorio de enviar actas de inicio y de liquidación y Cronograma de procesos de contratación, respectivamente).
- ✓ Revisión y actualización del manual de funciones, en segundo trimestre del año (RH).

Riesgo No. 7. Inexactitud en la motivación y aplicación de la norma en la elaboración de actos administrativos proyectados por la OAJ o sometidos a su revisión (GESTION JURIDICA)

- ✓ Capacitación en el mes d abril de 2016 (Oficina Asesora Jurídica) a supervisores de las distintas dependencias del instituto en cumplimiento a las Circular No. 023 de 14 de marzo de 2016.

- ✓ Capacitación a Supervisores en el mes de mayo de 2016 sobre cargue de información de contratos en el aplicativo SIA OBSERVA y otros lineamientos en materia de contratación.
- ✓ Se encuentra pendiente la capacitación y reinducción de los procedimientos de contratación y la socialización de Manual de Supervisión e interventorías, para el nuevo personal del IDSN, a realizarse en el mes de octubre de 2016.

SECRETARIA GENERAL

Riesgo No. 8 Incumplimiento de los términos procesales en la sustanciación de asuntos disciplinarios.

- ✓ Se solicitó la contratación de un abogado y un técnico de apoyo para la sustanciación y el impulso procesal de asuntos. Como también el apoyo de labores de secretaría.
- ✓ La profesional universitaria de asuntos disciplinarios asistió al VI congreso en derecho administrativo en la ciudad de Bogotá. El mismo que fue socializado y entregado memorias a los contratistas de apoyo.
- ✓ Los expedientes se prestan solo a los sujetos procesales.
- ✓ En el mes de junio se trasladó la oficina de asuntos disciplinarios a un lugar adecuado que ofrece mayor seguridad y comodidad.

Riesgo No. 9. El incumplimiento al plan interno de capacitación, durante su ejecución

- ✓ La profesional Universitaria de Talento Humano, revisa mensualmente el indicador

Riesgo No. 10. Incumplimiento de los requisitos del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.

- ✓ Se ha comunicado y rendido información al Director del IDSN acerca del levantamiento de la matriz de peligro, se le ha socializado las políticas, las actividades a realizar en materia de seguridad y salud en el trabajo.
- ✓ Con el plan anual de trabajo se programaron las actividades de apoyo de la ARL para el desarrollo del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.

- ✓ Se brinda asistencia en cada puesto de trabajo de funcionarios y contratistas del IDSN acerca de la estrategia de capacitación y sensibilización del decreto 1072.
- ✓ Dentro de los recursos existentes implementar las actividades de seguridad y salud en el trabajo

Riesgo No. 11. Error en el registro de información al ingresar al sistema de información financiero (GESTION DE RECURSOS).

- ✓ Dentro de comité capacitación 2016 están las necesidades de capacitación de gestión de recursos.
- ✓ Dentro del presupuesto de la vigencia 2016 durante el primer trimestre se efectuó una adición de recursos provenientes de recursos de capital y en el cual se incluyó una partida ampliando la apropiación presupuestal del rubro denominado fortalecimiento de las TIC Riesgo.

Riesgo No. 12. Tráfico de influencias para favorecimientos de determinadas gestiones administrativas (GESTION DE RECURSOS).

- ✓ Se realizaron grupos de trabajo con respecto al tema de Plan Anticorrupción en las diferentes dependencias del IDSN a cargo de las Doctoras Andrea Fernández y Dehisy Tovar.

Riesgo No. 13. Incumplimiento de requisitos del programa de gestión documental en el IDSN (GESTION DE RECURSOS)

- ✓ Con resolución se creó el Grupo Primario de archivos de gestión.
- ✓ Se han adelantado reuniones con el grupo primario, asignando tareas de revisión y acompañamiento a los archivos de gestión con la finalidad de prepararnos a la auditoria de ICONTEC

Riesgo No. 14. Pérdida y/o hurto de bienes devolutivos de propiedad del IDSN (GESTION DE RECURSOS).

- ✓ De acuerdo al Manual para el Manejo Administrativo de la Propiedad, Plata y Equipo del IDSN adoptado mediante resolución 2103 de 2010, establece que el proceso de verificación y legalización de inventarios debe iniciarse en el Mes de Septiembre a efectos de consolidar la información financiera y cierre de fin de año con la Oficina de contabilidad. No obstante

dentro de estas actividades la oficina de almacén ha adelantado la revisión, legalización y firma de algunos inventarios de manera aleatoria a la fecha y antes de iniciar el proceso de manera formal se han legalizado 37 inventarios

Riesgo No. 15. Uso inadecuado de los bienes institucionales. (GESTION DE RECURSOS)

- ✓ En el mes de junio se envió la documentación requerida para hacer efectivas las pólizas teniendo este proceso algunas correcciones de documentación las cuales ya fueron enviadas, esto con respecto a la pérdida de un equipo de Sistemas.

SUBDIRECCIÓN DE SALUD PUBLICA:

Riesgo No.16. Deficiente identificación de necesidades de asistencia técnica. (ASISTENCIA TECNICA)

- ✓ Se identifica necesidades a través de diagnóstico levantado por dimensión mediante una semaforización
- ✓ Actualización de normograma

Riesgo No. 17. Débil articulación de los actores internos responsables de la ejecución del proceso de asistencia técnica (ASISTENCIA TECNICA)

- ✓ se realizó COVE institucional para identificar necesidades

Riesgo No. 18. Uso de metodología no efectiva en la asistencia técnica (ASISTENCIA TECNICA)

- ✓ Tema tratado en reunión de grupo primario
- ✓ Revisión de apoyo institucional frente al fortalecimiento de metodologías pedagógica
Se determinó que dicho fortalecimiento se haga a través de autoaprendizaje

CALIDAD Y ASEGURAMIENTO

Riesgo No. 19. Tráfico de influencias en la aplicación de las normas que rigen la vigilancia en salud

- ✓ Se realiza el seguimiento trimestral al proceso de IVC aplicando los formatos de calidad; todas las solicitudes de trámite extraordinario se manejan exclusivamente y por solicitud escrita a través de Dirección.

Riesgo No. 20 .Incumpliendo en el reporte oportuno de información.

- ✓ Reuniones de seguimiento de procesos con el equipo de trabajo.
- ✓ Emisión y publicación de Circulares y actos administrativos a través de los cuales se solicita la información.
- ✓ Respaldo al funcionario para el cumplimiento de sus funciones.

Riesgo No. 21. Interrupción de las actividades programadas

- ✓ Reprogramación de visitas que se postergaron previa justificación.
- ✓ Reuniones de seguimiento trimestral a procesos e indicadores.

Riesgo No. 22. Presiones Indevidas externas o internas sobre funcionarios en las Visitas de Inspección Vigilancia y Control a los actores objeto de vigilancia, para no ejercer sus funciones.

- ✓ Reuniones trimestrales de seguimiento a procesos con el equipo de trabajo

Riesgo No. 23. Incumplimiento a las metas establecidas en el Plan Decenal de Salud Pública y Plan Territorial de Salud

- ✓ Cronogramas de Visitas de los procedimientos autorizadas por la SCA
- ✓ Solicitud de planes de mejoramiento sobre los hallazgos encontrados
- ✓ Brindar asistencia técnica de acuerdo a las necesidades evidenciadas en las visitas

Riesgo No. 24. Trafico de influencias para priorizar y acelerar el trámite de los procedimientos de Red de servicios: (habilitación, Referencia y contrareferencia, licenciamiento aval de ambulancias, permisos de misión médica y regulación de pacientes de urgencias y entrega de donaciones, botiquines y sueros, auditoría de cuentas de EPS e IPS y autorizaciones de servicios) (Red de servicios) Trafico de influencias para priorizar y acelerar el trámite de los procedimientos del proceso de gestión de Red de servicios: (regulación de pacientes, entrega de botiquines, aval de ambulancias, auditoría de cuentas, autorizaciones de servicios)

- ✓ Seguimiento trimestral a los procedimientos de Red de Servicios. 2. Reuniones con el talento humano de cada procedimiento para reconocimiento de los procedimientos y sensibilización sobre las dificultades y consecuencias que ocasiona el tráfico de influencias.3. Establecimiento de filtros de atención que verifiquen el orden de llegada de la solicitud y control al cumplimiento de las programaciones establecidas.

- ✓ Toda solicitud de trámite extraordinario se maneja exclusivamente y por solicitud escrita de los superiores.

Riesgo No. 25. Error en la elaboración de autorizaciones y/o avales, planes hospitalarios, planes de contingencia y de respuesta del sector salud relacionados al proceso.

(Red de servicios)

- ✓ Cuando ingresa personal nuevo los respectivos líderes del proceso realizan la Inducción y reinducción al Talento humano 2. Los líderes de los procesos solicitan continuamente Revisión y actualización de los aplicativos de Software de Red de urgencias y emergencias CRUE y oficina de atención al usuario.

PLANEACION: PLANIFICACION Y DESARROLLO

Riesgo No. 26. Fallos, alteraciones o pérdidas de información de las diferentes plataformas tecnológicas (PLANIFICACION Y DESARROLLO DEL STS)

- ✓ Se elaboró y presento un diagnóstico del sistema y propuesta para la estructuración organizacional de las TICs institucionales a dirección.
- ✓ Plan de acción entregado a control interno

Riesgo No. 27. Inadecuada ejecución de la inversión en infraestructura y dotación hospitalaria (proyectos) (PLANIFICACION Y DESARROLLO DEL STS)

- ✓ Se realizó taller de capacitación a las distintas ESES e IPS del departamento y direcciones locales de salud, en formulación de proyectos y plan Bial de inversiones en salud.
- ✓ No se han presentado proyectos de infraestructura para poder hacer estas visitas.
- ✓ Se realizó la actualización de la ficha informativa para presentación de proyectos y se encuentra registrada en el sistema de gestión de calidad.
- ✓ Se han enviado oficios solicitados reuniones para cumplir con esta actividad y no se ha obtenido respuesta alguna por parte de PLANEACION Y DAC. (TR4ASLADO DE RECURSOS A IDSN POR COMPETENCI EN ELABORACION DE CONVENIO).
- ✓ Se ha programado la mesa de trabajo para el día 23 de SEPTIEMBRE a partir de las 8 am para trabajar el diagnóstico de la oficina asesora de planeación y posteriormente presentarla a comité técnico.

Riesgo No. 28. Demora en la entrega de la información para diseño y divulgación interna y externa de productos comunicativos institucionales (PLANIFICACION Y DESARROLLO DEL STS)

- ✓ Se realizó contratación de 3 funcionarios más a los que normalmente venían desarrollando las funciones de comunicaciones, además se está enviando oficios masivos donde se solicita con 15 días de anticipación la información para dar cumplimiento a los requerimientos, se notifica a los líderes de dimensión y jefes de oficina para que se divulgue la información.

Riesgo No. 29. Incumplimiento de compromisos de confidencialidad ante la posible divulgación de los resultados emitidos por el LSP

- ✓ Se firmó el registro de confidencialidad por el personal de LSP
- ✓ Se realizó la capacitación en los procedimientos de recepción, análisis, y reporte de resultados.

Riesgo No. 30. Hurto de equipos e insumos del LSP, que impide el desarrollo de los procedimientos del LSP.

- ✓ Bajo la responsabilidad de Secretaría Gral.
- ✓ Cambio de empresa de seguridad, denuncia ante la fiscalía, revisión de inventario a cargo de los funcionarios del LSP, reunión con la empresa de seguridad para devolución de los equipos.
- ✓ Investigación de lo sucedido con indagación de personal y revisión de videos de la empresa de seguridad
- ✓ Revisión de inventario con el personal de almacén y LSP con el acompañamiento de la Oficina de control Interno.
- ✓ Socialización de medidas adoptadas para la prevención de los hechos.
- ✓ Se hizo solicitud ante la Oficina de Apoyo Logístico

Riesgo No. 31. Manipulación y perdida de la información física o en medio magnético del LSP

- ✓ Se realizó capacitación al personal en el manejo de la información y organización documental de acuerdo a la normatividad vigente
- ✓ Se realiza los back up por cada área de laboratorio programada para septiembre

Riesgo No. 32. Incumplimiento en la oportunidad de la entrega de resultados o información solicitada por el cliente

- ✓ Se capacitó en el procedimiento, recepción y análisis al personal de LSP
- ✓ Está pendiente la realización del 2 proceso de adquisición de reactivos que se declararon desiertos
- ✓ Se realizó la gestión para la contratación de personal auxiliar de LSP

Riesgo No. 33. Incumplimiento de normas de seguridad en el LSP que afectan la integridad física del personal y de infraestructura.

- ✓ Se realizó capacitación al personal en buenas prácticas de laboratorio y se hizo solicitud a la oficina de Salud y Seguridad en el trabajo para que programe la capacitación en riesgo biológico y riesgo químico.
- ✓ Se capacitó al personal de oficios varios Aservinal en el procedimiento de aseo de las instalaciones.
- ✓ Se diligencia mensualmente el registro de no conformes y se hace un análisis aplicando para ver cuáles son más repetitivos.
- ✓ Se hizo el reporte a la oficina de Seguridad y Salud en el trabajo sobre contaminación con Salmonella Tippi de un Profesional d LSP.

Riesgo No. 34. Uso de equipos sin cumplir las condiciones metrológicas acordes a las técnicas para análisis de Laboratorio (calibración, mantenimiento, verificación, validación)

- ✓ Se realizó y aprobó el Plan de mantenimiento, calibración y validación de equipos del Laboratorio.
- ✓ Se realiza el diligenciamiento y reporte a Calidad de indicadores del proceso mensualmente.
- ✓ Se tiene programada la capacitación en control.

Riesgo No. 35. Incumplimiento de compromisos adquiridos en reuniones de ARTICULACION INTERSECTORIAL

- ✓ Delegación por acto administrativo.
- ✓ Presentación de las competencias del IDSN para articularse.

Riesgo No. 36. Ocultar o alterar la información considerada pública a la entidad y/o ciudadanía ARTICULACION INTERSECTORIAL

- ✓ Se ha realizado seguimiento trimestral

- ✓ Pendiente socializar
- ✓ Se ha definido como principal mecanismo de divulgación la página Web del IDSN
- ✓ Actualización del normograma
- ✓ Pendiente la socialización

Riesgo No. 37. Inasistencia de los responsables a las reuniones de los comités de articulación intersectorial

- ✓ Se ha realizado abogacía y sensibilización a través de los comités
- ✓ Concertación del cronograma de trabajo en las reuniones

RIESGOS QUE DEBEN PRESENTAR PLANES DE ACCION

RIESGOS EXTREMOS:

Se presenta dos (2) riesgo calificado como de **Extremo** en su criticidad, el cual debe eliminar las causas que lo generan o establecer controles para evitar la probabilidad, o compartir o transferir.

Los riesgos extremos son el riesgo No y 26 de los cuales el numero 26 presentó Plan de Acción el numero queda "Pendiente".

Riesgo No 26 Fallos, alteraciones o pérdidas de información de las diferentes plataformas tecnológicas (sistemas) Según Plan de Acción, radicado en la OCIG, se registra que se establecieron las siguientes actividades:

- ✓ Realizar análisis de la situación y presentar informe a la Administración.
- ✓ Autorización para contratación de seguridad en la información.

RIESGOS ALTOS:

Se presenta 10 riesgos calificados como Altos que son los riesgos No 4, 9,10,16,17,18,24,25,27,30 de los cuales han presentado planes de acción los riesgos No. 9,10,24,25,27.

Riesgo No 9 El incumplimiento al plan interno de capacitación, durante su ejecución .Según Plan de Acción, radicado en la OCIG, se registra que se establecieron las siguientes actividades:

- ✓ Asignación de mayor presupuesto para la vigencia 2017 con el fin de dar cumplimiento al PIC Institucional.
- ✓ Realizar revisión permanente de PIC vigente y su indicador.

Riesgo No 10 Incumplimiento de los requisitos del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo. Según Plan de Acción, radicado en la OCIG, se registra que se establecieron las siguientes actividades:

- ✓ Aplicación de encuestas de condiciones de salud
- ✓ Seguimiento a Indicadores
- ✓ Verificación y cumplimiento del cronograma de seguridad y salud en el trabajo

Riesgo No 24 Trafico de influencias para priorizar y acelerar el trámite de los procedimientos de Red de servicios: (habilitación, Referencia y contrareferencia, licenciamiento aval de ambulancias, permisos de misión médica y regulación de pacientes de urgencias y entrega de donaciones, botiquines y sueros, auditoría de cuentas de EPS e IPS y autorizaciones de servicios) (Red de servicio) Trafico de influencias para priorizar y acelerar el trámite de los procedimientos del proceso de gestión de Red de servicios: (regulación de pacientes, entrega de botiquines, aval de ambulancias, auditoría de cuentas, autorizaciones de servicios)

- ✓ Reuniones de reinducción de procedimientos del proceso de Gestión de Red de Servicios
- ✓ Reunión con Habilitación para unificar lista de chequeo de aval de ambulancia.
- ✓ Reunión para evaluación de software de autorizaciones con implementación de escáner.

Riesgo No 25. Error en la elaboración de autorizaciones y/o avales, planes hospitalarios, planes de contingencia y de respuesta del sector salud. Relacionados al proceso. (Red de servicios)

- ✓ Generar un proceso de control sobre las autorizaciones de atención al usuario.
- ✓ Transferir los procedimientos de gestión de riesgo a Salud Publica
- ✓ Replantear y analizar indicadores vigentes.

Riesgo No 27. Inadecuada ejecución de la inversión en infraestructura y dotación hospitalaria (proyectos) (PLANIFICACION Y DESARROLLO DEL STS)

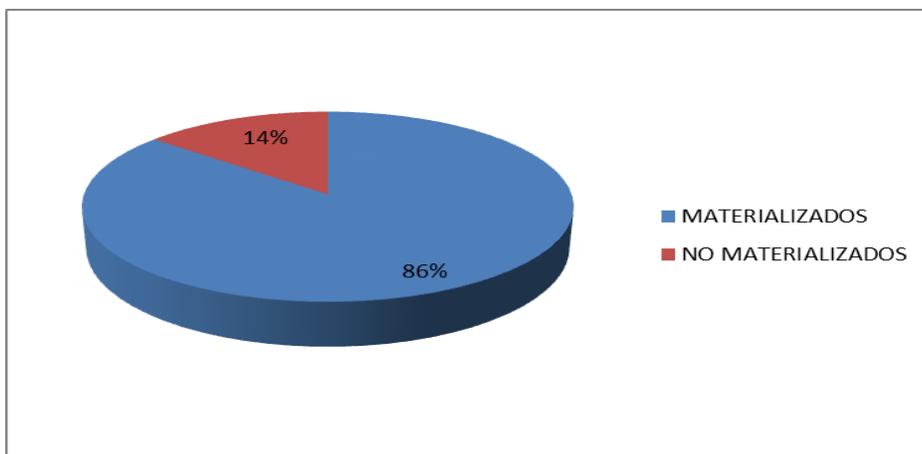
- ✓ Talleres de capacitación y asistencia técnica en formulación
- ✓ Realizar visitas en terreno para verificar condiciones de localización del proyecto que garantice las condiciones mínimas.
- ✓ Ajustar los procedimientos y formatos del proceso relativos a formulación de proyectos.
- ✓ Realizar mesas de trabajo con las oficinas de contratación y planeación de Gobernación, DAC, OAJ IDSN y OAP IDSN para definir alcances y procedimientos de la supervisión.

18 de 20

- ✓ Realizar y presentar diagnóstico a Dirección, sobre las competencias y debilidades en la oficina Asesora de Planeación para la ejecución de sus funciones.

RIESGOS MATERIALIZADOS Y NO MATERIALIZADOS

DETALLE	GESTIÓN	CORRUPCION
RIESGOS MATERIALIZADOS	4	2
RIESGOS NO MATERIALIZADOS	23	8



De los 37 riesgos que corresponden a Gestión y Corrupción 6 riesgos se materializaron que corresponden al 14% y 32 riesgos que no se materializaron que corresponde al 86 %.

CONCLUSIONES Y 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 toda 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.

- El monitoreo o seguimiento estratégico y evaluación permanente está a cargo de los líderes de cada proceso junto con su equipo, quienes para el efecto, ejecutan las acciones de seguimiento, vigilancia y control a través de indicadores preestablecidos por el IDSN y verificados por la Oficina de Control Interno de Gestión.
- Los Riesgos ***nunca dejan de presentar una amenaza***, por ello la recomendación principal es que se realice un monitoreo y seguimiento permanente, para asegurar que las acciones se estén llevando a cabo y evaluar su implementación.
- El benefició de incluir todas las posibles situaciones de riesgo, es que la Entidad puede a través del monitoreo y seguimiento evitar su materialización y se pueda tomar las medidas de prevención.
- Fortalecer los mecanismos que se soportan en las políticas institucionales, donde los responsables de las diferentes dependencias involucren a los Funcionarios en un ambiente de compromiso en la búsqueda de acciones encaminadas a la prevención y administración de los riesgos.
- Diseñar controles efectivos que impidan la materialización de los riesgos y verificar su pertinencia de manera periódica por parte de los responsables de los procesos.
- Continuar con la cultura del autocontrol en el IDSN y realizar capacitaciones en políticas de administración del riesgo y de la importancia de los Mapas de Riesgos para el logro de los objetivos y metas institucionales.

RESPONSABLE ELABORACIÓN	FIRMA	FECHA		
<p>HAROLD VALLEJO CALDERÓN Jefe Oficina Control Interno de Gestión</p>		Día	Mes	Año
<p>YULE GUTIERREZ Profesional Universitario OCIG</p>		6	07	2016



INFORME

CÓDIGO: F-PGED05-10

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página

20 de 20

--	--	--	--	--