



INFORME

CÓDIGO: F-PGED05-10

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página

1 de 22

Tema del Informe:	Fecha			Informe N°
	Día	Mes	Año	
INFORME SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGOS CONSOLIDADO (GESTIÓN Y CORRUPCION) – SEGUNDO TRIMESTRE DE 2017.	10	07	2017	02

Descripción del Informe

INTRODUCCION

El Instituto Departamental de Salud de Nariño - IDSN, busca a través de la *gestión integral del riesgo (principios, marco y procedimientos)*, que al interior del Instituto se establezca una “*cultura de administración del riesgo*”, para gestionar su tratamiento frente a los impactos que éstos eventualmente pudiesen generar, fortaleciendo la protección de los recursos y evitando situaciones que impidan el normal cumplimiento de 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.

La administración del riesgo, habilita a la entidad para emprender las acciones necesarias que le permitan el manejo de todos aquellos eventos que puedan afectar negativamente el logro de sus objetivos institucionales, convirtiéndose así en una herramienta eficaz de gestión, impulsada por la alta dirección y abordada por todos sus servidores.

El presente informe contiene la verificación de los resultados del seguimiento a las acciones propuestas por el IDSN al interior 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.

Los “*riesgos institucionales*” asociados tanto al Sistema de Gestión de Calidad y al Sistema Control Interno, como los “*riesgos de corrupción*”, 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 *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 (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.

En cumplimiento de las actividades y plazos establecidos para la elaboración, consolidación y publicación de la estrategia de plan anticorrupción y servicio al ciudadano del IDSN - 2017, para el efecto, la OCIG verificó que: *“Dando alcance sobre Plan Anticorrupción y atención al Ciudadano 2017, conjuntamente con la Oficina de Planeación se brindó orientación a los equipos de trabajo de todas las dependencias del IDSN para realizar el consolidado final y la publicación en la página web del IDSN, además se expuso la real dimensión de la estrategia de Gobierno sobre las especificaciones de los requisitos mínimos para el cumplimiento de la estrategia.”*

La Oficina de Control Interno, en cumplimiento de su función de verificación y control, de acuerdo a lo señalado por la Ley 87 de 1993, el Decreto 2641 de Diciembre de 2012 (artículo 5°), reglamentado por los artículos 73 y 76 de la Ley 1474 de 2011, determina entre otros, que el seguimiento al cumplimiento de las orientaciones y obligaciones derivadas del documento “Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano”, se establece que: *“...El mecanismo de seguimiento al cumplimiento de las obligaciones derivadas del mencionado documento, estará a cargo de las oficinas de Control Interno....”*

Estructura del plan anticorrupción y de atención al ciudadano del IDSN para 2017:

Componente No 1 Riesgos (Mapa de Riesgos Anticorrupción 2017)

Componente No 2 Racionalización de trámites

Componente No 3 Rendición de Cuentas

Componente No 4 Atención al ciudadano

Componente No 5 Transparencia y acceso a la información.

Componente No 6 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 2017)

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 2017; 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.

Como resultado del análisis del contexto estratégico y con fundamento en la ejecución de los procesos y actividades realizados para cumplir con los objetivos y en la información suministrada por las dependencias, se establecieron en primera instancia, las causas o factores de riesgo y los posibles agentes generadores, definidos éstos, como sujetos u objetos que tienen la capacidad de originar un riesgo y que están bajo el control de la entidad. Entre ellos, la infraestructura, el personal, los procesos, la tecnología, los recursos etc.

MARCO LEGAL

- ✓ Decreto 1537 de 2001, reglamento la ley 87 de 1993, donde establece que control interno define y aplica medidas para prevenir los riesgos, detectar y corregir desviaciones y establece el rol que deben desempeñar estas oficinas con respecto a la Administración de los Riesgos.
- ✓ Decreto 943 de 2014 Por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno (MECI).
- ✓ Decreto 1599 de 2005 Por el cual se adopta el Modelo Estándar de Control Interno MECI, para el Estado Colombiano y se presenta el anexo técnico del MECI 1000:2005 1.3. Componentes de administración del riesgo.
- ✓ Decreto 4485 de 2009 Por el cual se adopta la actualización de la NTCGP a su versión 2009. Numeral 4.1 Requisitos generales literal g) “establecer controles sobre los riesgos identificados y valorados que puedan afectar la satisfacción del cliente y el logro de los objetivos de la entidad; cuando un riesgo se materializa es necesario tomar acciones correctivas para evitar o disminuir la probabilidad de que vuelva a suceder”. Este decreto aclara la importancia de la Administración del riesgo en el Sistema de Gestión de la Calidad en las entidades.
- ✓ Guía para la administración del riesgo DAFP Versión 3 emitida por el DAFP.

5 de 22

OBJETIVO:

Con el fin de dar cumplimiento a los criterios anteriormente mencionados, especialmente a lo establecido en la Guía para la administración del riesgo DAFP en el cual menciona que los encargados de realizar acciones asociadas a los controles establecidos para cada uno de los riesgos identificados son los responsables de los procesos y que el encargado de realizar seguimiento a los riesgos que a nivel institucional han sido consolidados está a cargo de la Oficina de Control Interno, se hace necesario realizar dicho seguimiento con corte al 30 de junio de 2017 (II Trimestre 2017).

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

De acuerdo al seguimiento realizado a los diferentes procesos en el mapa de riesgos institucional se observó que se están cumpliendo con los controles para la mitigación de riesgos contemplados en el mapa de riesgos institucional, sin embargo en los procesos que relacionan a continuación se observó lo siguiente

MAPA DE RIESGOS IDSN – VIGENCIA 2017

El mapa de riesgos publicado en la página web de la Entidad, en el link: <http://www.idsn.gov>



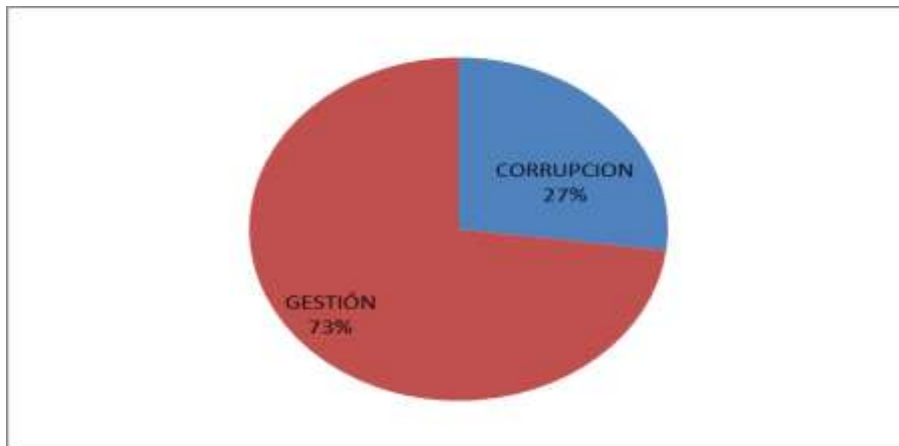
**CLASIFICACIÓN DE LOS RIESGOS
IDSN 2017**

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 2017**



COMPARATIVO DE LOS RIESGOS 2015-2016-2017

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:

7 de 22

El Instituto Departamental de Salud para la vigencia 2015 concluyo con un total de 66 riesgos para la vigencia 2016 con un total de 37 riesgos y para la vigencia 2017 se mantiene con 37 riesgos.

RIESGOS 2015			
CALIFICACION	RIESGO CORRUPCIÓN	RIESGO CALIDAD Y CI	CANT.
Muy Alto	0	1	1
Alto	2	2	3
Medio	13	18	31
Bajo	15	13	27
TOTAL DE RIESGOS			62

RIESGOS 2016			
CALIFICACION	RIESGO CORRUPCIÓN	RIESGOS DE GESTIÓN	CANT.
Extremos	1	1	02
Alto	2	8	10
Moderado	2	7	09
Bajo	5	11	16
TOTAL DE RIESGOS			37

RIESGOS 2017			
CALIFICACION	RIESGO CORRUPCIÓN	RIESGOS DE GESTIÓN	CANT.
Extremos	1	1	02
Alto	2	8	10
Moderado	2	7	09
Bajo	5	11	16
TOTAL DE RIESGOS			37

Extremos: Reducir el riesgo, evitar, compartir o transferir

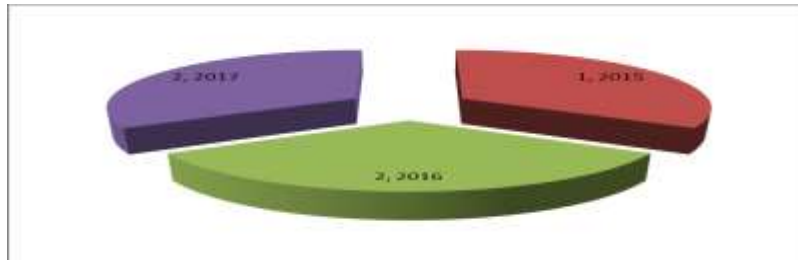
Altos: Reducir el riesgo, evitar, compartir o transferir

Moderado: Asumir el riesgo, reducir el riesgo

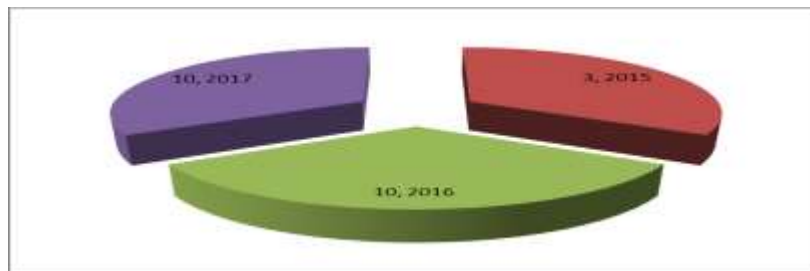
Bajo: Asumir el riesgos

COMPORTAMIENTO DE RIESGOS 2015-2016-2017

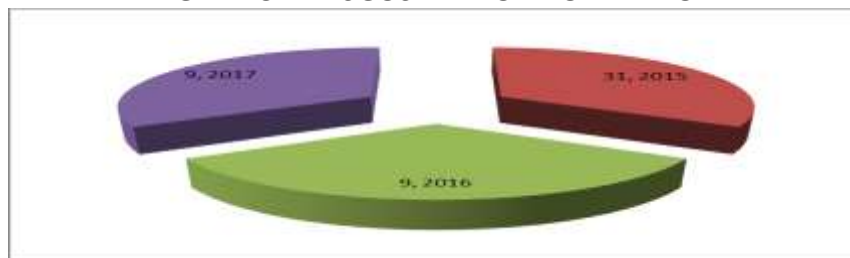
GRAFICA RIESGOS MUY ALTOS- EXTREMOS



GRAFICA RIESGOS ALTOS



GRAFICA RIESGOS MEDIO- MODERADO



GRAFICA RIESGO BAJO

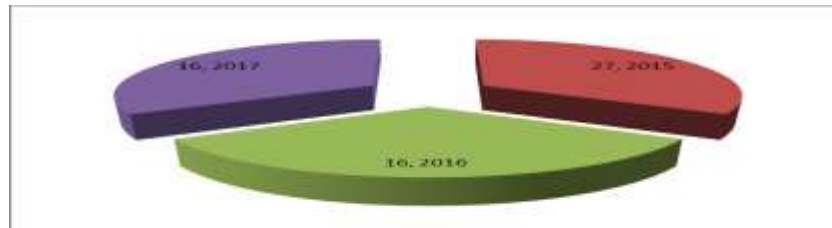
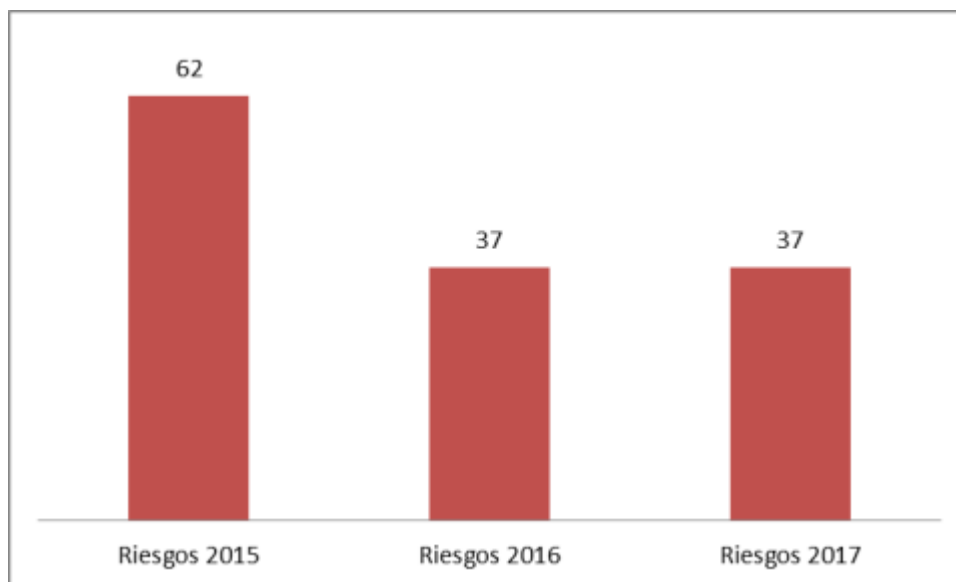


Tabla de riesgos 2015-2016-2017

Riesgos 2015	Riesgos 2016	Riesgos 2017	Variación	%
62	37	37	25	40%

GRAFICA DE RIESGOS 2015-2016-2017



Como podemos observar se realiza el comparativo frente al 2015 y 2016 para el año 2015 se cuenta con un total de 62 riesgos, y para el año 2016 cuenta con 37 riesgos para la vigencia 2017 se mantiene con 37 riesgos, clasificados como 27 de Gestión y 10 de corrupción, y según el análisis de las gráficas anteriores los riesgos que más se redujeron fueron los riesgo llamados medios para el 2015 y moderados para el 2016 y 2017, con una variación del 40%, que corresponde a 25 riesgos.

SEGUIMIENTO AL RIESGO - 2° TRIMESTRE DE 2017

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

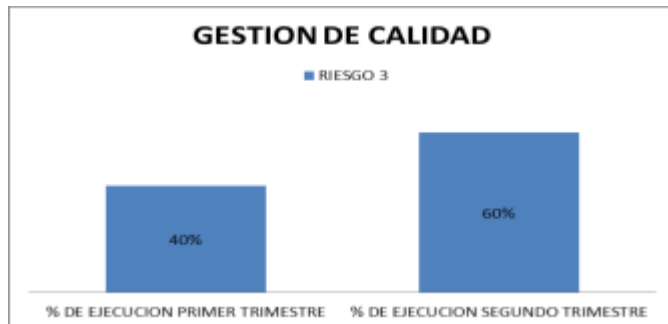
GESTIÓN ESTRATEGICA

GESTION ESTRATEGICA		
RIESGO	% DE EJECUCION PRIMER TRIMESTRE	% DE EJECUCION SEGUNDO TRIMESTRE
RIESGO 1	40%	60%
RIESGO 2	50%	70%



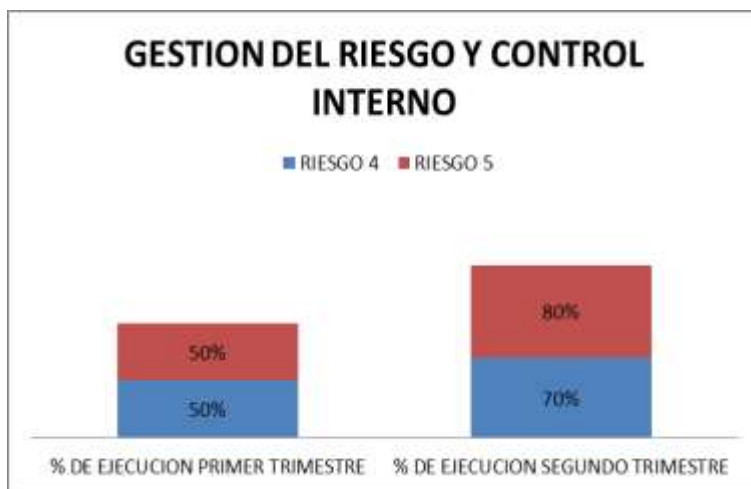
GESTIÓN DEL CALIDAD

GESTIION DE CALIDAD		
RIESGO	% DE EJECUCION PRIMER TRIMESTRE	% DE EJECUCION SEGUNDO TRIMESTRE
RIESGO 3	40%	60%



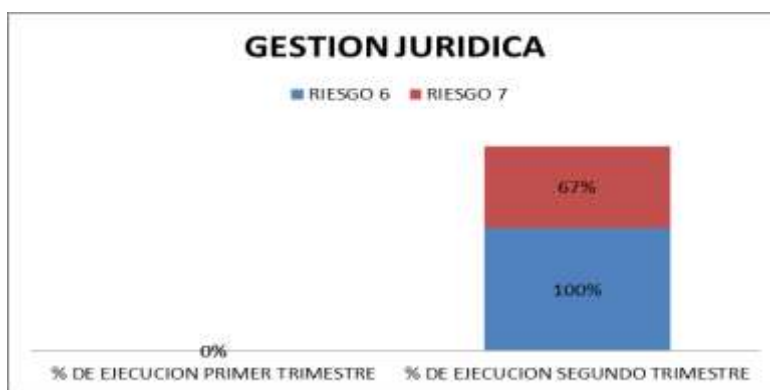
GESTIÓN DEL RIESGO Y CONTROL INTERNO:

GESTION DEL RIESGO Y CONTROL INTERNO		
RIESGO	% DE EJECUCION PRIMER TRIMESTRE	% DE EJECUCION SEGUNDO TRIMESTRE
RIESGO 4	50%	70%
RIESGO 5	50%	80%



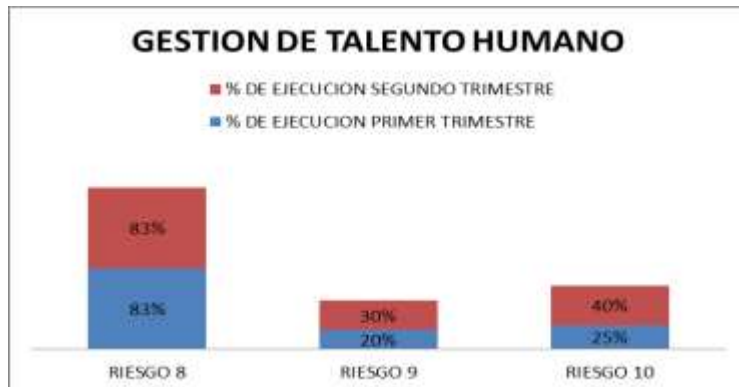
GESTION JURIDICA

GESTIÓN JURIDICA		
RIESGO	% DE EJECUCION PRIMER TRIMESTRE	% DE EJECUCION SEGUNDO TRIMESTRE
RIESGO 6	0%	100%
RIESGO 7	0%	67%



GESTIÓN DE TALENTO HUMANO

GESTIÓN DE TALENTO HUMANO		
RIESGO	% DE EJECUCION PRIMER TRIMESTRE	% DE EJECUCION SEGUNDO TRIMESTRE
RIESGO 8	83%	83%
RIESGO 9	20%	30%
RIESGO 10	25%	40%



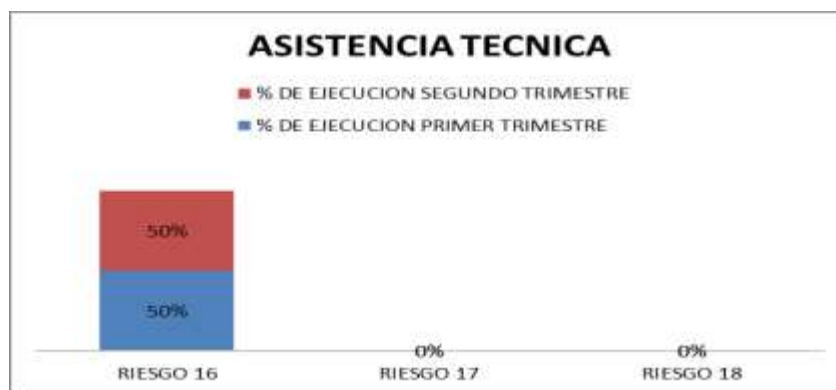
GESTIÓN DE RECURSOS

GESTIÓN DE RECURSOS		
RIESGO	% DE EJECUCION PRIMER TRIMESTRE	% DE EJECUCION SEGUNDO TRIMESTRE
RIESGO 11	33%	55%
RIESGO 12	100%	100%
RIESGO 13	35%	40%
RIESGO 14	40%	60%
RIESGO 15	40%	60%



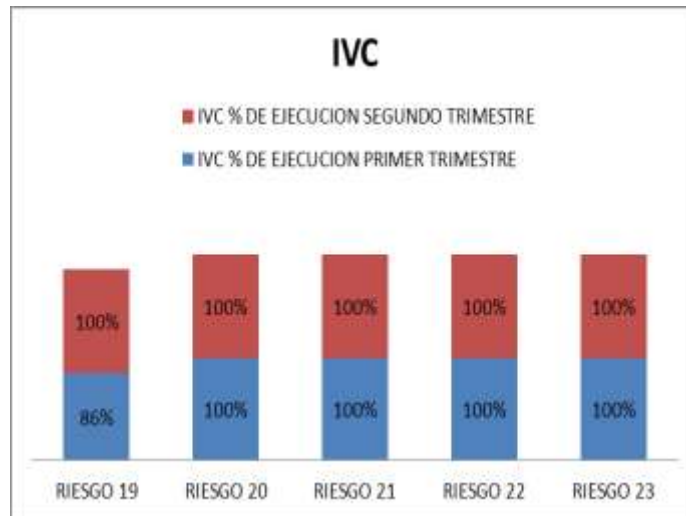
ASISTENCIA TECNICA:

ASISTENCIA TECNICA		
RIESGO	% DE EJECUCION PRIMER TRIMESTRE	% DE EJECUCION SEGUNDO TRIMESTRE
RIESGO 16	50%	50%
RIESGO 17	0%	0%
RIESGO 18	0%	0%



IVC

IVC		
RIESGO	% DE EJECUCION PRIMER TRIMESTRE	% DE EJECUCION SEGUNDO TRIMESTRE
RIESGO 19	86%	100%
RIESGO 20	100%	100%
RIESGO 21	100%	100%
RIESGO 22	100%	100%
RIESGO 23	100%	100%



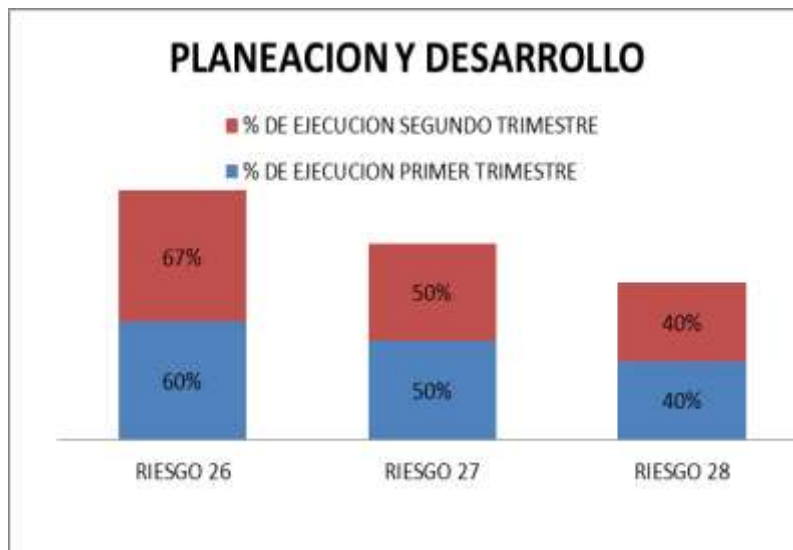
RED DE SERVICIOS

RED DE SERVICIOS		
RIESGO	% DE EJECUCION PRIMER TRIMESTRE	% DE EJECUCION SEGUNDO TRIMESTRE
RIESGO 24	100%	100%
RIESGO 25	100%	100%



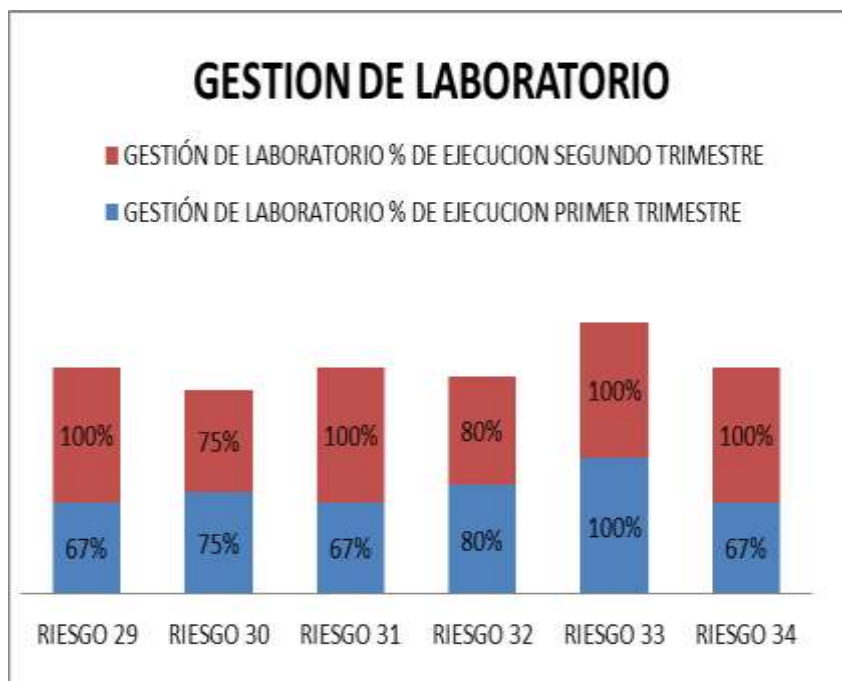
PLANEACION Y DESARROLLO

PLANEACION Y DESARROLLO		
RIESGO	% DE EJECUCION PRIMER TRIMESTRE	% DE EJECUCION SEGUNDO TRIMESTRE
RIESGO 26	60%	67%
RIESGO 27	50%	50%
RIESGO 28	40%	40%



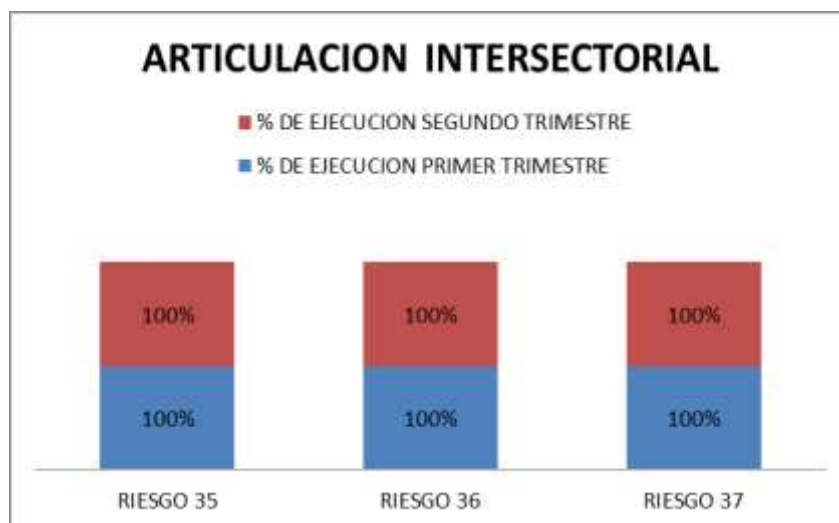
GESTIÓN DE LABORATORIO

GESTIÓN DE LABORATORIO		
RIESGO	% DE EJECUCION PRIMER TRIMESTRE	% DE EJECUCION SEGUNDO TRIMESTRE
RIESGO 29	67%	100%
RIESGO 30	75%	75%
RIESGO 31	67%	100%
RIESGO 32	80%	80%
RIESGO 33	100%	100%
RIESGO 34	67%	100%



GESTIÓN ARTICULACION INTERSECTORIAL

ARTICULACION INTERSECTORIAL		
RIESGO	% DE EJECUCION PRIMER TRIMESTRE	% DE EJECUCION SEGUNDO TRIMESTRE
RIESGO 35	100%	100%
RIESGO 36	100%	100%
RIESGO 37	100%	100%



RIESGOS MATERIALIZADOS

Durante el primer y segundo trimestre de 2017 no se materializaron riesgos.

RIESGOS QUE DEBEN PRESENTAR PLANES DE ACCION EXTREMOS Y ALTOS

RIESGOS EXTREMOS

No de riesgo	RIESGOS EXTREMOS	SEGUIMIENTO
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)	ENTREGADO
26	Fallos, alteraciones o pérdidas de información de las diferentes plataformas tecnológicas (PLANIFICACION Y DESARROLLO DEL STS)	FALTA POR ENTREGAR

RIESGOS ALTOS

N° de Riesgo	RIESGO ALTOS	ESTADO
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)	ENTREGADO
9	El incumplimiento al plan interno de capacitación, durante su ejecución (GESTION DE TALENTO HUMANO)	FALTA POR ENTREGAR
10	Incumplimiento de los requisitos del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo (GESTION DE TALENTO HUMANO)	FALTA POR ENTREGAR
16	Deficiente identificación de necesidades de asistencia técnica. (ASISTENCIA TECNICA)	ENTREGADO
17	Débil articulación de los actores internos responsables de la ejecución del proceso de asistencia técnica (ASISTENCIA TECNICA)	ENTREGADO
18	Uso de metodología no efectiva en la asistencia técnica (ASISTENCIA TECNICA)	ENTREGADO
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)	ENTREGADO

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)	FALTA POR ENTREGAR
27	Inadecuada ejecución de la inversión en infraestructura y dotación hospitalaria (proyectos) (PLANIFICACION Y DESARROLLO DEL STS)	FALTA POR ENTREGAR
30	Hurto de equipos e insumos del LSP, que impide el desarrollo de los procedimientos del LSP	ENTREGADO

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 pertenencia 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>		30	03	2017