



INFORME

CÓDIGO: F-PGED05-10

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página 1 de 82

INFORME EJECUTIVO ANUAL DE CONTROL INTERNO DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO (IDSN): VIGENCIA 2016	Fecha			Informe
	Día	Mes	Año	N°
	13	02	2017	01
Para: Dirección del IDSN y publicación en la página web institucional - Link Oficina Asesora de Control Interno de Gestión del IDSN				
Descripción del Informe				
<h1>Informe Ejecutivo Anual de CONTROL INTERNO VIGENCIA 2016</h1> <p><i>“Artículo 3°. De las Oficinas de Control Interno. En desarrollo de las funciones señaladas en el artículo 9 de la Ley 87 de 1993, el rol que deben desempeñar las oficinas de control interno, o quien haga sus veces, dentro de las organizaciones públicas, se enmarcan en cinco tópicos, a saber: valoración de riesgos, acompañar y asesorar, realizar evaluación y seguimiento, fomentar la cultura de control, y relación con entes externos.” (Decreto 1537 de 2001)</i></p> <p style="text-align: right;">Oficina de Control Interno del IDSN</p>				



INFORME

CÓDIGO: F-PGED05-10

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

DESARROLLO DE ACTIVIDADES:

Presentación

La Ley del Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2014 – 2018 “*Todos por un Nuevo País*”, integró en un solo los Sistemas de Planeación y Gestión: el Sistema Nacional de Control Interno (Ley 87/93), el Sistema Nacional del Plan de Desarrollo (Ley 152 de 1994), el Sistema de Gestión de la Calidad (Ley 872/03) y el Sistema de Desarrollo Administrativo (Ley 489/98), con el propósito de dotar a las entidades estatales de una herramienta orientada a lograr el fortalecimiento de los mecanismos, métodos y procedimientos de control al interior de las mismas en el denominado “*Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIGP) Versión 2*” (el cual será adoptado en el primer trimestre de 2017 y se aplicará en todas las entidades del Estado) que incorpora el “*Formulario Único Reporte de Avances de la Gestión (FURAG)*” y que deberá cumplir las siguientes etapas: Etapa 1 FURAG Preparatorio y Etapa 2 FURAG II Línea de Base, herramientas desarrollados por el Departamento Administrativo de la Función Pública (DAFP), cuyo desarrollo permitirá al IDSN fortalecer y modernizar, precisamente, los esquemas de Planeación y Gestión a partir de otros sistemas y/o compartir con estos.

En el mismo orden de ideas y, en desarrollo de la Ley 87 de 1993, se fortalece la capacidad de respuesta del Representante Legal quien, en cada entidad debe velar por el establecimiento formal de un *sistema de evaluación y control de gestión*, según sus características propias, para que previo el conocimiento del estado de avance del Sistema de Control Interno en su entidad, antes del 28 de febrero del año en curso, envíe, al Consejo Asesor del Gobierno Nacional para el Control Interno, copia del Informe Ejecutivo Anual del Sistema de Control Interno del Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN) que contenga el resultado final de la evaluación realizada por la Oficina Asesora de Control Interno del IDSN.

HAROLD VALLEJO CALDERON

Jefe Oficina Asesora de Control Interno de Gestión – IDSN

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



CONTENIDO:

1. MODULO DE CONTROL 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 Direcccionamiento 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 CONTROL DE EVALUCION Y SEGUIMIENTO

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



INFORME

CÓDIGO: F-PGED05-10

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Entorno:

Como oportunamente fue informado el Comité Coordinador de Control Interno del Instituto Departamental de Salud de Nariño (CCCI – IDSN), el presente Informe Ejecutivo Anual de Control Interno, está fundamentado en el Decreto 943 de 2014 y en el “*Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano*” (MECI 2014) y de otros importantes insumos y soportes tales como:

La Matriz de Seguimiento al MECI; las Encuestas de Autoevaluación por Dependencia; el Informe de Empalme por Cambio de Periodo de Gobierno; los Informes Cuatrimestrales de Control Interno; los resultados de las Auditorías del Sistema de Control Interno y del SGC; las Auditorías practicadas por los organismos de control: Contraloría General de la República, Contraloría Departamental de Nariño, el Icontec y la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud) e, igualmente, los Planes de Mejoramiento resultantes suscritos; los “*Componentes del Plan Anticorrupción*”: Mapa de Riesgos de Corrupción y de Gestión (Consolidado) y los Planes de Acción; la Racionalización de Trámites y simplificación del acceso de la comunidad a los servicios del IDSN; la Rendición de Cuentas publicadas en la Web institucional; el Mejoramiento del Servicio al Ciudadano; la Transparencia, el Acceso a la Información y el seguimiento al Plan de Comunicaciones y el ajuste y difusión del Código de Ética; el Plan Anticorrupción y Servicio al Ciudadano de construcción colectiva por los funcionarios del IDSN a partir de las guías: “*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*” (DAFP); el “*Mapa de Riesgos Consolidado*” de la vigencia de 2016 y los *Informes de Gestión del Riesgo* publicados en la página Web institucional; los Informes de Austeridad en el Gasto; los Informes de Oportunidad de Respuesta a los Derechos de Petición; la Evaluación del Sistema de Control Interno Contable del IDSN; los Informes de Arqueos de Cajas Menores y de seguimiento a la Matriz de Comunicaciones del IDSN; las Funciones de Advertencia expedidas; la orientación brindada en Inducción y Reinducción al Talento Humano; el Estado de los Derechos de Petición y de las PQR; los Informes Semestrales y Anual de Gestión del IDSN y el Informe del estado Financiero, Presupuestal y de Tesorería, son entre otros los desarrollos, documentos y gestiones realizadas y/o apoyadas por la Oficina Asesora de Control Interno del IDSN.

La metodología empleada, como se dijo, tiene como fundamento el esquema planteado por el “*Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano*” (Módulos, Componentes, Elementos, Productos Mínimos, Nuevo Diagnóstico, Análisis del Riesgo, etc.)

Finalmente, es importante considerar que el Plan de Mejoramiento suscrito con la Contraloría General de la República por la Auditoría Integral al SGP en el Departamento de Nariño correspondiente a la Vigencia de 2015, se encuentra cumplido, pendiente de cierre y sus manejo se ha remitido oportunamente a través del SIRECI; el Plan de Mejoramiento suscrito con la Contraloría Departamental de Nariño por la Auditoría Integral años 2012, 2013 y 2014 se encuentra cumplido y pendiente de cierre; el Plan de Mejoramiento de la Auditoría al Balance practicado por la Contraloría Departamental de Nariño se encuentra cumplido y pendiente de cierre; el Plan de Mejoramiento con la Supersalud 2016, se encuentra pendiente del pronunciamiento y la Auditoría de Renovación en la norma ISO 9000:2009 y NTC GP 1000 practicada por el Icontec entre el 23 y el 26 de octubre de 2016, concluyó sin Plan de Mejora y con cero hallazgos, lo que se destaca como un logro de la nueva administración del IDSN.

1. MODULO DE CONTROL DE PLANEACION Y GESTION

Dentro de este Módulo de Control, se encuentran los componentes y elementos que permiten asegurar de una manera razonable, que la planeación y ejecución del IDSN tendrán los controles necesarios para su realización.

1.1 Componente del Talento Humano.- Este componente tiene como propósito establecer los elementos que le permitan al IDSN crear una conciencia de control y un adecuado control a los lineamientos y actividades tendientes al desarrollo del talento humano.

1.1.1. Elemento Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos.

Productos mínimos: Trabajo participativo para la actualización del Código de Ética y Buen Gobierno.

Ejecución: Parcial con observaciones

Nuevo Diagnostico

La necesidad es fortalecer los procesos de conocimiento y apropiación de la Carta de Valores, el Código de Ética y el Código de Buen Gobierno a fin de alcanzar el compromiso y pertinencia plenas con el Instituto de los servidores Públicos vinculados al mismo.

Dificultades:

En general, la Encuesta de Autoevaluación 2016, calificó como *deficiente* la gestión en las dependencias del IDSN donde manifestaron la necesidad de realizar "*Talleres de estudio y discusión para aplicar y actualizar el Código de Ética y los Acuerdos, Compromisos o Protocolos Éticos.*", igualmente, la necesidad de fortalecer la participación social (interna y externa) en su estructuración y difusión. (Pendiente)

1.1.2. Elemento Desarrollo del Talento Humano.

Productos mínimos:

- ✓ Inducción para Ingreso
- ✓ Inducción para Permanencia:
- ✓ Inducción para Retiro

El IDSN, cuenta formalmente con espacios para la participación de 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
- ✓ 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 Seis (6) componentes estratégicos.
- ✓ Charlas Motivacionales.

Nuevo Diagnóstico: Es urgente planear y ejecutar los siguientes temas que, en consideración de la Oficina de Control Interno, impactan a los Servidores Públicos (Funcionarios y Contratistas) vinculados al IDSN:

En Seguridad y salud en el trabajo:

- ✓ Programas de inducción y reinducción laboral.
- ✓ Estudio y seguimiento del panorama de riesgos laborales.
- ✓ Capacitaciones por la Unidad de Riesgo Laboral URL

Bienestar.

- ✓ Clima laboral: Pendientes Talleres relaciones interpersonales y comunicación.
- ✓ Estrategia Servicio al Cliente, en ejecución.
- ✓ Vacaciones recreativas.
- ✓ Ingreso (fortalecer la inducción al trabajo)
- ✓ Inscripción (procesos de capacitación, evaluación del desempeño y estímulos)
- ✓ Retiro (necesidades del servicio o por pensión de los servidores públicos).

1.2 Componente de Direccionamiento Estratégico: El Direccionamiento Estratégico del IDSN define la ruta organizacional que debe seguir, de conformidad con el MECI:

- ✓ Elemento Planes, Programas y Proyectos;
- ✓ Elemento Modelo de Operación por Procesos;
- ✓ Elemento Estructura Organizacional, Indicadores de Gestión; y
- ✓ Elemento Políticas de Operación.

Productos mínimos

- ✓ La Misión y Visión del IDSN adoptados y divulgados
- ✓ El Plan Territorial de Salud (PTS) del IDSN se proyectó alineado con los Planes de Desarrollo Nacional, Decenal, Departamental y Políticas de Desarrollo Administrativo.
- ✓ Plan Operativo Anual de Inversiones 2016, aprobado (POAI)
- ✓ Planes de Acción anual que define las metas a cumplir, aprobado (PA)

Estructura Estratégica

- ✓ Equipo Directivo.
- ✓ Delegación en el SGC y en el MECI a la Subdirección de Calidad y Aseguramiento.
- ✓ Fortalecimiento SGSSS - SCI y SGC (MECI – Renovación de 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 2016 - 2019, “Nariño Corazón del Mundo”

1.2.1 Elemento de Operación por 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.

Gráfico N° 01



- Procesos Estratégicos: incluyen los relativos al establecimiento de políticas y estrategias, fijación de objetivos, comunicación, disposición de recursos necesarios y revisiones por la Dirección.
- Procesos Misionales: incluyen todos aquellos que proporcionan el resultado previsto por el IDSN en el cumplimiento del objeto social o razón de ser.
- Procesos de Apoyo: incluyen aquellos que proveen los recursos necesarios para el desarrollo de los procesos estratégicos, misionales y de evaluación.

Productos mínimos

Revisión y actualización de las caracterizaciones de los procesos elaborados y divulgados por el Sistema de Gestión de Calidad:

- ✓ *Caracterizaciones actualizadas:* Gestión Estratégica y de Calidad, Gestión del Riesgo y Control Interno, Gestión Jurídica, Gestión de Recursos, Gestión de T. H., IVC, Asistencia Técnica, Gestión de Red de Servicios, Articulación Intersectorial, Gestión de Laboratorio y Planificación.
- ✓ *Verificada la evidencia – SGC:* Certificación Icontec ISO 9001 y la NTC GP 1000:2015 – Adopción y actualización del MEC 2014 IDSN.
- ✓ *Revisión del Mapa de Procesos e Indicadores* por proceso para realizar la medición.
- ✓ *Nueva Matriz de Indicadores* para el IDSN, la cual presenta su nueva estructura actualizada.
- ✓ *Recolección* de documentos obsoletos.
- ✓ *Cargue de los documentos actualizados* al módulo de gestión documental del SGC en intranet.
- ✓ *Sesenta 60 procedimientos publicados en Intranet y comunicados por correo.*

Nuevo Diagnóstico

- ✓ Son revisadas y actualizadas las caracterizaciones de los procesos elaborados y son divulgados a todos los funcionarios de la entidad por el SGC.
- ✓ Los procedimientos establecidos en el IDSN, permiten la revisión y ajustes necesarios, estos son actualizados permanentemente de acuerdo a las actividades que desarrollan en los procesos.
- ✓ El IDSN, mantiene informado permanentemente a todos los funcionarios acerca de los cambios o ajustes realizados a los procedimientos, mediante correos internos y en la página Web de la Institución.

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

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

- ✓ Procedimiento de Auditorías de Control interno y Auditorías de Calidad. Se presenta un programa para la ejecución de las mismas para la vigencia y se hace seguimiento a su ejecución. Así mismo, el Jefe de Control Interno es el Coordinador de Auditorías, con el propósito de mejorar el seguimiento a las acciones preventivas, correctivas y de mejora, y generar trazabilidad de los hallazgos; además, presenta un *Programa para la Ejecución de las Auditorías* para la vigencia y efectúa seguimiento a su ejecución.
- ✓ Una vez ejecutadas las auditorías programadas: Control Interno presenta los informes de las Auditorías de Control Interno, de Calidad y Especiales Programadas al Comité Coordinador de Control Interno del IDSN (CCCI), conforme lo establecido en los procedimientos de auditorías.
- ✓ La reestructuración de la plataforma estratégica: Se originó a partir de la necesidad de alinear los esfuerzos institucionales con los objetivos o propósitos tanto del Plan de Salud Territorial como del PDSP y demás normatividad vigente.
- ✓ Los servidores públicos: Cuentan con mecanismos que les permiten realizar sugerencias de mejora a los procesos y procedimientos. La alta dirección si los considera realiza los ajustes.
- ✓ El Jefe de Control Interno: Tiene la competencia para incluir dentro de su *programa de auditoría* la evaluación a los aspectos establecidos por la entidad.

Nuevo Diagnóstico

Se efectuó el seguimiento de controles a través del proceso de Auditoría Internas a:

- ✓ La Planeación y Programación de Auditorías del SGC.
- ✓ Los Soportes completos de las 15 Auditorías Internas de Calidad
- ✓ Seguimiento a Planes de Acción.
- ✓ Al Informe final a Control Interno del ejercicio de Cinco (05) auditorías.
- ✓ La Evaluación por Control Interno de los soportes de las Auditorías de Calidad.

- ✓ Los seguimientos al cronograma de la Oficina de Control Interno para de la Vigencia 2016.
- ✓ Se debe fortalecer por cada responsable de los procesos la entrega de indicadores en los tiempos establecidos.

1.2.2 Elemento Estructura Organizacional:

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



Fuente: Pagina Web IDS

Productos mínimos:

El IDSN tiene una estructura flexible que le permite trabajar por procesos, donde se identifiquen niveles de responsabilidad y de autoridad, el Manual de Funciones adoptado ajustado para dar cumplimiento al Decreto 1785 de 2014, Nuevo Manual de Funciones y Requisitos.

Nuevo Diagnóstico

Como quedó consignado en el Informe Anual de Gestión de la administración del IDSN denominado “Rendición de Cuentas 2016” y, teniendo en cuenta que la Estructura Organizacional configura de manera integral y articuladamente sus cargos, sus relaciones, los niveles de responsabilidad y autoridad en la entidad pública, permitiendo dirigir y ejecutar los procesos y actividades de conformidad con su función administrativa, el IDSN tiene en cuenta:

- ✓ Que los niveles jerárquicos permiten la toma de decisiones.
- ✓ Que la comunicación entre los niveles jerárquicos es fluida y cuenta con canales directos entre todos los funcionarios, el conducto regular y respeto a los niveles de autoridad y responsabilidad.
- ✓ Que se ejecuta correctamente la matriz de comunicaciones
- ✓ Que se posibilita la operatividad a los grupos primarios para que sirvan de guía, apoyo y soporte al nivel Directivos y al Talento Humano en el mantenimiento del SGC-MECI.

1.2.3 Elemento Indicadores de Gestión

Se definen como un conjunto de variables cuantitativas y/o cualitativas sujetas a la medición, que permiten observar la situación y las tendencias de cambio generadas en el IDSN, en relación con el logro de los objetivos y metas previstos.

Productos mínimos

Fichas de Indicadores donde se registra y se hace seguimiento a la gestión, Informe de Rendición de Cuentas semestral y anual por la Dirección del IDSN.

Nuevo Diagnóstico

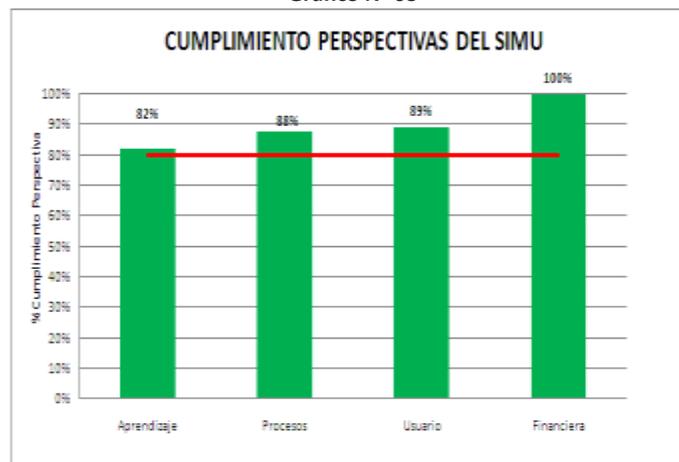
Se realiza seguimiento a través del software de planes estratégicos. A partir del Plan de Acción que se diligencia y sigue en matriz de Planeación Departamental, posteriormente, en reuniones de los Grupos Primarios se realiza el seguimiento y se establecen los alcances y líneas de intervención a seguir si es necesario. Trimestralmente se diligencia en el Aplicativo de Planes Estratégicas y se revisa en Comité Técnico.

Productos mínimos

Cuadros de control para seguimiento a los indicadores clave del proceso (Sistema de Indicadores de Mando Unificado – SIMU)

SISTEMA DE INDICADORES DE MANDO UNIFICADO SIMU 2016

Gráfico N° 03



Fuente: IDSN INTRANET SIMU SEPTIEMBRE 2016

1.2.4 Elemento Políticas de Operación

Este elemento es fundamental para el direccionamiento dado que facilita la ejecución de las operaciones internas a través de guías de acción para la implementación de las estrategias de ejecución del Instituto; define los límites y parámetros necesarios para ejecutar los procesos y actividades en cumplimiento de la función, los planes, los programas, proyectos y políticas de administración del riesgo y de otros procesos previamente establecidos por el IDSN.

Productos mínimos: Documentos que contienen las políticas de operación.

Nuevo Diagnóstico

Se evidencia la existencia certificada del documento de Sistema de la Calidad (SGC), el Modelo Estándar de Control Interno (MECI-2014), la certificación por parte del Icontec en NTC GP 1000:2009 e ISO 9001:2015, el Manual de Políticas Institucionales del IDSN, el Manual de Contratación, el Manual de Supervisión e Interventoría, etc., sin embargo, se requiere del establecimiento de espacios para la divulgación, deliberación y conocimiento de estos documentos.

Productos mínimos: Actas y documentos de la divulgación de las políticas a los trabajadores.

Nuevo Diagnóstico

Es necesario fortalecer el conocimiento, socialización y deliberación de los Instrumentos, herramientas, eventos y demás actividades que evidencien la ejecución efectiva de las Políticas de Operación del IDSN (Cartillas, Correos electrónicos, Cartelera, Actividades, etc.), la adopción del Manual de Operaciones del IDSN como documentos de consulta permanente por Intranet en la Página Web Institucional.

Productos mínimos

Revisión y actualización de las caracterizaciones de los procesos elaborados y divulgados por el Sistema de Gestión de Calidad:

Nuevo Diagnóstico

- ✓ Son revisadas y actualizadas las caracterizaciones de los procesos elaborados y son divulgados a todos los funcionarios de la entidad por el SGC.
- ✓ Se realiza la revisión del Mapa de Procesos Institucional y se adelantan las acciones de seguimiento para la actualización y estructuración del Nuevo Mapa de Procesos 2016.
- ✓ Se implementa la Nueva Matriz de Indicadores para el IDSN, la cual presenta su nueva estructura debidamente actualizada.

- ✓ Los procedimientos establecidos en el IDSN, permiten la revisión y ajustes necesarios, estos son actualizados permanentemente de acuerdo a las actividades que desarrollan en los procesos.
- ✓ El IDSN, mantiene informado permanentemente a todos los funcionarios acerca de los cambios o ajustes realizados a los procedimientos, mediante correos internos y en la página Web de la Institución.

Productos mínimos:

Evaluación de Gestión por Dependencias

Nuevo Diagnóstico:

la Oficina Asesora de Control Interno de Gestión del IDSN, en ejercicio de su función asesora, diseñó y actualizó la “*encuesta de autoevaluación por dependencias*” siguiendo los lineamientos contenidos en el "Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno para el Estado Colombiano -MECI 2014" mientras que, las respuestas de la señalada encuesta, su desarrollo y auto-evaluación fue adelantado por los propios funcionarios y contratistas liderados por cada Subdirector, Secretario General y Jefes de Oficinas Asesoras, con el propósito de que la Alta Dirección y los funcionarios del IDSN, conozcan y participen, en la construcción colectiva del proceso de mejoramiento continuo del IDSN orientado a garantizar la atención integral en Salud a la población del departamento de Nariño. Para el efecto, se adelantó un muestreo selectivo para el análisis de la encuesta de las respuestas a las preguntas sobre aquellos Componentes y/o Elementos evaluadas como **SATISFACTORIAS** (evaluación de 3,1 a 4), pues solo presentó una respuesta como **INADECUADA**, de las 110 establecidas.

**RESULTADO DE LA ENCUESTA DE AUTOEVALUACION POR DEPENDENCIA
OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO DE GESTION DEL IDSN 2016**

Cuadro 01

Puntaje	Valor	#	Concepto
0,0 y 2,0	INADECUADO	00	Pregunta que se haya dejado de responder, o no sabe, o no se cumple, o se cumple de forma insatisfactoria.
2,1 y 3,0	DEFICIENTE	01	Se cumple aceptablemente
3,1 y 4,0	SATISFACTORIO	33	Se cumple en alto grado
4,0 y 5,0	ADECUADO	76	Se cumple plenamente

FUENTE: ENCUESTA OFICINA DE CONTROL INTERNO IDSN 2016

En general, se calificó como **inadecuado** 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."

1.3 Componente Administración del Riesgo

Políticas de Administración de Riesgos están referidas al propósito de la Alta Dirección de Gestionar el Riesgo y, debe estar alineada con la planificación estratégica de la entidad con el fin de garantizar la eficacia de las acciones planteadas frente a los riesgos de corrupción identificados tal y como lo establece el Decreto 124 de 2016, expedido por la Presidencia de la República, el que señala que dentro del Componente “Política para la Administración del Riesgo”, para que se realice un monitoreo a los controles establecidos para los mismos mediante el Mapa de Riesgos Consolidado, en el caso del IDSN, los “*Riesgos de Corrupción,*” y los “*Riesgos de Gestión,*” por encontrarse certificado por Icontec Icontec en NTC GP 1000: 2009 e ISO:9001:2015.

1.3.1 Elemento Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano

En cumplimiento de los Arts. 73 y 76 de la Ley 1474 de 2011, y el Decreto Presidencial 124 de 2016, el IDSN, la Oficina de Planeación, coordinó y consolidó la construcción colectiva y la publicación (marzo 31/16), del “Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano”, con sus Seis (6) Componentes: i) Mapa de Riesgos (Consolidado), ii) Racionalización de Trámites iii) Rendición de Cuentas iv) Servicio al Ciudadano v) Transparencia y Acceso a la Información y vi) Código de Ética, Carta de Valores y Buen Gobierno, documentos que fueran ajustados en el mes de junio, siguiendo para el efecto 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*”, publicándose el Informe de Gestión del Riesgo oportunamente y, consecuentemente, el Plan Anticorrupción y consecuentemente el *Mapa de Riesgos Consolidado (Gestión y Corrupción) de la vigencia de 2016*, en la Página Web institucional www.idsn.gov.co, Link Mapa de Riesgos de Corrupción Instituto Departamental de Salud de Nariño

Primer componente: Gestión del Riesgo de Corrupción y Acciones para su Manejo

El Instituto Departamental de Salud de Nariño adoptó el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano (Ley 1474 de 2011, Estatuto Anticorrupción), como entidad estatal departamental certificada por Icontec.

Se cumplieron las etapas de este componente: la Identificación de Riesgos de Corrupción, el Mapa de Riesgos de Corrupción, Análisis del Riesgo, Valoración del Riesgo de Corrupción, Política de Administración de Riesgos de Corrupción y el Seguimiento a los Riesgos de Corrupción, se vienen ejecutando desde los cuatrimestres anteriores.

El Mapa de Riesgos de Corrupción 2016 del IDSN, se encuentra publicado en la Página Web del IDSN en el vínculo : www.idsn.gov.co, Link seguimiento Mapa de Riesgos de Corrupción IDSN

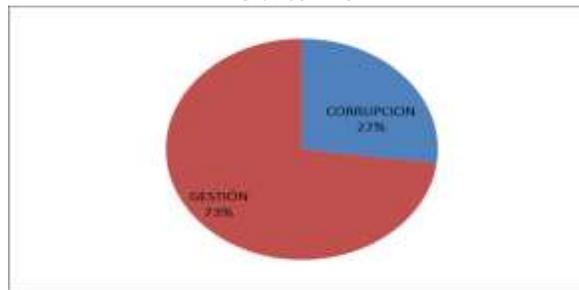
El Mapa de Riesgos de Corrupción del IDSN, presenta Diez (10) riesgos clasificados por procesos de la siguiente manera:

Cuadro N° 02

Proceso	Cantidad
Gestión del Riesgo y Control Interno	1
Gestión Jurídica	1
Gestión de Recursos	1
Inspección, Vigilancia y Control	2
Gestión Red de Servicios	1
Gestión de Laboratorio	3
Articulación Intersectorial	1
Total	10

GRAFICA DE LOS RIESGOS DE GESTIÓN Y CORRUPCION

Gráfico N° 04



Fuente: OCIG – IDSN XII 2016

Se detectaron en el IDSN un total de: Treinta y siete (37) riesgos Consolidados, de los cuales Diez (10) Riesgos corresponden a Riesgos de Corrupción y, Veintisiete (27) Riesgos a Gestión.

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:

Comparativo de Riesgos 2015-2016:

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

Cuadro No 03

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

Cuadro No 04

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

Extremos: Reducir el riesgo, evitar, compartir o transferir

Altos: Reducir el riesgo, evitar, compartir o transferir

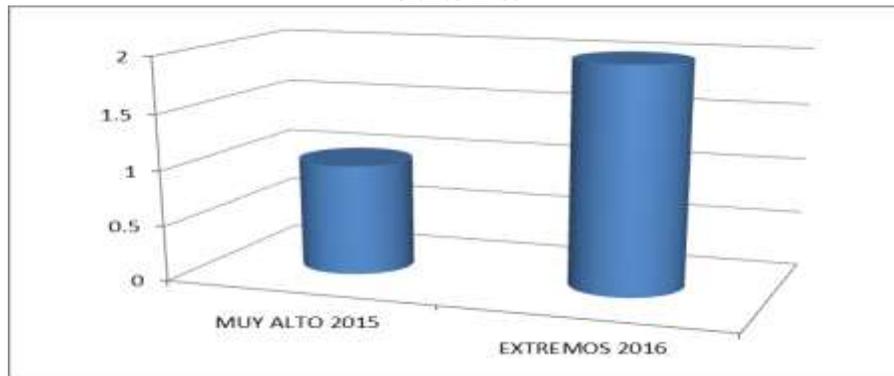
Moderado: Asumir el riesgo, reducir el riesgo

Bajo: Asumir el riesgos

COMPORTAMIENTO DE RIESGOS 2015-2016

GRAFICA RIESGOS MUY ALTOS- EXTREMOS

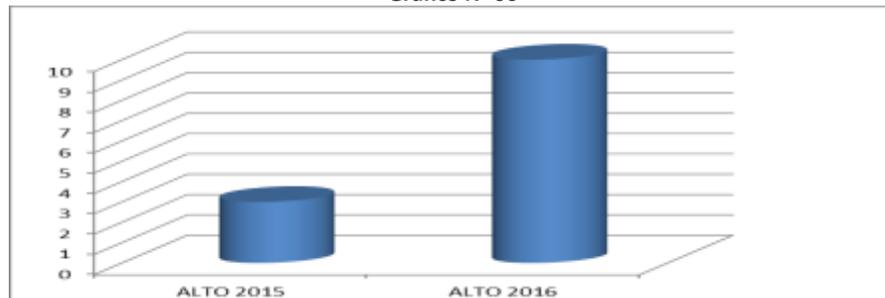
Gráfico N° 05



Fuente: Informe OCIG Plan Anticorrupción IDSN 2015 - 2016 – Riesgos

GRAFICA RIESGOS ALTOS

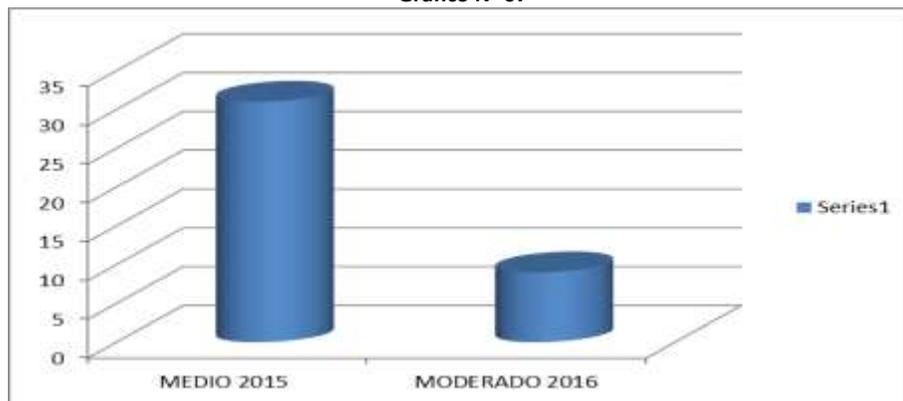
Gráfico N° 06



Fuente: Informe OCIG Plan Anticorrupción IDSN 2015 – 2016 – Riesgos

GRAFICA RIESGOS MEDIO- MODERADO

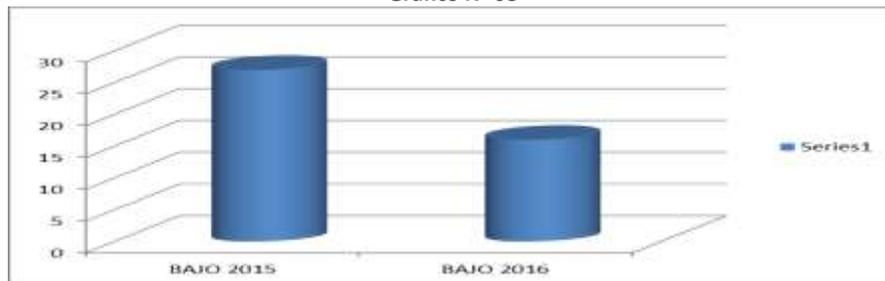
Gráfico N° 07



Fuente: Informe OCIG Plan Anticorrupción IDSN 2015 – 2016 – Riesgos

GRAFICA RIESGO BAJO

Gráfico N° 08



Fuente: Informe OCIG Plan Anticorrupción IDSN 2015 – 2016 – Riesgos

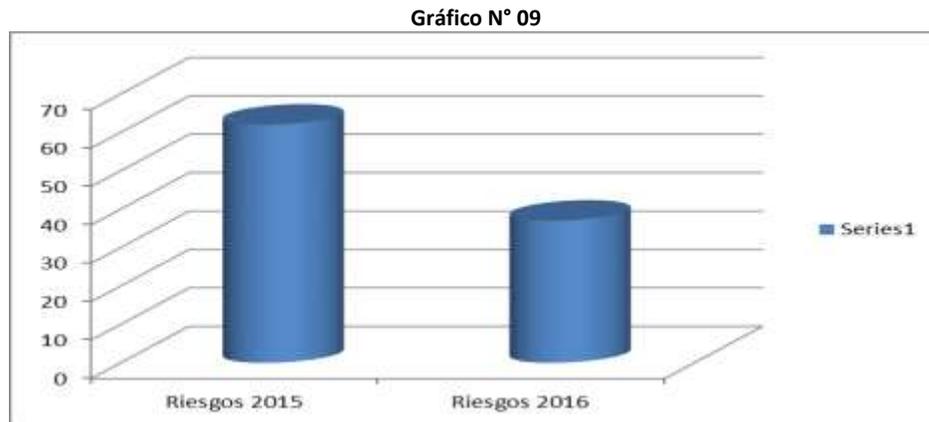
Tabla de riesgos 2015-2016

Cuadro 05

Riesgos 2015	Riesgos 2016	variación	%
62	37	25	40%

Fuente: Informe OCIG Plan Anticorrupción IDSN 2015 – 2016 – Riesgos

GRAFICA DE RIESGOS 2015-2016



Fuente: Informe OCIG Plan Anticorrupción IDSN 2015 – 2016 – Riesgos

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 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, con una variación del 40%, que corresponde a 25 riesgos.

El seguimiento a los Riesgos de Corrupción, se realiza sobre la eficiencia y cumplimiento de los controles establecidos, a fin de evitar su materialización. Este seguimiento se efectúa en cada proceso, con base en la cultura del autocontrol por el líder o responsable del respectivo proceso conjuntamente con su equipo de trabajo y se verifica por parte de la Oficina de Control Interno de Gestión; se presentaron los respectivos seguimientos por cada responsable, reportándose los siguientes resultados:

Riesgo No. 3. Parcial cumplimiento del MECI y otras normas que reglamentan la competencia del proceso SCI (gestión estratégica trasladado de gestión del riesgo y control interno)

Cuadro No 05

RIESGO No 3	Clasificación del riesgos	seguimiento al estado del riesgo	control de eficacia (indicador/ registros)	acciones realizadas (enumeradas)
Parcial cumplimiento al MECI y otras normas que reglamentan la competencia del proceso SCI (GESTION ESTRATEGICA TRASLADADO DE GESTION DEL RIESGO Y CONTROL INTERNO)	Corrupción	No Materializado	100%	4. Socializaciones realizadas en primer semestre según cronograma de jornadas de capacitaciones sgc)
		No Materializado	90%	1. Esta programda la capacitacion en MECI como parte de la Induccjon y Reinduccjon al personal del IDSN.

Riesgo No. 7. Parcial cumplimiento al MECI y otras normas que reglamentan la competencia del proceso SCI (gestión estratégica trasladada de gestión del riesgo y control interno).

Cuadro No 06

RIESGO No 7	Clasificación del riesgos	Seguimiento al estado del riesgo	Ejecucion	Acciones realizadas (enumeradas)
Inexactitud en la motivación y aplicación de la norma en la elaboración de actos administrativos proyectados por la OAJ o sometidos a su revision (GESTION JURIDICA	Corrupcion	No materiaizado	3/3 100%	1. Capacitacion en el mes d abril de 2016 (Oficina Asesora Juridica) a supervisores de las distintas dependencias del instituto en cumplimiento a las Circular No. 023 de 14 de marzo de 2016. 2. Capaitacion a Supervisores en el mes de mayo de 2016 sobre cargue de informacion de contratos en el aplicativo SIA OBSERVA y otros lineamientos en materia de contratacion. 3. Se encuentra pendiente la capacitacion y reinducion de los procedimientos de contratacion y la socializacion de Manual de Supervision e inventorias, para el nuevo personal del IDSN, a realizarse en el mes de octubre de 2016.

Riesgo No 12 Tráfico de influencias para favorecimientos de determinadas gestiones administrativas (gestión de recursos)

Cuadro No 07

RIESGO No 12	Clasificación del riesgos	seguimiento al estado del riesgo	Ejecucion	acciones realizadas (enumeradas)
Tráfico de influencias para favorecimientos de determinadas gestiones administrativas (GESTION DE RECURSOS)	Corrupción	No Materializado	100%	1. Se realizaron grupos de trabajo con respecto al tema de Plan Anticorrupcion en las diferentes dependencias del IDSN a cargo de las Doctoras Andrea Fernandez y Dehisny Tovar. 2. Se

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

Cuadro No 08

RIESGO No 19	Clasificación del riesgos	seguimiento al estado del riesgo	Ejecucion	acciones realizadas (enumeradas)
Tráfico de influencias en la aplicación de las normas que rigen la vigilancia en salud. (INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL)	Corrupción	No se ha materializado	3/3 (100%)	1. Seguimiento del proceso de IVC trimestral a partir de indicadores SIMU 2. Revisión del proceso de IVC con líderes de dimensión en reuniones de grupo primario 3. Publicidad realizada a la comunidad para denuncia de caso de corrupción

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

Cuadro No 09

RIESGO No 22	Clasificación del riesgos	seguimiento al estado del riesgo	Ejecucion	acciones realizadas (enumeradas)
Presiones Indebidas externas o internas sobre funcionarios en las Visitas de Inspección Vigilancia y Control, para no ejercer sus funciones. (INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL)	Corrupción	No se ha materializado	3/3 (100%)	1. Reuniones con alta dirección 2. Reunión con subdirectora 3. Acompañamiento de funcionarios del IDSN al auxiliar área de la salud

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).

Cuadro No 10

RIESGO No 24	Clasificación del riesgos	seguimiento al estado del riesgo	Ejecucion	acciones realizadas (enumeradas)
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, auditoria de cuentas de EPS e IPS y autorizaciones de servicios) (GESTION DE RED DE SERVICIOS)	Corrupción	Durante el cuarto trimestre de la vigencia 2016, el riesgo se encuentra controlado y no se ha materializado	5/5 (100%)	1. 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 trafico 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. 4. La Capacitación sobre Anticorrupción lo dicto el SENA en el auditorio del IDSN para todos los funcionarios de la Oficina

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

Cuadro No 11

RIESGO No 30	Clasificación del riesgos	seguimiento al estado del riesgo	Ejecucion	acciones realizadas (enumeradas)
Hurto de equipos e insumos del LSP, que impide el desarrollo de los procedimientos del LSP	Corrupción	se materializó	3/4 (90%)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bajo la responsabilidad de Secretaría Gral 2. 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. 3. 1. Investigación de lo sucedido con indagación de personal y revisión de videos de la empresa de seguridad 3.2. Revisión de inventario con el personal de almacén y LSP con el acompañamiento de la Oficina de control Interno. 3.3. Socialización de medidas adoptadas para la prevención de los hechos. 4. 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

Cuadro No 12

RIESGO No 31	Clasificación del riesgos	seguimiento al estado del riesgo	Ejecucion	acciones realizadas (enumeradas)
Manipulación y perdida de la información física o en medio magnetico del LSP	Corrupción	No se ha materializado	2/3 (90%)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se realizó capacitación al personal en el manejo de la información y organización documental de acuerdo a la normatividad vigente 2. Se realiza los back up por cada área de laboratorio 3. Programada para septiembre

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

Cuadro No 13

RIESGO No 34	Clasificación del riesgos	seguimiento al estado del riesgo	Ejecucion	acciones realizadas (enumeradas)
Uso de equipos sin cumplir las condiciones metrologicas acordes a las técnicas para análisis de Laboratorio (calibración, mantenimiento, verificación, validación)	Corrupción	No se ha materializado	2/3 (100%)	1. Se realizó y aprobó el Plan de mantenimiento, calibración y validación de equipos del Laboratorio. 2. Se realiza el diligenciamiento y reporte a Calidad de indicadores del proceso mensualmente. 3. Se tiene programada la capacitación en control de equipos para el mes de noviembre

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

ARTICULACION INTERSECTORIAL

Cuadro No 14

RIESGO No 36	Clasificación del riesgos	seguimiento al estado del riesgo	Ejecucion	acciones realizadas (enumeradas)
Ocultar o alterar la información considerada pública a la entidad y/o ciudadanía ARTICULACION INTERSECTORIAL	Corrupción	No se ha materializado	5/5 (100%)	1. Se ha realizado seguimiento trimestral 2. Pendiente socializar 3. Se ha definido como principal mecanismo de divulgación la página Web del IDSN 4. Actualización del normograma 5. Pendiente la socialización

SEGUIMIENTO A RIESGOS MATERIALIZADOS

Cuando un riesgo se materializa es necesario tomar acciones correctivas para evitar, eliminar (Corrupción) o mitigar la probabilidad de que vuelva a ocurrir. Un riesgo se materializa cuando sus controles no se han enfocado en prevenir el la ocurrencia del evento o la situación que lo genera.

RIESGOS MATERIALIZADOS Y NO MATERIALIZADOS

Cuadro No 15

Cuadro No 08 DETALLE	GESTIÓN	CORRUPCION
RIESGOS MATERIALIZADOS	4	1
RIESGOS NO MATERIALIZADOS	23	9

De los 37 riesgos que corresponden a Gestión y Corrupción 5 riesgos se materializaron que corresponden al 14% y 32 riesgos que no se materializaron que corresponde al 86 %.

SEGUIMIENTOS RIESGOS MATERIALIZADOS

Cuadro No 16

No de riesgo	RIESGOS DE CORRUPCION	SEGUIMIENTO
30	Hurto de equipos e insumos del LSP, que impide el desarrollo de los procedimientos del LSP	Cerrado

Cuadro No 17

No de riesgo	RIESGOS DE GESTIÓN	SEGUIMIENTO
14	Pérdida y/o hurto de bienes devolutivos de propiedad del IDSN (GESTION DE RECURSOS).	Cerrado
15	Uso inadecuado de los bienes institucionales. (GESTION DE RECURSOS).	Cerrado
26	Fallos, alteraciones o pérdidas de información de las diferentes plataformas tecnológicas (PLANIFICACION Y DESARROLLO DEL STS)	Cerrado
33	Incumplimiento de normas de seguridad en el LSP que afectan la integridad física del personal y de infraestructura.	Cerrado

Comparativo Riesgos Materializados de las 3 últimas vigencias

Cuadro No 18

AÑO	RIESGOS MATERIALIZADOS / NO MATERIALIZADOS	TOTAL RIESGOS	CORRUPCIÓN	CALIDAD Y CONTROL INTERNO
2014	Riesgos materializados	7	1	6
	Riesgos no materializados	54	0	0
2015	Riesgos materializados	5	2	3
	Riesgos no materializados	57	0	0

Cuadro No 19

AÑO	RIESGOS MATERIALIZADOS / NO MATERIALIZADOS	TOTAL RIESGOS	CORRUPCIÓN	GESTION
2016	Riesgos materializados	5	1	4
	Riesgos no materializados	32	-	-

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 el monitoreo y seguimiento permanentes.
- ✓ Se observan *cinco (5) riesgos materializados*, los cuales presentan su correspondiente Plan de Acción, para que la oficina de Control Interno de Gestión efectúe el seguimiento.
- ✓ En cuanto a la política de tratamiento del *Riesgo Extremos y Riesgos Altos*, cada uno de ellos presenta su correspondiente 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.

Segundo componente.- Racionalización de trámites:

El IDSN, mediante estrategias contenidas en el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano, busca *simplificar, estandarizar, eliminar, optimizar y automatizar los trámites existentes*, así como acercar al ciudadano a los servicios que presta el IDSN, mediante la modernización y el aumento de la eficiencia de sus procedimientos, eliminando los trámites innecesarios que afectan la eficiencia, eficacia y transparencia de la administración pública.

En efecto, a mayor cantidad de trámites y de actuaciones, aumentan las posibilidades de que se presenten hechos de corrupción. Se pretende por lo tanto, entre otras cosas, eliminar factores generadores de acciones tendientes a la corrupción, materializados en exigencias técnicas absurdas e innecesarias, cobros, demoras injustificadas, etc.

Así las cosas, una estrategia de lucha contra la corrupción debe incluir, como eje fundamental, mecanismos encaminados a la racionalización de trámites, que contribuya a:

- ✓ Respeto y trato digno al ciudadano, rompiendo el esquema de desconfianza para con el Estado
- ✓ Contar con mecanismos y herramientas que establezca la presunción de la buena fe
- ✓ Facilitar la gestión de los servidores públicos
- ✓ Mejorar la competitividad del IDSN
- ✓ Construir un Estado moderno y amable con el ciudadano

Como lineamientos generales, el IDSN resalta la importancia que tiene dentro del proceso de implementación de esta política el desarrollo de las fases propuestas para la estrategia antitramites: **Identificación de Trámites**. Se identifican los elementos que integran los trámites y procedimientos administrativos, con el fin de evaluar la pertinencia, importancia y valor agregado para el usuario (Ley 962 de 2005 “Por la cual se dictan disposiciones sobre racionalización de trámites y procedimientos administrativos”).

Racionalización de Trámites. La racionalización es el proceso que permite reducir los trámites, con el menor esfuerzo y costo para el usuario, a través de estrategias jurídicas, administrativas o tecnológicas que implican: simplificación, estandarización, eliminación, automatización, adecuación o eliminación normativa, optimización del servicio, interoperabilidad de información pública y procedimientos administrativos orientados a facilitar la acción del ciudadano frente al Estado. El resultado es la optimización de trámites.

En cuanto a racionalización de Trámites se tiene:

- ✓ Se tiene inscritos 11 trámites, en la plataforma SUI 3.0
- ✓ Se tiene 10 trámites en evaluación Institución
- ✓ Realización de seguimiento de los trámites para que se encuentren en estado de inscrito.
- ✓ clasificar los diferentes trámites que adelanta la organización, deberá concluir con un listado numerado por orden de importancia
- ✓ Falta capacitación presencial que realizará la DAFP, para que los administradores del sistema SUI 3.0 profundicen y apliquen la racionalización de trámites.

Tercer componente.- Rendición de cuentas:

La Rendición de Cuentas es una “Expresión de Control Social”, que comprende acciones de petición de información y de explicaciones, así como la evaluación de la gestión, y que busca la transparencia de la gestión de la administración pública para lograr la adopción de los principios de Buen Gobierno.

La Dirección del IDSN realizó durante la vigencia de 2016 en dos (2) oportunidades la Rendición de Cuentas en el Auditorio del IDSN, la primera Audiencia Pública se realizó el 24 de junio y la Segunda el día 21 de diciembre de 2016, este proceso se surtió previo el suministro de la información requerida por parte de las Subdirecciones tanto de Calidad y Aseguramiento como de Salud Pública ejecutoras de los Procesos Misionales; la Secretaría General, Oficina de Planeación, Oficina Jurídica y Oficina Asesora de Control Interno, dependencias de apoyo y asesoras, respectivamente, de la Dirección del IDSN.

Las Actas y contenidos de las Dos (2) Rendiciones de Cuentas referidas en el párrafo anterior, se encuentran publicadas en la Página Web del Instituto Departamental de Salud y durante su desarrollo contaron con la participación ciudadana representada por los Veedores Comunitarios de Salud y por los Veedores Comunitarios de la Superintendencia Nacional de Salud.

Cuarto componente.- Mecanismos para mejorar la atención al ciudadano

Con este mecanismo se busca mejorar la calidad y accesibilidad de los trámites y servicios que ofrece el Instituto Departamental de Salud de Nariño y satisfacer las necesidades de la ciudadanía como una estrategia de gestión de atención al ciudadano.

Recepción de Peticiones, Quejas y Reclamos:

El Instituto Departamental de Salud de Nariño cuenta con una oficina de atención de Peticiones, Quejas, Denuncias y Reclamos la que viene operando en una interrelación directa de Estado y ciudadano.

- ✓ Se cuenta con un Equipo de trabajo encargado de atender, asesorar y proveer la información misional veraz y oportuna a los ciudadanos de forma presencial, virtual y vía telefónica, encargada de crear relaciones de respeto y fortalecer la imagen institucional centrada en el ciudadano.
- ✓ Se recepciona en forma escrita dirigida al Instituto o remitida por entidades como la Personería, Defensoría, Procuraduría, Contraloría, Supersalud, EPS, IPS, ESE y cualquier otra entidad.
- ✓ Buzón de Sugerencias, Quejas y Reclamos instalados en la Institución.
- ✓ Telefónicamente mediante la Línea gratuita de Quejas y Reclamos 018000933344.
- ✓ Sistema de correo postal, electrónico y/o mensajería.
- ✓ De forma virtual por la Página Web www.idsn.gov.co en el enlace Quejas y Reclamos.
- ✓ La atención al público por parte de la oficina de Peticiones, Quejas y Reclamos se hace de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 12 m y de 2.00 p.m. a 6:00 p.m., garantizando un mejor servicio del Instituto Departamental de Salud de Nariño.
- ✓ Se puede comunicar o dirigirse al Instituto Departamental de Salud de Nariño: Calle 15 No. 28-41 Plazuela de Bombona, Conmutador 7235428-7236928-7233359-7232260.
- ✓ Las Quejas recibidas en las otras sedes del Instituto deben ser registradas por el funcionario designado en el software de Centro de Atención de Quejas y Reclamos IDSN, página web www.idsn.gov.co , Link Quejas y Reclamos.

Oportunidad de Respuesta a los Derechos de Petición:

- ✓ La Oficina de Control Interno de Gestión tiene bajo su responsabilidad efectuar el seguimiento tanto al trámite a los Derechos de Petición como al trámite de las Sugerencias, Quejas y Reclamos que las y los ciudadanos ejerciten ante el IDSN.

- ✓ Con corte a diciembre 27 del presente año, la Oficina Asesora de Control Interno de Gestión realizó un comparativo anual de la gestión de Derechos de Petición tramitados ante el IDSN durante las vigencias de 2015 y de 2016, teniendo como soporte técnico el Sistema de Información de la Unidad de Correspondencia del IDSN (SIUC) y los Informes Trimestrales de Derechos de Petición presentados por esta Oficina Asesora, con los siguientes resultados:

Oportunidad de respuesta a los Derechos de Petición tramitados ante el IDSN año 2015 - 2016

Cuadro No 20

MES	DP 2015 PRESENTADOS	DP 2016 PRESENTADOS	DIFERENCIA 2015-2016	DP 2015 CON RESPUESTA	DP 2016 CON RESPUESTA	DIFERENCIA 2015-2016	DP 2015 EN TRAMITE	DP 2016 EN TRAMITE	DIFERENCIA 2015-2016
	ENERO	44	64	20	44	58	14	0	6
FEBRERO	99	104	5	98	83	15	1	21	20
MARZO	96	87	9	93	59	34	3	28	25
ABRIL	93	121	28	93	96	3	0	25	25
MAYO	79	117	38	76	90	14	3	27	24
JUNIO	89	65	24	83	18	65	6	47	41
JULIO	129	88	41	129	86	43	0	2	2
AGOSTO	132	124	8	132	99	33	0	25	25
SEPTIEMBRE	137	88	49	137	53	84	0	35	35
OCTUBRE	157	103	54	157	16	141	0	87	97
NOVIEMBRE	129	92	37	129	18	111	0	74	90
DICIEMBRE	93	39	54	87	4	83	6	35	15
TOTAL	1277	1092	185	1258	680	578	19	412	393

FUENTE: CIUC OAP - IDSN 2016

Del cuadro anterior se puede deducir:

- 01.- Que en 2016 se presentaron **185** Derechos de Petición **menos** que en 2015;
- 02.- Que en 2016 se dio respuesta a **578** Derechos de Petición **menos** que en 2015;
- 03.- Que en 2016 quedaron en trámite **393** Derechos de Petición **más** que en 2015.

Llama la atención la Oficina Asesora de Control Interno sobre este estado de cosas a todas luces riesgoso, por decir lo menos, por cuya razón se sugiere a los responsables un tratamiento integral de fondo que sea garantía para la Alta Dirección.

Cuadro No 21

Cuadro No 16 CUADRO TOTAL DERECHOS DE PETICION			
2015	2016	VARIACION	%
1277	1071	206	16.13

Gráfico N° 10



Cuadro No 22

CUADRO DERECHOS DE PETICION RESPONDIDOS			
2015	2016	VARIACION	%
1258	647	611	48.57

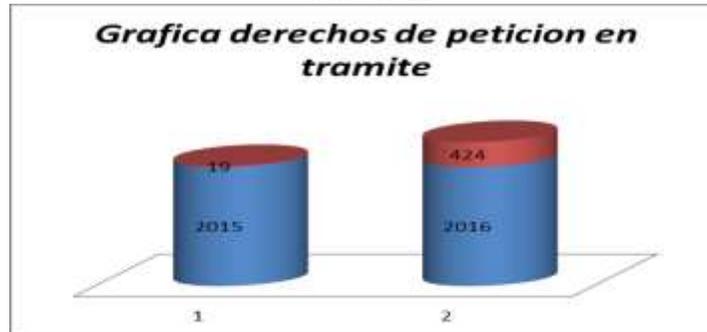
Gráfico N° 11



Cuadro No 23

CUADRO DERECHOS DE PETICION EN TRAMITE			
2015	2016	VARIACION	%
19	424	405	95.52

Gráfico N° 12



Las denuncias son registradas, radicadas y tramitadas en la entidad de acuerdo a su contenido y su resolución se realizará dentro de los términos legales, conforme al artículo 14 de la ley 1437 de 2011, los términos para resolver son:

- ✓ Para cualquier petición : 15 días hábiles siguientes a la recepción
- ✓ Para la petición de documentos: 10 días hábiles siguientes a la recepción
- ✓ Consultas de materias a su cargo: 30 días hábiles siguientes a la recepción
- ✓ Peticiones entre autoridades: 10 días hábiles siguientes a la recepción

Afianzar la Cultura de Servicio al Ciudadano

Consiste en fortalecer las oficinas de Atención al Ciudadano del Instituto Departamental de Salud de Nariño IDSN, a través de mecanismos de orientación y canales de interacción, creando relaciones de respeto y mejorando la percepción del ciudadano frente al Instituto mediante las siguientes actividades:

- ✓ Jornadas de divulgación de los servicios de atención al ciudadano a través de carteleras, pagina Web, socialización diaria con el público en las oficinas de atención al ciudadano.
- ✓ Participación en las Ferias Nacionales de Servicio de Atención al Ciudadano en Salud.
- ✓ Comité interdisciplinario de gestión de servicio para la atención, evaluación y trámite de
- ✓ Peticiones, Quejas, reclamos y sugerencias en el IDSN a través de atención a la población pobre y vulnerable.
- ✓ Participación de servidores públicos en procesos de capacitación virtual o presencial en temáticas de servicio al ciudadano.

Fortalecimiento de Canales de Atención: El Instituto permite a los usuarios la presentación de solicitudes o requerimientos a través de diferentes canales, tales como:

Medio Escrito: las solicitudes se podrán presentar en forma escrita las que deben contener como mínimo: (Nombres y apellidos del solicitante y/o su representante o apoderado, dirección de correspondencia o correo electrónico para su respectivo contacto, objeto de la solicitud, razones en las que se apoya y relación de documentos que soportan la evidencia o fundamento de la situación descrita de las que existen formatos implementados por calidad).

Buzones: Sirven de canal de interacción entre el ciudadano y el IDSN, por ello se deben instalar en cada piso en las áreas comunes para conocimiento de la ciudadanía en general, así de esta manera Recepcionar los reclamos o sugerencias. Este mecanismo de atención ayuda a las personas que por desconocimiento no saben del manejo de la página Web o los trámites a seguir para sugerencias. En el buzón debe estar adherido el formato de quejas junto con su bolígrafo para ser depositado en urna.

Presencial: La solicitud presencial deberá dirigirse a la Oficina de Atención al Ciudadano o si se desea, debe ingresar a la página: www.idsn.gov.co, con link atención al ciudadano.

Telefónico: El usuario se podrá contactar con la línea directa de atención al usuario.

Correos electrónicos: Se podrá canalizar los requerimientos o solicitudes por este medio, deberán contener como mínimo la siguiente información: Nombres y apellidos del solicitante y/o su representante o apoderado, dirección de correspondencia o correo electrónico para su respectivo contacto, objeto de la solicitud, razones en las que se apoya y relación de documentos que soportan la evidencia o fundamento de la situación descrita. El servidor público que conozca de la comisión de una conducta que deba investigarse de oficio, iniciara la investigación, si tuviere competencia, de lo contrario, pondrá el hecho en conocimiento de la autoridad competente. Es necesario dar cumplimiento a la ley 594 de 2000, que permita hacer seguimiento a la oportuna respuesta de los requerimientos de los ciudadanos y la trazabilidad del documento al interior. Los procesos contractuales que adelanta el Instituto Departamental de Salud de Nariño se publican en el SECOP y en la página web www.idsn.gov.co

La Oficina de Control Disciplinario Interno en el IDSN se implementó para:

- ✓ Adelantar los procesos disciplinarios en contra de los servidores Públicos de la entidad.
- ✓ Adelantar investigaciones en caso de incumplimiento a la respuesta de Peticiones, Quejas, Sugerencias y Reclamos en los términos contemplados en la Ley.
- ✓ Adelantar procesos cuando existan quejas contra los servidores públicos del Instituto.

La oficina de Control Interno de Gestión vigila que la atención se preste de acuerdo con las normas y los parámetros establecidos por la Ley y la reglamentación.

Quinto Componente: Estrategia transparencia y acceso a la información

- ✓ Se crean las secciones en la página web, transparencia y acceso a la información y estrategia plan anticorrupción, en cumplimiento de la ley 1712 de 2014.
- ✓ Se revisa por dependencias, la información a suministrar según correspondencia. En el link TRANSPARENCIA E INFORMACION.
- ✓ En el software de correspondencia existe un link que permite alertar el término de respuesta para los derechos de petición que se maneja por cada secretaria de las dependencias.
- ✓ Por parte de la Oficina de Control Interno de Gestión realiza los respectivos seguimientos

trimestrales en cuanto a la oportunidad de Peticiones Quejas y Reclamos.

Sexto componente iniciativas adicionales: Código de Ética, Carta de Valores y Buen Gobierno

- ✓ Se socializó y entregó el Código de Ética, Valores y Buen Gobierno a los funcionarios nuevos, el cual reposa en las hojas de vida.
- ✓ El código de Ética y Valores se encuentra publicado en intranet, con hipervínculo en la sección de transparencia.
- ✓ Se socializó la política del medio ambiente del Código de Ética.
- ✓ La Dirección del IDSN, en ejecución de las políticas de Austeridad y Restricción del Gasto Público eliminó los contratos de Telefonía Celular para los Directivos, con lo que se obtuvo una importante reducción del gasto.

2. MODULO DE CONTROL Y SEGUIMIENTO

Dentro del proceso de mejoramiento continuo en el IDSN, este módulo considera aquellos aspectos que permiten valorar en forma permanente la efectividad del Control Interno del Instituto, la eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos; el nivel de ejecución de los Planes, Programas y Proyectos, los resultados de la gestión, con el propósito de detectar desviaciones, establecer tendencias y generar recomendaciones para orientar las acciones de mejoramiento integral del IDSN.

2.1 Componente: Autoevaluación Institucional

Es el Componente que le permite a cada responsable del proceso, programas y/o proyectos y sus funcionarios medir la efectividad de sus controles y los resultados de la gestión en tiempo real, verificando su capacidad para cumplir las metas y los resultados a su cargo y tomar las medidas correctivas que sean necesarias para el cumplimiento de los objetivos previstos por la entidad. (MECI)

2.1.1 Elemento: Autoevaluación de Control y Gestión (adecuada - Encuesta)

Las dependencias manifiestan que se desarrollan herramientas, eventos de difusión y/o demás actividades que demuestran la sensibilización sobre la autoevaluación en el Instituto. (Cartillas, Correos electrónicos, Cartelera, Concursos, Actividades entre otros.)

Igualmente conceptúan que el Instituto determina cómo a partir de los Riesgos, indicadores, controles establecidos y demás elementos que le permitan tomar información, puede realizar la autoevaluación de la gestión, tomando los correctivos necesarios, constituyéndolos en herramientas de autoevaluación.

Avances (Actividades de Control Interno)

Se efectuaron durante la vigencia de 2016 Cuatro (4) reuniones de Comité Coordinador de Control Interno (CCCI) del DSN en las siguientes fechas:



Febrero 03 de 2016 (temas):

- 1.- Llamado de Lista y Verificación del Quórum
- 2.- Presentación CCCI
- 3.- Presentación Plan de Trabajo OCI 2016
- 4.- Formatos Empalme del IDSN 2015 – 2016 (Informe)
- 5.- Informe Quejas y Reclamos
6. Función de Advertencia
7. Estado de Auditorías SGC
- 8.- Estado Derechos de Petición
- 9.- Propositiones y varios

Mayo 20 de 2016 (temas):

- 01.- Llamado a Lista y Verificación del Quórum
- 02.- Lectura y aprobación del Acta anterior
- 03.- Informe Empalme Fase III 2016
- 04.- Encuestas de Control Interno por Dependencias 2016
- 05.- Autoevaluación Gestión por Dependencias (C. Asesor) 2016
- 06.- Informe Derechos Petición 2016
- 07.- Informe Plan de Mejora Auditoria Regular CDN 2012– 2013 y 2014.
- 08.- Propositiones y Varios

Octubre 07 de 2016 (temas)

Lectura y aprobación del acta anterior
Informe de Auditorías Programadas de Control Interno
Informe Programa de Auditorías de SGC 2016
Plan Anticorrupción y sus Componentes
Matriz de Comunicaciones
Informe Plan de Mejora Auditoria Regular CDN 2012– 2013 y 2014.
Estado del Plan de Mejora Auditoría Integral 2015 – Contraloría General de la República
Estado del Plan de Mejora Auditoría al Balance vigencia 2015 Contraloría Departamental de Nariño
Seguimiento estado plan de mejora Auditoria de Supersalud vigencia 2015 (anexo 13)

Diciembre 15 de 2016 (temas)

- 1.- Llamado de Lista y Verificación del Quórum
- 2.- Estado de Auditoría de los Organismos de Control Fiscal
- 3.- Informe Estado Auditoria de la Supersalud 2014 - 2015
- 4.- Informe estado de atención a los Derecho de Petición
- 5.- Estado de Auditorías SGC 2016
- 6.- Propositiones y varios

2.2 Componente Auditoría Interna

La gestión en este componente fue evaluada en la *Encuesta* como **ADECUADA**, la que busca verificar la existencia, nivel de desarrollo y el grado de efectividad del Sistema de Control Interno del IDSN. La Oficina de Control Interno es la responsable de realizar la Evaluación del Sistema de Control Interno a través de su rol de evaluador independiente del resultado de las Auditorías Internas realizadas (Decreto 1537 de 2001), observando siempre un criterio de independencia frente a la operación y la autonomía de los actos de la administración.

2.2.1 Elemento: Auditoria Interna (adecuado - Encuesta)

Los procesos auditados por la Oficina de Control Interno con el fin de verificar que se esté dando cumplimiento a lo programado en las Auditorías Internas practicadas por los equipos Auditores del Sistema de Gestión de Calidad.

Se reafirma que el procedimiento de auditorías internas está basado en evidencia documental que permita ejercer control permanente a la gestión administrativa.

El programa de Auditorías incluye las Auditorías de Control Interno de Gestión y las Auditorias de Gestión de la Calidad, es aprobado por el Comité de Coordinación de Control Interno del IDSN (CCCI). Por otra parte, el Plan de Auditoría se refiere a las auditorias que se incluyen dentro del "Programa Anual de Auditorías" del IDSN.

El Informe Ejecutivo Anual de Control Interno realizado por la Oficina Asesora del Control Interno del IDSN se realiza de acuerdo a los lineamientos del DAFP. Se pretende, sirva como insumo para el fortalecimiento continuo y mejora del Sistema de Control Interno y del Sistema de Gestión de la Calidad en el Instituto.

Para atender tanto las necesidades propias del IDSN en el cumplimiento de su misión institucional, en atención a las recomendaciones de la Auditoría de Icontec 2015 y, habida consideración de que el DAFP establece en la "Guía para la Armonización del MECI" (Pág. 64) que "*las auditorías tanto de control interno como de calidad se deben efectuar en forma simultánea, es decir, "auditoría combinada" a fin de evitar reprocesos y que las dependencias no se vean sometidas a reiteradas auditorías.*", se programaron de manera coherente en el tiempo las Auditorías de Control Interno

con las Auditorías propias de Calidad, como sigue:

2.2.2 Auditorías del Sistema Control Interno y del Sistema de Gestión de la Calidad

Auditorías Programadas del Sistema de Control Interno 2016

Cuadro No 24

Nº	AUDITORIAS DE CONTROL INTERNO DE GESTION	FECHA INICIO	FECHA TÉRMINA	RESPONSABLE
01	Atención al Usuario	VI 2016	XII 2016	Equipo OCIG
02	Tesorería	VI 2016	XII 2016	Equipo OCIG
03	Apoyo Logístico	VI 2016	XII 2016	Equipo OCIG
04	Archivo y Correspondencia	VI 2016	XII 2016	Equipo OCIG
05	Planeación	VI 2016	XII 2016	Equipo OCIG
06	Contratación	VI 2016	XII 2016	Equipo OCIG

Auditoria N°1

Cuadro No 25

AUDITORIA OFICINA DE ATENCION AL USUARIO		
Hallazgo N°	Tipo de Hallazgo	DESCRIPCION
03	OBS.	Se sugiere a la OAU proyectar la Planeación de la Contratación en cada vigencia fiscal en una herramienta adecuada.
04	NC	Se sugiere a la AOU documentar en el SGC el "paso a paso" del procedimiento de contratación a registrar tanto en el SECOP como en la Página Web Institucional – Contratación pública.
05	OBS.	Se recomienda la actualización del Asesor de la OAU en la operación del software "Sistema de Información para Atención a la Población Pobre y Vulnerable – SIAPPV"
06	OBS.	Se sugiere programar una capacitación para que la Alta Dirección y la Oficina de Control Interno efectúen el seguimiento a la Contratación a través del aplicativo SIAPPV .
07	NC	Se encontró que la " Minuta de Estudios Previos " que trabaja la OAU necesita su urgente actualización técnica y en Derecho conforme a la dinámica del MSPS.
08	OBS.	Se sugiere a la que tanto la Minuta de Estudios Previos como la de Estudios de Mercado que trabaja la OAU sean actualizadas y ajustadas técnicamente y en Derecho.
09	OBS.	Se recomienda que el Asesor de la OAU oriente la actualización del Listado de Medicamentos y Homólogos y socializarlo .
11	OBS.	Se recomienda gestionar el análisis y diseño de un Software para seguimiento a los Informes de Supervisión , en tiempo real.

14	OBS.	Se recomienda precisar el cargo, las funciones y las competencias del responsable de la OAU.
24	OBS.	Se observa la necesidad de incorporar en los procesos del SGC en la OAU los procedimientos de socialización del Objeto Contractual , para generar conocimiento, disensos, consensos y confianza.
27	OBS.	Se evidencia la necesidad de espacio físico y de la logística requerida para generar un adecuado ambiente laboral en estas instalaciones del IDSN.
31	OBS.	Se observa la necesidad de que las QR recurrentes referidas a la OAU tengan un tratamiento específico.

Auditoria N° 2

Cuadro No 26

AUDITORIA DE TESORERIA		
Hallazgo N°	Tipo de Hallazgo	DESCRIPCION
5	NC	Se verificó el procedimiento aplicado en el mes de septiembre de 2016, para el Pago de Nómina y se constató serias inconsistencias en los valores liquidados correspondientes a: descuentos de embargos y seguridad, social , razón por la cual los pagos se tuvieron que efectuar el 3 de octubre. (NC para Talento Humano)
17	OBS	Se sugiere que de inmediato se proceda a ordenar la corrección a las anomalías evidenciadas.

Auditoria N° 3

Cuadro No 27

AUDITORIA DE APOYO LOGISTICO Y ALMACEN		
Hallazgo N°	Tipo de Hallazgo	DESCRIPCION
1	OBS	Se sugiere por parte de la OCIG que oportunamente (en el año anterior) se realice una adecuada planeación anual del gasto y de su contratación para que se abandone la práctica de realizar compras por mínima cuantía para los Dos (2) primeros meses y luego contratar por los Diez (10) meses restantes.
6	OBS	El responsable de Apoyo Logístico debe solicitar al Líder del Proceso que gestione ante el Comité de Capacitación unas "Charlas de Inducción y Reinducción" en el conocimiento del Manual de Supervisión del IDSN.
8	OBS	Es necesario relacionar las Pólizas y Seguros del IDSN vigentes.
9	OBS	Enviar copia en medio magnético a la Oficina de Control Interno el Inventario de bienes muebles e inmuebles actualizado.
17	OBS.	El responsable de Apoyo Logístico debe solicitar al Líder del Proceso que gestione ante el Comité de Capacitación unas "Charlas de Inducción y Reinducción" en el conocimiento del Manual de Supervisión del IDSN.

23

OBS

Esta Auditoría sugiere al Auditado que se instruya a la empresa de vigilancia y seguridad contratada y al señor almacenista para que **revise y mejore el sistema de seguridad del Almacén.**

Auditoria N° 4

Cuadro No 28

AUDITORIA DE ARCHIVO Y CORRESPONDENCIA		
Hallazgo N°	Tipo de Hallazgo	DESCRIPCION
15	NC	La Oficina de Control Interno verificó que las instalaciones físicas del Archivo de San Ignacio requieren de un traslado o de su mantenimiento, porque amenazan la integridad por excesiva humedad.
25	NC	Se evidencian defectos en la operación del software institucional SIUC.

Auditorias Programadas de Control Interno del Sistema de Gestión de Calidad 2016

Nº	ÁREA	PROCESO	RESPONSABLE	PROFESIONES	PERIODO	FECHA DE EJECUCIÓN	OBJETIVO DE LA AUDITORIA	DESCRIPCIÓN DE LA AUDITORIA
1	SECRETARÍA DE GESTIÓN	AGENCIA PROCEDIM. TURNADO (DEL ASISTENCIA TÉCNICA - GESTIÓN DE LABORATORIO - SECTOR DE RECURSOS)	MARY Y GILBERTEO CARLOS GONZALEZ EDITH FAJARDO	Subdirector de Salud Pública, Coordinador de Laboratorio, Técnico, Profesionales especializados, profesionales universitarios responsables de Proceso		Del 9 al 21 de Julio de 2016.	Verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos en el Manual de Procedimientos Operativos, Plan de Calidad y Plan de Mejora Continua.	Se verificará el cumplimiento de los requisitos establecidos en el Manual de Procedimientos Operativos, Plan de Calidad y Plan de Mejora Continua.
2	INSPECCIÓN	INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL SALUD PUBLICA	VICTOR BRAGO DIEGO BEBE AREVALO CORNELIA RICA	Subdirector de Salud Pública, Profesionales especializados, profesionales universitarios responsables de Proceso		Del 7 al 24 de Julio de 2016	Verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos en el Manual de Procedimientos Operativos, Plan de Calidad y Plan de Mejora Continua.	Se verificará el cumplimiento de los requisitos establecidos en el Manual de Procedimientos Operativos, Plan de Calidad y Plan de Mejora Continua.
3	INSPECCIÓN	INSPECCIÓN VIGILANCIA Y CONTROL CALIDAD Y ASESORAMIENTO	IVAN BASTIDAS FRANCISCO GARRIDO	Subdirector de Calidad y Aseguramiento, Profesionales especializados, profesionales universitarios responsables de Proceso		Del 7 al 24 de Julio de 2016	Verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos en el Manual de Procedimientos Operativos, Plan de Calidad y Plan de Mejora Continua.	Se verificará el cumplimiento de los requisitos establecidos en el Manual de Procedimientos Operativos, Plan de Calidad y Plan de Mejora Continua.
4	AUTORIZACION	AUTORIZACION INTERSECTORIAL	ARILDO ROBERTO MARIA TERESA REASCOS GREGORIO RAMON ALONSO LUIS	Subdirector de Salud Pública, profesionales universitarios, y equipo de trabajo del proceso		Del 27 Julio al 8 de Julio de 2016	Verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos en el Manual de Procedimientos Operativos, Plan de Calidad y Plan de Mejora Continua.	Se verificará el cumplimiento de los requisitos establecidos en el Manual de Procedimientos Operativos, Plan de Calidad y Plan de Mejora Continua.
5	SECTOR	SECTOR DE RED DE SERVICIOS	CLAUSIA AREVALO FABIANA FIGUEROA	Subdirectora de Calidad y Aseguramiento, Jefe Oficina Asesora de Planeación, Profesionales especializados, profesionales universitarios responsables de Proceso		Del 27 Julio al 8 de Julio de 2016	Verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos en el Manual de Procedimientos Operativos, Plan de Calidad y Plan de Mejora Continua.	Se verificará el cumplimiento de los requisitos establecidos en el Manual de Procedimientos Operativos, Plan de Calidad y Plan de Mejora Continua.
6	SECTOR	SECTOR DE LABORATORIO DE SALUD PUBLICA	BEBE AREVALO FANCY GARCERO	Subdirectora de Salud Pública, Profesionales especializados, profesionales universitarios responsables de Proceso		Del 27 Julio al 8 de Julio de 2016	Verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos en el Manual de Procedimientos Operativos, Plan de Calidad y Plan de Mejora Continua.	Se verificará el cumplimiento de los requisitos establecidos en el Manual de Procedimientos Operativos, Plan de Calidad y Plan de Mejora Continua.
7	ASISTENCIA	ASISTENCIA TECNICA	MARIA TERESA REASCOS ATRIS ROSETO	Subdirectora de Salud Pública, Profesionales especializados, profesionales universitarios responsables de Proceso		Del 16 al 22 de Julio de 2016.	Verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos en el Manual de Procedimientos Operativos, Plan de Calidad y Plan de Mejora Continua.	Se verificará el cumplimiento de los requisitos establecidos en el Manual de Procedimientos Operativos, Plan de Calidad y Plan de Mejora Continua.
8	PLANEACION	PLANEACION Y DESARROLLO DEL SISTEMA TERRITORIAL EN SALUD	RUBY MARTINEZ VICTOR HUGO ORTIGA	Jefe Oficina Asesora de Planeación, Profesionales especializados, profesionales universitarios responsables de Proceso		Del 13 al 22 de Julio de 2016.	Verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos en el Manual de Procedimientos Operativos, Plan de Calidad y Plan de Mejora Continua.	Se verificará el cumplimiento de los requisitos establecidos en el Manual de Procedimientos Operativos, Plan de Calidad y Plan de Mejora Continua.
9	GESTION	GESTION DE TALENTO HUMANO CAPÉTULO E DECRETO 1005 DE 2015 SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	DEYSE TOVAR RAUL GONZALEZ XIMENA VILLOTA	Secretaría General, Profesionales especializados, profesionales universitarios responsables de Proceso		Del 11 al 22 de Julio de 2016.	Verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos en el Manual de Procedimientos Operativos, Plan de Calidad y Plan de Mejora Continua.	Se verificará el cumplimiento de los requisitos establecidos en el Manual de Procedimientos Operativos, Plan de Calidad y Plan de Mejora Continua.
10	GESTION	GESTION JURIDICA	DANIELA BACCA ADELANA FIGUEROA EXPERTO TECNICO: CARLOS ASUNCION	Jefe Oficina Asesora Jurídica, Profesionales especializados, profesionales universitarios responsables de Proceso		Del 28 de Julio hasta el 9 de Agosto de 2016	Verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos en el Manual de Procedimientos Operativos, Plan de Calidad y Plan de Mejora Continua.	Se verificará el cumplimiento de los requisitos establecidos en el Manual de Procedimientos Operativos, Plan de Calidad y Plan de Mejora Continua.
11	SECTOR	SECTOR DE RECURSOS	FABIANA FIGUEROA CARLOS GONZALEZ ADELANA FIGUEROA	Secretaría General, Profesionales especializados, profesionales universitarios responsables de Proceso		Del 18 al 22 de Julio - Reorganización fecha inicial al equipo evaluado del 25 de Julio hasta el 5 de Agosto de 2016.	Verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos en el Manual de Procedimientos Operativos, Plan de Calidad y Plan de Mejora Continua.	Se verificará el cumplimiento de los requisitos establecidos en el Manual de Procedimientos Operativos, Plan de Calidad y Plan de Mejora Continua.
12	SECTOR	SECTOR DEL RIESGO Y CONTROL INTERNO	IVAN BASTIDAS XIMENA VILLOTA	Jefe Oficina Asesora Interna de Gestión, profesional universitarios y equipo de trabajo responsables de Proceso		Del 29 de Julio hasta el 9 de Agosto de 2016.	Verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos en el Manual de Procedimientos Operativos, Plan de Calidad y Plan de Mejora Continua.	Se verificará el cumplimiento de los requisitos establecidos en el Manual de Procedimientos Operativos, Plan de Calidad y Plan de Mejora Continua.
13	SECTOR	SECTOR DE CALIDAD	ALVARO ALVAREZ RUBY MARTINEZ	Jefe Oficina Asesora de Planeación, Profesionales especializados, profesionales universitarios responsables de Proceso		Del 9 al 19 de Agosto de 2016	Verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos en el Manual de Procedimientos Operativos, Plan de Calidad y Plan de Mejora Continua.	Se verificará el cumplimiento de los requisitos establecidos en el Manual de Procedimientos Operativos, Plan de Calidad y Plan de Mejora Continua.
14	SECTOR	SECTOR ESTRATEGICA	MAURICIO GILBERTEO CLAUDIA AREVALO OBSERVADOR: LEIDY GARRIDO	Director ISM y equipo de trabajo		Del 4 de Agosto al 23 de Septiembre de 2016	Verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos en el Manual de Procedimientos Operativos, Plan de Calidad y Plan de Mejora Continua.	Se verificará el cumplimiento de los requisitos establecidos en el Manual de Procedimientos Operativos, Plan de Calidad y Plan de Mejora Continua.
15	SECTOR	SECTOR POR LA DIRECCION	CAROL GILBERTEO DEYSE TOVAR	Control Interno		Del 8 al 16 de Septiembre de 2016	Verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos en el Manual de Procedimientos Operativos, Plan de Calidad y Plan de Mejora Continua.	Se verificará el cumplimiento de los requisitos establecidos en el Manual de Procedimientos Operativos, Plan de Calidad y Plan de Mejora Continua.
16	SECRETARIA	SECRETARIA DE LAS AUTORIDADES	HELIANA MENA	Equipo de Control Interno de Gestión y Calidad		Del 12 al 16 de Septiembre de 2016.	Verificar el cumplimiento de los requisitos establecidos en el Manual de Procedimientos Operativos, Plan de Calidad y Plan de Mejora Continua.	Se verificará el cumplimiento de los requisitos establecidos en el Manual de Procedimientos Operativos, Plan de Calidad y Plan de Mejora Continua.

Tipo de Hallazgos de las Auditorías del Sistema de Gestión de Calidad 2016

Auditoría N° 1

Cuadro No 29

AUDITORIA PROCESOS TUMACO (IVC, ASISTENCIA TECNICA-GESTIÓN DE LABORATORIO-GESTIÓN DE CALIDAD)		
Hallazgo N°	Tipo de Hallazgo	DESCRIPCION
1	OBS	Aunque se realizan reuniones primarias con los procesos LSP de Pasto y Tumaco, es importante articular estas dependencias y así evaluar conjuntamente la mejora continua , para demostrar la conveniencia, eficacia, eficiencia y efectividad de los procesos de Gestión de Laboratorio, Gestión de Recursos, IVC y AT.
2	NC	Se evidencia que en el proceso de AT e IVC no se realiza la medición de los indicadores del proceso establecidos.
3	OBS	Se evidencia que no se realizó la socialización del nuevo Mapa de Riesgos.
4	OBS	El PAA no se está ejecutando de acuerdo a las necesidades presentadas lo que conlleva a la adquisición por medio diferentes.
5	NC	No se dio cumplimiento a la programación de Visitas de IVC para el primer semestre, se cumplió con Tumaco.
6	NC	Se evidencia que no se ha realizado el mantenimiento preventivo de las instalaciones físicas en el laboratorio de entomología y en la sede principal de Tumaco.

Auditoría N° 2

Cuadro No 30

AUDITORIA INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL SALUD PUBLICA		
Hallazgo N°	Tipo de Hallazgo	DESCRIPCION
1	N.C	Se evidencia en el SISA que no se encuentra cargada en su totalidad la información del Departamento de Nariño por los responsables del proceso.
2	OBS	Se evidencia que los documentos no se encuentran organizados de conformidad con las normas archivísticas .
3	OBS	Se evidencia que el Mapa de Gestión del Riesgo para el proceso en la Subdirección de Salud Pública aún se encuentra en proceso de actualización .
4	OBS	En la oficina de Salud Infantil se evidencia que los indicadores no se han enviado al SIMU a pesar de no haber realizado visitas de IVC.

Auditoría N° 3

Cuadro No 31

AUDITORIA INSPECCION VIGILANCIA Y CONTROL CALIDAD Y ASEGURAMIENTO.		
Hallazgo N°	Tipo de Hallazgo	DESCRIPCION
1	NC	A pesar de que se generan acciones de mejora del análisis de indicadores y no conformes no se documentan en los planes de acción correctivos .
2	OBS	Es necesario revisar el proceso y/o inscripción de títulos de profesionales , Técnicos y auxiliares del área de salud y afines CODIGO: P-IVCSCAA0/.
3	OBS	Es necesario que se agilice la corrección propuesta al Proceso debido a cambios en la normatividad vigente.

Auditoria N° 4

Cuadro No 32

AUDITORIA ARTICULACION INTERSECTORIAL		
Hallazgo N°	Tipo de Hallazgo	DESCRIPCION
1	OBS	Riesgo de posibles incumplimientos del indicador "programación de reuniones" , ya que no se evidencian acciones preventivas a partir del grado de cumplimiento del objetivo.
2	OBS	Se deben fortalecer el procedimiento de articulación intrainstitucional.

Auditoria N° 5

Cuadro No 33

AUDITORIA GESTION RED DE SERVICIOS		
Hallazgo N°	Tipo de Hallazgo	DESCRIPCION
1	NC	En el área de Microbacterias se corren riesgos laborales porque se evidencia lámparas con inadecuado mantenimiento preventivo ; no se cuenta con lava ojos; las áreas de trabajo deben estar debidamente identificadas por riesgos de accidentes laborales y del personal externo.
2	NC	En el Laboratorio de Salud Pública evidencia numerosas deficiencias en pisos, áreas de servicios que no permiten acciones de ágil limpieza y desinfección.
3	NC	En el área de Microbiología, se evidencia deficiencias en la iluminación artificial; la salida de emergencia no cumple con su finalidad.
4	NC	El proceso de gestión del LSP, se ve afectado en sus actividades por la NO continuidad del personal contratista (ISO IEC 17025)
5	NC	No se da cumplimiento a la programación de actividades en el LSP, porque se carece de insumos para su ejecución.
6	OBS	El PAA que el LSP, integra el consolidado de SSP, por cuya razón los procesos de contratación para la adquisición de reactivos e insumos afectan la oportunidad del servicio y el riesgo de acciones vencidas o fuera de tiempos

Auditoria N° 6
Cuadro No 34

AUDITORIA GESTION DE LABORATORIO SALUD PUBLICA		
Hallazgo N°	Tipo de Hallazgo	DESCRIPCION
1	OBS	Se evidencia que el LSP no se está organizando según el procedimiento de Gestión Documental y la Ley General de Archivo
2	OBS	Se evidencia que se presentó una queja sobre la atención oportuna de EMSANNAR, para lo cual se desarrollaron acciones pero no fue reportada como tal a la Oficina de Quejas y Reclamos.
3	OBS	En el procedimiento "seguimiento de los eventos de urgencias y emergencias," no se menciona que el seguimiento que lo deben realizar en un aplicativo o software.
4	OBS	Es necesario actualizar los documentos del proceso con las actividades que se realizan en la actualidad y en el procedimiento P-GRSSCA04 – autorización para el uso del emblema protector de la misión medica - no se deben relacionar actividades que dependen de actores externos.
5	NC	Para el procedimiento P-GRSSCA11 " <i>autorización para la prestación de servicios de salud a la población pobre, no afiliados al SGSSS, población especial, víctimas del conflicto, y eventos no pos del régimen subsidiado</i> ", se evidencia que está pendiente la actualización del procedimiento en cuanto a la autorización de solicitudes inmediatas y prioritarias ya que en este momento se realiza por pago anticipado.
6	OBS	En la revisión del indicador Porcentaje de QR , se evidencia que en el análisis del mes de julio, está descrito lo correspondiente al mes de mayo. En la revisión del Indicador Solicitudes de Servicios de Salud con oportunidad entre 1 y 10 días, se evidencia que el Indicador va en está descenso con respecto a la meta establecida: en el mes de enero estaba en el 100%, febrero 99%, marzo 99%, abril 98%, mayo 86%, junio 83% y julio 74%. El auditado menciona que el indicador está bajando debido a la Resolución 4678 de 2015, por la cual se adopta la clasificación única de procedimiento en salud CUPS, modificada por la Resolución 1352 de 2016, del 15 de abril de 2016, que modifica el anexo técnico 2 "lista tubular", para lo cual se debe analizar si es necesario actualizar la forma de medición del indicador respecto a la nueva normatividad.

Auditoria N° 7
Cuadro No 35

AUDITORIA ASISTENCIA TECNICA		
Hallazgo N°	Tipo de Hallazgo	DESCRIPCION
1	OBS	Se observa riesgo de posible incumplimiento de programación de Asistencia Técnica (AT) ya que no son evidencian acciones preventivas a partir del grado de cumplimiento del objetivo.

Auditoria N° 8
Cuadro No 36

AUDITORIA GESTION DE PLANIFICACION Y DESARROLLO DEL SISTEMA TERRITORIAL DE SALUD		
Hallazgo N°	Tipo de Hallazgo	DESCRIPCION
1	OBS	Se observa que el objetivo y el alcance del procedimiento Seguimiento, Vigilancia y Control a proyectos en infraestructura y dotación hospitalaria, no tienen concordancia . A pesar que el procedimiento se cumple de forma normal, al no tener concordancia el objetivo y el alcance podría poner en riesgo el desarrollo del procedimiento.
2	OBS	Se observa que el objetivo y el alcance del procedimiento Seguimiento, Catastro Físico, no tienen concordancia . A pesar de que el procedimiento se cumple de forma normal, al no tener concordancia el objetivo y el alcance podría poner en riesgo el desarrollo del procedimiento.

Auditoria N° 9
Cuadro No 37

AUDITORIA DE TALENTO HUMANO		
Hallazgo N°	Tipo de Hallazgo	DESCRIPCION
1	OBS	Aunque la estructura del Manual de Funciones cuenta con la tipificación de disciplinas académicas, el mismo no presenta claramente, la identificación de Área y Núcleo de Conocimiento como los exige el Decreto 2484 de 2014. Evidenciando el riesgo de poder generar ambigüedad o contradicción en la vinculación o asignación del talento humano en un cargo determinado.
2	NC	En el muestreo de hojas de vida revisadas (6 HV), no se evidencia que el funcionario que disfruta de vacaciones, comunica al funcionario que lo reemplaza, "la información, documentos y entrega del puesto de trabajo mediante formato de entrega" , F-PGTHSG04-01 o acta F-PGED05-11 suscrita por los involucrados.
3	NC	No se evidencia en el SG SST, la socialización y entrega de protocolos, guías, fichas técnicas y demás instructivos internos relacionados con la Seguridad y Salud en el Trabajo, al Talento Humano del IDSN, de acuerdo con la normatividad vigente y la naturaleza de las acciones realizadas en el IDSN.
4	NC	No se evidencia el establecimiento del "plan de emergencias para las sedes de laboratorio de salud pública y ETV-Tumaco" , tampoco la actualización del Plan de Emergencias de la Sede IDSN bajo las nuevas condiciones de riesgo identificadas y con los requisitos aplicables. Incumpliendo la normatividad vigente y la gestión del objetivo del SG SST y el proceso.
5	N.C	Hallazgo compartido Gestión Estratégica y Gestión de Talento Humano: No se evidencia la revisión y ejecución de los requisitos contemplados en el <i>plan de emergencia</i> del IDSN (sede Bombona), frente al sismo ocurrido en 18 mayo de 2016 (6.8°), en horario laboral, los entrevistados manifestaron que no se tomaron medidas para ejecutar el <i>plan de emergencias</i> por no contar con lineamientos claros sobre las medidas de respuesta a seguir, así como los responsables y mecanismos de comunicación para impartirlos y ejecutar el plan.

Auditoria N° 10
Cuadro No 38

AUDITORIA GESTION JURIDICA		
Hallazgo N°	Tipo de Hallazgo	DESCRIPCION
1.	OBS	Se evidencia que los contratos pasan al área de presupuesto para expedir registro presupuestal, solo con la firma del representante legal , el contratista firma después (detectada por La SUPERSALUD)
2.	OBS	Se evidencia que el IDSN no cuenta con un procedimiento donde se determine las responsabilidades de la ejecución de la herramienta tecnológica SIA OBSERVA la cual le permite a las contralorías la captura de información sobre contratación y presupuesto.
3.	OBS	Se observa un posible incumplimiento del numeral 7.4 Adquisición de Bienes y Servicios porque este procedimiento tiene estandarizado a través de una acta del Comité de Compras los indicadores del nivel de endeudamiento, patrimonio y liquidez, sin embargo se evidencia que en casos eventuales estos son modificados , con el fin de garantizar la unificación de criterios y correcta ejecución de los procesos de licitación es importante que la decisión de cambiar el criterio sea definida en las instancias correspondientes. Adicionalmente se observó que las adiciones a los contratos no se están registrando en el Software SYSMAN y esto es necesario para obtener una adecuada y oportuna trazabilidad del contrato, el control, ejecución e información completa para la revisión de los informes a entidades de control y cumplir de manera adecuada con todas las fases del proceso contractual, especialmente en su fase de seguimiento y liquidación contractual. (ley 80 de 1993 Ley 2150 de 2012)
4.	NC	Al revisar el contrato de LUIS CARLOS BENAVIDES MONTENEGRO No. 2016000308 Junio 14 de 2016 por valor de \$22.157.205 PAPSIVI que ingresó los documentos para elaboración del contrato el 1º. De junio-16 y el contrato fue elaborado el 14 de junio-16 incumpliendo con los 5 días establecidos en los indicadores donde se evidencia que no se realiza un seguimiento de medición del proceso Incumpliendo el requisito 8.2.3 Seguimiento y medición de los procesos.
5.	NC	Los Estudios Previos del contrato de Refrigerios no tienen firmas y la lista de chequeo del contrato de LUIS CARLOS BENAVIDES MONTENEGRO no se encuentra firmada incumpliendo el requisito 4.2.4 Control de los registros.
6.	OBS	Es importante revisar los Indicadores de i) elaboración de contratos y solicitudes de contratación y ii) el Porcentajes de demandas contestadas porque se evidencia que no permiten medir el grado de la eficacia, eficiencia y efectividad de los procesos impidiendo determinar acciones de mejoramiento continuo .

Auditoria N° 11
Cuadro No 39

AUDITORIA GESTION DE RECURSOS		
Hallazgo N°	Tipo de Hallazgo	DESCRIPCION
1	NC	Requiere actualizar el Inventario de la Infraestructura. No se evidencia registro de información al Coordinador de Apoyo Logístico. No se evidencia el registro que demuestre la consolidación del informe final.
2	NC	Se presenta los indicadores del proceso donde se evidencia el no mantenimiento de equipos de LSP de los meses de enero, febrero y marzo de 2016.
3	NC	Al verificar el cumplimiento del procedimiento P-GRSG15 "Trámite y legalización de viáticos y gastos de viaje" se evidenció la entrega no mensual de este reporte por parte de Contabilidad a Control Interno.
4	NC	En la revisión del procedimiento de conciliación bancaria se evidencia que en el mes de junio de 2016, realizó un giro de recursos de la Cuenta Maestra de Prestación de Servicios a Adriana Zamudio funcionaria del IDSN.
5	NC	Al entrevistar los servidores públicos y a particulares que ejercen funciones públicas sobre las actividades que realizan y como contribuyen al logro de los objetivos de la calidad y al sistema, ellos manifestaron que no había tenido una inducción incumpliendo con requisitos 6.2.2.

Auditoria N° 12
Cuadro No 40

AUDITORIA GESTIÓN DEL RIESGO Y CONTROL INTERNO		
Hallazgo N°	Tipo de Hallazgo	DESCRIPCION
1	OBS	Presenta soportes, sin embargo los dos contratistas desconocen los procedimientos por lo cual se recomienda realizar reinducción
2	OBS	El acto administrativo por el cual se conforman los Equipos MECI no se encuentra actualizado conforme a la Planta existente (hay funcionarios pensionados)
3	OBS	Es necesario que se agilice la corrección propuesta a los procesos debido a cambios en la normatividad vigente.

Auditoria N° 13
Cuadro No 41

AUDITORIA GESTION DE CALIDAD		
Hallazgo N°	Tipo de Hallazgo	DESCRIPCION
1	OBS	Atender las necesidades para aprovechamiento de la herramienta ISOLUCION . Si no se atiende las necesidades de recurso humano y técnico que necesita el sistema, puede presentarse riesgos en cuanto al mejoramiento al SGC.

Auditoria N° 14
Cuadro No 42

AUDITORIA GESTION ESTRATEGICA		
No Hallazgo	Tipo de Hallazgo	DESCRIPCION
1	NC	Se evidencia que no existe cumplimiento de los tiempos establecidos en el paso 7 del procedimiento PGED04 Plan Operativo Anual.
2	NC	En la revisión de la Matriz de Comunicaciones se establece que la frecuencia de reuniones del comité COPAST es semanal. Además no se evidencia el seguimiento de la Matriz de Comunicaciones según lo descrito en el procedimiento.
3	NC	Se evidencia que existe un cumplimiento parcial al paso 5 del procedimiento , ya que la página web de la institución no se está haciendo el cargue de las circulares externa emitidas por Dirección ya algunas de la que están subidas no se pueden descargar.
4	NC	Se evidencia que el indicador: Porcentaje de derechos de petición respondidos de acuerdo a los términos de ley, no cumplen con la meta establecida.
5	OBS	En la revisión del indicador: Porcentaje de eficiencia en el pago de los recursos comprometidos, se evidencia que no se cumple con la meta establecida.

Auditoria N° 15
Cuadro No 43

AUDITORIA REVICION POR DIRECCION		
No Hallazgo	Tipo de Hallazgo	DESCRIPCION
		No se encuentra ningún hallazgo.

Auditoria N° 16
Cuadro No 44

AUDITORIA DE AUDITORIA		
No Hallazgo	Tipo de Hallazgo	DESCRIPCION
1	NC	No se evidencia la identificación y evaluación de los riesgos relacionados con la implementación, revisión y mejora del programa de auditoría que pueda afectar el logro de los objetivos
2	OBS	Riesgo de no cumplimiento del paso 3 del punto 4.2 planificación de la auditoría debido a que no se presenta evidencia de envió a los Subdirectores, Jefes de Oficina y Equipo Auditor la programación del ciclo anual o de los ciclos de auditorías de calidad, por parte del coordinador de auditorías , se presenta Circular interna No 028 de 15 de marzo de 2016, la cual está dirigida para: subdirectores, jefes de oficina, secretaria general y servidores públicos del IDSN. Pero es emitida por Dirección con asunto: comunicación programa de auditorías internas de calidad recomendaciones para la mejora de Icontec de fecha: 15 de marzo de 2016.
3	NC	Las auditorías: N° 5, N° 6, N° 7, N° 8, N° 10, N° 11, N° 12, N° 14, N° 15 y N° 16 no se realizaron de acuerdo a la fecha programada.
4	NC	En las auditorías: N° 1, N° 2, N° 3, N° 4, N° 5, N° 6, N° 7, N° 8, N° 9, N° 10, N° 11, N° 12, no se cumplen con las fechas de entrega de Planes de Acción.
5	OBS	Riesgo de generar una interpretación incorrecta del hallazgo por la redacción de las No Conformidades y las Observaciones
6	NC	Los Planes de Acción de las auditorías N° 5 no están acordes con el análisis causal debido a que los hallazgos 7, 8 y 9 no son responsable que menciona el Plan de Acción. Los Planes de Acción de la Auditoria N° 11 no están acordes con el análisis causal debido a que la acción para los hallazgos N° 2, 4 y 5 del Plan de Acción no solucionan la causa.
7	NC	No se evidencia seguimiento al cumplimiento de las acciones establecidas en todos los Planes de Acción.
8	OBS	Existe riesgo de no cumplir con los puntos establecidos en la reunión de apertura y reunión de cierre debido a que el procedimiento no exige como evidencia actas de apertura y de cierre que esos puntos fueron tratados en cada reunión.

Avances: Las Auditorías se ejecutaron en un 100 %, con 58 Planes de Acción radicados en la Oficina de Control Interno de Gestión su seguimiento y verificación.

RESUMEN DESARROLLO AUDITORIAS SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD 2016

Cuadro No 45

MATRIZ DE AUDITORIAS 2016 DEL SISTEMA GESTIÓN DE CALIDAD								
N° AUDITORIAS	PROCESOS AUDITORIA	AUDITORES	OBS	NC	TOTAL HALLAZGOS	DESEMPEÑO DE LOS AUDITORES	PROMEDIO	N° PLANES DE ACCION IMPLEMEN/DOS
1	Auditoria Procesos Tumaco (IVC, Asistencia técnica- Gestión de laboratorio- Gestión de Calidad)	Nancy Guerrero	3	3	6	4.5	4.7	6
2	Inspección, Vigilancia y Control Salud Publica	Víctor Hugo Ortega	3	1	4	3.9		4
3	Inspección, Vigilancia y Control Calidad y Aseguramiento.	Iván Bastidas	2	1	3	4.7		3
4	Articulación Intersectorial	Atriz Rosero	2	0	2	4.45		2
5	Gestión de Red de Servicios	Claudia Arévalo	5	4	9	4.8		9
6	Gestión de Laboratorio de Salud Publica	Jesús Arévalo	1	5	6	4.6		4
7	Asistencia Técnica	María Teresa Riascos	1	0	1	4.75		1
8	Planificación y Desarrollo del Sistema Territorial de Salud.	Ruby Martínez	2	0	2	4.8		1
9	Gestión de Talento Humano	Dehysi Tovar	1	4	5	5		5
10	Gestión Jurídica	Daniela Bacca	4	2	6	4.6		6
11	Gestión de Recursos	Fabiola Figueroa	0	5	5	4.4		5
12	Gestión del Riesgo y Control Interno	Iván Bastidas	3	0	3			1
13	Gestión de Calidad	Álvaro Alvares	1	0	1	4.95		1
14	Gestión Estratégica	Mauricio Guerrero	1	4	5	4.9		5
15	Revisión por Dirección	Carlos Ordoñez	0	0	0	4.75		0
16	Auditorias de las Auditorias	Bibiana Mena Criollo	3	5	8	4.9		
		Ximena Villota				4.6		0
			32	34	66			58



INFORME

CÓDIGO: F-PGED05-10

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

MATRIZ SEGUIMIENTO PLANES DE ACCION AUDITORIAS SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD 2016

SEGUIMIENTO AL ESTADO DE PLANES DE ACCION DE AUDITORIAS																			
OBJETO DE LA AUDITORIA		FECHA DE										ESTADO DE LA ACCION							
No.	PROCESO/ACTIVIDAD	Suborg. de A.E.	No. de Indicadores del Plan	No. de planes implementados	Planes Cancelados	Planes Abiertos	Estado del Plan (con seguimiento)	Fecha de Seguimiento a 1	Fecha de Seguimiento a 2	Fecha de Seguimiento a 3	Fecha de Seguimiento a 4	Fecha Seguimiento 5 (depende a planes de acciones)	Descripciones del Seguimiento 1	Responsable	A.C.	IDB	Fecha entrega plan(m)	Fecha cierre plan(m)	Observaciones
1	AUDITORIA PROCESOS TECNICO E INC. ANÁLISIS DE TIENGA - GESTION DE LABORATORIOS - GESTION DE RECURSOS	9	4	4	0	0	0	10/08/13	10/08/13	10/08/13	10/08/13	10/08/13	Seles 1 en el estudio de trabajo de los servicios técnicos, trabajo de campo, trabajo 2 en campo, trabajo 3 en campo, trabajo 4 en campo, trabajo 5 en campo, trabajo 6 en campo, trabajo 7 en campo, trabajo 8 en campo, trabajo 9 en campo.	OLGA FERRAZ CORTES	9	9	10/08/13	---	09/08/2013
2	INSPECCION REGULATORIA CONTROL SALUD PUBLICA	9	4	4	0	0	0	10/08/13	10/08/13	10/08/13	10/08/13	10/08/13	Trabajo 1 campo en los centros para el estudio de trabajo de los servicios técnicos, trabajo 2 en campo, trabajo 3 en campo, trabajo 4 en campo, trabajo 5 en campo, trabajo 6 en campo, trabajo 7 en campo, trabajo 8 en campo, trabajo 9 en campo.	OLGA FERRAZ CORTES	9	9	10/08/13	---	09/08/2013
3	INSPECCION REGULATORIA CONTROL CALIDAD Y ASISTENCIAL	9	3	3	0	0	0	10/08/13	10/08/13	10/08/13	10/08/13	10/08/13	Trabajo 1 en campo, trabajo 2 en campo, trabajo 3 en campo.	ANGELICA HERRERA	9	9	10/08/13	---	09/08/2013
4	MEDULACION INTERSECTORIAL	9	3	3	0	0	0	10/08/13	10/08/13	10/08/13	10/08/13	10/08/13	Trabajo 1 en campo, trabajo 2 en campo.	ANGELICA HERRERA	9	9	10/08/13	---	09/08/2013
5	DEFENSORIA DEL CIUDADANO	9	3	3	0	0	0	10/08/13	10/08/13	10/08/13	10/08/13	10/08/13	Trabajo 1 en campo, trabajo 2 en campo, trabajo 3 en campo, trabajo 4 en campo, trabajo 5 en campo, trabajo 6 en campo, trabajo 7 en campo, trabajo 8 en campo, trabajo 9 en campo.	ANGELICA HERRERA	9	9	10/08/13	---	09/08/2013
6	DEFENSORIA LABORATORIO DE SALUD PUBLICA	9	3	3	0	0	0	10/08/13	10/08/13	10/08/13	10/08/13	10/08/13	Trabajo 1 en campo, trabajo 2 en campo, trabajo 3 en campo.	ANGELICA HERRERA	9	9	10/08/13	---	09/08/2013
7	DEFENSORIA TECNICA	9	3	3	0	0	0	10/08/13	10/08/13	10/08/13	10/08/13	10/08/13	Trabajo 1 en campo.	ANGELICA HERRERA	9	9	10/08/13	---	09/08/2013
8	PUBLICACION Y DESARROLLO DEL SISTEMA REGIONAL EN SALUD	9	3	3	0	0	0	10/08/13	10/08/13	10/08/13	10/08/13	10/08/13	Trabajo 1 en campo.	ANGELICA HERRERA	9	9	10/08/13	---	09/08/2013
9	DEFENSORIA SALUD PUBLICA CAPACIDAD Y CONTROL DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL TERRITORIO	9	3	3	0	0	0	10/08/13	10/08/13	10/08/13	10/08/13	10/08/13	Trabajo 1 en campo, trabajo 2 en campo, trabajo 3 en campo, trabajo 4 en campo, trabajo 5 en campo, trabajo 6 en campo, trabajo 7 en campo, trabajo 8 en campo, trabajo 9 en campo.	ANGELICA HERRERA	9	9	10/08/13	---	09/08/2013
10	GESTION JURIDICA	9	3	3	0	0	0	10/08/13	10/08/13	10/08/13	10/08/13	10/08/13	Trabajo 1 en campo, trabajo 2 en campo, trabajo 3 en campo, trabajo 4 en campo, trabajo 5 en campo, trabajo 6 en campo, trabajo 7 en campo, trabajo 8 en campo, trabajo 9 en campo.	ANGELICA HERRERA	9	9	10/08/13	---	09/08/2013
11	DEFENSORIA REGIONAL	9	3	3	0	0	0	10/08/13	10/08/13	10/08/13	10/08/13	10/08/13	Trabajo 1 en campo, trabajo 2 en campo, trabajo 3 en campo, trabajo 4 en campo, trabajo 5 en campo, trabajo 6 en campo, trabajo 7 en campo, trabajo 8 en campo, trabajo 9 en campo.	ANGELICA HERRERA	9	9	10/08/13	---	09/08/2013
12	DEFENSORIA DEL BIENCOMUN Y DEFENSORIA REGIONAL	9	3	3	0	0	0	10/08/13	10/08/13	10/08/13	10/08/13	10/08/13	Trabajo 1 en campo, trabajo 2 en campo, trabajo 3 en campo, trabajo 4 en campo, trabajo 5 en campo, trabajo 6 en campo, trabajo 7 en campo, trabajo 8 en campo, trabajo 9 en campo.	ANGELICA HERRERA	9	9	10/08/13	---	09/08/2013
13	DEFENSORIA DE CALIDAD	9	3	3	0	0	0	10/08/13	10/08/13	10/08/13	10/08/13	10/08/13	Trabajo 1 en campo.	ANGELICA HERRERA	9	9	10/08/13	---	09/08/2013
14	DEFENSORIA ESTADISTICA	9	3	3	0	0	0	10/08/13	10/08/13	10/08/13	10/08/13	10/08/13	Trabajo 1 en campo, trabajo 2 en campo, trabajo 3 en campo, trabajo 4 en campo, trabajo 5 en campo, trabajo 6 en campo, trabajo 7 en campo, trabajo 8 en campo, trabajo 9 en campo.	ANGELICA HERRERA	9	9	10/08/13	---	09/08/2013
15	DEFENSORIA DE LA DEFENSORIA	9	3	3	0	0	0	10/08/13	10/08/13	10/08/13	10/08/13	10/08/13	Trabajo 1 en campo, trabajo 2 en campo, trabajo 3 en campo, trabajo 4 en campo, trabajo 5 en campo, trabajo 6 en campo, trabajo 7 en campo, trabajo 8 en campo, trabajo 9 en campo.	ANGELICA HERRERA	9	9	10/08/13	---	09/08/2013
16	AUDITORIA DE LAS AUDITORIAS	9	3	3	0	0	0	10/08/13	10/08/13	10/08/13	10/08/13	10/08/13	Trabajo 1 en campo, trabajo 2 en campo, trabajo 3 en campo, trabajo 4 en campo, trabajo 5 en campo, trabajo 6 en campo, trabajo 7 en campo, trabajo 8 en campo, trabajo 9 en campo.	ANGELICA HERRERA	9	9	10/08/13	---	09/08/2013
17																			
18																			
19																			
20																			
Total		90	60	60	0	0	0												

CUADRO COMPARATIVO

VARIACION DE NC - OBS 2105-2016

Cuadro No 46

N°	PROCESO	NC			OBS		
		2015	2016	Variac.	2015	2016	Variac.
1	IVC TUMACO	6	3	3	3	3	0
2	INSP. VIGILANCIA Y CONTROL	3	1	2	4	3	1
3	ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL	2	1	1	2	2	0
4	IVC CALIDAD Y AS/GMIENTO	0	0	0	0	2	-2
5	GESTION DE RED DE SERVICIOS	3	4	-2	1	5	-5
6	GESTIÓN LABORATORIO DE SALUD	1	5	-4	0	1	-1
7	ASISTENCIA TECNICA	6	0	6	4	1	3
8	PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO DEL SISTEMA TERRITORIAL	4	0	4	1	2	-1
9	GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	1	4	-3	3	1	2
10	GESTIÓN JURIDICA	1	2	-1	5	4	1
11	GESTIÓN DE RECURSOS	4	5	-1	5	0	5
12	GESTIÓN DEL RIESGO Y CONTROL INTERNO	1	-	1	2	3	-1
13	GESTIÓN DE CALIDAD	0	0	0	1	1	0
14	GESTIÓN ESTRATEGICA	2	4	-2	0	1	-1
15	REVISIÓN POR LA DIRECCION	0	0	0	0	0	0
16	AUDITORIAS DE LAS AUDITORIAS	0	5	0	0	3	2
	TOTAL	34	34	0	31	32	1

RESUMEN COMPARATIVO

Cuadro N° 47

NO CONFORMES	
AÑO 2015	34
AÑO 2016	34
DIFERENCIA	0

Cuadro N° 48

OBSERVACIONES	
AÑO 2015	31
AÑO 2016	32
DIFERENCIA	1

Seguimiento a Planes de Mejora por Auditorías Externas

Avances

- a.- Seguimiento estado Plan de mejora Auditoria Integral CDN años 2012-2013-2014
- b.- Seguimiento Plan de mejora Auditoria al Balance vigencia 2015 CDN
- c.- Seguimiento al Plan de mejora Auditoría Integral al Departamento de Nariño SGP 2015 CGR
- d.- Seguimiento estado Plan de Mejora Auditoria Supersalud vigencia 2015.

Seguimiento a Planes de Mejora

- a.- Seguimiento estado Plan de Mejora a la Auditoria Integral de la Contraloría Departamental de Nariño periodos 2012 – 2013 y 2014

- ✓ Plan de Mejora con la Contraloría General del Departamento de Nariño suscrito por el Instituto Departamental de Salud de Nariño frente a la Auditoría adelantada a los años 2012: con 11 Hallazgos, 2013: con 10 Hallazgos y 2014: con 33 Hallazgos en las líneas de: Contratación, Presupuesto, Tesorería, Contabilidad y Quejas y Reclamos, respectivamente, Auditoría practicada a al Instituto Departamental de Nariño a mediados de 2015 y, a cuyos Planes de Mejoramiento la Oficina de Control Interno viene adelantando el correspondiente seguimiento, con el siguiente resumen el estado de las actividades suscritas las que se desarrollaron en un 100 %, el Pendiente corresponde a externalidades propias de la competencia de otros procesos: **Cerrado**

Cuadro No 49

Seguimiento Plan de Mejora Contraloría Departamental de Nariño vigencias 2012, 2013 y 2014	
Línea de presupuesto	<u>Cerrado</u>
Línea de contratación	<u>Cerrado</u>
Línea de quejas y reclamos	<u>Cerrado</u> , Pendiente ejecución proceso disciplinario, el 1° de noviembre de 2016 se suscribió prórroga por 4 meses para recolección de pruebas.
Línea de tesorería	<u>Cerrado</u>
Línea de contabilidad	<u>Cerrado</u> , Pendiente respuesta de la Contaduría General de la Nación a la solicitud evidenciada de capacitación

b.- Seguimiento al Plan de Mejora al Balance vigencia 2015 – Auditoría Contraloría Departamental de Nariño

En este punto se informa sobre el estado en el que se encuentra el Plan de Mejora, las actividades suscritas se desarrollaron en un 100 %: **Cerrado**.

Cuadro No 50

Seguimiento Plan de Mejora Auditoría al Balance vigencia 2015 Contraloría Departamental de Nariño	
HALLAZGO	%
Hallazgo N° 1	100%
Hallazgo N° 2	100%
Hallazgo N° 3	100%

c.- Seguimiento Plan de Mejora Auditoría Integral al Sistema General de Participación (SGP) al Departamento de Nariño 2015 – Contraloría General de la República la República estableció el Plan de Vigilancia y Control Fiscal 2015, como una estrategia nacional para vigilar En consideración al Informe de Auditoría Estratégica al Sistema General de Participaciones, la Contraloría General de

los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) asignados para la vigencia de 2014, en el Departamento de Nariño, entre otras entidades, se practicó la Auditoría a la Gobernación de Nariño – Instituto Departamental de Salud de Nariño - sector Salud Pública – Población Pobre No Cubierta con Subsidios a la Demanda (PPNA); Auditoría que determinó la necesidad de suscribir Tres (3) Planes de Mejora los que fueron oportunamente reportados al SIRECI en septiembre de 2015 y en julio de 2016, a los cuales la Oficina de Control Interno efectúa el correspondiente seguimiento: Las actividades suscritas se desarrollaron en un 100 % **Cerrado**.

Cuadro No 51

Seguimiento Plan de Mejora Auditoría Estratégica al SGP 2014 Contraloría General de la Republica			
Código del hallazgo	N° de actividades programadas	N° de actividades ejecutadas	Ejecución
1	3	3	100%
11	25	25	100%
12	12	12	100%
12	1	1	100%

d.- Seguimiento al estado del Plan de Mejora Auditoría de Supersalud vigencia 2015

Teniendo en cuenta que se han cumplido los plazos fijados para la terminación de las “Acciones de Mejoramiento” comprometidas en el Plan de Mejoramiento suscrito por el Instituto Departamental de Salud de Nariño (DSN) con la Superintendencia Nacional de Salud y, habida consideración de que la Oficina Asesora de Control Interno de Gestión del IDSN no ha sido notificada oficialmente del resultado del seguimiento y de la evaluación realizada por la Superintendencia Nacional de Salud al Plan de Mejoramiento suscrito por el Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN) con razón de la Auditoría de la Referencia 2-2015-139355 y 1-2016-010607, ordenada mediante los Autos 00282 y 00291 de septiembre de 2015, cuyo informe preliminar quedó en firme, según se informa al IDSN en el Oficio remisorio N° 2-2016 – 35128 por la Dirección de Inspección y Vigilancia para Entidades de Orden Territorial de la Superintendencia Nacional de Salud, porque “...no se radicó respuesta al Informe Preliminar dentro de los términos previstos...por cuya razón se mantiene en firme los hallazgos del informe preliminar.”, con fundamento en el “Informe del estado de avances del Plan de Mejoramiento Institucional suscrito por el IDSN con la SUPERSALUD. a los Hallazgos de la Auditoría periodo Enero 1° a Diciembre 31 de 2014 y Primer Semestre de 2015” enviado a la Alta Dirección por esta Oficina Asesora de Control Interno, me permito presentar un resumen grafico del estado actual del señalado Plan de Mejoramiento:

ESTADO DE LOS HALLAZGOS INFORMADOS

Cuadro No 52

RELACION DE HALLAZGOS		
DESCRIPCION	N°	%
HALLAZGOS ADMINISTRATIVOS	28	75.6
HALLAZGOS FINANCIEROS	07	18.9
HALLAZGOS DISCIPLINARIOS	02	5.4
TOTAL	37	100%

Gráfico N° 13



RESULTADO DE AVANCE DE LOS DE PLANES DE MEJORA

Cuadro No 53

ESTADO DE AVANCE	
DETALLE	%
COMPLETO	0
EN DESARROLLO	100
ATRAZADO	0
NO INICIADO	0
TOTAL HALLAZGOS	

AUDITORIA INCOTEC

Alcance:

Gestión para la Dirección del sector salud en el departamento de Nariño: “Gestión proyectos en salud, asistencia técnica a los municipios e instituciones públicas y privadas que prestan servicios de salud, administración del sistema de información integral en salud, participación social e inclusión social en Materia de salud y seguridad social.”

Gestión para la prestación de servicios de salud en el Departamento de Nariño a la Población Pobre

y Vulnerable No Afiliada (PPNA) y a los eventos No cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud Subsidiada (No POS) de la población del Departamento de Nariño.

Gestión para la articulación de la red de Instituciones públicas Prestadoras de Servicios de Salud del Departamento de Nariño.

Gestión de salud pública: inspección, vigilancia y control de los programas de promoción y prevención de la salud y de los factores de riesgo del ambiente que afecten la salud con la prestación de servicios de laboratorio de salud pública, inspección, vigilancia y control de enfermedades transmitidas por vectores y zoonosis, y distribución, vigilancia y control de insumos críticos en salud en el Departamento de Nariño.

Gestión de vigilancia y control del aseguramiento en el Sistema General de Seguridad Social en salud y en los regímenes de excepción definidos en la ley 100 de 1993.

Resultado Auditoria Icontec

Cero no conformidades, es el resultado de la auditoría realizada al Instituto Departamental de Salud de Nariño, Bajo las Normas NTC GP 1000 y NTC ISO 9001 , de la auditoria que se llevó a cabo entre el 23 a 26 de octubre, con este resultado el IDSN se ratifica como ejemplo y referente a nivel nacional, evidenciando el proceso que se viene implementando a través del Sistema de Gestión de Calidad (SGC) y Control Interno (SCI), fortaleciendo los procesos y el alcance de la certificación que es la Gestión para la Dirección y la rectoría del sector salud en el departamento de Nariño: Planificación y desarrollo del sistema territorial en Salud, asistencia técnica e Inspección, Vigilancia y Control a los actores del SGSSS, gestión de la red de servicios, gestión del Laboratorio de Salud Pública y articulación intersectorial.

2.3 Componente: Planes de Mejoramiento

Son entendidas como aquellas acciones necesarias para corregir las desviaciones encontradas en el Sistema de Control Interno y en el Sistema de Gestión de Calidad (gestión de los procesos), como resultado de la Autoevaluación realizada por cada líder de proceso, de la Oficina de Control Interno y de las observaciones formales provenientes de los Órganos Externos de Control.

Este tipo de Plan integra las acciones de mejoramiento que buscan fortalecer el desempeño, misión y objetivos institucionales, teniendo en cuenta, entre otros aspectos, los compromisos adquiridos con los organismos de control fiscal, de control político, las superintendencias, Icontec, las Auditorías Internas y con las partes interesadas, así como la evaluación de la Oficina de control Interno y demás autoevaluaciones realizadas. (MECI)

Se plantea como **satisfactorio** en la *Encuesta*, el proceso, procedimiento o mecanismo a través del cual se trabajaron recomendaciones y análisis generados en el desarrollo del Componente de Auditoría Interna y las observaciones de los organismos externos de control (Contralorías, Supersalud, Icontec, etc.) Seguimiento al cumplimiento de las acciones definidas en el plan de mejoramiento. Se establece un mecanismo para el seguimiento y evaluación de las acciones establecidas en los planes de mejoramiento.

2.3.1 Seguimientos programados de Control Interno

- Arqueos de Caja Menor
- Planes de Acción
- Viáticos y Gastos de Viaje
- Seguimiento a la Contratación y Supervisión - SIA Observa
- Austeridad y Eficiencia en el Gasto
- Seguimiento Mapa de Riesgos Consolidado
- Seguimiento al Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano
- Seguimiento a las PQRS y Derechos de Petición
- Seguimiento Indicadores SIMU
- Planes de Mejora Entes de Control Externos

Informe de Austeridad y Eficiencia en el Gasto Público del IDSN

Con el presente Informe la Oficina Asesora de Control Interno de Gestión, cuya función debe ser entendida 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*” del Instituto Departamental de Salud de Nariño, pretende que éste sea una **herramienta gerencial** para el control a la gestión pública, y que se fundamenta en la cultura del control, y la responsabilidad y compromiso de la Alta Dirección del Instituto para su implementación y fortalecimiento continuo, por consiguiente, verificar la eficiencia, eficacia y economía de los controles de la entidad y asesorar a la Dirección en la continuidad del proceso administrativo, la reevaluación de los planes establecidos y en la introducción de los correctivos necesarios para el cumplimiento de las metas u objetivos institucionales de conformidad con la normatividad legal vigente, su medición y evaluación.

Por lo expreso, la Oficina Asesora de Control Interno del IDSN, en desarrollo de sus responsabilidades y de la Directiva nacional que en materia de Austeridad y Eficiencia del Gasto Público expidió la Presidencia de la República, de una parte y, de otra, en atención a su rol de seguimiento y verificación de la gestión administrativa, en cumplimiento al artículo 22 del Decreto 1737 de 2008, modificado por el artículo 1° del Decreto 0984 de 2014, presenta el informe de seguimiento a las medidas de Austeridad y Eficiencia del Gasto Público desarrolladas al interior del IDSN por la Alta Dirección, con el objeto de hacer visibles los resultados obtenidos, reflejando las medidas adoptadas que revelan el manejo de los recursos durante el periodo comprendido entre el primero (1) de octubre a diciembre treinta (30) de 2.016.



INFORME

CÓDIGO: F-PGED05-10

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página 57 de 82

Se tomó como fuente documental: La ejecución presupuestal de gastos, información y los reportes suministrados por las diferentes dependencias relacionados con los gastos por concepto de Contratación de Talento Humano, Viáticos, Servicios Públicos y Adquisición de Bienes correspondiente al periodo octubre a diciembre de 2.016.

Marco normativo:

- ✓ Ley 80 de 1.993, Estatuto General de Contratación de la Administración Pública y reglamentación.
- ✓ Ley 1474 de 2.011, por la cual se dictan normas orientadas fortalecer los mecanismos de Prevención, Investigación y Sanción de Actos de Corrupción y la Efectividad del Control de la Gestión Pública.
- ✓ Artículo 22 del Decreto 1737 del 21 de agosto de 1.998, modificado por el Decreto 984 del 14 de Mayo de 2.012, dispone que quien ejerza las funciones de Control Interno en la entidad, verificará el cumplimiento de las medidas de austeridad relacionada con la Administración de personal, contratación de servicios personales, publicidad, viáticos, gastos de viaje, suministros, publicaciones y servicios administrativos, las cuales son responsabilidad de la Secretaría General del Instituto.

Objetivos

- ✓ Verificar el cumplimiento de las normas vigentes en materia de Austeridad del Gasto
- ✓ Establecer por parte del IDSN, la observancia de las políticas de eficiencia y austeridad en el gasto público para el cuarto trimestre de 2.016.
- ✓ Analizar que el gasto se oriente a la racionalidad y uso adecuado de los recursos.

Alcance

El presente informe registra el seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno a la ejecución de los gastos realizados por el Instituto Departamental de Salud de Nariño – IDSN en el marco de la política de austeridad del Gasto. El análisis se proyectó con base en la información reportada por las diferentes áreas relacionado con: contratación de servicios personales indirectos, viáticos y gastos de viaje, servicios públicos y adquisición de bienes y servicios ejecutados.

Fuente de información y metodología

La estructura del Informe contiene el cálculo y los análisis de la evaluación de los gastos de funcionamiento definidos en el alcance de este informe, conforme lo estipula el Decreto 1737 de 1.998. Para el respectivo análisis, se tomó la información suministrada por las diferentes dependencias de del IDSN.

1. Contratación de Servicios Personales Indirectos como Apoyo a la Gestión Administrativa

La contratación de servicios personales el IDSN la ha desarrollado de conformidad con lo dispuesto por el artículo 3° del Decreto 1737, (modificado por el artículo 1° del Decreto 2209) que establece: “*Los contratos de prestación de servicios con personas naturales o jurídicas, sólo se podrán celebrar cuando no exista personal de planta con capacidad para realizar las actividades que se contratarán*”, es decir; cuando es imposible atender la actividad con personal de planta, porque de acuerdo con los manuales específicos, no existe personal que pueda desarrollar la actividad para la cual se requiere contratar la prestación del servicio, o cuando el desarrollo de la actividad requiere un grado de especialización que implica la contratación del servicio, o cuando aun existiendo personal en la planta, éste no sea suficiente. En este último evento, la inexistencia de personal suficiente deberá acreditarse por el ordenador del gasto, de manera comparativa frente a la relación de vacantes existentes.

El IDSN, ha desarrollado su actividad misional, estratégica y de apoyo, como se dijo, de conformidad con el artículo 3° del Decreto 1737 y, teniendo en cuenta que aun existiendo personal en la planta, éste no ha sido suficiente, por cuya razón se ha contratado el personal profesional y técnico necesario, así:

Acumulado de Gastos Trimestral por la Contratación de Servicios Personales Indirectos 2016

Cuadro No 54

CONCEPTO	2r. TRIMESTRE 2016	3° TRIMESTRE 2016	4r. TRIMESTRE DE 2016
PERSONAL INDIRECTO	\$ 120.956.584,00	\$ 413.022.436,00	\$ 477.625.525.00

Fuente: Información suministrada Oficina Jurídica

Basada en la información anterior, se evidencia la variación y el incremento de la contratación indirecta se realiza trimestralmente, esto se debe a que durante el 1° trimestre de 2016, la contratación por este concepto no se efectuó en toda su dimensión conforme a la necesidad, por cuanto al terminar los contratos de 2015, por la programación, la nueva contratación tan solo se pudo realizar a partir del segundo y tercer trimestre de 2016, para llevar a cabo las actividades que desarrolla el IDSN.

Para el periodo evaluado, se evidencia que la vinculación mediante contratos de Prestación de Servicios Personales fue debidamente sustentada de acuerdo a los parámetros del Art. 5 del Decreto 1737 de 1.998, que para el caso de la administración del personal y contratación de servicios personales establece que: “*...los contratos de prestación de servicios con personas naturales y jurídicas, solo se podrán celebrar cuando no exista personal de planta con capacidad para realizar las actividades que se contratan*”.

2. Adquisición de Bienes Muebles

Este concepto involucra la compra de bienes muebles tangibles e intangibles duraderos y de consumo, destinados a apoyar logísticamente el desarrollo de las funciones del IDSN, así como la prestación de un servicio que complemente el desarrollo de las funciones de la Entidad, permitiendo mantener y proteger los bienes que son de su propiedad o están a su cargo.

Comparativo: Adquisición Trimestral de Bienes Muebles 2016

Cuadro No 55

CONCEPTO	2r. TRIMESTRE DE 2016	3° TRIMESTRE DE 2016	4° TRIMESTRE DE 2016
ADQUISICION DE BIENES	\$282.867.782	0	\$ 105.654.303

Fuente: Información suministrada oficina de Almacén

Como podemos observar el IDSN para el segundo trimestre realizó compras por valor de \$282.867.782, para el tercer trimestre no se adquirieron bienes muebles y para el cuarto trimestre el Almacén reporta compras por este concepto equivalente a \$105.654.303.

3. Viáticos y gastos de viaje

Viático: Son Aquellos recursos monetarios que se asignan a las personas que requieren llevar a cabo un viaje o traslado a un punto diferente del lugar donde habitualmente trabajan para cumplir una función oficial, recursos que se destinan a la atención de gastos de viaje, hospedaje, alimentación y otros gastos menores que los entes públicos reconocen a sus servidores con el fin de cumplir con las obligaciones de su cargo.

VIÁTICOS Y GASTOS DE VIAJE TRIMESTRALES

Cuadro No 56

CONCEPTO	2r. TRIMESTRE 2016	3° TRIMESTRE DE 2016	4r. TRIMESTRE DE 2016	Variación
VIATICOS Y GASTOS DE VIAJE	\$125.127.429	\$162.600.296	\$126.135.553	\$36.464.743

Fuente: Información reportada por Secretaria General

Como podemos evidenciar, se reportó por parte de la Subdirección de Salud Pública una disminución relevante en cuanto al gasto por concepto de Viáticos y Gastos de Viaje que tienen lugar en esa dependencia por el orden de \$ 36.464.743, por trimestre, para una proyección para el

resto año de 2016, de Setenta y tres millones de pesos (\$ 73.000.000) ahorrados.

4. Gastos en Servicios Publicas **Servicio de energía eléctrica**

Entendemos por Servicios Públicos, las actividades y/o servicios que entidades u organismos públicos y privados con personalidad jurídica, que fueron creados por Constitución o por ley para dar satisfacción en forma regular y continua a cierta categoría de necesidades de interés general, bien en forma directa o mediante concesionario o a través de cualquier otro medio legal, con sujeción a un régimen de Derecho Público o Privado, según corresponda.

Consumo Energía Eléctrica (trimestre)

Cuadro No 57

CONCEPTO	2r. TRIMESTRE 2016	3° TRIMESTRE 2016	4r TRIMESTRE DE 2016
ENERGIA	\$30.491.743	\$ 31.222.520	\$35.325.010

Fuente: Información reportada por Apoyo Logístico IDSN

Se puede determinar en el cuadro anterior que se presenta un incremento en el total de gastos de de las cuatro sedes del IDSN (Pasto Centro, Laboratorio, Pilcuán y Tumaco), esto se debe a que, una vez revisada la facturación, se observa que este incremento se origina principalmente por el aumento en los componentes del costo de prestación del servicio relacionado directamente el valor de las tarifas realizado por parte del prestador de energía eléctrica en el departamento de Nariño.

Servicio de Acueducto y Alcantarillado (trimestre)

Cuadro No 58

CONCEPTO	2r. TRIMESTRE 2016	3° TRIMESTRE 2016	4r. TRIMESTRE 2016
AGUA	\$3.291.980	\$ 3.500.320,00	\$ 3.466.360,00
TOTAL	\$3.291.980	\$ 3.500.320,00	\$3.466.360,00

Fuente: Información reportada por Apoyo Logístico IDSN

Se puede evidenciar que en análisis que en cuanto el segundo trimestre y el tercer trimestre incremento el costo de acueducto y alcantarillado, pero para el tercer trimestre ya hubo una disminución, esto obedece a la aplicación de las políticas de seguimiento y de ahorro implementados por la Dirección y el desarrollo de políticas de austeridad y eficiencia en el gasto público, con respecto al consumo de este servicio.

Servicio de Telefonía Celular

A continuación se presenta un cuadro comparativo de los consumos de telefonía celular por cada uno de los números asignados y autorizados por el IDSN durante el tercer trimestre del 2016.

Consumo Telefonía Celular (trimestre)

Cuadro No 59

LINEAS TELEFONICAS	2r. TRIMESTRE 2016	3° TRIMESTRE 2016	4r. TRIMESTRE 2016	VARIACION	%
3182404557-3185720135	\$ 1,029,150.00	\$ 1,026,200.00	\$ 1,085,094.00	\$ 58,894.00	5.74
SIETE (7) LINEAS TIGO (MOVISTAR)	\$ 2,215,319.00	\$ 1,571,500.00	0.00	-1,571,500.00	-100
CELULAR PLANTA 3164822435	\$ 515,265.00	\$ 513,100.00	\$ 542,547.00	\$ 29,447.00	5.43
3165239093 - 316295328	\$ 1,184,649.00	\$ 1,191,840.00	\$ 1,264,812.00	\$ 72,972.00	5.77
TOTAL	\$ 4,944,383.00	\$ 4,302,640.00	\$ 2,892,453.00	-\$ 1,410,187.00	-(32.77)

Fuente: Información reportada por Apoyo Logístico IDSN

Como podemos evidenciar en el cuadro anterior, hubo una disminución relevante en cuanto al gasto por consumo del servicio telefonía móvil celular de siete (7) líneas telefónicas celulares asignadas al nivel directivo, gasto que pasó de \$ **2,215,319** por el Primer (1°) Trimestre de 2016, a **Cero (0) pesos (\$)** por la facturación del Tercer (3r.) Trimestre de 2016, esto se debe a que el Director del IDSN ordenó que se eliminen las líneas adscritas a los Directivos del IDSN, como un ejercicio de las políticas de austeridad en el gasto las que deberán seguirse durante su administración.

Servicio de Telefonía Fija

Consumo Servicio de Telefonía Fija (trimestre)

Cuadro No 60

LINEAS TELEFONICAS	3 TRIMESTRE DE 2016	4 TRIMESTRE DE 2016	VARIACION	%
4 LINEAS: Nos. 7232258 – 7232259 - 7232260 – 7235314.	\$ 490.181,00	\$ 542.284	52.103	11%
21 LINEAS SEDE BOMBONA, LABORATORIO Y ETV TUMACO	\$ 3.138.740,00	\$ 3.197.393	58.653	1,86%
TELEFONIA FIJA LARGA DISTANCIA SEDES BOMBOBA, LABORATORIO Y ETV TUMACO	\$ 2.456.690,00	\$ 2.442.496	-14.194	-0.50%
LINEA GRATUITA	\$ 71.194,00	52.985	(\$ 18.209),	(25,57%)
TOTAL	\$ 6.156.805,00	\$ 6.235.158,00	78.353	1.27%

Fuente: Información reportada por Apoyo Logístico IDSN

Servicio de Internet

a continuación se presenta un cuadro comparativo de los consumos de internet y canal dedicado asignados y autorizados por el IDSN durante el segundo y tercer trimestre del 2016.

Consumo Servicio de Internet (trimestre)

Cuadro No 60

INTERNET Y CANAL DEDICADO	2r. TRIMESTRE 2016	3r° TRIMESTRE 2016	4r. TRIMESTRE 2016
CANAL DEDICADO	\$ 1,463,582.00	\$ 80.779,00	\$ 77.725,00
BOMBONA LABORATORIO Y ETV TUMACO	\$ 22,392,643.00	\$ 17.098.431,00	\$ 16.794.967,00
TOTAL	\$ 23,856,225.00	\$ 17.179.210,00	\$16.872.692,00

Fuente: Información reportada por Apoyo Logístico IDSN

Teniendo en cuenta la información consolidada en el cuadro N° 8, podemos decir que el servicio de Internet y Canal Dedicado, presenta una reducción del gasto considerable durante los dos (2) últimos trimestres en relación con el comportamiento del primer trimestre equivalente a un 29 %, que en números absolutos asciende a una reducción del gasto de \$ 6.983.533, esta disminución considerable en cuanto a los tres trimestres obedece a la aplicación de las políticas de austeridad en el gasto implementadas por la Dirección.

Otros servicios contratados

Otros Servicios Contratados

Vigencia 2016

Cuadro No 61

Adquisición de Servicios	Periodo 2016	Incremento	Total
Servicio de Fotocopias, Anillado, Argollado (Sede Bomboná)	\$ 1,329,006	\$ 6.823.800	\$8.152.806
Servicio de Aseo y Cafetería (Sede Bomboná)	\$ 139,540,079	\$ 20.327.297	\$159.867.376
Vigilancia y Seguridad Privada (Sede Bomboná)	\$ 120,758,753	-0-	\$120.758.753
Pólizas de Seguros Sede (Sede Bomboná IDSN)	\$ 27,045,312	-0-	\$27.045.312
Combustible, lubricantes y aditivos	\$ 21,300,000	-0-	\$21.300.000
Correspondencia	\$ 10,000,000	-0-	\$10.000.000
Transporte de Mercancía	\$ 19,750,000	-0-	\$19.750.000
Total	\$ 339,723,150	27.151.097	\$ 366.874.247

Fuente: Información reportada por Apoyo Logístico IDSN

**INFORME**

CÓDIGO: F-PGED05-10

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Los Otros Servicios contratados para la vigencia 2016, arrojan un valor total de **\$336.874.247**, estos valores corresponden a los servicios contratados por el IDSN durante el primer trimestre de 2016 ya que se contratan para todo el año, en el tercer trimestre fue necesario adicionar los contratos de:

Servicios relacionados con Fotocopias:	\$ 6.823.800
Aseo y Cafetería:	\$ 20.327.297

Informe de Caja Menor

La Oficina de Control Interno en cumplimiento de su función de evaluar, verificar y efectuar el seguimiento establecido en la Ley 87 de 1993, la reglamentación y el MECI 2014, teniendo en cuenta que en el ejercicio de las funciones del IDSN se presentan necesidades imprevistas, inaplazables e imprescindibles se hace necesario, crear mecanismos ágiles y oportunos que respondan a esas necesidades concretas, tales como el uso y manejo de recursos a través de Tres (3) CAJAS MENORES aperturadas por el IDSN que corresponde a i) Funcionamiento ii) Salud Pública y III) ETV Tumaco; se ha establecido en el Plan de Trabajo de la Oficina de Control Interno la elaboración del informes a fin de verificar el arqueo de cada Caja Menor constituida en el Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN). Para este efecto, cabe mencionar que la constitución y adecuado uso de las CAJAS MENORES, apunta al cumplimiento de las metas institucionales con miras a no paralizar las acciones de la Entidad, teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, en cumplimiento de la normatividad legal y, especialmente, teniendo en cuenta el pronunciamiento de la Contaduría General de la Nación mediante Concepto No. 4225 del 28 de julio de 1.997, que establece “Cada Entidad tiene competencia para establecer los procedimientos para el manejo de las Cajas Menores (...)”.

Los Arqueo de Caja Menor: Son aquellas verificaciones sorpresivas o no realizadas por funcionarios designados por la administración, diferente de quienes manejan la caja menor, con el fin de garantizar que las operaciones estén debidamente sustentadas, que los registros sean oportunos y adecuados y que los saldos correspondan; constatando los recursos asignados a las cajas menores, realizando el conteo físico, el control y seguimiento a cada uno de los rubros presupuestales autorizados en las respectivas comunicaciones de apertura, independientemente de la verificación por parte de la Oficina de Control Interno.

Objetivo

Verificar y efectuar seguimiento al cumplimiento de la normatividad vigente relacionada con la gestión de la Caja Menor, así como los procedimientos y controles establecidos para el funcionamiento, manejo, ejecución y control de los recursos de la Caja Menor del Instituto Departamental de Salud Nariño - IDSN, con el fin de verificar la oportunidad de realización de los arqueos de Caja y su efectividad.

Alcance

Verificar y efectuar seguimiento a los reportes de Arqueos de Caja Menor realizados durante el cuarto trimestre de 2.016, en el Instituto Departamental de Salud de Nariño –IDSN, tomando como base la información reportada, el registro de los movimientos de la Caja de Gastos Generales. Para este efecto, se verificó el reporte del arqueo con corte diciembre 28 de 2016, según Acta de Arqueo de Caja Menor realizado por la Secretaria General por la Profesional Universitario de la Oficina de Contabilidad.

Metodología

La Oficina de Control Interno del Instituto Departamental de Salud de Nariño –IDSN, realizó la verificación y seguimiento, del manejo de la Caja Menor, de acuerdo a las normas de Auditoria Generalmente Aceptadas, para lo cual se tomó como documentos fuente los formatos de Arqueo de Caja Menor correspondiente al cuarto trimestre 2.016, los cuales permitieron establecer el cumplimiento de las normas y procedimientos en el manejo de los recursos a través de la Caja Menor, así mismo, la verificación del diligenciamiento del formato establecido por la Entidad para la realización de Arqueo de Caja Menor.

Marco Legal

El seguimiento y evaluación se realizó sobre el cumplimiento de la norma relacionada con el manejo y control de los recursos asignados a caja menor del Instituto Departamental de Salud de Nariño –IDSN:

- ✓ Constitución Política de Colombia de 1991 (Art.122, 209 y 269), que determina la obligación de diseñar y aplicar métodos y procedimientos de Control Interno.
- ✓ Ley 87 de 1993 y Decreto 1474 de 2011, Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del estado.
- ✓ Decreto 2768 del 28 de diciembre de 2012. Por el cual se regula la constitución y funcionamiento de las Cajas Menores.
- ✓ Resolución No. 027 del 14 de enero de 2.016 por la cual se constituye y se reglamenta el Funcionamiento de las Cajas Menores para el IDSN para la vigencia 2016.
- ✓ Resolución No 026 del 14 de enero de 2016 por la cual se constituye y se reglamenta el funcionamiento de Cajas Menores para el ETV Tumaco.
- ✓ Resolución No. 597 del 29 de febrero de 2.016, por la cual se modifica las cajas menores para el IDSN, vigencia 2.016.

Generalidades

Mediante Resolución No. 027 del 14 de enero de 2.016 se constituyó las Cajas menores del IDSN para la Oficina de Secretaria General y Subdirección de Salud Pública y mediante la Resolución N°026 de enero 14 de 2016, la sede ETV Tumaco. Los recursos de estas cajas menores se destinan para sufragar gastos que tengan carácter de urgente e imprevisible, para la oportuna prestación de los servicios y funcionamiento a cargo del Instituto Departamental de Salud de Nariño, sede Administrativa para la vigencia 2016.

Para el manejo y control adecuado de las Cajas Menores constituidas en cada vigencia en el IDSN, el Sistema de Gestión de la Calidad tiene documentado el Instructivo de Constitución, Manejo y Arqueo de Caja Menor, Código: P-GRSG03, Versión: 01 de fecha 16 de Agosto de 2013, así mismo el formato de Arqueo de Caja Menor Código F-PGRSG03-03, Versión 01 de fecha 16 de Agosto de 2.013.

Los montos y rubros establecidos para las Cajas Menores que se constituyeron mediante Resolución No. 027 del 14 de enero de 2.016 en el IDSN y Resolución N° 026 de enero de 2016 se relacionan a continuación:

RESOLUCION No.027 DEL 14 ENERO 2.016		
CAJA MENOR SECRETARIA GENERAL		
VIGENCIA 2.016		
CODIGO	RUBRO	VALOR
21112	Otros Gastos Adquisicion de bienes Sede IDSN	3 SMMLV
211231	Otros Gastos Adquisicion de servicios Sede IDSN	3 SMMLV
CAJA MENOR SUBSECRETARIA SALUD PUBLICA		
VIGENCIA 2.016		
CODIGO	RUBRO	VALOR
241106202	Transpore 60%	6 SMMLV
241106204	Materiales y Equipos 20%	2 SMMLV
241102205	Servicios Contratados 20%	2 SMMLV

Mediante Resolución No. 597 del 29 de febrero de 2.016, se modifica la Resolución No. 027 en lo referente al responsable del manejo de la Caja menor de la Secretaria General y los rubros de gastos que se imputan a la Caja Menor de la Subdirección de Salud Pública y de ETV (Tumaco) quedando así:



INFORME

CÓDIGO: F-PGED05-10

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página 66 de 82

- ✓ Los recursos de la Caja Menor de la Salud Pública serán administrados por la Subsecretaria de Salud Pública.
- ✓ Los recursos de la Caja Menor de la Secretaria General serán administrados por el Auxiliar Administrativo de la Oficina de Tesorería.
- ✓ Los recursos de Caja Menor del Programa ETV (Tumaco) estarán a cargo del Profesional Especializado.

Los gastos que se efectúen mediante la Caja Menor de Salud Pública se imputará a los siguientes rubros, con el fin de usar los recursos de balance:

CAJA MENOR SUBSECRETARIA SALUD PUBLICA		
VIGENCIA 2.016		
CODIGO	RUBRO	VALOR
24225106102	Transporte SGP - SP - RC	6 SMMLV
24225106103	Materiales y Equipos SGP - SP - RC	2 SMMLV
24225106104	Servicios Contratados 20%	2 SMMLV

Los recursos de Caja Menor se manejan en las cuentas de ahorro:

- ✓ Banco de Occidente No. 039-92805-6 para Secretaria General
- ✓ Banco de Bogotá No. 466-41610-4 para la Subdirección de Salud Pública.
- ✓ Banco de Bogotá No 894261151-91 para la ETV Tumaco.

La Oficina de Control Interno de Gestión en cumplimiento a lo estipulado en la Ley 87 de 1.993, Art. 2 Literales a), b), d) y f), Art. 12 Literales e) y g) y de conformidad con el Plan Anual de Auditorias, independientemente realiza la evaluación y seguimiento a la oportunidad de los arquezos de Caja Menor, que permitan verificar el adecuado manejo y control de los recursos asignados a las cajas menores constituidas en el IDSN.

En desarrollo de esta evaluación se realiza arquezos sorpresivos, con el fin de garantizar que las operaciones estén debidamente sustentadas, que los registros sean oportunos y adecuados y los saldos correspondan, tal como lo establece el Art. 12 del Decreto 2768 de diciembre de 2.012.

Por otra parte se evalúa el cumplimiento a las normas y procedimientos relacionados con el manejo, ejecución y control de los recursos de la caja menor, velando por la adecuada administración e identificación de posibles riesgos que puedan afectar, formulando correctivos que sea necesarios.

Así mismo se verifica el cumplimiento a lo ordenado en el Art. 17 del Decreto 2768 del 28 de diciembre de 2.012 del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, que estipula: *“Los responsables de las cajas menores deberán adoptar los controles internos que garanticen el adecuado uso y*

manejo de los recursos, independientemente de las evaluaciones y verificaciones que compete adelantar a las Oficinas de Auditoría o Control Interno”.

Resultado de la evaluación y seguimiento

La verificación y seguimiento a la oportunidad en los arqueos de cada Caja Menor, inicia con la solicitud de la información requerida para este proceso a los responsables del manejo y control de los recursos de caja menor de las Oficinas de Secretaria General y Subdirección de Salud Pública, y ETV Tumaco, evidenciando las siguientes novedades:

- ✓ Durante el trimestre octubre a diciembre de 2.016, se registra que se ha efectuado un arqueo tanto a la Oficina de Tesorería como en la Subdirección de Salud Pública y, el arqueo de ETV Tumaco fue reportado vía Correo Electrónico por la PU Universitario responsable, reportando las siguientes observaciones:
- ✓ Mes de noviembre 22 último Arqueo de Caja Menor con la siguiente información
- ✓ ***Oficina de Tesorería:***
 - ✓ No Registra ni sobrante ni faltante
 - ✓ Se maneja cajilla de seguridad con llave
 - ✓ Se da cumplimiento a lo establecido en las Resoluciones N° 026, 027 y 597 de 2.016 y demás normas legales vigentes.
- ✓ ***Subdirección de Salud Pública:***
 - ✓ No Registra ni sobrante ni faltante
 - ✓ Se maneja cajilla de seguridad con llave
 - ✓ Se da cumplimiento a lo establecido en las Resoluciones No. 026, 027 y 591 de 2.016 y demás normas legales vigentes.
- ✓ ***ETV Tumaco:***
 - ✓ No Registra ni sobrante ni faltante
 - ✓ El efectivo se maneja en escritorio con doble llave
 - ✓ Da cumplimiento a lo establecido en la Resoluciones No. 026, 027 y 591 de 2.016 y demás normas legales vigentes.
- ✓ Mes de diciembre
- ✓ El día 12 de diciembre de 2016 la Oficina de Control Interno de Gestión realiza el cierre establecido a la resolución No 3164 en cuanto a Legalización de Cajas Menores correspondiente al No 2016000233.
- ✓ De acuerdo a la legalización las tres cajas menores quedaron totalmente legalizadas y su saldo en ceros.

Se da cumplimiento a la utilización de los Formatos establecidos por el Sistema de Gestión de Calidad respecto a:

- ✓ Instructivo de las Cajas Menores. Código: P-GRSG03; Versión: 04 fecha : 16 Agosto 2013
- ✓ Acta de Arqueo de Caja Menor. Código: F-PGRSG03-03; Versión: 01 Fecha: 16 Agosto 2.013
- ✓ Solicitud de gasto por Caja Menor. Código: F-PGRSG03-01; Versión: 01 fecha: 16 Agosto 2.013.
- ✓ Los arqueos realizados por la Profesional Universitaria de la Oficina de Contabilidad de Secretaria General y verificados por la Oficina de Control Interno de Gestion, se encuentran registrados en el Formato de Arqueo de Caja Menor.
- ✓ Se evidenció que se está cumpliendo con el Numeral 11 del Proceso de Constitución, Manejo y Arqueo de Caja Menor del IDSN, ya que se realizan con periodicidad.
- ✓ Las solicitudes de gasto para ser atendidos con recursos de la Caja Menor de la Secretaria General y Subdirección de Salud Pública al igual que la de la ETV Tumaco, se encuentran debidamente autorizadas por los funcionarios responsables de la Administración de estos recursos, tal como lo establece la Resolución 026 del 14 de enero de 2.016, Resolución 027 de enero 14 de 2016 y 597 del 29 de Febrero de 2.016.
- ✓ Con base en la verificación y seguimiento de la oportunidad de los arqueos de caja menor, la Oficina de Control Interno evidenció la pertinencia del control y la Efectividad de la gestión realizada.

Recomendaciones

- ✓ Continuar realizando con la debida periodicidad y/ sorpresivos los arqueos de caja, para evaluar el cumplimiento de los procesos frente al manejo, ejecución y control de los recursos asignados por el IDSN para sufragar gastos con recursos de caja menor.
- ✓ El Sistema de Gestión de Calidad tiene documentado el Proceso de Arqueos de Caja Menor, por lo tanto, se recomienda continuar utilizando los formatos establecidos para este proceso.
- ✓ Para la ETV Tumaco se recomienda la adquisición de una cajilla de seguridad para el manejo del efectivo.

INFORME FINANCIERO PRESUPUESTAL Y DE TESORERIA VIGENCIA 2016

En este informe se presenta el análisis sobre los ingresos y gastos, reserva presupuestal, Recursos de balance y cuentas por pagar a central, en el marco del compromiso del Gobierno de transparentar el uso de los recursos del Estado y proveer información económica – financiera oportuna, coherente y confiable. En el mismo, se examina la ejecución del gasto según los clasificadores funcional, económico, institucional, para permitir abordar el análisis de los resultados desde cada una de estas perspectivas.

Brindar información confiable, oportuna y comprensible sobre la gestión de los recursos públicos y el derecho de los ciudadanos al acceso a la misma, debe ser un propósito de toda administración pública, al igual que la promoción y aplicación de prácticas de transparencia en la gestión de los Recursos Públicos fortalezca la gobernabilidad, devuelva a la sociedad la confianza en sus instituciones y mejore la interacción entre los distintos niveles de gobierno.

Estos principios deber ser una práctica de transparencia y probidad arraigada en el centro del sistema institucional, que otorgue posibilidades de participación de la ciudadanía en la construcción, vigilancia y control de los procesos de planificación y ejecución de las actividades del sector gubernamental y, consecuentemente, garantizar el mejor uso de los recursos públicos para satisfacer necesidades colectivas.

Son las enunciadas, entre otras, las condiciones básicas para hacer efectiva la transparencia, el firme compromiso de las autoridades políticas, los funcionarios y agentes públicos en la adopción y el fiel cumplimiento de reglas de gerencia fiscal, la rendición de cuentas y la publicación de los actos sobre su gestión, que es finalmente los que se propone con el presente informe.

Ingresos vigencia 2016

Cuadro No 61

DESCRIPCION	PRESUPUESTO INICIAL	MODIFICACIONES	TOTAL PRESUPUESTO	RECAUDOS ANTERIORES	RECAUDOS DEL MES	RECAUDOS ACUMULADOS	POR RECAUDAR	% REC
FONDO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO - INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD	95,620,640,527	55,420,319,660	151,040,960,187	139,557,929,497	14,624,732,582	154,182,662,079	-3,141,701,892	102.08

En este componente de ingresos, según el Jefe de Presupuesto del IDSN, la ejecución corresponde al 102.8%, es decir, se obtuvo un mayor recaudo respecto al valor apropiado definitivo en un monto mayor de \$3.141 millones, es decir, que de \$151.040 millones programados, se recaudaron \$154.182 millones. Pese a que fue necesario efectuar ajuste presupuestal disminuyendo algunas partidas presupuestales que no fue posible su recaudo.

Las transferencias nacionales se cumplieron en un 100%, en lo que respecta al SGP y programas nacionales (ETV) y obteniendo mayores recaudos a los programados en el Plan Financiero Departamental en lo referente a ingresos corrientes por fuentes propias, especialmente en la renta de licores y cerveza (Ley 1393, Rentas Cedidas, Impuesto al Consumo de Licores, Rifas Juegos y Espectáculos, Multas, etc.)

Gastos vigencia 2016

El componente de gastos presenta una condición particular, por cuanto, si tomamos el monto total apropiado incluido la Reserva Presupuestal, tenemos que de los \$151.040 millones programados, se ejecutaron en compromisos el 75.8%, es decir, \$114.514 millones, sin embargo, si descontamos las reservas presupuestales que ascienden a \$17.550 millones, el valor efectivamente ejecutado en compromisos asciende a \$99.865 millones, lo cual representa una porcentaje de ejecución equivalente al 74.81%.

Cabe indicar que al final de la vigencia se efectuó una adición de recursos, los cuales no fueron objeto de ejecución (especialmente lo que corresponde a transferencias de las rentas cedidas y transferencia de la Ley 1393 por concepto de régimen subsidiado), esto permitió obtener un monto mayor ejecutado en el ingreso, pero, no fue posible ejecutarlo en toda su extensión en el gasto público – social de la Salud, habida consideración de la oportunidad en que se desembolsan por el gobierno nacional los señalados recursos (casi a fines de año), los que no permite la contratación oportuna por razones de tiempo, constituyéndose en recursos de balance para ser ejecutados en la presente vigencia 2017.

Gastos por Componente

Cuadro No 62

COMPONENTE ETV-MALARIA TUMACO								
Presupuesto Definitivo	Total CDP	Registros	CDP Abiertos	Pagos Acumulados	Saldo Neto Disponible	Saldo por pagar a la fecha	% Compr.	% Pagos
4,832,389,488	3,092,657,541	3,092,657,541	0	2,920,691,110	1,739,731,947	171,966,431	64.00	94.44

Cuadro No 63

COMPONENTE PRESTACION DE SERVICIOS EN SALUD								
Presupuesto Definitivo	Total CDP	Registros	CDP Abiertos	Pagos Acumulados	Saldo Neto Disponible	Saldo por pagar a la fecha	% Compr.	% Pagos
91,102,768,189	70,318,707,580	70,318,707,580	0	43,633,084,874	20,784,060,609	26,685,622,706	77.19	62.05

Cuadro No 64

COMPONENTE SALUD PUBLICA								
Presupuesto Definitivo	Total CDP	Registros	CDP Abiertos	Pagos Acumulados	Saldo Neto Disponible	Saldo por pagar a la fecha	% Compr.	% Pagos
15,059,132,033	12,483,411,894	12,483,411,894	0	11,322,593,261	2,575,720,139	1,160,818,633	82.90	90.70

El componente de ETV se ejecutó en 64% respecto al valor programado, prestación de servicios se ejecutó en el 77.19% y salud pública en un 82.9%, respecto a los montos apropiados definitivos.

De igual manera cabe destacar que gracias a la adición de recursos en la vigencia 2016, se dispone de recursos de balance en la actual vigencia de 2017, lo cual permite apalancar varios proyectos que estaban desfinanciados, especialmente aquello cuya fuente principal de financiación son los recursos propios.

Cuadro No 65

SALDO EN BANCOS A 31 DE DICIEMBRE DE 2016	
Banco Occidente	\$ 44,330,761,171
Banco Bogotá	\$ 10,113,936,876
TOTAL SALDO	\$ 54,444,698,047
SALDO SIN IDENTIFICAR	\$ 2.818.681.050

Es recomendable que el Comité de Sostenibilidad Contable conozca el estado de los ingresos a los que se denomina **saldo sin identificar** por la suma de **\$ 2.818.681.050**, para que recomiende a la Dirección del IDSN la determinación final a seguir.

Ejecución de Presupuestal

Cuadro No 66

PRESUPUESTO DEFINITIVO CON RESERVA PRESUPUESTAL 2016								
Presupuesto Definitivo	Total CDP	Registros	CDP Abiertos	Pagos Acumulados	Saldo Neto Disponible	Saldo por pagar a la fecha	% Compr.	% Pagos
151,040,960,187	114,514,818,684	114,514,818,684	0	85,035,467,036	36,526,141,503	29,479,351,648	75.8	74.3

Cuadro No 67

PRESUPUESTO DEFINITIVO SIN RESERVA PRESUPUESTAL 2016								
Presupuesto Definitivo	Total CDP	Registros	CDP Abiertos	Pagos Acumulados	Saldo Neto Disponible	Saldo por pagar a la fecha	% Compr.	% Pagos
133,490,496,888	99,865,557,725	99,865,557,725	0	70,386,206,077	33,624,939,163	29,479,351,648	74.81	70.48

Nota: Los \$ 3.141.701.892, reportados como ingresos presupuestales en la vigencia 2016, se encuentran pendientes por recaudar.

Reserva Presupuestal

Son todos los compromisos de vigencias anteriores que quedaron pendientes de recepción y pago a 31 de diciembre de 2016, los cuales fenecerán de oficio si hasta el 31 de diciembre de 2017, no se han pagado.

Cuadro No 68

RESERVA PRESUPUESTAL 2015 A 2016								
Presupuesto Definitivo	Total CDP	Registros	CDP Abiertos	Pagos Acumulados	Saldo Neto Disponible	Saldo por pagar a la fecha	% Compr.	% Pagos
17,550,463,299	14,649,260,959	14,649,260,959	-	14,649,260,959	2,901,202,339	-	83.5	100.0

Cuadro No 69

RESERVA PRESUPUESTAL 2016 A 2017								
Presupuesto Definitivo	Total CDP	Registros	CDP Abiertos	Pagos Acumulados	Saldo Neto Disponible	Saldo por pagar a la fecha	% Compr.	% Pagos
29,088,100,682	-	-	-	-	-	-	-	-

Cuadro No 70

TOTAL RESERVA PRESUPUESTAL	RESERVA PRESUPUESTAL CON SITUACION DE FONDOS	RESERVA PRESUPUESTAL SIN SITUACION DE FONDOS
\$ 29,088,100,682	\$ 14,932,883,817	\$ 14,155,216,865

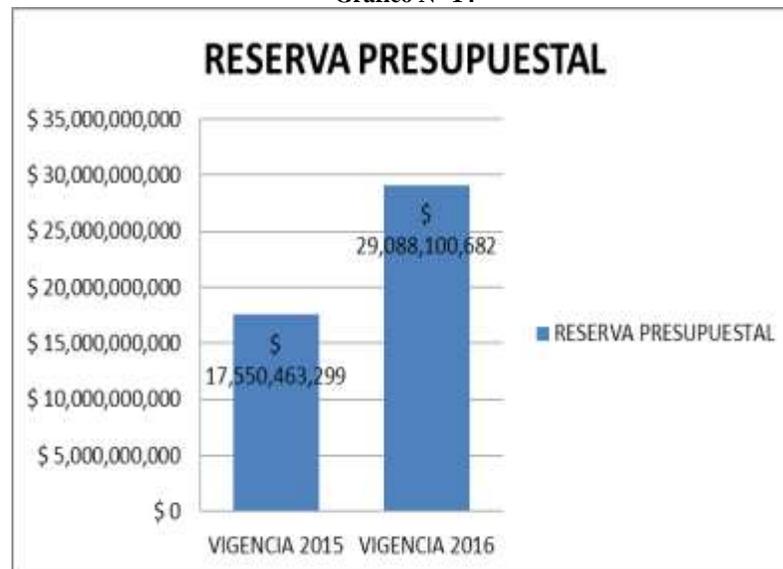
Cuadro comparativo Reserva Presupuestal 2015-2016

Cuadro No 71

CONCEPTO	VIGENCIA 2015	VIGENCIA 2016	DIFERENCIA	%
RESERVA PRESUPUESTAL	\$ 17,550,463,299	\$ 29,088,100,682	\$11,537,637,383.00	65%

COMPARATIVO RESERVA PRESUPUESTAL 2015-2016

Gráfico N° 14



Se realiza el comparativo de **Reserva Presupuestal** del IDSN entre 2015 y 2016 y, como podemos identificar, que hubo un incremento significativo entre una vigencia y otra por el orden de: \$ 11.537.637.383, que corresponde a un 65 %.

Recursos de Capital

Cuadro No 72

DESCRIPCION	VIGENCIA 2015	VIGENCIA 2016	DIFERENCIA	%
RECURSOS DE CAPITAL	\$ 48,290,825,740	\$ 39,669,043,487	-\$ 8,621,782,253	-\$ 17.85

COMPARATIVO RECURSOS DE CAPITAL 2015-2016 Gráfico N° 15



Cuentas por Pagar

Las Cuentas por Pagar se constituyen con las órdenes de pago que a 31 de diciembre de 2016, de los bienes recibidos y/o de los servicios prestados, que no hayan sido giradas por la tesorería y se encuentren en la misma dependencia.

Según la Resolución N° 3750 del 29 de diciembre de 2016 “POR MEDIO DEL CUAL SE CONSTITUYEN LAS CUENTAS POR PAGAR EN LA TESORIA AL CIERRE DE LA VIGENCIA 2016”, se obtiene la siguiente información:

Cuadro No 73

CUENTAS POR PAGAR CON AFECTACION PRESUPUESTAL 2016						
No	TERCERO	NIT	DV	RUBRO PRESUPUESTAL	COMP Y/O EGRESO	VALOR BRUTO
1	RAMA JUDICIAL	800.156.872	6	21165101	2016004933	\$ 425,000.00
2	HOSPITAL INFANTIL LOS ANGELES	891.200.240	2	222112103	201600472	\$ 183,095,917.00
				22442103	2016005472	\$ 200,000,000.00
				22442103	2016005472	\$ 6,150,076.00
3	HOSPITAL MARIO CORREA	890.399.047	8	222112203	2016005180	\$ 441,100.00
4	ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL SAN	891.180.026	5	222112203	2016005498	\$ 331,792.00
5	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EMIRO	890.501.438	1	222112203	2016000888	\$ 287,400.00
6	RED SALUD ARMENIA ESE	801.001.440	8	222112403	2016003193	\$ 53,639.00
7	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR	900.958.564	9	224423003	2016005181	\$ 420,841.00
8	HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL EMPRESA SOCIAL DEL	890.000.671	1	22442303	2016005511	\$ 45,200.00
TOTAL CUENTA POR PAGAR CON AFECTACION PRESUPUESTAL						\$ 391,250,965.00

Cuadro No 74

CUENTAS POR PAGAR SIN AFECTACION PRESUPUESTAL VIGENCIA 2016
\$ 57,696,763.00

Cuadro No 75

TOTAL CUENTAS POR PAGAR VIGENCIA 2016
\$ 448,947,728.00

Según resolución N° 4621 del 31 de diciembre de 2015 “POR MEDIO DEL CUAL SE CONSTITUYEN LAS CUENTAS POR PAGAR EN LA TESORÍA AL CIERRE DE LA VIGENCIA 2015” se obtiene la siguiente información:

Cuadro No 76

TOTAL CUENTAS POR PAGAR VIGENCIA 2015
\$ 1,438,841,377.00

COMPARTATIVO CUENTAS POR PAGAR VIGENCIA 2015 -2016

Cuadro No 77

CONCEPTO	VIGENCIA 2015	VIGENCIA 2016	DIFERENCIA	%
CUENTAS POR PAGAR	\$ 1,438,841,377	\$ 448,947,728	-\$ 989,893,649	-69

COMPARATIVO CUENTAS POR PAGAR VIGENCIA 2015 -2016

Gráfico N° 16



Al efectuar el comparativo de **Cuentas por Pagar** del IDSN entre las vigencias 2015 y 2016 y, se puede apreciar que hubo una disminución por este concepto del orden de \$ 989.893.649, equivalente a un Sesenta y nueve por ciento (69 %), se destaca el esfuerzo de la Tesorería del IDSN para obtener este logro, pues, en vigencias anteriores el monto de cuentas por pagar fue muy superior al reportado para esta vigencia.

3. EJE TRANSVERSAL INFORMACION Y COMUNICACIÓN

Este eje es transversal a los Módulos de Control del Modelo, dado que en la práctica las organizaciones y entidades lo utilizan durante toda la ejecución del ciclo PHVA; de tal manera, que complementa y hace parte fortalecimiento de los Módulos en su integridad. La Información y Comunicación tiene una dimensión estratégica fundamental por cuanto vincula a la entidad con su entorno y facilita la ejecución de sus operaciones internas, dándole al usuario una participación directa en el logro de los objetivos. Es un factor determinante, siempre y cuando se involucre a todos los niveles y procesos de la organización. (MECI)

Información y comunicación interna y externa

La Información y Comunicación Externa hace referencia a todos los datos que provienen o son generados por el cliente y/o usuario externo. La Información y Comunicación Interna es el conjunto de datos que se originan del ejercicio de la función de la entidad y se difunden en su interior, para una clara identificación de los objetivos, las estrategias, los planes, los programas, los proyectos y la gestión de operaciones hacia los cuales se enfoca el accionar de la entidad. (MECI)

Se establece la conveniencia de mejorar los procesos de identificación de las fuentes de información externa y de establecer mecanismos para identificar la información externa. (Satisfactoria - *Encuesta*)

La Rendición de Cuentas se califica como Satisfactoria en la *Encuesta* y podría mejorar con la intervención (formada e informada) de los distintos grupos de interés: veedurías y ciudadanía, comunidad organizada, sociedad civil organizada, etc.

Es susceptible de mejorar la Política de Comunicaciones del IDSN y establecer mecanismos de comunicación con los usuarios internos y externos más directos y frecuentes. Se han presentado contratiempos entre la correspondencia recibida y la respuesta que se genera al usuario.

Esta actividad fue evaluada como *Satisfactoria* y se puede mejorar si El IDSN se ocupa más ampliamente de formar e informar a las comunidades organizadas de su jurisdicción territorial, en el conocimiento de los mecanismos de participación ciudadana desde lo público, para la construcción del destino colectivo de la salud en el departamento de Nariño.



INFORME

CÓDIGO: F-PGED05-10

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página 77 de 82

Se debe mejorar las políticas de información contribuyen al fortalecimiento de la imagen institucional, aun cuando las establecidas son *Satisfactoria*.

Los servidores de algunas dependencias reclaman mejorar la capacitación recibida sobre mecanismos de participación ciudadana y estrategias para informar a la ciudadanía sobre la gestión del IDSN. (*Satisfactoria*).

Las escasas veedurías ciudadanas muy poco utilizan los mecanismos de comunicación establecidos por la IDSN para acceder en forma oportuna a la información sobre el objeto de control social. (*Satisfactoria*)

En muy poco o nada se evidencia que los gobiernos municipales y los prestadores locales permitan o generen espacios para la participación de la comunidad en asuntos relacionados con la salud. (*Satisfactoria*)

Las Veedurías ciudadanas localizadas en la jurisdicción del IDSN requieren de adecuados instrumentos de información y de formación para coadyuvar con el IDSN en el mejoramiento de las condiciones de la salud der la población del Departamento de Nariño. (*Satisfactoria*)

El IDSN cuenta con canales de información y comunicación escrita, virtual, presencial y telefónica. Igualmente, el IDSN cuenta con un Plan de Medios que le permite acceder a los medios de comunicación locales, regionales y nacionales tales como prensa, radio, televisión y redes sociales.

El principal canal de información y comunicación del IDSN es la Página WEB www.idsn.gov.co/, la cual cuenta con numerosos links:

“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.”

Seguimiento a la Matriz de Comunicaciones del IDSN para 2016:

MATRIZ DE COMUNICACIONES DEL IDSN

Cuadro No 78

Nº	MECANISMO	RESPONSABLE(S)	FRECUENCIA	SEGUIMIENTO	OBSERVACIONES
1.	Oficios	Dirección, Subdirector, Jefe de Oficina, Funcionarios y Contratistas.	Cada vez que se requiera.	<i>Se realiza seguimiento aleatorio.</i>	<i>Se realiza seguimiento aleatorio.</i>
2.	Nota interna	Dirección, Subdirector, Jefe de Oficina, Funcionarios y Contratistas.	Cada vez que se requiera.	<i>Se realiza seguimiento aleatorio.</i>	<i>Se realiza seguimiento aleatorio.</i>
3.	Circulares Internas	Dirección.	Cada vez que se requiera.	<i>Se realiza seguimiento aleatorio.</i>	<i>Se realiza seguimiento aleatorio.</i>
4.	Alto Parlantes	Dirección, Subdirector, Jefe de Oficina y funcionarios del instituto.	Cada vez que se requiera.	<i>Se evidencia que se encuentran dañados los micrófonos, se solicita mantenimiento pero hasta la fecha no se ha realizado.</i>	<i>Solicitar a las personas encargadas de mantenimiento para su revisión y arreglo.</i>
5.	Boletín Institucional	Oficina de planeación, IEC.	Bimensual.	<i>Se realiza seguimiento aleatorio.</i>	<i>Se realiza seguimiento aleatorio.</i>
6.	Carteleros: Caldoso y carteleros en las diferentes sedes y dependencias	Subdirecciones y Jefaturas, IEC, Gestión de calidad	Cada vez que se requiera.	<i>Pendiente</i>	<i>Pendiente</i>
7.	Intranet	Secretaría General (área de sistemas).	Permanente.	<i>Se realiza seguimiento aleatorio.</i>	<i>Se realiza seguimiento aleatorio.</i>
8.	Página web	Secretaría General (área de sistemas).	Permanente.	<i>Se realiza seguimiento aleatorio</i>	<i>Se realiza seguimiento aleatorio</i>
9.	Resoluciones	Dirección.	Cada vez que se requiera	<i>Se realiza seguimiento aleatorio</i>	<i>Se realiza seguimiento aleatorio</i>
10.	Informes de resultados	Responsable del proceso Gestión del Laboratorio	Permanente. (Entregar oficialmente el informe de resultados de los análisis solicitados por los clientes)	<i>Pendiente</i>	<i>Pendiente</i>
11.	Grupos primarios	Responsables de procesos	Mensual	<i>Se evidencia 19 Actas</i>	<i>Verificado</i>
12.	Comité LSP	Responsable del proceso Gestión del Laboratorio	Cada vez que se requiera (tomar decisiones y definir estrategias para garantizar el cumplimiento de la norma NTC ISO/IEC 17025.)	<i>Pendiente</i>	<i>Pendiente</i>
13.	Comité Técnico	Dirección, Subdirectores y Jefes de Oficina	Cada vez que se requiera	<i>Se evidencian 2 actas</i>	<i>Verificado</i>
14.	Comité de calidad-MECI	Dirección, Subdirectores y jefes de Oficina	Cada vez que se requiera	<i>Se evidencian 4 actas</i>	<i>Verificado</i>
15.	Comité de vigilancia y Control	Dirección, Subdirección de Calidad y Aseguramiento, subdirección de Salud Pública, Jefe Oficina Asesora de planeación y profesionales encargados del proceso.	Cada vez que se requiera	<i>Se encuentra en incapacidad</i>	<i>Se encuentra en incapacidad</i>

16.	Comité de compras	Secretario General, Jefe oficina Asesora de planeación, jefe oficina Asesora jurídica, jefe oficina control interno de gestión, Profesional Especializado oficina jurídica y Profesional de apoyo logístico.	Según citación	Se evidencia 8 actas	Según información debe de realizarse dos actas por mes. Deben de haber 16 actas.
17.	Comité de conciliaciones	Secretario General, Jefe oficina Asesora de planeación, jefe oficina Asesora jurídica, jefe oficina control interno de gestión. Profesional de apoyo logístico.	2 veces al mes	Se evidencian 14 actas	verificado
18.	Comité gerencial de Salud Publica	Subdirectora de P y P y Coordinadores de programas	Cada dos meses	Pendiente	pendiente
19.	Comité jurídico	Equipo Jurídico de la Entidad	Mensual.	Se evidencian 6 actas	Deben de haber 9 actas según frecuencia, falta 3 actas.
20.	Comité de atención PPV	Subdirector de Calidad y Aseguramiento.	De acuerdo a la prioridad.	Se evidencian 7 actas	Verificados
21.	Comité COPAST	Profesional Universitario Talento Humano	Semanal	Se encuentra en incapacidad por	No se presentan actas
22.	Comité de vigilancia epidemiológica (COVE)	Subdirector de Salud Pública, Jefes de Oficina, Profesional de Epidemiología	Mensual y Extraordinarias según casos	Se evidencia 9 actas	verificado
23.	Comité técnico de sostenibilidad contable	Secretario General y Profesional universitario del área contable	Cuando se requiera	Se evidencian 2 actas	Verificado
24.	Comité Operativo de Emergencia (COE)	Profesional especializado CRUE	Mensual y extraordinarias según la presencia de eventos.	Pendiente se encuentra en capacitación	Pendiente se encuentra en capacitación
25.	Comité coordinador de control interno	Jefes de Oficina Asesora de Control Interno	Cuatrimstral	Se evidencia 2 actas	Verificado
26.	Comité de control interno contable	Secretario general, Profesionales de presupuesto, Contabilidad	Cada vez que se requiera.	Pendiente se encuentran en reunión	No se presenta actas
27.	Comité de bajas	Secretario General, Profesional de apoyo logístico	Cada vez que se requiera.	Se evidencia 1 acta	Verificado
28.	Comité de archivo	Secretario General – Auxiliar de archivo	Cada cuatro meses	Se evidencia 1 actas	Según frecuencia deben de haber 1 acta, falta un acta.
29.	Comité de capacitación	Comité de capacitación	Cada vez que se requiera.	Se evidencia 6 actas	Verificado
30.	Comité gerencial de ETV	Subdirector de Salud Pública y Coordinador científico de ETV	3 veces en el año	Pendiente	Pendiente
31.	Comité de Bienestar social	Profesional Universitario de Talento Humano	Cada vez que se requiera.	Se evidencia 3 actas	Verificado
32.	Comité de de convivencia	Secretario del comité de convivencia	Cada vez que se requiera.	Pendiente	Pendiente
33.	Comité de Red de Servicios del Departamento de Nariño y Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)	Director IDSN o su delegado – subdirector de Salud Pública.	Trimestral	Pendiente se encuentran en reunión	Pendiente se encuentran en reunión
34.	Comité de Ética	Director IDSN o su delegado	Una vez en el año	Pendiente	Pendiente

CALIFICACION MECI



CALIFICACION SISTEMA GESTIÓN DE CALIDAD



	PUNTAJE CALIDAD 2013
ALCANCE, POLÍTICA Y OBJETIVOS DE CALIDAD	100
USUARIOS Y OTRAS PARTES INTERESADAS	66
PRODUCTOS Y/O SERVICIOS	70,75
GESTIÓN DE DOCUMENTOS	87,75
PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS	88,5
INTEGRACIÓN DE LOS SISTEMAS DE GESTIÓN	100
MEJORA	84
Avance en el Sostentamiento del SGC	85,17

Por favor consultar el instructivo para la interpretación de resultados de Calidad.



INFORME

CÓDIGO: F-PGED05-10

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página 81 de 82

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- ✓ Promover el Autocontrol, mediante Talleres interactivos de formación y capacitación periódica colectiva de los Servidores Públicos del IDSN (funcionarios y contratistas) en la construcción, conocimiento y práctica de la ética de lo público, el buen servicio y la atención al ciudadano.
- ✓ 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 pruebas para interpretar, coordinar, aplicar y evaluar de manera efectiva, eficiente y eficaz la Misión y Visión que la ha sido asignada por la Ley y la reglamentación tanto al IDSN como a cada uno de los Servidores Públicos (funcionarios y contratistas).
- ✓ Evidenciar compromiso con la integridad y valores éticos del Estado
- ✓ Ejercer la responsabilidad, importancia y gravedad de la Supervisión en los términos establecidos por la Ley 1474 de 2011 y el Manual de Supervisión e Interventoría.
- ✓ Hacer proactiva y participativa la rendición pública de cuentas (Ciudadanos formados e informados).
- ✓ Desarrollar los Objetivos misionales con eficiencia, eficacia y efectividad.
- ✓ Dinamizar, gestionar, Identificar y analizar riesgos sistemáticamente.
- ✓ Efectuar periódicamente la evaluación de Riesgo Consolidado (administrativos y/o de corrupción)
- ✓ Seleccionar y desarrollar actividades de Control Interno contenidas en el MECI 2014, por la alta dirección, las demás instancias y Servidores Públicos comprometidos.
- ✓ Seleccionar y desarrollar controles del SGC.
- ✓ Desplegar a través de políticas y procedimientos la Misión institucional.
- ✓ Usar información relevante.
- ✓ Comunicar, informar y capacitar
- ✓ Realizar evaluación continua de los procesos de gestión al interior del IDSN
- ✓ Evaluar y comunicar las deficiencias.
- ✓ 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.
- ✓ Fortalecer la capacidad de gestión de Proyectos institucionales.
- ✓ Participar en los procesos de construcción colectiva del Control al contrabando de licores, su producción clandestina y la promoción y defensa de una vida sana libre de pólvora, humo, licores, estupefacientes, prostitución y degradantes sociales.
- ✓ Estimular los buenos hábitos en las generaciones jóvenes.

Responsable Elaboración	Firma	Fecha		
		Día	Mes	Año
HAROLD VALLEJO CALDERON Jefe Oficina de Control Interno de Gestion		13	02	2017

Apoyó: YULE GUTIERREZ GUTIERREZ, Profesional de Apoyo OCIG



INFORME

CÓDIGO: F-PGED05-10

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página 82 de 82