

**INFORME**

CÓDIGO: F-PGED05-10

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página 1 de 23

INFORME CUATRIMESTRAL ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DE GESTION INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO (IDSN): VIGENCIA 2017	Fecha			Informe
	Día	Mes	Año	N°
	06	03	2018	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 Cuatrimestral Sistema de Control Interno</h1> <h2>VIGENCIA 2017</h2> <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

Página 2 de 23

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 por las entidades del Estado) que incorpora el "*Formulario Único Reporte de Avances de la Gestión (FURAG)*" y que cumplió 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, el cual debe ser publicado a más tardar dentro de los 12 días del siguiente mes de su vencimiento.

OMAR ERNESTO CORDOBA SALAS

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 Direccionamiento Estratégico:

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

1.3. Componente Administración del Riesgo

2. MODULO DE 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:

Con el objeto de preparar a las entidades en el esquema de medición de la nueva versión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión...” (MIPG) que tubo aplicación territorial en 2017, las diferentes dependencias del IDSN diligencio el respectivo formulario con los siguientes componentes:

1. FURAG preparatorio: el cual tiene como finalidad preparar a las entidades en el nuevo esquema de medición de las políticas de desarrollo administrativo. Comprende los componentes: Direccionamiento y Planeación, Gestión para el Resultado, Evaluación, Talento Humano, Control Interno, Gestión del Conocimiento y Articuladores. Estos componentes no generan calificación.”

2. MECI: evaluación al Sistema de Control Interno, el cual mantiene la estructura de factores de evaluación y niveles de madurez llevada a cabo en vigencias anteriores.

3. CALIDAD: la cual evalúa el Sistema de Gestión de la Calidad para aquellas entidades que tienen implementado el sistema, bien sea por obligatoriedad para el municipio o por decisión voluntaria.” (Adjunto Instructivo sin contraseña)

La Oficina Asesora de Control Interno, encuentra de una parte que el Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN), gestiona el modelo del Sistema de Gestión de la Calidad (SGC) y el Sistema de Control Interno (SCI) de forma armónica, continua y sistemática, aun cuando se observa un rezago notorio en el desarrollo del “Modelo Estándar de Control Interno” (MECI) e, igualmente, la necesidad de examinar los procesos del SGC para su eventual actualización frente a los cambios legales, reglamentarios y programáticos (Plan Decenal de Salud, MIPG, MECI, etc.)

Y, de otra parte, que en las condiciones descritas, en el IDSN se implementa y se verifica la efectividad de las acciones derivadas del seguimiento y análisis de la información interna y externa, se mide la eficacia y la eficiencia de los Planes de Mejoramiento a todo nivel, la Política de Riesgos es actualizada conforme al Plan Anticorrupción en sus Seis (6) Componentes y, de acuerdo a los cambios del entorno e institucionales, los servidores públicos del IDSN apropiaron los Mapas de Riesgos Consolidados (Corrupción y Gestión) de sus procesos, facilitando el monitoreo, seguimiento y verificación de los mismos, con lo cual es posible afirmar de manera razonable que se cuenta con una Gestión del Riesgo adecuada en los niveles reportados.

Sin embargo de lo anterior, se encuentra que el IDSN aplica el modelo de Control Interno de forma estructurada, cuenta con sistemas de información y canales de comunicación en operación y ajusta sus procesos con base en la información recolectada de forma interna, siendo necesaria y posible su mejora continua. Esta contradicción aparente, puede explicarse a partir de la evaluación de la Madurez del MECI 2017, mediante el diligenciamiento del Formulario Único de Reporte a la Gestión (FURAG), como veremos a continuación, para la presente vigencia y con el objeto de preparar a las entidades en el esquema de medición de la nueva versión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión que tendrá aplicación territorial, por instrucciones del DAFP se diligenció el formulario con los siguientes componentes:

1. FURAG preparatorio: el cual tiene como finalidad preparar a las entidades en el nuevo esquema de medición de las políticas de desarrollo administrativo. Comprende las pestañas: Direccionamiento y Planeación, Gestión para el Resultado, Evaluación, Talento Humano, Control Interno, Gestión del Conocimiento y Articuladores. Estos componentes no generan calificación.

2. MECI: evaluación al Sistema de Control Interno, el cual mantiene la estructura de factores de evaluación y niveles de madurez llevada a cabo en vigencias anteriores.
3. CALIDAD: la cual evalúa el Sistema de Gestión de la Calidad para aquellas entidades que como el IDSN tienen implementado el sistema.

EVALUACION DE LA MADUREZ DEL MECI - IDSN 2016
(Tomado del Formulario Único de Reporte a la Gestión – FURAG)
DAFP – 2016

Ítem	FACTOR	PUNTAJE	NIVEL
01	Entorno de control	3,40	Intermedio
02	Información y comunicación	3,63	Intermedio
03	Direccionamiento estratégico	4,70	Avanzado
04	Administración del riesgo	4,61	Satisfactorio
05	Seguimiento	4,67	Satisfactorio
	Indicador de madurez MECI	80,03	Satisfactorio

Fuente: DAFP – FUIRAG Evaluación Madurez MECI 2017

NIVELES DE MADUREZ DEL MECI ENTRE: 0 - 100%

INTERMEDIO: La Entidad aplica el modelo de control interno de forma más estructurada. Cuenta con sistemas de información y canales de comunicación en operación, ajusta sus procesos con base en la información recolectada de forma interna. Posee una Política de Gestión de Riesgos más robusta. Ha iniciado con la implementación de la metodología para la identificación de los riesgos por procesos.

SATISFACTORIO: La Entidad cumple de forma completa y bien estructurada con la aplicación del modelo de control interno, se toman acciones derivadas del seguimiento y análisis de la información interna y externa, permitiendo la actualización de sus procesos. La Política de Riesgos es conocida y aplicada por todos los procesos. Se cuenta con mapas de riesgos por proceso y el institucional, lo que facilita la gestión de sus riesgos.

AVANZADO: La Entidad gestiona el modelo de control interno de forma continua y sistemática. Se implementan y se verifica la efectividad de las acciones derivadas del seguimiento y análisis de la información interna y externa. Se mide la eficacia y la eficiencia de los planes de mejoramiento a todo nivel. La Política de Riesgos es actualizada de acuerdo a los cambios del entorno e institucionales. Los servidores han apropiado los mapas de riesgos de sus procesos, facilitando el monitoreo, seguimiento y verificación de los mismos, con lo cual es posible afirmar de manera razonable que se cuenta con una gestión del riesgo eficiente y efectiva en todos los niveles.

Análisis de los Indicadores de Madurez del MECI – IDSN: (DAFP - FURAG)

Ítem 01.- Entorno de Control (EC).- Evaluado el IDSN con un puntaje de 3,40 - Nivel Intermedio, que: "analiza los aspectos requeridos para el manejo de la información tanto interna como externa, entre ellos la identificación básica de usuarios (internos y externos), fuentes de información, los mecanismos y sistemas de información que permiten su gestión. Así mismo se verifican los lineamientos relacionados con la política de transparencia y Rendición de cuentas."

Recomendaciones para la mejora:

- ✓ El Comité de Coordinación de Control Interno del IDSN (CCCI), tendrá como una tarea prioritaria: identificar las fortalezas y debilidades del Sistema de Control Interno y del Sistema de Calidad, así mismo, establecer las acciones pertinentes para su ejecución.
- ✓ Operacionalizar por el Representante de Dirección del IDSN ante el MECI el CCCI (reuniones, temas, evaluación del estado, entre otros)
- ✓ La Alta Dirección promoverá tanto la mejora de las interrelaciones entre los procesos, así como planificar la construcción de nuevos procedimientos para la ejecución de dichos procesos y orientarlos a optimizar su trazabilidad.
- ✓ Se recomienda a la Alta Dirección que, a través de su Representante ante el MECI, evidencie su compromiso con el fortalecimiento del Sistema de Control Interno del IDSN mediante la disposición de políticas de operación, especialmente las relacionadas con el manejo del riesgo en la entidad, así como el mejoramiento de canales para la comunicación interna y externa en el Instituto.
- ✓ Suministrar a la Alta Dirección información a partir de las evaluaciones del desempeño de los funcionarios, para mejorar los planes formación, capacitación e incentivos.
- ✓ Lograr que los programas de inducción y reinducción sean revisados, actualizados y divulgados, siempre que se presente algún cambio organizacional, técnico y/o normativo.
- ✓ La Alta Dirección será informada permanentemente del estado y oportunidad de diligenciamiento de las hojas de vida en el SIGEP por la oficina de Talento Humano.
- ✓ Contar con una Alta Dirección que participa y se responsabiliza de los procesos de Autoevaluación y Auditoría Interna que se realizan en la entidad.

Ítem 02.- Información y comunicación (IC). Evaluado el IDSN con 3,63 – Nivel Intermedio, que: Analiza los aspectos requeridos para el manejo de la información tanto interna como externa, entre ellos la identificación básica de usuarios (internos y externos), fuentes de información, los mecanismos y sistemas de información que permiten su gestión. Así mismo se verifican los lineamientos relacionados con la política de transparencia y Rendición de cuentas.

Recomendaciones para la mejora:

- ✓ Evidenciar el conocimiento de la normatividad relacionada con la Ley de Transparencia y Acceso a la Información.
- ✓ Diseñar y fortalecer la Política de Comunicaciones del IDSN, así como la construcción de un Plan de Comunicaciones e Información para el cumplimiento de las funciones de los servidores y disponer la adopción integral de la Estrategia Gobierno en Línea (GEL) en el IDSN.
- ✓ Disponer de canales de comunicación formales que faciliten el flujo de la información en todos los niveles, permitiendo así una comunicación efectiva con los diferentes grupos de interés de forma interna y externa.
- ✓ Promover un sistema de Rendición de Cuentas abierto y participativo que desarrolle una adecuada

política de información y formación comunitaria y facilite, igualmente, el Control Social de la comunidad beneficiaria en los 64 municipios del departamento mediante su intervención desde lo público en la construcción del destino colectivo de la salud en Nariño y su mejora continua.

- ✓ Fortalecer una Rendición de Cuentas que contemple, acciones de información (calidad y lenguaje claro sobre los procesos y resultados de la gestión pública), diálogo (explicar, escuchar y retroalimentar la gestión), Participación (formación, información, organización comunitaria) e incentivos (a los servidores públicos y a los ciudadanos)
- ✓ Formular posibles planes de mejoramiento de acuerdo a los resultados de la estrategia de rendición de cuentas.
- ✓ Contar con un sistema de información sistematizado para la captura, digitalización, procesamiento, almacenamiento y difusión de la información (Estrategia GEL)
- ✓ Identificar los ajustes institucionales necesarios para el cumplimiento de la normatividad relacionada con la Ley de Transparencia y Acceso a la Información.
- ✓ Establecer si el sistema de información utilizado para la recolección de información interna y externa cuenta con características tales como: la robustez para mantener la integridad, confiabilidad y facilidad para la consulta de la información, así como los mecanismos para su actualización tecnológica frente al establecimiento de la Estrategia GEL.
- ✓ Fortalecer el área de Atención al Ciudadano, bajo los parámetros básicos establecidos en la normatividad.
- ✓ Contar con Inventarios documentales actualizados, así como medios para la preservación de la información digital (en el caso que aplique)
- ✓ Tener documentado el mecanismo para los riesgos de pérdida de información.

Ítem 03.- Direccionamiento estratégico (DE). Evaluado el IDSN con 4,70 – Nivel Avanzado, que: “Analiza el modelo de operación por procesos en toda su complejidad (análisis de necesidades de usuarios, procedimientos, indicadores, acciones correctivas y preventivas), como base fundamental para el desarrollo de los planes, programas y proyectos de la entidad.”

Recomendaciones para la mejora:

- ✓ Validar y/o actualizar los procesos y procedimientos con respecto a las necesidades y prioridades en la prestación del servicio y de conformidad con los cambios normativos, reglamentarios y programáticos que impacten al IDSN.
- ✓ Asociar los lineamientos de la política de comunicaciones que incidan directamente a la operación de los procesos.
- ✓ Validar los procesos y procedimientos con respecto a la información suministrada por la comunidad y/o grupos de interés en cuanto a las necesidades y prioridades en la prestación del servicio para analizar los resultados obtenidos a partir de los indicadores.
- ✓ Mantener el proceso contable adecuadamente estructurado y documentado (caracterización), teniendo en cuenta la regulación contable y la política institucional y que garantice la generación de información financiera con adecuados niveles de calidad, identificando los productos de los demás procesos que se constituyen en insumos del proceso contable.
- ✓ El Mapa de Procesos revisado y actualizado de acuerdo a los cambios del entorno, normativos u otros aspectos relevantes para el desarrollo de las funciones del IDSN.
- ✓ Analizar los resultados obtenidos a partir de las mediciones de los indicadores para determinar acciones correctivas sobre los procesos.

Ítem 04.- Administración del riesgo. Evaluado el IDSN con 4,61 – Nivel Satisfactorio, que: “Analiza cada uno de los elementos que desarrollan y facilitan la gestión del riesgo en todos los niveles de la entidad.”

Recomendaciones para la Mejora.

- ✓ Promover por la Oficina de Planeación la Política de Administración del Riesgo con el liderazgo del Representante Legal y el equipo Directivo en el marco del Plan Anticorrupción.
- ✓ Fortalecer en todos los funcionarios la metodología de Administración del Riesgo, incluyendo los lineamientos del Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano.
- ✓ Socializar la Política de Administración del Riesgo, en todos los niveles de la Entidad.
- ✓ Actualizar en los mapas de riesgos por procesos, de acuerdo a los lineamientos de la Política de Administración del Riesgo, incluyendo los asociados a posibles actos de corrupción.
- ✓ Permitir al IDSN el conocimiento y aplicación de la metodología de administración del riesgo de forma completa.
- ✓ Garantizar que los mecanismos de control y seguimiento permiten una adecuada administración del riesgo.
- ✓ Tener adecuadamente identificados los riesgos de índole contable, financiero, de tesorería y presupuestal gestionarlos y monitorearlos permanentemente, para tomar las acciones del caso.

Ítem 05.- Seguimiento. Evaluado el IDSN con 4,67 – Nivel Satisfactorio, que: “Analiza los procesos de evaluación y seguimiento implementados por la entidad. Incluye el seguimiento realizado por parte de los líderes de los procesos, la evaluación independiente realizada por parte de la Oficina de Control Interno y los procesos auditores llevados a cabo por parte de los organismos de control. Se evalúa la implementación y efectividad de los planes de mejoramiento (institucional, por procesos e individual).”

Recomendaciones para la Mejora.

- ✓ Conocer los lineamientos para establecer el Programa Anual de Auditorías.
- ✓ Conocer los lineamientos normativos asociados a los Planes de Mejoramiento por Procesos e Individual.
- ✓ Conocer el Programa Anual de Trabajo y de Auditorías que incluya todas las actividades que desarrolla la Oficina de Control Interno.
- ✓ Definir en el Programa Anual de Auditorías el objetivo, el alcance alineado con la planeación de la entidad, el universo de auditoría y la priorización de los procesos a auditar.
- ✓ Contar con un Plan de Mejoramiento Institucional que contenga acciones de mejora para el cumplimiento de los objetivos de la entidad y estrategias para resolver los hallazgos encontrados por los organismos de control.
- ✓ Establecer un Plan de Mejoramiento por Procesos, que cuente con acciones que responden a las recomendaciones de la Oficina de Control Interno y que permitan mejorar la ejecución de los procesos, dando lineamientos claros sobre mecanismos de contingencia en caso de presentarse fallas en el desarrollo de los procesos e identificando acciones que permitan superar estas fallas.
- ✓ Implementar un Plan de Mejoramiento Individual, teniendo en cuenta las evaluaciones de desempeño de los servidores, el diagnóstico de necesidades de capacitación realizada por parte del proceso de Talento Humano y diferentes mecanismos que brinden información sobre el desempeño de los servidores.
- ✓ Verificar el diseño y aplicación de los controles asociados a los procesos, así como la efectividad de los mismos frente a la materialización de los riesgos (si han sido efectivos para evitar su materialización).
- ✓ Realizar seguimiento a los mapas de riesgos de los procesos (incluyendo el seguimiento a los riesgos de corrupción) mediante el Programa Anual de Auditorías.
- ✓ Evaluar la eficacia del Programa Anual de Auditorías y su aporte en la mejora continua de los



	PUNTAJE CALIDAD 2015
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	70,75

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

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.

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 Auditorias de Control interno y Auditorias 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 Auditorias, 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 Auditorias* para la vigencia y efectúa seguimiento a su ejecución.
- ✓ Una vez ejecutadas las auditorias 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.

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.

Gráfico N° 02



Fuente: Pagina Web IDS

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.

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.

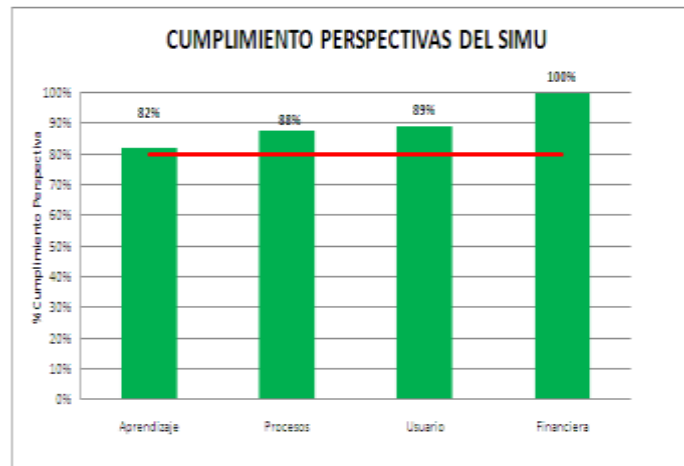
INDICADORES POA: Se realiza seguimiento a través del software de planes estratégicos. A partir del Plan de Acción que se diligencia y sigue en matriz de Planeación Departamental, posteriormente, en reuniones de los Grupos Primarios se realiza el seguimiento y se establecen los alcances y líneas de intervención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

INDICADORES SIMU

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 2017

Gráfico N° 03



Fuente: IDSN INTRANET SIMU SEPTIEMBRE 2017

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.

Evaluación de Gestión por Dependencias

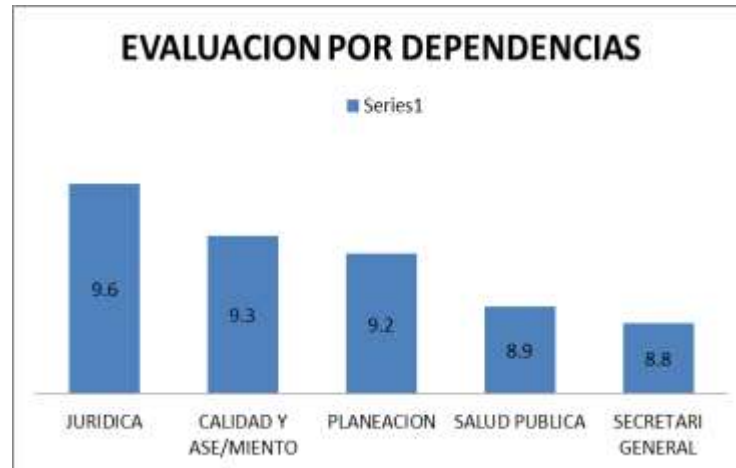
EVALUACION POR DEPENDENCIA

SECRETARIA GENERAL	OFICINA ASESORJA JURIDICA	OFICINA ASESORA DE PLANEACION	SALUD PUBLICA	CALIDAD Y ASEGURAMIENTO
1. PUNTAJE AUTOEVALUACION POR DEPENDENCIA				
4.6	4.3	4.5	4.3	4.8
2. PUNTAJE APLICACIÓN DE ENCUESTA POR DEPENDENCIA				
4.4	4.8	4.5	4.5	4.3
3. PUNTAJE INDICADORES POA				
4.1	5	4.9	4.6	4.9
PUNTAJE DEFINITIVO				
4.4 = 8.8%	4.7 =9.6%	9.2%	4.5 = 8.9%	4.6 = 9.3%

RESUMEN EVALUACION POR DEPENDENCIAS				
OFICINA ASESORA JURIDICA	CALIDAD Y ASEGURAMIENTO	PLANEACION	SALUD PUBLICA	SECRETARIA GENERAL
9.6 %	9.3 %	9.2 %	8.9%	8.8%

CONCEPTO DE LA GESTIÓN	Mayor o Igual a 9.5 puntos SOBRESALIENTE
	Mayor a 8.0 puntos FAVORABLE
	Menor o Igual a 8.0 puntos DESFAVORABLE

GRAFICA EVALUACION POR DEPENDENCIAS



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

Contenido.-

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

Componente No 1 Riesgos (Mapa de Riesgos Anticorrupción 2017)

Componente No 2 Racionalización de trámites

Componente No 3 Rendición de Cuentas

Componente No 4 Atención al ciudadano

Componente No 5 Transparencia y acceso a la información.

Componente No 6 Carta de Valores y Buen Gobierno

N° 1 Componente - Riesgos (Mapa de Riesgos Consolidado del IDSN 2017)

MAPA DE RIESGOS IDSN – VIGENCIA 2017

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



**CLASIFICACIÓN DE LOS RIESGOS
IDSN 2017**

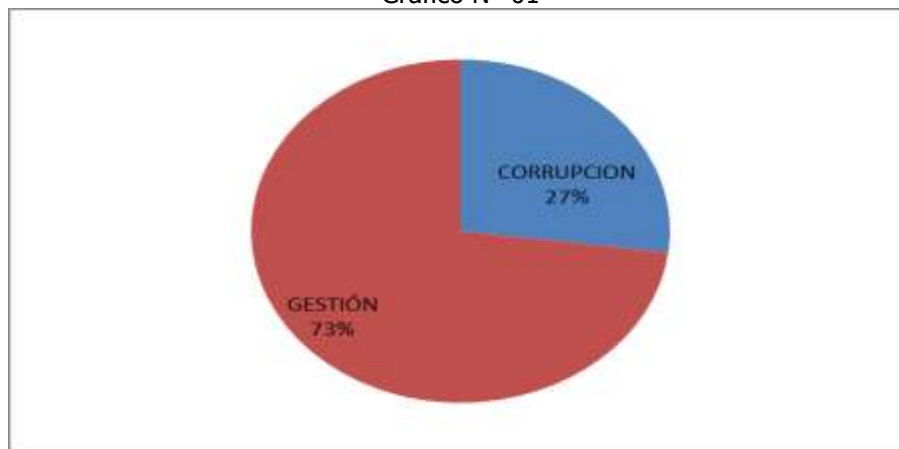
En el IDSN se estructuró una Matriz de Riesgos consolidada que contiene 37 riesgos en total: 10 se clasificaron como Riesgos asociados a Corrupción (27%) y 27 asociados a Gestión (73%).

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

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

**GRAFICA CLASIFICACIÓN DE LOS RIESGOS
IDSN 2017**

Gráfico N° 01



SEGUIMIENTO A RIESGOS EXTREMOS Y ALTOS

Cuadro N° 03

MATIZ DE SEGUIMIENTO OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN			
RIESGOS EXTREMOS			
No de riesgo	DESCRIPCION DEL RIESGO	RIESGO	SEGUIMIENTO
5	Parcial cumplimiento al MECI y otras normas que reglamentan la competencia del proceso SCI en el IDSN	CORRUPCION	PLAN DE ACCION CON SEGUIMIENTO
26	Fallos, alteraciones o pérdidas de información de las diferentes plataformas tecnológicas (PLANEACION Y DESARROLLO DEL STS)	GESTIÓN	PLAN DE ACCION CON SEGUIMIENTO

RIESGOS ALTOS			
No de riesgo	DESCRIPCION DEL RIESGO	RIESGO	SEGUIMIENTO
9	El incumplimiento al Plan Interno de Capacitación (PIC) , durante su ejecución (GESTION DE TALENTO HUMANO)	GESTIÓN	CERRADO
10	Incumplimiento de los requisitos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo –SGSSST- (GESTION DE TALENTO HUMANO)	GESTIÓN	PLAN DE ACCION CON SEGUIMIENTO
16	Deficiente identificación de necesidades de Asistencia Técnica. (ASISTENCIA TECNICA)	GESTIÓN	PLAN DE ACCION CON SEGUIMIENTO
17	Débil articulación de los actores internos responsables de la ejecución del proceso de Asistencia Técnica	GESTIÓN	PLAN DE ACCION CON SEGUIMIENTO
18	Uso de metodología no efectiva en la Asistencia Técnica (ASISTENCIA TECNICA)	GESTIÓN	PLAN DE ACCION CON SEGUIMIENTO
24	Trafico de influencias para priorizar y acelerar el trámite de los procedimientos de Red de Servicios. (RED DE SERVICIOS)	CORRUPCION	PLAN DE ACCION CON SEGUIMIENTO
25	Error en la elaboración de Autorizaciones y/o Avales, Planes Hospitalarios, Planes de Contingencia y de respuesta del sector salud. Relacionados al proceso. (RED SERV/S)	GESTIÓN	PLAN DE ACCION CON SEGUIMIENTO
27	Inadecuada ejecución de la inversión en infraestructura y dotación hospitalaria (proyectos) (PLANEACION Y DESARROLLO DEL STS)	GESTIÓN	PLAN DE ACCION CON SEGUIMIENTO
30	Hurto de equipos e insumos del LSP, que impide el desarrollo de los procedimientos del LSP	CORRUPCION	PLAN DE ACCION CON SEGUIMIENTO

SEGUIMIENTO A RIESGOS MATERIALIZADOS

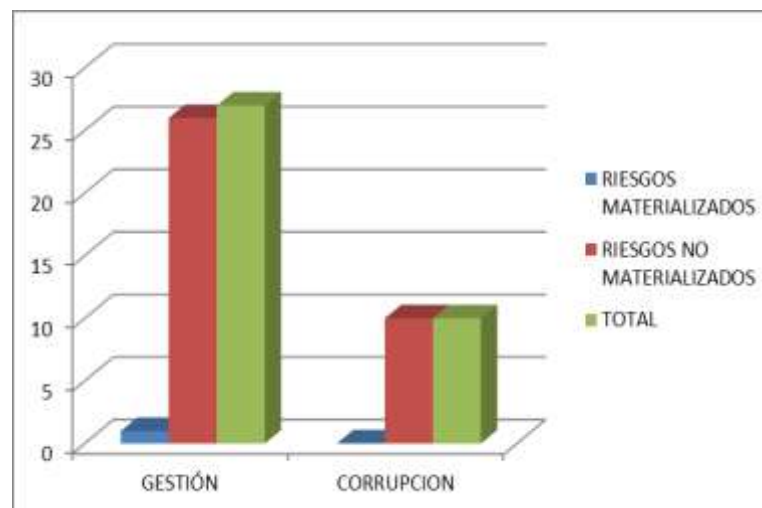
La Oficina Asesora de Control Interno de Gestión procedió a realizar el seguimiento y la evaluación al Mapa de Riesgos construido participativamente en su integridad por los Servidores Públicos del IDSN correspondiente a la vigencia de 2017; verificando las acciones definidas por el Instituto para la administración del riesgo a través de la observación y revisión de los registros de cada acción propuesta por cada una de las dependencias responsables de los procesos.

Los Riesgos *nunca dejan de presentar una amenaza*, por ello la recomendación principal es que se realice un monitoreo y seguimiento permanente, para asegurar que las acciones se estén llevando a cabo y evaluar su implementación.

Durante el tercer trimestre se materializo un riesgo.

RIESGOS MATERIALIZADOS			
No de riesgo	DESCRIPCION DEL RIESGO	RIESGO	SEGUIMIENTO
4	Inexactitud en el seguimiento del SGC por falta o inoportunidad en el reporte de información sobre el estado de los procesos al interior de la Institución (GESTION DE CALIDAD)	GESTIÓN	CERRADO

DETALLE	GESTIÓN	CORRUPCION
RIESGOS MATERIALIZADOS	1	0
RIESGOS NO MATERIALIZADOS	25	10





INFORME

CÓDIGO: F-PGED05-10

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página 19 de 23

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.

Seguimiento a Planes de Mejora

No.	AUDITORIA	ENTIDAD AUDITORA	FECHA REALIZACION DE AUDITORIA	RESPONSABLE	No. HALLAZGO	PLAN DE MEJORA	FECHA DE REPORTE	OBSERVACIONES OCIG
1	Auditoria al Balance vigencia 2016	Contraloría Departamental de Nariño	Junio 07 2017	Secretaria General	9	Aprobado	Trimestralmente	Se reporta por el aplicativo SIA, se realizó un seguimiento el cual se encuentra reportado, el segundo seguimiento se debe reportar máximo hasta el <u>13 de enero de 2018</u>
2	Auditoria Gubernamental con enfoque integral modalidad regular Vigencia 2016	Contraloría Departamental de Nariño	Septiembre 21 de 2017	Oficina Jurídica, supervisores de contratos, subdirección de calidad y aseguramiento, Presupuesto, Tesorería. Atención al usuario, contabilidad.	18	Aprobado	Trimestralmente	Se reporta por el aplicativo SIA, el primer seguimiento se debe reportar hasta el <u>20 de enero de 2018</u> , <u>GENERALMENTE</u>
3	SGP para salud (Salud Pública y prestación de servicio PPNA) Educación, agua potable y FONPET	Contraloría General de la Republica	Junio 17 de 2017	Gobernación-Secretaria General Elizabeth Cabrera, Archivo Ruby, Salud pública - Laboratorio, comunicaciones Calidad y Aseguramiento	5 IDSN 1 compartid o Salud Pública, Educación, Agua Potable, FONPET	Aprobado	Semestralmente	Se reporta a Gobernación de Nariño para cargar a la plataforma SIRECI, el primer reportarte realizo el día <u>22 de diciembre de 2017</u> , el segundo reporte se realiza a <u>30 de junio de 2018</u>
4	Auditoria SUPERSALUD (Visita PPNA)	Superintendenci a Nacional de Salud	13-17 de Febrero 2016	Calidad y aseguramiento, Secretaria General, Oficina de planeación, Jurídica y atención al usuario	15	Aprobado	Trimestralmente	Se envía a la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD vía correo certificado, se envió un primer seguimiento, el segundo reporte se debe realizar el día <u>30 de enero de 2018</u> .
5	Auditoria SUPERSALUD (VIOLENCIA SEXUAL)	Superintendenci a Nacional de Salud	Julio de 2017	Equipo Directivo	9	El día 31 de octubre se radica informe preliminar y se dio respuesta a los hallazgos	Pendiente respuesta por parte de la SUPERSALUD	Pendiente respuesta por parte de la SUPERSALUD
6	Auditoria SUPERSALUD (Auditoria Integral IDSN –SECRETARIA DE HACIENDA DEL	Superintendenci a Nacional de Salud	24 de octubre de 2017	Equipo Directivo	El día 10 de enero se radica Informe Preliminar	Pendiente	Pendiente por presentar respuesta por parte del IDSN	Se debe presentar el día <u>23 de enero de 2018</u>
7	ICONTEC	ICONTEC	Octubre 23 de 2017	Sistema de Gestion de Calidad	1 NC menor	Aprobado	Se reportó mediante el sistema de Gestion de Calidad	ICONTEC, las actividades se desarrollaran para la vigencia 2018.

**RECOMENDACIONES DE CARÁCTER GENERAL DE LA
OFICINA ASESORA DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN A LA
ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO IDSN - VIGENCIA 2017**

Corresponde a las entidades estatales de todo orden y nivel (IDSN) actualizar y/o adoptar e implementar del Sistema de Gestión, creado por el Artículo 133 de la Ley 1753 de 2015 y su articulación con: el **i) Sistema de Control Interno**, mediante el reciente Decreto 1499 de 2017, se adoptó la versión actualizada del MIPG V2, que integra además los Sistemas de **ii) Desarrollo Administrativo** y de **iii) Gestión de la Calidad**; los Sistemas Nacional de **iv) Servicio al Ciudadano**, de **v) Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo**, de **vi) Gestión Ambiental** y de **vii) Seguridad de la Información**, con el fin de generar resultados que atiendan los Planes de Desarrollo y resuelvan las necesidades y problemas de los ciudadanos, con integridad y calidad en el servicio.

"Las responsabilidades relacionadas con la gestión de riesgos y el control están distribuidas en múltiples dependencias y no se concentran en las oficinas de control interno; de allí que las obligaciones deban ser coordinadas cuidadosamente para asegurar que los procesos de riesgo y control funcionen de forma satisfactoria." (Documento Conceptual DAFP 2017); adaptando este enfoque al ámbito colombiano, razón por la cual se hace necesario actualizar el MECI para que se entienda como parte fundamental del Modelo Integrado de Planeación y Gestión.

"Esta segunda línea, continúa el DAFP, estará compuesta por aquellos servidores que tengan responsabilidades directas frente al monitoreo y evaluación del estado de los controles y la gestión del riesgo. Entre ellos pueden citarse: jefes de planeación o quienes hagan sus veces, coordinadores de equipos de trabajo, supervisores e interventores de contratos o proyectos, comités de riesgos (donde existan), comité de contratación, entre otros."


De lo expuesto, la Oficina Asesora de Control Interno del IDSN (OCIG) encuentra que el Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano y el Mapa de Riesgos de Corrupción actualizados integran el Plan de Acción Anual al que se refiere el MIPG V2.

Vistas desde estas perspectivas las cosas, la recomendación general del primer orden es la misma que se ha planteado ante el CCCI por la Oficina Asesora de Control Interno de Gestión del IDSN en el sentido de proceder, como lo establece el Decreto 1499 de 2017, a:

- ✓ Adoptar, definir e implementar la versión actualizada del Modelo Integrado de Planeación y Gestión V2 y su articulación con el Sistema de Control Interno del Instituto Departamental de Salud de Nariño (MIPG V2 - IDSN) a partir de la "línea de base" trazada por el FURAG 2016 y 2017, con los criterios diferenciales propios del sistema nacional de la salud y las especificidades propias del departamento de Nariño y establecer los Objetivos del Modelo (D. 1499/17)
- ✓ Integrar el Comité Departamental de Gestión y Desempeño
- ✓ Crear, por el Señor Director, el Comité de Gestión y Desempeño del Instituto Departamental de Salud de Nariño, encargado de orientar la implementación y operación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPGV2 - IDSN, el cual sustituirá los demás comités que tengan relación con el Modelo y que no sean obligatorios por mandato legal. (D. 1499/17 Art. 2.2.22.3.8.)
- ✓ Establecer las funciones del MIPG V2 – IDSN, de conformidad con la normatividad vigente. (la Oficina

Asesora de Control Interno de Gestión del IDSN será invitada permanente con voz pero sin voto)

- ✓ El Sistema de Control Interno, que se deberá articular al Sistema de Gestión en el marco del MIPG V2 -IDSN, a través de los mecanismos de control y verificación, entre otros, el Plan Anticorrupción y el Sistema de Gestión de Riesgo del IDSN. El Control Interno es transversal a la gestión y desempeño del Instituto y se implementa a través del MECI, una vez este sea actualizado por el DAFP. El Jefe de la OCIG medirá la efectividad del MECI a través del FURAG.
- ✓ *"La Procuraduría General de la Nación podrá hacer seguimiento a la implementación y operación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG en las entidades del orden nacional y territorial."* (D. 1499/17, Art. 2.2.21.3.14.)
- ✓ 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.

	INFORME		
	CÓDIGO: F-PGED05-10	VERSIÓN: 01	FECHA: 23-08-2013

Página 23 de 23

Responsable Elaboración	Firma	Fecha		
		Día	Mes	Año
OMAR ERNESTO CORDOBA SALAS Jefe Oficina de Control Interno de Gestion		07	03	2018

Apoyó: YULE GUTIERREZ GUTIERREZ, Profesional de Apoyo OCIG