



INFORME

CÓDIGO: F-PGED05-10

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página

1 de 14

Tema del Informe: OFICINA DE CONTROL INTERNO DE GESTIÓN IDSN - INFORME DE SEGUIMIENTO MATRIZ DE RIESGOS INSTITUCIONALES PRIMER TRIMESTRE DE 2021	Fecha			Informe N°
	Día	Mes	Año	
	20	05	2021	1

Para: Diana Paola Rosero Zambrano – Directora IDSN

Descripción del Informe

La administración y gestión de los riesgos institucionales busca evitar, reducir, compartir o asumir los riesgos relacionados en el desarrollo y ejecución de los procesos misionales, estratégicos y de apoyo del Instituto Departamental de Salud de Nariño. Las actividades de identificación y el seguimiento permanente permiten mitigar la probabilidad de ocurrencia o el impacto de aquellos eventos (internos o externos) que pueden afectar el logro de los objetivos institucionales, la calidad de los productos o servicios ofrecidos y el cumplimiento de la misión y visión de la entidad, convirtiéndose así la administración del riesgo en una herramienta eficaz de gestión, impulsada por la alta dirección y abordada por todos sus servidores.

Desde la expedición del Decreto 1083 de 2015, se determinó que las entidades públicas establecerían y aplicarán políticas de administración del riesgo, como parte integral del fortalecimiento de los sistemas de control interno y desde entonces ha de ser la identificación y análisis del riesgo un proceso permanente e interactivo, a través del cual se evalúen aspectos, tanto internos como externos, que pueden llegar a representar amenaza para la consecución de los objetivos organizacionales, con miras a establecer acciones efectivas, representadas en actividades de control.

Ahora bien; conforme lo ha indicado la Guía rol de las unidades u oficinas de control interno, auditoría o quien haga sus veces a través del rol de evaluación de la gestión del riesgo, las unidades u oficinas de control Interno, auditoría interna, o quien haga sus veces, deben proporcionar un aseguramiento objetivo a la Alta Dirección (línea estratégica) sobre el diseño y efectividad de las actividades de administración del riesgo en la entidad para ayudar a asegurar que los riesgos claves o estratégicos estén adecuadamente definidos, sean gestionados apropiadamente y que el sistema de control interno está siendo operado efectivamente.

1. OBJETIVO Y ALCANCE:

Este documento recoge los resultados del seguimiento a la ejecución de las acciones planteadas por los responsables de los procesos de las diferentes áreas del Instituto Departamental de Salud de Nariño de la Matriz de Riesgos Institucionales, para el primer trimestre de 2021.

2. DESARROLLO Y GENERALIDADES DEL INFORME

2.1 Política de Administración de Riesgos

Constituye la declaración de la Dirección y las intenciones generales del Instituto Departamental de Salud de Nariño, con respecto a la gestión y administración del riesgo. El Comité Institucional de Gestión y Desempeño del 1 de Octubre de 2019, se aprobó la política de administración del riesgo y se determinó su adopción. Igualmente fue ratificada en sesión del mismo comité el 8 de Julio de 2020.



INFORME

CÓDIGO: F-PGED05-10

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página

2 de 14

El acto de formalización fue expedido el 30 de Julio de 2020, mediante Resolución 1393 de 2020, en la cual quedo establecido la política de la siguiente manera:

"Para el Instituto Departamental de Salud de Nariño, la administración integral del Riesgo, se define mediante el análisis del contexto, para garantizar la gestión de los riesgos frente a los impactos que pudiesen generar, fortaleciendo la prevención, el establecimiento de controles y la protección de los recursos, evitando situaciones que impidan el normal cumplimiento del Direccionamiento Estratégico y los procesos institucionales para todas sus sedes.

Los riesgos definidos y relacionados en el Plan Anticorrupción, serán identificados, analizados, evaluados, monitoreados, revisados y seguidos conforme a las causas, consecuencias, probabilidad, impacto y gestión de controles establecidos bajo las normas aplicables a la Institución. El logro de los objetivos organizacionales, dependerá de la respuesta establecida mediante acciones para aceptar, evitar, compartir o reducir los riesgos estratégicos, por la Línea de Defensa correspondiente.

Los riesgos de corrupción son inaceptables, por tanto, se determina como medidas de respuesta para los mismos, las siguientes: evitar, compartir o reducir"

2.2 Construcción de Mapa de Riesgos Institucionales

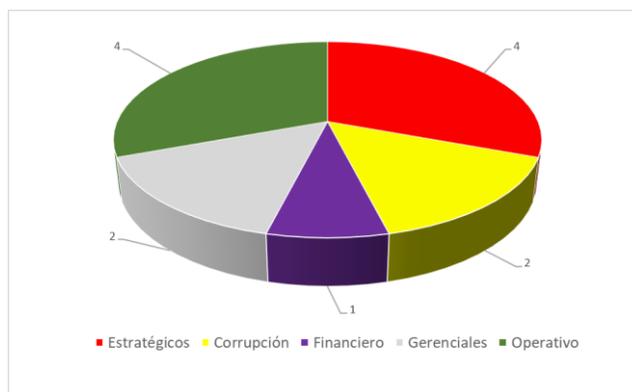
La Oficina Asesora de Planeación durante el tercer trimestre de 2020, adelanto la socialización a líderes de procesos y equipos de trabajo asignados para gestión y administración del riesgo, acerca de la revisión de la metodología contenida en la "Guía para la administración del riesgo y el diseño de controles en entidades públicas" Versión 4 emitida por el DAFP para aplicación en el IDSN.

Posteriormente y con el fin de poder realizar el ajuste al mapa de riesgos institucionales de la entidad para la vigencia 2020, se llevaron a cabo mesas y talleres de trabajo con los líderes de proceso y funcionarios designados para realizar la revisión y actualización de riesgos institucionales.

Es importante indicar que dentro del ejercicio realizado para la identificación del contexto externo e interno, los líderes de proceso y equipos de trabajo, tuvieron en cuenta dentro factores políticos, económicos, financieros y ambientales, la situación ocasionada por la emergencia sanitaria por causa de la pandemia COVID-19, que a partir de marzo de 2020, afecto e impacto el desarrollo normal de las actividades dentro de la entidad. Por parte de la OAP y OCI. El resultado de este ejercicio de las mesas de trabajo, se materializo en la matriz y tratamiento de riesgos institucionales, en la que se lograron identificar trece (13) riesgos.

Por otra parte, cabe mencionar que de acuerdo a la programación establecida por la Entidad, respecto a la implementación de la NUEVA GUIA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DAFP V.5, se pretende consolidar y presentar la matriz de riesgos actualizada para el mes de junio de la presente anualidad, sin embargo en aras de no afectar el seguimiento trimestral a los riesgos ya identificados, se tomó para este ejercicio matriz de riesgos vigencia 2020.

Gráfico No 1. Tipología de los Riesgos IDSN



Como se menciona anteriormente, la matriz de riesgos vigente para 2021, se encuentran identificados riesgos por proceso, los cuales quedaron establecidos así:

Tabla 1. Mapa de Riesgos Institucionales 2020

Nº	Proceso	Riesgo	Clasificación
1	ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL	Incumplimiento del propósito de la articulación intersectorial en perjuicio de las metas establecidas en el plan estratégico institucional	Estratégico
2	ASISTENCIA TÉCNICA	Baja adherencia a las temáticas tratadas en asistencia técnica	Operativo
3	GESTIÓN CALIDAD	Debilidad en desarrollo del modelo de gestión de la entidad	Estratégico
4	GESTIÓN ESTRATEGICA	incumplimiento de los objetivos y compromisos institucionales	Estratégico
5	GESTIÓN DE LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA	Incumplimiento parcial en la gestión técnico administrativa de competencia del LSP por demoras en la contratación de personal, insumos y reactivos	Operativo
6		Inoportunidad en la entrega de resultados del laboratorio	Operativo
7	GESTIÓN RECURSOS	Disminución en la gestión de recursos económicos y financieros que genera inoportunidad en el suministro de bienes y servicios del IDSN	Financiero
8	GESTIÓN DEL RIESGO Y CONTROL INTERNO	Debilidad en la evaluación y seguimiento de los componentes que integran el sistema de control interno	Gerencial
9	GESTIÓN RED DE SERVICIOS	Realizar cobros indebidos o solicitar favores a cambio de filtrar, alterar información, retrasar o agilizar decisiones inherentes a los procedimientos de gestión de red de servicios	Corrupción
10	GESTIÓN TALENTO HUMANO	Incumplimiento de las normas que regulan el proceso de gestión de talento humano	Operativo

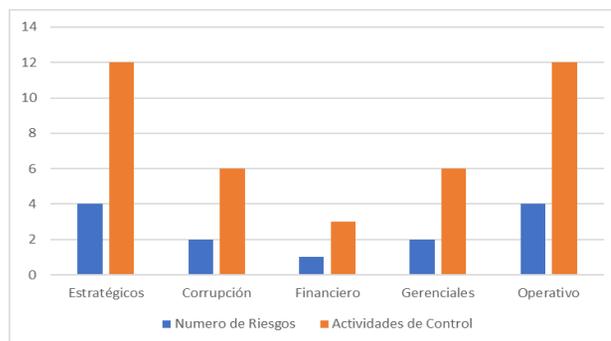
4 de 14

11	INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL	Incumplimiento en la aplicación de las medidas sanitarias evidenciando un riesgo para la salud	Corrupción
12	GESTIÓN JURÍDICA	Inexactitud en la aplicación de la norma en la gestión administrativa por gestión jurídica o sometidos a su revisión	Gerencial
13	PLANIFICACIÓN DE DESARROLLO DE SISTEMA TERRITORIAL EN SALUD	Debilidad en la planificación de planes, programas y proyectos	Estratégico

Fuente: Matriz No 8. Mapa y Plan de Tratamiento de Riesgos Institucionales 2020

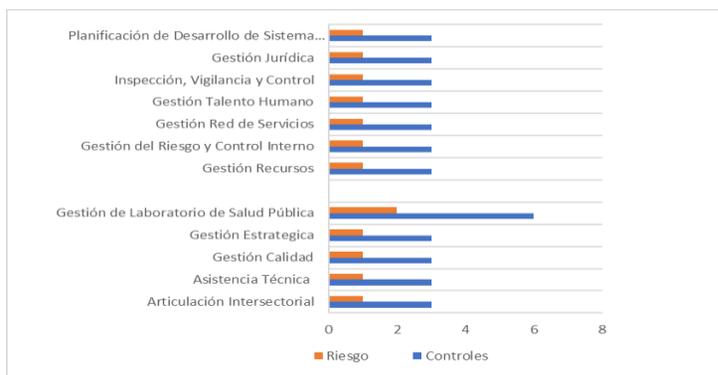
El plan de tratamiento de los riesgos institucionales del IDSN, contiene la descripción de las actividades de control y de contingencia asociados a los riesgos, el soporte documental que permita evidenciar las actividades desarrolladas, la periodicidad en que se realizan los controles, el responsable de ejecutarlos, y el indicador para su medición, puntos que fueron desarrollados en las mesas de trabajo aplicando la metodología establecida por el del DAFP. Actualmente se tiene diseñados controles asociados a los 13 riesgos identificados para los procesos:

Gráfico 2: Cantidad de Riesgos y Actividades de Control de acuerdo a su Tipología



Para el cuarto trimestre de 2020 se monitorearon treinta y nueve (39) actividades de control correspondiente a los trece (13) riesgos identificados para los doce (12) procesos del IDSN, las cuales tienen un porcentaje de cumplimiento por encima del 90%, de conformidad a la información reportada por los líderes de los procesos.

Gráfico No 3. Numero de Riesgos y Actividades de Controles por Proceso IDSN



La matriz y tratamiento de los riesgos institucionales se encuentran publicada en el siguiente link:
<http://www.idsn.gov.co/index.php/men-planes-dec612/535-planes-2020>

2.3 Seguimiento Mapa de Riesgos Institucionales – Corte MARZO de 2021

De acuerdo al Modelo Integrado de Planeación y Gestión, el monitoreo y la revisión se realiza a través de líneas de defensa para la gestión del riesgo y control, establecidos en la dimensión 7° Control Interno y de manera trimestral. Sin embargo, debido a la situación ocasionada por la emergencia sanitaria por causa de la pandemia COVID-19, que fue declarada a partir de marzo de 2020, se determinó que el IDSN como ente rector de la salud en el Departamento debía priorizar los temas críticos que respondían a las necesidades actuales y algunas actividades inicialmente previstas tales como el seguimiento de riesgos,

En ese orden de ideas, a continuación se presentan los resultados del seguimiento realizado por la Oficina de Control Interno al mapa de riesgos institucionales con corte a Marzo de 2021, de acuerdo a la información reportada por cada líder del proceso y teniendo en cuenta las actividades de control planteadas en cada uno de los riesgos identificados por proceso:

2.3.1 PROCESO: ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL

Riesgo No 1	CONTROLES ASOCIADOS AL RIESGO	OBSERVACIONES Y/O CUMPLIMIENTO DE ACCIONES
Incumplimiento del propósito de la articulación intersectorial en perjuicio de las metas establecidas en el Plan Estratégico Institucional	D1O1: Establecer lineamientos gerenciales para el desarrollo de la articulación intersectorial con aprovechamiento de las plataformas tecnológicas disponibles	Los soportes y/o evidencias presentadas, permiten identificar que el control asociado al riesgo es efectivo y se encuentra aplicado adecuadamente para el periodo evaluado. El proceso presenta como evidencia actas de reuniones generales de grupos de trabajo, de grupos primarios y conformación de grupos temáticos para el logro de la articulación de las políticas de MIPG. Nota: La información completa del seguimiento se encuentra disponible en la matriz de seguimiento de CI, anexo al presente informe
	F2O1: Fortalecimiento de plataformas internas que permitan mejorar la comunicación entre los líderes del proceso	
	F1A1: Implementar las políticas de MIPG asociadas a articulación a cargo de los líderes de las diferentes dependencias que desarrollan el proceso	

Resultado de la eficacia en la gestión del riesgo	Observación OCI
98%	De acuerdo a la información reportada por el líder del proceso correspondiente al seguimiento de dicho riesgo, se evidencia a la fecha de corte, el cumplimiento a nivel general de las actividades de control planteadas para el riesgo identificado, Se concluye que el control se ha ejecutado adecuadamente, <i>sin materialización del riesgo.</i>

2.3.2 ASISTENCIA TÉCNICA

Riesgo No 2	CONTROLES ASOCIADOS AL RIESGO	OBSERVACIONES Y/O CUMPLIMIENTO DE ACCIONES
Baja adherencia a las temáticas tratadas en asistencia técnica	D1O1: Priorizar metodologías e implementación de herramientas tecnológicas para acciones de asistencia técnica virtuales	<p>Los soportes y/o evidencias presentadas por el líder del proceso, permiten identificar que el control asociado al riesgo es efectivo y que permite de manera adecuada mitigar la ocurrencia del evento del riesgo para el periodo evaluado.</p> <p>El proceso presenta como evidencia actas de reuniones de grupos primarios, video grabaciones de las reuniones virtuales sostenidas para el desarrollo de las jornadas de asistencia técnica y conformación de grupos temáticos para el logro de la articulación de las políticas de MIPG.</p> <p>Nota: La información completa del seguimiento se encuentra disponible en la matriz de seguimiento de CI, anexo al presente informe</p>
	F1A1: Fortalecer el acceso a la asistencia técnica virtual con calidad, pertinencia y oportunidad para los actores programados o que soliciten la asistencia	
	F2O1: Implementar y alinear requisitos de MIPG con la operatividad del proceso de AT	

Resultado de la eficacia en la gestión del riesgo	Observación OCI
98%	De acuerdo a la información reportada por el líder del proceso correspondiente al seguimiento de dicho riesgo, se evidencia a la fecha de corte, el cumplimiento a nivel general de las actividades de control planteadas para el riesgo identificado, Se concluye que el control se ha ejecutado adecuadamente, <i>sin materialización del riesgo.</i>

2.3.3 GESTIÓN CALIDAD

Riesgo No 3	CONTROLES ASOCIADOS AL RIESGO	OBSERVACIONES Y/O CUMPLIMIENTO DE ACCIONES
Baja adherencia a las temáticas tratadas en asistencia técnica	D1O1: Fortalecer el proceso de inducción y reinducción del Sistema de Gestión con temáticas del MIPG y el SGC ISO9001:2015, adecuando el canal utilizado para brindar la orientación.	<p>Los soportes y/o evidencias presentadas, permiten identificar que el control asociado al riesgo de acuerdo con la fecha de corte evaluado es efectivo y se encuentra aplicando de manera consistente para el periodo evaluado.</p> <p>Las evidencias presentadas muestran que el registro en MGA del proyecto del Sistema de Gestión para la vigencia 2021, con el fin de buscar la asignación de recursos para su ejecución. También se logra identificar que se está llevando a cabo dentro de la entidad procesos de inducción y reinducción de manera virtual y por medio electrónicos en diferentes temáticas asociadas a MIPG y el SGC ISO9001:2015, que son abordadas también en los CIGD</p> <p>Nota: La información completa del seguimiento se encuentra disponible en la matriz de seguimiento de CI, anexo al presente informe</p>
	D2O1: Establecer en el CIGD, la temática del Sistema de Gestión de Calidad y sus requisitos, de manera integrada a las políticas del MIPG, para revisión gerencial y toma de decisiones.	
	F1A1: Establecer el proyecto en MGA para el SGC, con planeación de recursos y actividades articuladas que permitan desarrollar el MIPG y el SGC enfoque en ISO 9001:2015	

Resultado de la eficacia en gestión del riesgo	Observación OCI
89%	De acuerdo la información reportada por el líder del proceso correspondiente al seguimiento en dicho periodo, se obtiene un porcentaje aceptable de cumplimiento en las actividades de control establecidas para el riesgo identificado. Se concluye que el control se ha ejecutado adecuadamente, <i>sin materialización del riesgo.</i>

2.3.4 GESTIÓN ESTRATEGICA

Riesgo No 4	CONTROLES ASOCIADOS AL RIESGO	OBSERVACIONES Y/O CUMPLIMIENTO DE ACCIONES
incumplimiento de los objetivos y compromisos institucionales	F1A1: Realizar redistribución de los recursos disponibles para los proyectos institucionales priorizados durante la vigencia con seguimiento en el PTS, PAS Y PAA	La OCI evidenció en los documentos aportados la adecuada aplicación del control asociado al riesgo, toda vez que se muestra que los actividades de formulación, ejecución, evaluación y toma de decisiones para lograr el cumplimiento a las actividades priorizadas para el IDSN en el contexto general y respecto a los demás procesos, se están llevando a cabo de manera planeada. Además del seguimiento que se realiza en los comités directivos (CIGD y CICI) de los compromisos establecidos. Nota: La información completa del seguimiento se encuentra disponible en la matriz de seguimiento de CI, anexo al presente informe
	D1O1: Gestionar proyectos y acciones en articulación con otras entidades para el fortalecimiento institucional y cumplimiento de los objetivos priorizados	
	D2O1: Realizar seguimiento en los comités a cargo del equipo directivo del desempeño de los procesos y políticas transversales del IDSN para toma de decisiones.	

Resultado de la eficacia en la gestión del riesgo	Observación OCI
100%	De acuerdo a la información reportada por el líder del proceso correspondiente al seguimiento de dicho riesgo, se evidencia a la fecha de corte, el cumplimiento a nivel general de las actividades de control planteadas para el riesgo identificado, Se concluye que el control se ha ejecutado adecuadamente, <i>sin materialización del riesgo.</i>

2.3.5 GESTIÓN DE LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA

Riesgo No 5	CONTROLES ASOCIADOS AL RIESGO	OBSERVACIONES Y/O CUMPLIMIENTO DE ACCIONES
Incumplimiento parcial en la gestión técnico administrativa	D1O1: Realizar la gestión y ejecución del proyecto de fortalecimiento del laboratorio de salud pública - MINCIENCIAS	Los soportes y/o evidencias presentadas por el líder del proceso, permiten identificar que el control asociado al riesgo es efectivo y se

de competencia del LSP por demoras en la contratación de personal, insumos y reactivos	<p>FIA1: Gestionar y supervisar por parte de los líderes responsables del proceso al talento humano vinculado como apoyo para atención de la pandemia</p> <p>F2O1: Fortalecer la implementación de estándares de calidad en el desarrollo de las actividades del LSP para la implementación de la norma ISO/IEC 17025</p>	<p>encuentra aplicado adecuadamente. Se identifica la gestión realizada para el fortalecimiento del procesos y del equipo de trabajo del LSP, aspectos importantes dado que el laboratorio ha jugado un papel importante en el manejo de la pandemia, en cuanto al procesamiento de los resultados de pruebas COVID para el Departamento.</p> <p>El proceso presenta como evidencia los proyectos formulados, los contratos suscritos del personal de LSP e informes de visita de IVC.</p> <p>Nota: La información completa del seguimiento se encuentra disponible en la matriz de seguimiento de CI, anexo al presente informe</p>
--	---	--

Resultado de la eficacia en la gestión del riesgo	Observación OCI
100%	De acuerdo a la información reportada por el líder del proceso correspondiente al seguimiento de dicho riesgo, se evidencia a la fecha de corte, el cumplimiento a nivel general de las actividades de control planteadas para el riesgo identificado, Se concluye que el control se ha ejecutado adecuadamente, <i>sin materialización del riesgo.</i>

2.3.6 ESTIÓN DE LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA

RIESGO No. 6	CONTROLES ASOCIADOS AL RIESGO	ACCIONES Y/O CUMPLIMIENTO DE ACCIONES
Inoportunidad en la entrega de resultados del Laboratorio	D1O1: IMPLEMENTAR SISTEMA DE INFORMACION PARA GARANTIZAR LA TRAZABILIDAD DE DATOS SOBRE ENTREGA DE RESULTADOS	La OCI evidenció en los documentos aportados la adecuada aplicación del control asociado al riesgo, toda vez que se indica que el control asociado al riesgo es efectivo y se encuentra aplicado adecuadamente.
	F1A1: GESTIONAR CON LA ALTA DIRECCION LAS NECESIDADES DEL LABORATORIO TENDIENTE A CUMPLIR CON LA OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE RESULTADOS	Se presenta documentos para evidenciar la formulación de los proyectos, la contratación de insumos del LSP y procesos de mantenimiento y calibración de equipos del LSP. Y como fortalecimiento de LSP para el manejo de la pandemia, se incluye el desarrollo de un software para el manejo de muestras de COVID-19.
	F2O1: APROVECHAR LAS PLATAFORMAS TECNOLÓGICAS PARA EL MANEJO TRANSVERSAL DE LA INFORMACIÓN DEL LSP	NOTA: La información completa del seguimiento se encuentra disponible en la matriz de seguimiento de CI, anexo al presente informe

Resultado de la eficacia en la gestión del riesgos	Observación OCI
100%	De acuerdo a la información reportada por el líder del proceso correspondiente al seguimiento de dicho riesgo, se evidencia a la fecha de corte, el cumplimiento de las actividades de control planteadas para el riesgo identificado, Se concluye que el control se ha ejecutado adecuadamente, sin materialización del riesgo.

2.3.7 GESTIÓN RECURSOS

RIESGO No. 7	CONTROLES ASOCIADOS AL RIESGO	ACCIONES Y/O CUMPLIMIENTO DE ACCIONES
DISMINUCIÓN EN LA GESTIÓN DE RECURSOS ECONOMICOS Y FINANCIEROS QUE GENERA INOPORTUNIDAD EN EL SUMINISTRO DE BIENES Y SERVICIOS DEL IDSN	F201: REVISAR, AJUSTAR Y DAR CUMPLIMIENTO A LOS PROYECTOS DE CAPACITACIONES ASOCIADOS AL PROCESO	Los soportes y/o evidencias presentadas, permiten identificar que el control asociado al riesgo de acuerdo con la fecha de corte evaluado. se ha venido implementando de manera adecuada, aunque el porcentaje de cumplimiento al final de la vigencia puede incrementarse. El proceso presenta como evidencia el desarrollo de capacitaciones en temas de manejo presupuestal y normatividad respecto a la materia. NOTA: La información completa del seguimiento se encuentra disponible en la matriz de seguimiento de CI, anexo al presente informe
	D101: FORTALECER LA CAPACITACIÓN DE LOS RESPONSABLES DEL PROCESO DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD EXPEDIDA EN EL MARCO DE LA EMERGENCIA SANITARIA COVID 19	
	F1A1: FORMULAR PLANES ESTRATEGICOS ALINEADOS A LAS POLITICAS DE MIPG DEL PROCESO, QUE PERMITAN AFRONTAR LA EMERGENCIA COVID 19	

Resultado de la eficacia en la gestión del riesgos	Observación OCI
100%	De acuerdo a la información reportada por el líder del proceso correspondiente al seguimiento de dicho riesgo, se evidencia a la fecha de corte, el cumplimiento de las actividades de control planteadas para el riesgo identificado, Se concluye que el control se ha ejecutado adecuadamente, sin materialización del riesgo.

2.3.8 GESTIÓN DEL RIESGO Y CONTROL INTERNO

RIESGO No. 8	CONTROLES ASOCIADOS AL RIESGO	ACCIONES Y/O CUMPLIMIENTO DE ACCIONES
DEBILIDAD EN LA EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LOS COMPONENTES QUE INTEGRAN EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	D101: FORTALECER DEBILIDADES DETECTADAS EN EL INFORME DE EVALUACION DE DESEMPEÑO INSTITUCIONAL Y DEL SISTEMA DE CI (FURAG) Y EN EL INFORME DE EVALUACION INDEPENDIENTE DEL ESTADO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO PARA PRIORIZAR ACTIVIDADES CON EL PERSONAL DE APOYO DISPONIBLE	La OCI evidenció en los documentos aportados la aplicación del control asociado al riesgo, en la que se identifica Si bien el porcentaje es aceptable para el periodo evaluado, el cumplimiento de las actividades tiene todavía un plazo de ejecución al finalizar la vigencia dado que el plan de trabajo de la OCI . Entre los documentos y evidencias aportadas se tienen el Informe de evaluación independiente del estado del sistema de control interno del primer semestre y los resultados del Informe de evaluación de desempeño institucional y del sistema de CI (FURAG) de la vigencia 2019. NOTA: La información completa del seguimiento se encuentra disponible en la matriz de seguimiento de CI, anexo al presente informe
	F1A1: PROGRAMAR Y PRIORIZAR LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR LA OFICINA DE CONTROL INTERNO EN EL MARCO DE LA EMERGENCIA SANITARIA DECLARADA POR EL GOBIERNO NACIONAL	
	F2O1: SEGUIMIENTO A LA IMPLEMENTACION DE LOS COMPONENTES DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO	

Resultado de la eficacia en la gestión del riesgos	Observación OCI
100%	De acuerdo a la información reportada por el líder del proceso correspondiente al seguimiento de dicho riesgo, se evidencia a la fecha de corte, el cumplimiento a nivel general de las actividades de control planteadas para el riesgo identificado, Se concluye que el control se ha ejecutado adecuadamente, sin materialización del riesgo.

2.3.9 GESTIÓN RED DE SERVICIOS

RIESGO No. 9	CONTROLES ASOCIADOS AL RIESGO	ACCIONES Y/O CUMPLIMIENTO DE ACCIONES
REALIZAR COBROS INDEBIDOS O SOLICITAR FAVORES A CAMBIO DE FILTRAR, ALTERAR INFORMACIÓN, RETRASAR O AGILIZAR DECISIONES INHERENTES A LOS PROCEDIMIENTOS DE GESTION DE RED DE SERVICIOS	F201: GESTIONAR DENTRO DE LAS ACTIVIDADES DEL PROCESO LOS REQUERIMIENTOS PARA CUMPLIR CON LA LEY DE PUNTO FINAL	Los soportes y/o evidencias presentadas, han permitido identificar que el control asociado al riesgo es efectivo y que permite de manera adecuada mitigar la ocurrencia del evento del riesgo para el periodo evaluado. Se presenta documentos para evidenciar su cumplimiento tales como: requerimientos técnicos y normativos para la aplicabilidad de la ley de punto final. Se ha contado con el acompañamiento y asesoramiento de funcionarios para fortalecer procesos de capacitación en temas financieros NOTA: La información completa del seguimiento se encuentra disponible en la matriz de seguimiento de CI, anexo al presente informe
	F1A1: FORTALECER CAPACIDADES EN EL TALENTO HUMANO INTERNO Y DE LOS ACTORES PERTINENTES EN TEMAS FINANCIEROS PARA MEJORAR LA GESTION DE RECURSOS ECONÓMICOS	
	D101: FORTALECER EL PROCESO DE PLANEACION PARA LA ASIGNACION DE RECURSOS MEDIANTE NUEVAS FUENTES PARA EL PAGO DE LAS RESPONSABILIDADES INSTITUCIONALES	

Resultado de la eficacia en la gestión del riesgos	Observación OCI
100%	De acuerdo a la información reportada por el líder del proceso correspondiente al seguimiento de dicho riesgo, se evidencia a la fecha de corte, el cumplimiento de las actividades de control planteadas para el riesgo identificado, Se concluye que el control se ha ejecutado adecuadamente, sin materialización del riesgo.

2.3.10 GESTIÓN TALENTO UMANO

RIESGO No. 10	CONTROLES ASOCIADOS AL RIESGO	ACCIONES Y/O CUMPLIMIENTO DE ACCIONES
INCUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS QUE REGULAN EL PROCESO DE GESTION DE TALENTO HUMANO	F2O1: ESTABLECER ACTIVIDADES DE CONTINGENCIA EN LA ATENCION DE SITUACIONES ADMINISTRATIVAS DE COMPETENCIA DE TALENTO HUMANO DE CARA A LA PANDEMIA COVID 19	<p>Los soportes y/o evidencias presentadas por el líder del proceso, permiten concluir que aunque el riesgo no se ha materializado,</p> <p>Se presentan evidencias en el cumplimiento de expedición de normatividad interna mitigar, controlar y realizar el adecuado manejo de la pandemia del coronavirus COVID-19 al interior de la entidad, ejecución del plan de capacitaciones y acompañamiento a situaciones de sobrecarga</p> <p>NOTA: La información completa del seguimiento se encuentra disponible en la matriz de seguimiento de CI, anexo al presente informe</p>
	F1A1: IMPLEMENTAR ESTRATEGIAS DE CAPACITACION, BIENESTAR Y SALUD EN EL TRABAJO PARA FORTALECER EL TALENTO HUMANO DE CARA A LA PANDEMIA COVID 19	
	D1O1: IMPLEMENTAR ACCIONES QUE INTERVENGAN O DISMINUYAN LOS EFECTOS GENERADOS POR SOBRECARGA LABORAL	

Resultado de la eficacia en la gestión del riesgos	Observación OCI
100%	De acuerdo a la información reportada por el líder del proceso correspondiente al seguimiento de dicho riesgo, se evidencia a la fecha de corte, el cumplimiento de las actividades de control planteadas para el riesgo identificado, Se concluye que el control se ha ejecutado adecuadamente, sin materialización del riesgo.

2.3.11 PLANIFICACIÓN DE DESARROLLO DE SISTEMA TERRITORIAL EN SALUD

IVC – SCA

RIESGO No. 11	CONTROLES ASOCIADOS AL RIESGO	ACCIONES Y/O CUMPLIMIENTO DE ACCIONES
INCUMPLIMIENTO EN LA APLICACIÓN DE LAS MEDIDAS SANITARIAS EVIDENCIANDO UN RIESGO PARA LA SALUD	F201: IMPLEMENTAR Y ALINEAR REQUISITOS DE MIPG CON LA OPERATIVIDAD DEL PROCESO DE IVC	<p>Se presentan los soportes y/o evidencias por parte del líder del proceso, que permiten identificar acciones para dar cumplimiento al control asociado al riesgo.</p> <p>El proceso presenta como evidencia actas de reuniones de grupos primarios, video grabaciones de las reuniones virtuales sostenidas para el desarrollo de las jornadas de asistencia técnica y conformación de grupos temáticos para el logro de la articulación de las políticas de MIPG.</p> <p>NOTA: La información completa del seguimiento se encuentra disponible en la matriz de seguimiento de CI, anexo al presente informe</p>
	F1A1: FORTALECER CAPACIDADES EN EL TALENTO HUMANO DE LOS ACTORES, MEDIANTE ACCIONES DE ASISTENCIA TECNICA, SOCIALIZACION Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA..	
	D101: IMPLEMENTACION Y DESARROLLO DE LAS POLITICAS DE MIPG DE LAS DIMENSIONES DE GESTION CON VALORES PARA LOS RESULTADOS Y GESTION DE LA INFORMACIÓN	

Resultado de la eficacia en la gestión del riesgos	Observación OCI
100%	De acuerdo a la información reportada por el líder del proceso correspondiente al seguimiento de dicho riesgo, se evidencia a la fecha de corte, el cumplimiento de las actividades de control planteadas para el riesgo identificado, Se concluye que el control se ha ejecutado adecuadamente, sin materialización del riesgo.

IVC - SSP

RIESGO No. 11	CONTROLES ASOCIADOS AL RIESGO	ACCIONES Y/O CUMPLIMIENTO DE ACCIONES
INCUMPLIMIENTO EN LA APLICACIÓN DE LAS MEDIDAS SANITARIAS EVIDENCIANDO UN RIESGO PARA LA SALUD	F2O1: IMPLEMENTAR Y ALINEAR REQUISITOS DE MIPG CON LA OPERATIVIDAD DEL PROCESO DE IVC	Se presentan los soportes y/o evidencias por parte del líder del proceso, que permiten. Identificar acciones para dar cumplimiento al control asociado al riesgo. Sin embargo el resultado del indicador, tal como está establecido dificulta medir el resultado de su efectividad NOTA: La información completa del seguimiento se encuentra disponible en la matriz de seguimiento de CI, anexo al presente informe
	F1A1: FORTALECER CAPACIDADES EN EL TALENTO HUMANO DE LOS ACTORES, MEDIANTE ACCIONES DE ASISTENCIA TECNICA, SOCIALIZACION Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA..	
	D1O1: IMPLEMENTACION Y DESARROLLO DE LAS POLITICAS DE MIPG DE LAS DIMENSIONES DE GESTION CON VALORES PARA LOS RESULTADOS Y GESTION DE LA INFORMACIONL	

Resultado de la eficacia en la gestión del riesgos	Observación OCI
62%	De acuerdo a la información suministrada por el líder del proceso correspondiente al seguimiento en dicho periodo, se obtiene un porcentaje aceptable de cumplimiento en las actividades de control establecidas para el riesgo identificado

2.3.12 GESTIÓN JURÍDICA

RIESGO No. 12	CONTROLES ASOCIADOS AL RIESGO	ACCIONES Y/O CUMPLIMIENTO DE ACCIONES
INEXACTITUD EN LA APLICACION DE LA NORMA EN EN LA GESTION ADMINISTRATIVA POR GESTION JURIDICA O SOMETIDOS A SU REVISION	D202: GESTIONAR POR LOS MEDIOS ELECTRONICOS INSTITUCIONALES LA SOCIALIZACIÓN DE INFORMACIÓN RELEVANTE DEL PROCESO.	<p>La OCI evidenció en los documentos aportados la aplicación del control asociado al riesgo, en la que se identifica que si bien el porcentaje es aceptable para el periodo evaluado, el cumplimiento de las actividades tiene todavía un plazo de ejecución al finalizar la vigencia dado que el plan de trabajo de la OCI .Se presenta documentos para evidenciar su cumplimiento tales como capacitaciones realizadas por parte de la Oficina Jurídica a las demás dependencias en temas como prevención daño antijurídico, procedimientos y manual de contratación, supervisión e interventoría de contratos. Al interior del equipo de trabajo se identifica la capacitación en temas como MIPG, Gerentes Públicos y competencias básicas y comportamentales y conocimiento del nivel profesional CNSC.</p> <p>NOTA: La información completa del seguimiento se encuentra disponible en la matriz de seguimiento de CI, anexo al presente informe</p>
	F1A1: REALIZAR CAPACITACIÓN AL TALENTO HUMANO DE GJ EN ACTUALIZACIÓN NORMATIVA EN CUMPLIMIENTO DEL PROCEDIMIENTO..	
	F101: EJECUTAR CURSO EN TEMA GENERALES DE LA GESTIÓN PUBLICA, POR LOS MEDIOS GRATUITOS DISPONIBLES PARA ACTUALIZACIÓN DEL TALENTO HUMANO DEL GJ.	

Resultado de la eficacia en la gestión del riesgos	Observación OCI
100%	De acuerdo a la información reportada por el líder del proceso correspondiente al seguimiento de dicho riesgo, se evidencia a la fecha de corte, el cumplimiento de las actividades de control planteadas para el riesgo identificado, Se concluye que el control se ha ejecutado adecuadamente, sin materialización del riesgo.

2.3.13 PLANIFICACIÓN DE DESARROLLO DE SISTEMA TERRITORIAL EN SALUD

RIESGO No. 13	CONTROLES ASOCIADOS AL RIESGO	ACCIONES Y/O CUMPLIMIENTO DE ACCIONES
DEBILIDAD EN LA PLANIFICACION DE PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS	D1O1: CONTINUAR CON LA ARTICULACION EN ASISTENCIAS TECNICAS DEL EQUIPO DE PROYECTOS QUE BRINDEN HERRAMIENTAS QUE SEAN CONSIDERADAS PARA EL DESARROLLO DE PROYECTOS.	Los soportes y/o evidencias presentadas por el líder del proceso, permiten concluir que aunque el riesgo no se ha materializado, el porcentaje de cumplimiento de los controles asociados al riesgo es bajo, teniendo en cuenta el periodo del seguimiento.
	D2O1: IMPLEMENTAR LA POLÍTICA DE TALENTO HUMANO, PARA ALINEAR FUNCIONES Y OBJETIVOS DE PROCESO DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO TERRITORIAL EN SALUD	Aunque se presentan evidencias en el cumplimiento de dos de los controles asociados, en uno de ellos (D2O1), no se han adelantado acciones que evidencien algún porcentaje de cumplimiento. Por lo anterior se recomienda al líder de proceso adelantar de manera inmediata acciones para poder ejecutar el control asociado.
	F1A1: MANTENER LA ASIGNACIÓN PRESUPUESTAL, PARA IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS, PLANES Y PROYECTOS PRIORIZADOS.	NOTA: La información completa del seguimiento se encuentra disponible en la matriz de seguimiento de CI, anexo al presente informe

Resultado de la eficacia en la gestión del riesgos	Observación OCI
100%	De acuerdo a la información reportada por el líder del proceso correspondiente al seguimiento de dicho riesgo, se evidencia a la fecha de corte, el cumplimiento de las actividades de control planteadas para el riesgo identificado, Se concluye que el control se ha ejecutado adecuadamente, sin materialización del riesgo.

Anexo:

Hace parte integral de este informe, la matriz de seguimiento de actividades de control consolidada con corte a 31 de MARZO de 2021, la cual contiene la información de las acciones desarrolladas para dar cumplimiento a las actividades de control planteadas, y el porcentaje de cumplimiento del indicador.

**INFORME**

CÓDIGO: F-PGED05-10

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página

17 de 14

Conclusiones y Recomendaciones

- La Oficina de Control Interno considera que los líderes y equipo de trabajo de los procesos del IDSN, han venido adelantando acciones y controles adecuados, para mitigar la materialización de los riesgos, a pesar de las dificultades presentadas por ocasión de la emergencia sanitaria por causa de la pandemia COVID-19, que no han permitido el normal desarrollo de actividades que apuntan al cumplimiento de la administración y gestión de los riesgos, puesto que el IDSN siendo ente rector de la salud en el Departamento.
- Las acciones adelantadas por la Oficina Asesora de Planeación y la Oficina de Control Interno, para el acompañamiento y monitoreo a las áreas de la entidad en las actividades de actualización y seguimiento de los riesgos por procesos, han permitido dar cumplimiento a las actividades propuestas en el componente Gestión del Riesgo del Plan Anticorrupción y Atención Al Ciudadano IDSN
- La Oficina de Control Interno en el seguimiento al mapa de riesgos, describe que los controles son gestionados de manera adecuada, manteniéndose evidencias objetivas de su aplicación por consiguiente no se han presentado a la fecha la materialización de riesgos identificados para los procesos del IDSN.
- Se observan oportunidades de mejora para el levantamiento e identificación de riesgos tecnológicos que fortalezcan los procedimientos de seguridad de la información y el uso de la tecnología en la entidad. Lo anterior permitirá mitigarlos y garantizar que los sistemas de información que son utilizados en la entidad sean seguros y confiables

Responsable Elaboración:	Firma	Fecha		
		Día	Mes	Año
OMAR ERNESTO CORDOBA SALAS Jefe Oficina Control Interno	<i>(ORIGINAL FIRMADO)</i>	20	05	2021
Proyectó: HEARLIN DARLEY LAGOS CHAVES Contratista OACI	<i>(ORIGINAL FIRMDO)</i>			

Ruta: Escritorio\CIG\SEGUIMIENTO MAPA DE RIESGOS 2020\SEGUIMIENTO MAPA DE PRIMER TRIMESTRE 2021



INFORME

CÓDIGO: F-PGED05-10

VERSIÓN: 01

FECHA: 23-08-2013

Página

18 de 14

A large, empty rectangular box with a black border, occupying the central portion of the page. It is currently blank, suggesting it is a placeholder for content that is not present in this version of the document.