

## Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano

### Componente 1: Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción

#### Seguimiento 1 OFICINA DE CONTROL INTERNO

| Subcomponente/procesos   | Actividades programadas   | Actividades realizadas  | % de avance | Observaciones  |
|--|---|---|-------------|--|
| <b>Subcomponente/proceso 1</b><br>Política de Administración de Riesgos          | 1.1 Establecer estrategias de comunicaciones  | No se observan avances  | 0           |  |
|  | 1.2 Definir funciones con miras a evitar la concentración de poder  | No se observan avances  | 0           |  |
|  | 1.3 Ausencia de un reglamento interno actualizado y de manuales de procesos y procedimientos  | No se observan avances  | 0           |  |
| <b>Subcomponente/proceso 2</b><br>Construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción | 2.1 Elaboración de un Listado de recepción de documentación por parte de los prestadores de servicios de salud.<br><br>Análisis del tiempo recepción, gestión y registro del prestador de servicios de salud                    | Se cuenta con formato elaborado para relacionar las inscripciones o novedades de los prestadores de servicios de salud.<br><br>El formato se diligenciará a partir del mes de Mayo de la presente vigencia.   | 50%         | El cumplimiento de la actividad se reportará en el mes de junio que se cumple con la fecha programada según el periodo de implementación.                                  |
|  | 2.2 Rotación del Equipo verificador para alternar las visitas<br><br>Elaboración de formato en declaración por parte de verificación  | El equipo de verificadores del subgrupo es rotativo y alterna para todas las visitas de verificación dependiendo del nivel de complejidad del prestador de servicios de salud.<br><br>Esta elaborado el formato de declaración por parte del verificador revisado por el área jurídica y socializado con el equipo de verificadores del subgrupo de vigilancia y control. | 33%         |  |
|  | 2.3 Lista de chequeo de requisitos mínimos para la expedición de Licencias de emisiones de radiaciones ionizantes<br><br>Elaboración de Acta de seguimiento del proceso de licencia de funcionamiento para emisiones ionizantes | Se esta elaborando la lista de cheque con requisitos mínimos para la expedición de Licencias de emisiones de radiaciones ionizantes.<br><br>Se esta elaborando acta de seguimiento del proceso de licencia de funcionamiento para emisiones ionizantes  | 10%         | Esta actividad se esta proyectando y el cumplimiento de la misma se reportará en el mes de junio que se cumple con la fecha programada según el periodo de implementación. |
|  | 2.4 Diseñar y aplicar el procedimiento para efectuar los recobros   | Se verificó que actualmente se está realizando la filtración de los pagos realizados a las E.S.E. e IPS por atención de usuarios que no son PPNA, para clasificar por E.P.S. y proceder a los recobros respectivos.   | 11%         |  |



Entidad: **INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER**

Año: **2016**

Fecha de Publicación: **10 de Mayo de 2016**

## Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano

### **Componente 1:** Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción

#### Seguimiento 1 OFICINA DE CONTROL INTERNO

| Subcomponente/procesos | Actividades programadas   | Actividades realizadas   | % de avance | Observaciones   |
|------------------------|---|--|-------------|---|
| 2.5                    | <p>Conformar equipo interdisciplinario: líder de financiera, auditor y un jurídico de PSS para las auditorias y la conciliación de glosas con IPS ó ESE.</p> <p>Sistematización de la trazabilidad de la facturación.</p> | <p>Se han conformado los equipos interdisciplinarios para la conciliación de glosas y auditorias.</p>  | 0%          | <p>La conformación de los equipos interdisciplinarios se han efectuado por oficio, aún no se ha emitido acto administrativo.</p>  |
| 2.6                    | <p>Capacitar y socializar a los funcionarios del IDS sobre la metodología evaluación diseñada por el MSPS sobre la capacidad de gestión de los Municipios certificados</p>  | <p>*Comformación del grupo evaluador mediante Resolución 0733 del 11/03/2016.<br/>           *Capacitación realizada al grupo evaluador convocada mediante circular No.64 del 01/03/2016.<br/>           *Capacitación a los señores alcaldes y su grupo de trabajo convocada mediante circular NO.063 del 01/03/2016.</p> | 50%         | <p>En estos momentos las diferentes dependencias que participan en el proceso de evaluación se encuentran en la etapa de verificación de la información y preparación del informe donde se evidencia la calificación dada a cada indicador objeto de la evaluación.</p> |



## Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano

### Componente 1: Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción

#### Seguimiento 1 OFICINA DE CONTROL INTERNO

| Subcomponente/procesos  | Actividades programadas | Actividades realizadas   | % de avance   | Observaciones |  |
|---|-------------------------|--|---|---------------|--|
| <b>Subcomponente/proceso 2<br/>Construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción</b> | 2.7                     | <p>Contar con una base de datos (Bitacora) donde se revisan todas las remisiones</p> <p>Establecer políticas para garantizar la remisión de los pacientes</p> <p>Adquirir software</p> | No se reportaron avances, por parte de la Coordinación de Vectores.   | 0%            | La Oficina de Control Interno, dentro de su cronograma de auditorias, efectuará el seguimiento correspondiente al cumplimiento de este compromiso.   |
|   | 2.8                     | <p>Capacitación al personal y sensibilizar sobre su responsabilidad.</p> <p>Recurso humano certificado en la Norma de Competencia Laboral PAI</p>                                      | <p>1. Se han capacitado a los coordinadores PAI y vacunadores de los 40 municipios del departamento en Lineamientos PAI, SWITCH DE POLIO.</p> <p>2. Se envía correos a los coordinadores de Salud Pública Municipales para que envíen la información de las vacunadoras que no se han certificado en la Norma de Competencia Laboral(NCL)</p> |               | <p>Se cumple con las actividades planeadas para el primer trimestre.</p> <p>1. Pendiente capacitaciones en los trimestres restantes.</p> <p>2. Pendiente la articulación con SENA Regional Cúcuta para el inicio de certificación de la Norma (NCL)</p> <p>3. Seguimiento a los municipios de La Esperanza, Ragonvalia, Tibú por pérdida de Biológico a pesar de que se ha capacitado al recurso humano.</p> |
|   | 2.9                     | Seguimiento a 30 planes de trabajo de los operarios  | Actualmente se han realizado los cronogramas de trabajo y se han establecido los seguimientos a los mismos.   | 11%           |  |
|   | 2.10                    | Visitas aleatorias a los establecimientos farmacéuticos autorizados  | No se han dado avances  |               |  |
|   | 2.11                    | Visitas aleatorias a los establecimientos farmacéuticos autorizados  | No se han dado avances  |               |  |
|   | 2.12                    | Seguimiento y revisión previa a los autos o expedición de fallos en primera y en segunda instancia   | No se han presentado fallos.  | 0%            |  |
|   | 2.13                    | Seguimiento y revisión del expediente antes de proyectar la resolución donde se concede la personería  | No se han recibido solicitudes de personería  | 0%            |  |



Entidad: **INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER**

Año: **2016**

Fecha de Publicación: **10 de Mayo de 2016**

## Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano

### Componente 1: Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción

#### Seguimiento 1 OFICINA DE CONTROL INTERNO

| Subcomponente/procesos | Actividades programadas  | Actividades realizadas                | % de avance | Observaciones   |
|------------------------|--|---------------------------------------|-------------|---|
| 2.14                   | <p>Actualizar el manual de contratación y contar con un comité de contratación.</p> <p>Contar con un cronograma de contratación</p>            | A 30 de abril no se observan avances. | 0%          | La Oficina de Control Interno a través de comunicación escrita y verbal le recuerda a la Coordinación de Prestación de Servicios la responsabilidad de dar cumplimiento al presente compromiso. |
| 2.15                   | <p>Realizar una efectiva supervisión y exigencia en el cumplimiento de los contratos.</p> <p>Requerimientos de informes a los supervisores</p> | No se reportaron avances              | 0%          |   |



Entidad: **INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER**

Año: **2016**

Fecha de Publicación: **10 de Mayo de 2016**

## Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano

### Componente 1: Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción

#### Seguimiento 1 OFICINA DE CONTROL INTERNO

| Subcomponente/procesos  | Actividades programadas | Actividades realizadas  | % de avance   | Observaciones  |   |
|---|-------------------------|---|---|--|---|
| <b>Subcomponente/proceso 2<br/>Construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción</b> | 2.16                    | Cruce informacion entre prestacione servicios de salud, contabilidad, presupuesto y pagaduria.<br><br>Utilizacion del modulo de contratacion del Software de TNS  | Se han efectuado los cruces de informacion entre prestacione servicios de salud, contabilidad, presupuesto y pagaduria.<br><br>5%   | Aún no se cuenta con los recursos económicos para la adquisición del software. |   |
|   | 2.17                    | Designacion por acto administrativo de comité evaluadores de los proceso de contratacion<br><br>Creacion comité de procesos contractuales por acto administrativo que permita garantizar los principios de planificacion y trasparencia a los mismos. | A 30 de abril aún no se ha avanzado en este compromiso.   | 0%   |   |
|   | 2.18                    | Verificacion con las instituciones publicas y privadas de los titulos a Registrar   | La Asesora de Control Interno del Instituto Departamental de Salud, constató que se viene dando cumplimiento a este compromiso, a través de las comunicaciones y listados presentados por las Instituciones de formación. | 11%  | Se califica con este porcentaje, teniendo en cuenta que son 9 meses de ejecución del presente plan, y la acción es permanente, que si se continúa su cumplimiento, a 31 dediciembre obtendrá el 100% de cumplimiento. |
|   | 2.19                    | Verificación de requisitos antes de posesión y Cumplir con los establecido en la Ley 909 del 2004 y sus decretos reglamentarios   | La Auditoria interna verificó el cumplimiento de los requisistos y procedimiento, en el expediente de las Hojas de Vida de los recientes posesionados.  | 11%  |   |



Entidad: **INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER**

Año: **2016**

Fecha de Publicación: **10 de Mayo de 2016**

## Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano

### Componente 1: Gestión del Riesgo de Corrupción - Mapa de Riesgos de Corrupción

#### Seguimiento 1 OFICINA DE CONTROL INTERNO

| Subcomponente/procesos                            | Actividades programadas | Actividades realizadas   | % de avance   | Observaciones   |
|---|-------------------------|--|---|---|
| Subcomponente/proceso 3<br>Consulta y divulgación | 3.1                     | Capacitación y sensibilización al personal de la Entidad para la implementación del software de gestión de correspondencia.  | 20%   | Este compromiso debe ser modificado, en razón a que no se refiere al software documental sino al de correspondencia.              |
|   | 3.2                     | Publicación en la pagina web el Plan Anticorrupcion e otros informes del IDS de interes a la comunidad en general  | <p>Se verificó la capacitación efectuada al personal que labora en el Área de Correspondencia; esta capacitación debe ser entregada también a los funcionarios que tengan relación con la correspondencia de las diferentes dependencias del Instituto y a los responsables de las mismas.</p> <p>El Plan Anticorrupción fue publicado en la Web Institucional el día 30 de marzo de 2016.</p> <p>De igual manera, se publicaron los siguientes informes:<br/>Presupuesto para la vigencia 2016 y su ejecución a marzo 30 de 2016.<br/>Estados Financieros a 31 de diciembre de 2015<br/>Estados Financieros a 30 de marzo de 2016<br/>Planes de Acción 2016<br/>Evaluación de la Gestión a 31 de diciembre de 2015<br/>Evaluación de la Gestión a marzo 30 de 2016 (100 días de Gestión)</p> | 11%   |
| Subcomponente/proceso 4<br>Monitorio y revisión   | 4.1                     | Los líderes de los procesos en conjunto con sus equipos deben monitorear y revisar periódicamente el documento del Mapa de Riesgos de Corrupción y si es del caso ajustarlo haciendo públicos los cambios. | 11%   | A la fecha no se ha efectuado ajuste al Plan Anticorrupción.  |
| Subcomponente/proceso 5<br>Seguimiento            | 5.1                     | Realizar auditorías internas analice las causas, los riesgos de corrupción y la efectividad de los controles incorporados en el Mapa de Riesgos de Corrupción  | 11%   | La oficina de Control Interno cuenta con un Plan de Auditorías para la vigencia 2016, el cual se ha venido cumpliendo en un 100%. |