



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

Vigencia: **2016**

Fecha de Publicación: **16 de enero de 2017**

Fecha de seguimiento: **31 de Diciembre 2016**

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano

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

Seguimiento 3 OFICINA DE CONTROL INTERNO

Subcomponente/procesos	Actividades programadas	Actividades realizadas a 31 de Diciembre de 2016	% de avance	Observaciones
Subcomponente/proceso 1 Política de Administración de Riesgos	1.1 Establecer estrategias de comunicaciones	se cuenta con correos institucionales, comunicados de prensa, pagina web: www.ids.gov.co , comunicaciones escritas, cuentas en redes sociales(youtube : instituto dptal de salud Norte de Santander. Twitter: @idssocial, facebook: insittuto dptal de salud Norte de Santander	100%	
	1.2 Definir funciones con miras a evitar la concentración de poder	se ha reducido el riesgo de concentracion de autoridad o exceso de poder, frente a cualquier accion de vigilancia y control, por lo que se se encuentra en cabeza del Director del IDS; Teniendo en cuenta que es el quien toma las decisiones ante cualquier sancion o anomalia en que incurran los actores de se	100%	
	1.3 Ausencia de un reglamento interno actualizado y de manuales de procesos y procedimientos	se ha actualizado el manual de funciones para evitar la extralimitacion de funciones desde Recursos Humanos	100%	el manual de correspondencia se encuentra actualizado y esta para incluir en el archivo maestro
	2.1 Elaboración de un Listado de recepción de documentación por parte de los prestadores de servicios de salud. 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. Se realiza el analisis de la oportunidad calculando el tiempo transcurrido entre la solicitud por parte del prestador y el tramite realizado con cargue en la plataforma del ministerio.	100%	



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

Vigencia: **2016**

Fecha de Publicación: **16 de enero de 2017**

Fecha de seguimiento: **31 de Diciembre 2016**

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano

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

Seguimiento 3 OFICINA DE CONTROL INTERNO

Subcomponente/procesos	Actividades programadas	Actividades realizadas a 31 de Diciembre de 2016	% de avance	Observaciones
2.2	Rotación del Equipo verificador para alternar las visitas 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. Esta elaborado el formato de declaración juramentada por parte del verificador inhabilitado, el cual esta revisado por el área jurídica y socializado con el equipo de verificadores del subgrupo de vigilancia y control.	100%	
2.3	Lista de chequeo de requisitos minimos para la expedición de Licencias de emisiones de radiaciones ionizantes Elaboración de Acta de seguimiento del proceso de licencia de funcionamiento para emisiones ionizantes	Se cuenta con lista de chequeo con requisitos minimos para la expedición de Licencias de emisiones de Radiaciones Ionizantes. El seguimiento a la supervision del proceso se hace mediante un acta donde se reporta el cumplimiento del mismo.	100%	



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

Vigencia: **2016**

Fecha de Publicación: **16 de enero de 2017**

Fecha de seguimiento: **31 de Diciembre 2016**

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano

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

Seguimiento 3 OFICINA DE CONTROL INTERNO

Subcomponente/procesos	Actividades programadas	Actividades realizadas a 31 de Diciembre de 2016	% de avance	Observaciones
Subcomponente/proceso 2 Construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción	2.4 Diseñar y aplicar el procedimiento para efectuar los recobros	<p>El procedimiento es el descrito en el concepto del MSPS, que establece "REINTEGROS DE RECURSOS APROPIADOS O RECONOCIDOS SIN JUSTA CAUSA. Cuando el administrador fiduciario del FOSYGA o cualquier entidad o autoridad pública, en el ejercicio de sus competencias como participante o actor en el flujo de caja detecte que se presentó apropiación sin justa causa de recursos del sector salud, en los eventos que señale el reglamento, solicitará en forma inmediata las aclaraciones respectivas o su reintegro, el cual procederá a más tardar dentro de los 20 días siguientes a la comunicación del hecho.</p> <p>La auditoria interna verificó las comunicaciones de recobro efectuadas a las IPS y demás entidades.</p>	50%	Aunque se está aplicando la directriz del Ministerio, se debe implementar el procedimiento o política operativa, que permita la sostenibilidad del mismo.
	2.5 Conformar equipo interdisciplinario: líder de financiera, auditor y un jurídico de PSS para las auditorias y la conciliación de glosas con IPS ó ESE. Sistematización de la trazabilidad de la facturación.	Se evidenció la suscripción de las actas de conciliación de glosas con la firma del líder de financiera, el auditor y el jurídico.	100%	
	2.6 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	Se hizo la gestión ante el MSPS para que capacite a un funcionario de planta del grupo de atención en salud sobre la metodología de la capacidad de gestión de los municipios descentralizados el cual a su vez replicara al equipo evaluador vigencia 2016.	90%	Se realizó la evaluación de los 6 municipios descentralizados y se elaboró el acto administrativo donde se plasmó la calificación obtenida en cada uno de los indicadores, y se remitió al Ministerio de Salud y Protección Social. Solo quedó pendiente el seguimiento y cierre a los planes de mejoramiento, que se realizará en el primer trimestre de la vigencia del 2017.

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano

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

Seguimiento 3 OFICINA DE CONTROL INTERNO

Subcomponente/procesos	Actividades programadas	Actividades realizadas a 31 de Diciembre de 2016	% de avance	Observaciones
	<p>2.7</p> <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>	<p>la auditoría de control interno verificó la implementación de una base de datos en la página del IDS llamada SISMATE la cual todavía se está trabajando en conjunto con la base de datos de excell.</p>	100%	
	<p>2.8</p> <p>Capacitación al personal y sensibilizar sobre su responsabilidad.</p> <p>Recurso humano certificado en la Norma de Competencia Laboral PAI</p>	<p>Se gestionó ante el SENA para la certificación y recertificación del recurso humano en la norma del PAI, pero no se tuvo respuesta, pues el SENA no contó con el recurso humano disponible para realizar la evaluación del talento humano enviado desde el departamento, en espera que para el 2017 se pueda contar con la certificación y recertificación del equipo vacunador del departamento.</p>	0%	El SENA no contó con el equipo disponible para la evaluación del grupo de vacunadores del Departamento.
	<p>2.9</p> <p>Seguimiento a 30 planes de trabajo de los operarios</p>	<p>Supervisión indirecta a 30 planes de trabajo de los funcionarios de control de vectores que realizan acciones de Control, Promoción y Prevención de las ETV en los municipios de Los Patios, Villa del Rosario, El Zulia, San Cayetano, Puerto Santander, Tibu, El Tarra, Chinacota, Ragonvalia, Herran, Arboledas, Cucutilla, Salazar, Sardinata, San Cayetano, Bochalema, Durania, Toledo y Labateca, Ocaña, Convención, Abrego, EL Carmen,</p>	100%	Se verifican las actividades mediante reuniones mensuales, con planes de trabajo que se estructuran junto con la Coordinación de ETV.
<p>Subcomponente/proceso 2</p> <p>Construcción del</p>	<p>2.10</p> <p>Visitas aleatorias a los establecimientos farmacéuticos autorizados</p>	<p>se realizan vistas de inspección y vigilancia y control a los establecimientos farmacéuticos: farmacias, tiendas naturistas, servicios farmacéuticos, farmacias homopáticas</p>	100%	

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano

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

Seguimiento 3 OFICINA DE CONTROL INTERNO

Subcomponente/procesos	Actividades programadas	Actividades realizadas a 31 de Diciembre de 2016	% de avance	Observaciones	
Mapa de Riesgos de Corrupción	2.11	Visitas aleatorias a los establecimientos farmacéuticos autorizados	se realizan vistas de inspección vigilancia y control a los establecimientos farmacéuticos: farmacias, tiendas naturistas, servicios farmacéuticos, farmacias homopáticas	100%	
	2.12	Seguimiento y revisión previa a los autos o expedición de fallos en primera y en segunda instancia	La Oficina Jurídica y Control Interno Disciplinario efectúa el seguimiento y revisión de fallos en primera instancia	100%	El área de Control Interno Disciplinario solo se encarga de realizar fallos de 1a instancia, puesto que la Dirección del IDS es la 2a instancia
	2.13	Seguimiento y revisión del expediente antes de proyectar la resolución donde se concede la personería	Durante la vigencia 2016 se recibieron 2 solicitudes de personería jurídica, a las cuales se les efectuó revisión y seguimiento para que se cumpla con los estándares establecidos en el Decreto 1088 de 1991.	100%	
	2.14	Actualizar el manual de contratación y contar con un comité de contratación. Contar con un cronograma de contratación	La oficina de Control Interno no encontró la evidencia de la formulación del cronograma de contratación de la vigencia 2016. en ese sentido, se solicitó por escrito la elaboración del cronograma de contratación para la vigencia 2017, el cual posteriormente fue proyectado, esta para su revisión y su aplicación. Respecto a la actualización del Manual de Contratación, esta aún no se ha efectuado.	50%	
	2.15	Realizar una efectiva supervisión y exigencia en el cumplimiento de los contratos. Requerimientos de informes a los supervisores.	La Oficina de Control Interno verificó el adecuado seguimiento al proceso contractual celebrado en el Grupo de Salud Pública	100%	



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

Vigencia: **2016**

Fecha de Publicación: **16 de enero de 2017**

Fecha de seguimiento: **31 de Diciembre 2016**

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano

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

Seguimiento 3 OFICINA DE CONTROL INTERNO

Subcomponente/procesos	Actividades programadas	Actividades realizadas a 31 de Diciembre de 2016	% de avance	Observaciones
Subcomponente/proceso 2 Construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción	2.16 Cruce información entre prestación de servicios de salud, contabilidad, presupuesto y pagaduría. Utilización del módulo de contratación del Software de TNS	La Dirección adquirió el software, herramienta que facilitará el registro y control de la facturación, donde se logrará llevar la trazabilidad de la misma.	100%	
	2.17 Designación por acto administrativo de comité evaluadores de los procesos de contratación Creación comité de procesos contractuales por acto administrativo que permita garantizar los principios de planificación y transparencia a los mismos.	Se designaron por acto administrativo, todos los comités de evaluación de los procesos de contratación de selección Abreviada	100%	
	2.18 Verificación con las instituciones públicas y privadas de los títulos a Registrar	La verificación de los títulos se realiza mediante la relación de egresados que envían los institutos no formales, de igual forma los profesionales en el área de la Salud se realiza mediante cruce de información que envían las universidades de la región y mediante aplicativos a través de la página web y a los extranjeros mediante la convalidación	100%	
	2.19 Verificación de requisitos antes de posesión y Cumplir con los establecido en la Ley 909 del 2004 y sus decretos reglamentarios	Se realizan los estudios técnicos de viabilidad de posesión de empleos de los cargos vacantes provisto durante el año, se confrontan los requisitos con la hoja de vida de las personas a posesionar de igual forma se lleva una hoja de ruta para control de los documentos.	100%	



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

Vigencia: **2016**

Fecha de **Publicación: 16 de enero de 2017**

Fecha de seguimiento: **31 de Diciembre 2016**

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano

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

Seguimiento 3 OFICINA DE CONTROL INTERNO

Subcomponente/procesos	Actividades programadas	Actividades realizadas a 31 de Diciembre de 2016	% de avance	Observaciones
Subcomponente/proceso 3 Consulta y divulgación	3.1 Capacitación y sensibilización al personal de la Entidad para la implementación del software de gestión de correspondencia.	se implemento el software SIEP de Gestion documental, se capacitaron a los funcionarios de la entidad y contratistas en el manejo de software. Se crearon usuarios para el manejo de gestion documental. Se realizo la adecuacion y funcionamiento de la oficina de gestion documental	100%	todo documento que ingresa por la ventanilla unica en correspondencia es digitalizado y tramitado mediante el software. Se debe realizar retroalimentacion al personal y contratista de la entidad.
	3.2 Publicación en la pagina web el Plan Anticorrupcion y otros informes del IDS de interés a la comunidad en general	se ha publicado en la pagina web del IDS el plan anticorrupcion, plan de accion institucional , POAS dimensiones pdsp, informe de gegstion 100 dias.	100%	se puede visualizar ingresando al portal web de la institucion www.lids.gov.co
Subcomponente/proceso 4 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.	se ha realizado periodicamente el documento del mapa de riesgo de corrupcion.	100%	esta actividad se ha trabajado rn conjunto con la oficina de Control Interno en cuanto a la mitigacion de los riesgos identificados en el mapa de riesgos identificados en el mapa de riesgo institucional 2016
Subcomponente/proceso 5 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	La Oficina de Control Interno efectuó los seguimientos periódicos al Plan Anticorrupción, como lo establecen las normas, se elaboraron los informes y se publicaron en la web institucional. De igual manera, ejecutó el Plan de Auditorías de la vigencia 2016 en el 100%, cuyos informes fueron emitidos a los responsables del proceso y a la Dirección, con las respectivas alertas y sugerencias.	100%	