

Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano

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

Subcomponente/procesos	Actividades	Meta o producto	Actividades realizadas en el periodo de septiembre a diciembre de 2019	%avance	Responsable de la ejecución de la actividad	
Subcomponente/proceso 1 Política de Administración de Riesgos	1,1	Socializar el proyecto de presupuesto de la entidad lo que incluye el POAI y el COAI-PAS en el comité Directivo de la entidad.	Proyecto de presupuesto socializado y concertado antes de presentar el proyecto de presupuesto a la Junta Directiva de salud para su aprobación antes del 30 de enero de cada vigencia.	El proyecto de Presupuesto para la vigencia 2019 y el presupuesto definitivo fueron socializados por parte de la Coordinación Financiera con los responsables de todas las dependencias.	100%	Alta Dirección, Coordinación del área financiera y Comité directivo (Integrantes).
	1,2	El servidor público bien sea personal de planta o contratista debe abstenerse de obstaculizar, poner trabas o direccionar a terceras personas la elaboración de informes o documentos técnicos; condicionando la viabilidad o conceptos técnicos a cambio de dadibas.	Rectoría e imagen institucional fortalecida.	Este direccionamiento fue entregado a todas las dependencias para su divulgación y aplicación. No se han recibido quejas por el incumplimiento de esta directriz	100%	Coordinadores de los grupos y subgrupos de la entidad Funcionarios de planta y contratistas de la entidad.
	1.2.1	Seguimiento al cumplimiento del Plan de capacitaciones y asistencia técnicas en los cuales se evidencien soportes como: Listas de asistencias con actas/informes de monitoreo, que incluyan de las sugerencias, recomendaciones técnicas y los compromisos con fecha de cumplimiento y responsables.	Capacitaciones y asistencias técnicas debidamente soportadas que evidencien la Gestión con Valores para Resultados.	Las Coordinaciones de los Grupos y Subgrupos realizan el seguimiento a esta actividad. La oficina de Control Interno a través de las auditorías internas evalúa el cumplimiento y eficacia de este control.	100%	Coordinadores de los grupos, subgrupos y responsables de las dimensiones del PTS.
	1,3	Implementación y divulgación del código de integridad del servidor público.	Rectoría e imagen institucional fortalecida enfocada a la Gestión con Valores para Resultados.	Seguido de varias divulgaciones vía e-mail a los servidores públicos del Instituto y de acuerdo a la circular No. 011 emitida de la Oficina de Recursos Humanos se convocó y se llevó a cabo una capacitación de sensibilización del Código de Integridad a los funcionarios de planta del Instituto, logrando la participación de 266 funcionarios de planta y contratados.	100%	Alta Dirección y Comité Funcionarios de planta y contratistas de la entidad.

	2.1	Seguimiento a tiempos de tramite (Licencias de funcionamiento de RX, Verificación de condiciones de habilitación., Licencias de salud ocupacional, novedades, inscripción, PQR), recepción, gestión y registro del prestador de servicios de salud, visitas de verificación, tramite de sanciones y pqr para su resolución.	Identificar el 100% de posible demoras, tramite de influencias, descuentos injustificados de sanciones o deficiente tramite en la prestación de servicios de salud de los querellantes.	<p>Se cuenta con formato elaborado para relacionar las inscripciones y novedades de los prestadores de servicios de salud. Se realiza el análisis 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.</p> <p>Se encuentra elaborado el formato de declaración juramentada para ser diligenciado por parte del verificador inhabilitado para realizar visita de verificación a instituciones en las que tenga algun vinculo o criterio definido por la norma (Resolucion 2003 de 2014) para impedirse a realizar dicha diligencia por encontrarse sezdado cualquier tipo de decision frente al prestador de servicio de salud visitado.</p> <p>Se encuentra elaborada encuesta para evaluar la satisfacción y/o insatisfacción de los prestadores de servicios de salud, en cuanto al desarrollo de las visitas de verificación de las condiciones de habilitación realizadas en sus Instituciones o consultorios.</p> <p>Se cuenta con lista de chequeo con requisitos minimos para la expedición de Licencias de emisiones de Radiaciones Ionizantes. El seguimiento a la supervisión del proceso se hace mediante un acta donde se reporta el cumplimiento del mismo.</p> <p>Se realiza el seguimiento por medio de la base de datos en donde cuantificamos el tiempo que transcurre entre la solicitud y la expedición de la licencia en Vigilancia y Control.</p>	100%	Coordinación del Subgrupo de Vigilancia y Control
	2.2	socializar en las jornadas de induccion del talento humano al personal de planta y contratistas el codigo de etica Identificar acciones que generen afectación a los normales tiempos de tramite de cuentas de cobro internas y externas en la entidad.	Divulgacion del codigo de etica a nivel institucional	Código de Ética divulgado	100%	Coordinador de Recursos Humanos / Asesora de control interno / cordinadores de grupo y subgrupo
	2.3	Seguimiento mensual al cumplimiento del procedimiento para efectuar los recobros	Recobros efectuados- recuperación del recursos PPNA	La Coordinación del Subgrupo de Prestación de Servicios no reportó las acciones realizadas	0%	Coordinación del Subgrupo de Prestacion de Servicios de Salud
	2.4	Conformar equipo interdisciplinario: líder de financiera, auditor y un jurídico de PSS para las auditorias y la conciliación de glosas con IPS ó ESE para la Sistematizacion de la trazabilidad de la facturación	Actas de conciliación suscritas por el equipo interdisciplinario.	La Coordinación del Subgrupo de Prestación de Servicios no reportó las acciones realizadas	0%	Coordinación del Subgrupo de Prestacion de Servicios de Salud

Subcomponente/proceso 2 Construcción del Mapa de Riesgos de Corrupción	2.5	<p>Contar con una base de datos (Bitácora) donde se revisan todas las remisiones</p> <p>Establecer políticas para garantizar la remisión de los pacientes</p> <p>Adquirir software</p>	Evitar favorecer la remisión de pacientes a IPS específicas	El Centro Regulador de Urgencias y Emergencias implementó Bitácora física y magnética donde se evidencia la gestión adelantada con el proceso de referencia de pacientes de los 40 municipios donde se verifica que la gestión realizada por parte del personal radioperador es de acuerdo a la red contratada por parte de las aseguradoras de acuerdo al nivel de complejidad requerido en cada caso.	100%	CRUE
	2.6	<p>Matener un registro sistematizado de ingreso y salida de los insumos críticos de interés en salud Pública.</p>		<p>Los insumos de interés en salud pública, son administrados por el profesional responsable del evento de interés en salud pública, quien autoriza la salida o entrega del mismo independientemente del lugar de custodia donde se almacenen. Así mismo todos los insumos de tipo consumibles son ingresados al programa de TNS en el módulo Almacén.</p>	100%	Funcionario responsables de los programas de PAI, ETV, Zoonosis, Lepra y Tuberculosis.
	2.7	<p>Realizar inventarios físicos periódicos de los de los insumos críticos de interés en salud Pública</p>	Mantener actualizado los inventarios de los insumos críticos de interés en salud Pública por parte de las dependencias responsables (coordinadores o referentes de programas)	<p>Desde el Grupo de Salud Pública, las diferentes áreas que reciben y custodian los insumos críticos de salud pública garantizan el registro de entradas y salidas de los mismos, como mecanismo de control a través de formatos en físico, colectores de datos en excel y software.</p> <p>Zoonosis: Vacuna antirrábica para caninos y felinos.</p> <p>Subgrupo control de vectores: Insecticidas, toldillos.</p> <p>Subgrupo Laboratorio de Salud Pública: Reactivos, medios de cultivo.</p> <p>Programa ampliado de inmunizaciones: Biológicos.</p> <p>Lepra - Tuberculosis-Malaria - Leishmaniasis: Medicamentos .</p>	100%	
	2.8	<p>Realizar la publicación en la página web, de los establecimientos u objetos sanitarios de interés en salud pública; autorizados o certificados en su funcionamiento.</p>	Mantener actualizado el listado de establecimientos u objetos sanitarios de interés en salud pública; autorizados o certificados en su funcionamiento.	Se evidencia información de actualización a los datos abiertos de control de medicamentos publicados en nuestra página web. Se evidencia en base de datos de sistemas de información para el proceso de generar los datos abiertos de los objetos sanitarios autorizados por Salud ambiental.	100%	Funcionario responsables de la oficina de Salud Ambiental y Medicamentos

2.9	Evaluación técnico- financiera de la ejecución de los Planes Territoriales de Salud Pública.	100% de las evaluaciones técnico- financiera con soportes de ejecución.	La Coordinación de Salud Pública solicita eliminar esta actividad propuesta, por cuanto el PTS al no ser el Grupo de Salud Pública quien lo formula en su totalidad no puede así mismo evaluar lo que bien se formule por otras dependencias y entidades, lo que no permitirá que los controles que defina para mitigar un posible riesgo sean eficientes. Así mismo, la Oficina de Control Interno opina que la tipología de este riesgo no es de corrupción, se puede asociar a un riesgo estratégico, financiero o de cumplimiento, entre otros.	0%	Subgrupo de Salud Pública
2.10	Establecer mecanismos de control en la recepción, procesamiento y emisión de resultados de análisis de muestras para control de calidad.	Resultados de análisis de laboratorio cumpliendo con parámetros de calidad.	El laboratorio de Salud Pública en el marco de la norma ISO IEC 17025:2017 tiene el siguiente procedimiento cuyo objeto es "establecer la metodología que garantice el comportamiento ético del personal y directivos del Laboratorio de Salud Pública Departamental de Norte de Santander, se identifican los posibles conflictos de intereses, se establecen las barreras y define los mecanismos de seguimiento" para cada uno de los analistas, personal técnico y administrativo del laboratorio:  Procedimiento: Comportamiento Ético, código GTH-03 Todos los procedimientos son avalados con la respectiva firma de los analistas y profesional responsable del Subgrupo Laboratorio de Salud Pública.  Los análisis son validados con los patrones de calidad y estándares definidos por el Instituto Nacional de Salud e INVIMA.	100%	Funcionario responsable del Laboratorio de Salud Pública
2.11	Implementar los acuerdos de confidencialidad propuestos en el comité de gestión y desempeño institucional	Implementar para 2019 los acuerdos de confidencialidad en el IDS	En proceso	0%	Dirección y Coordinador de Recursos Humanos.
2.12	Acompañamiento jurídico y técnico a todo el proceso contractual desde su etapa previa.	Lograr en un 100% que las contrataciones sean transparentes conforme al estatuto contractual.	Todos los contratos son elaborados con acompañamiento jurídico y por personal competente.	100%	Dirección/Recursos físicos/dependencias solicitantes
2.13	Realizar una efectiva supervisión y exigencia en el cumplimiento de los contratos y emitir los correspondientes informes de supervisión de acuerdo al manual de supervisión de contratos.	Objetos contractuales cumplidos oportuna y efectivamente.	La supervisión de los contratos se realiza efectivamente y de acuerdo a la auditoría realizada los objetos contractuales se cumplen de acuerdo a lo establecido en cada contrato.	100%	Supervisores de Contratos.

	2.14	Cruce información entre prestación de servicios de salud, contabilidad, presupuesto y pagaduría para las vigencias anteriores a la implementación del software de seguimiento; Utilización del módulo de contratación del Software de TNS, con el fin de evitar el doble pago de factura por falta de trazabilidad de la factura de prestación de servicios de salud que permitan identificar y controlar las diferentes pagos realizados	Consolidar el 100 % de la información financiera con Prestación de Servicios de Salud a las APPNA y eventos NO POS.	El área de contabilidad informa que el procedimiento de consolidación de la información contable continúa con la debilidad en la conciliación de los saldos, teniendo en cuenta que el Subgrupo de Prestación de Servicios de Salud no cumple con esta actividad de manera satisfactoria.  por lo cual aun no se aplica el control.	0%	Coordinadores de Prestación de Servicios de Salud y Contadora.
	2.15	Establecer fechas límites para la caducidad de certificados de disponibilidad presupuestal y su definición dentro del procedimiento estipulando fechas de control	Garantizar la oportuna y correcta ejecución del presupuesto.	Se efectúa seguimiento al uso de las disponibilidades presupuestales de forma continua. Es concepto de la Oficina de Control Interno, que este riesgo no se tipifica con corrupción, es un riesgo de gestión.	100%	Dirección/ Presupuesto
	2.16	Seguimiento individual a los soportes de pago para la eliminación de pagos dobles a cuentas de cobro presentadas.	lograr el 100% de efectividad en los pagos	Se cuenta con un plan de mejoramiento interno donde se encuentra establecido el compromiso de la prevención y eliminación de pagos dobles en tesorería.	100%	Tesorería
	2.17	Verificación con las instituciones públicas y privadas de los títulos a Registrar por la oficina de registros profesionales. Rh validar	Autorización y registro profesional con cumplimiento de los requisitos.	Los registros de título se reportan al Ministerio de Salud y Protección Social y estos mismo se evidencian en la página del RETHUS, igualmente se envía correo electrónico a cada ciudadano la evidencia de las resoluciones.	100%	Coordinador de Recursos Humanos.
Subcomponente/proceso 3 Consulta y divulgación	3.1	impulsar por medio de los canales de comunicación los tipos de trámites de la entidad, campañas de salud y demás programas o actividades que generen impacto en la comunidad del departamento.	promover en un 100% los puntos de atención al ciudadano con información institucional de trámites y campañas de salud.	El Instituto a través de las redes sociales de facebook y twitter @idssocial, de manera permanente se divulgan los programas y campañas de salud dirigidas a la comunidad, como también los trámites servicios y puntos de atención a los ciudadanos.  Así mismo, se cuenta con pantallas electrónicas ubicadas en diferentes puntos de la ciudad y zonas fronterizas, donde se hace la divulgación de campañas de salud.	100%	Dirección/ comunicaciones/ sistemas de información
	3.2	Publicación en la página web el Plan Anticorrupción e otros informes del IDS de interés a la comunidad en general	Publicación constante en la página www.ids.gov.co	El plan Anticorrupción fue publicado el 30 de enero de 2019, dando cumplimiento a la ley anticorrupción.	100%	Planeación y Sistemas de Información

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.	Monitorear permanentemente la gestión del riesgo y la efectividad de los controles establecidos	Se efectuo evaluación por parte de los responsables de los procesos.	100%	Coordinadores de los grupos, Sugrupos, Control Interno y Planeación.
	4.2	Realizar auditorías internas analice las causas, los riesgos de corrupción y la efectividad de los controles incorporados en el Mapa de Riesgos de Corrupción.	Adelantar seguimiento al Mapa de Riesgos de Corrupción.	La Oficina de Control Interno cuenta con un programa Anual de Auditoría, donde se revisa la eficacia de los controles para prevenir riesgos, como tambien se alerta sore posibles riesgos que deben ser intervenidos, la evidencia son los informes de auditoría.	100%	Control Interno