

Contenido

1. COMPONENTE DE AMBIENTE DE CONTROL	Pág. 3
2. COMPONENTE DE EVALUACIÓN DEL RIESGO	9
3. COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL	10
4. COMPONENTE DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN	10
5. ACTIVIDADES DE MONITOREO	11
RECOMENDACIONES	12

INFORME PORMENORIZADO DE CONTROL INTERNO

Asesora de Control Interno:	Ana Edilia Carrero Acevedo
Periodo Evaluado:	Noviembre a Diciembre de 2019
Fecha de Elaboración:	Enero 20 de 2020

En atención al Decreto número 2106 del 22 de noviembre de 2019, "Por el cual se dictan normas para simplificar, suprimir y reformar trámites, procesos y procedimientos innecesarios existentes en la administración pública", que en su Artículo 156 establece que "...El jefe de la Unidad de la Oficina de Control Interno o quien haga sus veces deberá publicar cada seis (6) meses, en el sitio web de la entidad, un informe de evaluación independiente del estado del sistema de control interno, de acuerdo con los lineamientos que imparta el Departamento Administrativo de la Función Pública, so pena de incurrir en falta disciplinaria grave...", y dando cumplimiento a la Circular Externa 100-006 de 2019, se presenta el informe pormenorizado con corte a 31 de diciembre de 2019.

1. RESULTADOS MEDICIÓN DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL - INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER - 2018:

Es importante informar los resultados de la evaluación realizada a través del formulario del FURAG, el cual se diligenció entre el 12 de febrero y 22 de marzo de 2019, el cual se constituyó en ***línea base que permitirá visualizar la gestión de cada entidad. Por lo tanto, no es comparable con mediciones anteriores***".

A continuación se muestran los resultados por Dimensión y más adelante se continúa con el análisis de cada componente de Control Interno, mostrando las debilidades y fortalezas de cada uno de ellos.

Gestión Estratégica del Talento Humano	Integridad	Planeación Institucional	Fortalecimiento Organizacional y Simplificación de Procesos	Gobierno Digital	Transparencia, Acceso a la Información y lucha contra la Corrupción	Servicio al ciudadano	Participación Ciudadana en la Gestión Pública	Seguimiento y Evaluación del Desempeño Institucional	POLÍTICA: Control Interno
55,7	51	62,2	57,5	61,6	61,0	61,6	64,5	61,5	56,6

Ahora bien, la Séptima Dimensión de Control Interno, está compuesto por cinco (5) componentes, así:

- Componente 1. Ambiente propicio para el ejercicio del control
- Componente 2. Evaluación estratégica del riesgo
- Componente 3. Actividades de control efectivas
- Componente 4. Información y comunicación relevante y oportuna para el control

Componente 5. Actividades de monitoreo sistemáticas y orientadas a la mejora

CALIFICACIÓN POR COMPONENTES DE CONTROL INTERNO

La calificación por componentes de Control Interno fue la siguiente:

CONCEPTO	POLÍTICA A: Control Interno	Componente 1. Ambiente propicio para el ejercicio del control "	Componente 2. Evaluación estratégica del riesgo	Componente 3. Actividades de control efectivas	Componente 4. Información y comunicación relevante y oportuna para el control	Componente 5. Actividades de monitoreo sistemáticas y orientadas a la mejora
CALIFICACIÓN	56,6	61,8	55,0	50,0	59,3	52,6

A continuación se muestran las fortalezas y debilidades que se presentan en cada uno de los componentes de la Política de Control Interno, basados en las evaluaciones permanentes que realiza la Auditoría Interna de la entidad.

1.1 COMPONENTE DE AMBIENTE DE CONTROL:

Avances:

- El Comité de Control Interno se actualizó y reglamentó mediante Resolución 006041 del 14 de junio de 2018, con base en el Decreto 1083 de 2015 y Decreto 648 de 2017. También es un comité operativo, donde se hace seguimiento al sistema de control interno. Sin embargo, se requiere más espacios de reunión, puesto que es aquí donde se efectúa el seguimiento a los riesgos y sus controles.
- El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno sesionó el día 5 de abril y el 2 de agosto de 2019, en el cual se efectuó seguimiento al Sistema de Control Interno y se establecieron compromisos de fortalecimiento. Y En las vigencias anteriores se ha reunido entre 3 y 4 veces al año.
- De igual manera el Comité de MIPG se implementó mediante Resolución 002824 del 39 de julio de 2018. En la presente vigencia se han llevado a cabo Comités de MIPG, donde se efectúa seguimiento a la política de Planeación, de Seguridad en el Trabajo y de Gestión Documental, entre otras, lo cual permite coordinar actividades y establecer compromisos de mejoramiento.

Debilidades:

Se requiere más espacios de reunión del Comité, para que el ejercicio de seguimiento a las estrategias de control sea constante, para garantizar su efectividad sobre el control de riesgos.

Desarrollo de Políticas: El Ambiente de Control se fortalece también del desarrollo y aplicación de las

políticas en la entidad, por lo cual a continuación se muestran las fortalezas y debilidades de cada una de ellas.

En la Política de Integridad:

CALIFICACIÓN FURAG 2018	55.7
Fortalezas	Debilidades
Código de integridad del Servidor Público implementado y Socializado (Dec.1499 de sept 11 de 2017). - Se socializó Valores del Servicio Público: HONESTIDAD RESPECTO COMPROMISO DILIGENCIA JUSTICIA	No hay seguimiento

Política de Gestión Estratégica de Talento Humano

Actualización Manual de Funciones	Pendiente publicación (abierto)socialización
La actualización de la oferta pública de empleos de carrera OPEC de donde surgieron 102 cargos en provisionalidad y 6 empleos de encargo.	No se han gestionado los recursos para adelantar la convocatoria pública de empleos - Se incumple el principio del mérito
Plan de Seguridad y Salud en el Trabajo y desarrollo de actividades - se implementó la política y se desarrolla el plan de acción.	Dificultades económicas y de decisión administrativa para mejorar el ambiente laboral.
-Caracterización de los servidores (antigüedad nivel educativo, edad, género, tipo de vinculación, experiencia laboral, entre otros. -Se dispone de información (caracterización d los empleos como planta de personal, perfiles, funciones, naturaleza del empleo, vacantes, entre otros)	Contar con información confiable y oportuna sobre indicadores claves como rotación de personal (relación entre ingresos y retiros), movilidad del personal (encargos, comisiones de servicio, de estudio, reubicaciones y estado actual de situaciones administrativas), ausentismo (enfermedad, licencias, permisos), prepensionados, cargas de trabajo por empleo y por dependencia.
Hojas de vida completas	No se tiene inventario documental
	No se planea la inducción y re inducción - se efectúa parcialmente, Pendiente la evaluación de la eficacia de la inducción y re inducción. Se debe establecer directrices claras sobre la responsabilidad de planear, ejecutar, temas a tratar y evaluar la inducción y re inducción.
Evaluación del Clima Organizacional de la Entidad.	Evaluación Clima Organizacional:Pendiente socialización y tomar acciones de mejoramiento. (El conocimiento de la orientación organizacional - El estilo de dirección - La comunicación e integración - El trabajo en equipo - La capacidad profesional - El ambiente físico)

INFORME PORMENORIZADO DE CONTROL INTERNO

Oficina de Control Interno

Fortalezas	Debilidades
<p>Se Contrata el Recurso Humano requerido con recursos SGP - Transferencias de la Nación y Convenios con Recursos Propios de la Gobernación</p>	<p>El recurso humano de planta no es suficiente para el cumplimiento de la misión institucional y la planeación estratégica, sin embargo se contrata el personal requerido; pero es aquí donde se debe mejorar la planeación para su contratación, puesto que la falta de recurso humano trae riesgos de no garantizar la entrega de productos con oportunidad y calidad. Por lo tanto es importante determinar las necesidades de personal y el perfil requerido a fin de priorizar su contratación.</p> <p>Es importante que se efectúe un estudio de necesidades de Recurso Humano que permita conocer el número mínimo de empleados que se necesitan, su costo de operación, las fechas de ingreso, los períodos de contratación, de tal forma que minimice el riesgo de falta de oportunidad y continuidad del talento humano. (sugerido por la SUPERSALUD en la evaluación del plan de mejoramiento de fecha 7 de noviembre de 2019).</p>
<p>El SIGEP se encuentra actualizado</p>	<p>Plan de Formación y Capacitación - no se evalúa la ejecución</p>
<p>Presentación declaración de bienes y rentas con seguimiento</p>	<p>El PIC no contempla la fase de formulación de los "Proyectos de Aprendizaje" .</p>
	<p>No se ha implementado, declarado y gestionado los conflictos de interés.</p>
<p>Se realiza la Evaluación del Desempeño</p>	<p>Debilidades en la oportunidad de la concertación de objetivos y la evaluación; aún no es una herramienta que contribuya a mejorar desempeño</p>
<p>Plan de Gestión Estratégica de Talento Humano: Plan Institucional de Capacitación Plan de Previsión de Recursos Humanos Plan Anual de Vacantes Bienestar e incentivos Seguridad y salud en el trabajo o Monitoreo</p>	<p>El área de Talento Humano aún no involucra en su planeación el direccionamiento estratégico de la entidad. Ejemplo el requerimiento de RH en Vy C - PSS - SAC -CRUE Análisis de perfiles y personal capacitado para cubrir cargos estratégicos (hay funcionarios que están subutilizados.).</p>

INFORME PORMENORIZADO DE CONTROL INTERNO

Oficina de Control Interno

Fortalezas	Debilidades
	Programas de bienestar para los servidores (Deportivos, recreativos y vacacionales - Artísticos y culturales - Educación en artes y artesanías - Promoción de programas de vivienda - Clima laboral - Cambio organizacional - Adaptación laboral -Preparación a los prepensionados para el retiro del servicio - Cultura organizacional).
Se Realizan las elecciones de los representantes de los empleados ante la comisión de personal y se conforma la comisión en los plazos estipulados, y envía los informes de sus actividades a la CNSC periódicamente	Inclusión laboral de las Personas con Discapacidad: Programa empleo para personas en condición de discapacidad Programa Estado joven Programas Servimos a mi país Desarrollar el programa de teletrabajo en la entidad (Al menos el 1%). Falta capacitación.
Se ha entregado la dotación completa a todos los servidores que lo requieren	La dotación no se gestiona a través de Colombia compra eficiente?
Se tramita la nómina oportunamente, se llevan registros de todas las variables y se hacen análisis periódicos para tomar decisiones	No se conocen los mecanismos implementados para gestionar el conocimiento que dejan los servidores que se desvinculan, se debe evaluar el impacto de la implementación de esos mecanismos.
Se han implementado oportunamente los acuerdos concertados con el sindicato.	Este dato debe confirmarse con el área de Recursos Humanos.

Política de Planeación Institucional

Puntaje Desempeño	62.2
Fortalezas	Debilidades
Se orienta la gestión basada en PDD y PTS. Se cuenta con Plan Indicativo o planes de Acción cuatrienales	Plan Financiero no aprobado (es revisado por el Ministerio de Hacienda y el Ministerio de Protección Social).
Se cuenta con Plan de Salud Anual.	
Se formuló el Plan para la implementación del MAITE – Modelo de Acción Integral Territorial	Falta socialización
Plan de Acción Anual formulado, con el cual se cumple lo estipulado en la Ley Anticorrupción	"Para facilitar la ejecución, el seguimiento y la evaluación de los planes estratégicos institucionales, las entidades los deben desagregar en los llamados Planes de Acción Anual o Planes Operativos anuales". Esto no sucede, el PAA no contiene toda la planeación estratégica.

Fortalezas	Debilidades
	<p>El seguimiento trimestral no ha sido oportuno, (no se cumplen las fechas establecidas por la Gobernación para presentar y publicar el informe de gestión trimestral) lo que no permite revisar y realimentar e implementar acciones de mejora.</p>
	<p>Se presenta el riesgo que aunque se cumplan las metas, éstas no sean eficientes, efectivas y de impacto, es decir que no se evidencie el cambio en las condiciones objetivas que se intervinieron.</p>
<p>Cumple parcialmente el Decreto 612 de 2018 de integración de planes institucionales: Plan de acción anual Plan Anual de Adquisiciones Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano Plan Anual de Capacitación en Seguridad y Salud en el Trabajo Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo Plan Institucional de Capacitación Plan de Previsión de Recursos Humanos Plan Anual de Vacantes</p>	<p>Se carece de orientaciones o directrices internas para realizar de manera adecuada la formulación y seguimiento de la planeación del IDS, respecto a: - Roles y responsabilidades (en el proceso de formulación – seguimiento – presentación de productos de la planeación – elaboración de informes – monitoreo – evaluación del estado de los controles y la gestión del riesgo – validación y aprobación de los planes, y aprobación de la modificación de los mismos, entre otros.</p>
	<p>Se debe efectuar seguimiento a las estrategias adoptadas para la operación del MIPG, como lo establece el Consejo para la Gestión y el Desempeño Institucional en la Circular No. 001 de 2018, que señala:</p> <p>“Le corresponde a los Comités Institucionales de Gestión y Desempeño hacer seguimiento, por lo menos, una vez cada tres meses a los Planes Estratégicos Institucionales, Planes de Acción Anual y a las acciones y estrategias adoptadas para la operación del MIPG”.</p>
	<p>No siempre se cumplen las directrices de la función pública en lo relacionado a que las decisiones en el ejercicio de planeación se tomen con base en: Resultados de las auditorías internas y entidades de control Recomendaciones del equipo directivo y sus equipos de trabajo Resultados de la evaluación de la gestión de riesgos Resultados de la evaluación de la gestión financiera Medición del desempeño en periodos anteriores Medición de la satisfacción de los grupos de valor en periodos anteriores</p>

INFORME PORMENORIZADO DE CONTROL INTERNO

Oficina de Control Interno

Política de Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público:

Fortalezas	Debilidades
En la presente vigencia se ha mejorado la planeación de la entidad, en relación a que se ha definido en consonancia o alineado con la programación presupuestal. El presupuesto fue socializado con los responsables de su ejecución.	Demora en la información que debe emitir la Gobernación en cuanto a la ejecución de proyectos de salud. Así mismo demora de la información del área de contratación de Recurso Humano, lo que incide en que se presenten demoras en el cierre presupuestal del Fondo Local de Salud.
Los informes de ejecución presupuestal se emiten oportunamente a las diferentes dependencias para su correspondiente confrontación con lo planeado.	Se requiere mejorar la planeación en el proceso contractual : De 1) Recurso Humano - 2)de Prestación de Servicios de Salud - 3)y contratos de PIC – Plan de Intervenciones Colectivas.
Los Informes de ejecución presupuestales se emiten trimestralmente los cuales se pueden consultar en la web institucional www.ids.gov.co	Baja gestión de liquidación de contratos de prestación de servicios de salud generando reservas presupuestales sin ejecución.
El control interno en la contratación que se celebra a través de la Coordinación de Recursos Físicos es adecuado.	Debilidad en la supervisión de contratos, generando hallazgos de las entidades de control.
	Algunos incumplimientos en la publicación de contratos en el aplicativo de SIA OBSERVA como lo exige la Contraloría General del Departamento.
	Expedientes contractuales incompletos o extraviados. Riesgo: 1) sanciones de las entidades de control por incumplimientos de la Ley de archivos en la consolidación del expediente contractual. 2) Falta de control de la trazabilidad del proceso contractual por carecer del seguimiento de la documentación que evidencia el proceso.

Política de Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público:

Fortalezas	Debilidades
En la presente vigencia se ha mejorado la planeación de la entidad, en relación a que se ha definido en consonancia o alineado con la programación presupuestal. El presupuesto fue socializado con los responsables de su ejecución.	Demora en la información que debe emitir la Gobernación en cuanto a la ejecución de proyectos de salud. Así mismo demora de la información del área de contratación de Recurso Humano, lo que incide en que se presenten demoras en el cierre presupuestal del Fondo Local de Salud.
Los informes de ejecución presupuestal se emiten oportunamente a las diferentes dependencias para su correspondiente confrontación con lo planeado.	Se requiere mejorar la planeación en el proceso contractual : De 1) Recurso Humano - 2)de Prestación de Servicios de Salud - 3)y contratos de PIC – Plan de Intervenciones Colectivas.

Fortalezas	Debilidades
Los Informes de ejecución presupuestales se emiten trimestralmente los cuales se pueden consultar en la web institucional www.ids.gov.co	Baja gestión de liquidación de contratos de prestación de servicios de salud generando reservas presupuestales sin ejecución.
El control interno en la contratación que se celebra a través de la Coordinación de Recursos Físicos es adecuado.	Debilidad en la supervisión de contratos, generando hallazgos de las entidades de control.
	Algunos incumplimientos en la publicación de contratos en el aplicativo de SIA OBSERVA como lo exige la Contraloría General del Departamento.
	Expedientes contractuales incompletos o extraviados. Riesgo: 1) sanciones de las entidades de control por incumplimientos de la Ley de archivos en la consolidación del expediente contractual. 2) Falta de control de la trazabilidad del proceso contractual por carecer del seguimiento de la documentación que evidencia el proceso.

2.2 COMPONENTE DE EVALUACIÓN DEL RIESGO:

FORTALEZAS

- Es de señalar que se cuenta con la política de administración del Riesgo, la cual fue implementada en el año 2015. Se encuentra pendiente la actualización conforme a la nueva guía de administración del Riesgo emitida por el Departamento Administrativo de la Función Pública en la vigencia anterior (2018).
- Se evalúa el Mapa de Riesgos de Corrupción con periodicidad cuatrimestral. Los informes de evaluación se encuentran publicados en la web institucional ids.gov.co.
- Se cuenta con el Mapa de Riesgos de Gestión, que contiene 34 riesgos en 9 procesos. los cuales fueron formulados en octubre de 2017, éstos han venido siendo evaluados por la Oficina de Control Interno a través de la Auditoría Interna, presentando ante la dirección y los responsables de los procesos las alertas correspondientes. A partir del mes de septiembre se inició la evaluación y la identificación de los riesgos con los responsables de los procesos, y el liderazgo del Área de Planeación y acompañamiento de la Oficina de Control Interno.

DEBILIDADES

- En la mayoría de los riesgos no se han definido puntualmente los responsables del seguimiento ni la periodicidad del mismo, lo que no garantiza la eficacia de los controles.
- Pendiente definir los Riesgos en Salud, conforme exigencias de la SUPERSALUD – Supervisión basada en Riesgos en el sector salud. (Res.4559 de 2018).

2.3 COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL:

El tercer componente hace referencia a la implementación de controles, esto es, de los mecanismos para dar tratamiento a los riesgos.

FORTALEZAS

- Se identificaron riesgos en un 80% de los procesos, no obstante, aún se requiere más capacitación y concientización a los funcionarios responsables de los procesos, para aplicar controles y dejar evidencia de ello.
- La Oficina de Control Interno en el rol de evaluación y de seguimiento, evalúa el cumplimiento de los controles frente al riesgo identificado en los procesos contemplados en el Plan de Auditoría e informa y alerta a los responsables de los procesos y a la Dirección.
- La OCI no cuenta con personal suficiente para el seguimiento permanente a la aplicación de controles.

DEBILIDADES

- Conforme a la política del Riesgo del instituto, los responsables del establecimiento de controles, del seguimiento y monitoreo de los riesgos de la entidad son los Coordinadores de Grupos, subgrupos y dependencias, sin embargo al interior de cada proceso se requiere responsables puntuales, los cuales no se encuentran definidos, ni la periodicidad. Esto dificulta el debido seguimiento a los controles, generando la materialización de los mismos, como es la baja gestión en algunas actividades de: Gestión Documental, Trazabilidad de Facturación, Liquidación de Contratos, Supervisión de Contratos, publicación de contratos, Entrega de informes a entidades de Dirección y Control, demora en los trámites, inconsistencias en los procedimientos, entre otros.

2.4. COMPONENTE DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN:

En este componente del control se verifica que las políticas, directrices y mecanismos de consecución, captura, procesamiento y generación de datos dentro y en el entorno de cada entidad, satisfagan la necesidad de divulgar los resultados, de mostrar mejoras en la gestión administrativa y procurar que la información y la comunicación de la entidad y de cada proceso sea adecuada a las necesidades específicas de los grupos de valor y grupos de interés (Manual Operativo MIPG).

FORTALEZAS:

- La Dirección del Instituto con la gestión de la Profesional responsable del Sistema de Información, implementaron las siguientes políticas relacionadas con el componente de información y comunicación:

-Mediante Resolución 002189 de 2017 se implementan las políticas de seguridad informática del Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander.

-En Resolución 004602 de 2017 se actualiza la política editorial y de actualización de contenidos en el Portal Institucional del Instituto Departamental de Salud.

- Mediante Acta No. 001 del Comité Directivo del Instituto, realizado el 25 de mayo del 2018, se aprobó la Política de Gestión Documental.

- Estas herramientas facilitan el control interno de la entidad, siempre y cuando se logre alimentar la información con la oportunidad y veracidad de la misma, en ese sentido, se ha evidenciado el trabajo continuo de sensibilización que realiza la profesional responsable de este componente con los responsables de los procesos.
- La Oficina de Control Interno en los meses de mayo y junio efectuó seguimiento a la oportunidad de la entrega de información a través de los software y aplicativos relacionados anteriormente, estableciendo su cumplimiento en el total de los casos, excepto en un informe, del cual se alertó a la Dirección de la entidad.

DEBILIDADES:

- Aunque se cuenta con un buzón electrónico de PQRD, no se encuentran establecidos los mecanismos de comunicación anónima o confidencial para denuncias contra los servidores de la entidad como complemento a los canales normales.

2.5. ACTIVIDADES DE MONITOREO

FORTALEZAS

- El Representante Legal y el Comité Institucional de Control Interno (CICI) verifican que se estén llevando a cabo por parte de los líderes de los procesos, programas o proyectos, autoevaluaciones que garanticen el cumplimiento de los objetivos y metas institucionales.
- La Dirección de la entidad y el Comité Institucional de Control Interno (CICI) Verifica el cumplimiento de las evaluaciones independientes definidas en el Plan de Auditoría.
- La Dirección de la entidad y el CICI Verifica el Estado del Sistema de Control Interno a partir del resultado de las evaluaciones y definen los ajustes necesarios.
- El CICI hace seguimiento a los ajustes o acciones de mejoramiento establecidas.
- La Oficina de Control Interno durante la presente vigencia, formuló y se encuentra ejecutando el Plan de Auditoría basado en riesgos, se verificó el funcionamiento de los cinco componentes de control, se emitieron los informes con las respectivas alertas y sugerencias.
- La dependencia de Planeación lideró la formulación del Plan Anticorrupción vigencia 2019, basados en la evaluación del Plan 2018.
- La Oficina de Control Interno efectuó seguimiento a los planes de mejoramiento establecidos ante las entidades de control.
- Se resalta la gestión de seguimiento que realiza el Grupo Financiero a través de su coordinación, donde continuamente se reúnen para revisar los eventos presentados, los resultados obtenidos y efectuar el re direccionamiento requerido, dejando evidencia en actas

de reunión.

- La Oficina de Control Interno lleva a cabo el seguimiento al Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, se emiten los informes respectivos, los cuales se encuentran publicados en la web institucional.
- El Director de la Entidad y el Comité de Control Interno aprobaron el Plan de Auditoría para la vigencia 2019, y se efectúa seguimiento al mismo.

DEBILIDADES

- Aunque se establecieron directrices y fechas para la evaluación de la gestión de manera trimestral, la información que deben reportar los líderes de los procesos misionales no es oportuna, lo que genera demora en la consolidación de la información que debe realizar la dependencia de planeación, por la misma razón no facilita la revisión de la información y genera incumplimiento de los tiempos para entrega de la información a la Gobernación del Departamento.
- El tiempo establecido para las reuniones de Comité de Control Interno no son suficientes para analizar los resultados de las evaluaciones independientes, seguimiento a planes de mejoramiento y demás aspectos de control interno que son necesarios revisar y ajustar.
- La Oficina de Control Interno no cuenta con el personal suficiente para mejorar el desempeño de la oficina, respecto a ampliar la cobertura del plan de auditoría y ampliar el campo de acción de acompañamiento y asesoría.
- Los líderes de procesos no se han concientizado en la importancia de la Administración del Riesgo en la Gestión, puesto que la identificación y valoración del riesgo realizada obedece más al cumplimiento de la exigencia normativa y no a una herramienta de gestión, por lo cual el monitoreo de controles no es efectivo para prevenir riesgos.

2.6 .RECOMENDACIONES

- Formular los Planes de Mejoramiento para el desarrollo de cada una de las políticas de MIPG.
- Formular un Plan de Capacitación para Coordinadores de procesos y todos los servidores de la entidad, especialmente en mejorar los conocimientos en MIPG, Control Interno, comunicación, riesgos, aplicación de controles, planeación y trabajo en equipo, entre otros.
- Se requiere más diligencia en la consecución de acciones tendientes a mejorar los archivos de gestión y en las demás acciones de fortalecimiento de la Gestión Documental.
- Fortalecer la Oficina de Control Interno con Recurso Humano, capacitación y adquisición de equipos de cómputo, que contribuyan a mejorar el desempeño de la auditoría interna.
- Elaborar un Estudio de Necesidades de Recurso Humano que permita conocer el número de contratistas que se requieren, su costo, las fechas de ingreso, los periodos e contratación, es decir el mínimo requerido para garantizar la continuidad de los procesos, y minimizar riesgos de falta de oportunidad y calidad en la consecución de los objetivos trazados por la entidad.

- Continuar la formulación, revisión y aprobación del Mapa de Riesgos, como también la actualización de la política de Administración del Riesgo, donde se incluyan los Riesgos en Salud.
- Establecer directrices de formulación de la planeación de la entidad, estratégica e institucional, con tiempos, responsables, y con el tiempo suficiente que permita la articulación con las dependencias de la entidad y actores externos cuando sea necesario.
- Efectuar seguimiento trimestral a las estrategias adoptadas para la operación del MIPG, COMO LO ESTABLECE EL Consejo para la Gestión y el Desempeño Institucional en la circular 001 de 2018, que señala:

“Le corresponde a los Comités Institucionales de Gestión y Desempeño hacer seguimiento, por lo menos una vez cada tres meses a los planes estratégicos institucionales, Planes de Acción Anual, y a las acciones y estrategias adoptadas para la operación del MIPG”.

2. PLANES DE MEJORAMIENTO ANTE LAS ENTIDADES DE CONTROL

Los siguientes son los Planes de Mejoramiento que se han suscrito ante las entidades de Control:

3. PLANES DE MEJORAMIENTO

Entidad de Control	Número de hallazgos	Acciones de Mejoramiento
Contraloría General del Departamento N. S.	1 hallazgo administrativo (presupuestal)	P.M. junio 2018
Contraloría General del Departamento N. S.	1 hallazgo administrativo (controversias judiciales)	P.M. junio 2019
Contraloría General del Departamento N. S.	3 hallazgos administrativos (saneamiento cxp PSS)	P.M. de nov 15 de 2019

Contraloría General de la República	5 hallazgos - disciplinarios, fiscales - administrativos	P.M. 8 de julio de 2019
-------------------------------------	--	-------------------------

Supersalud	6 hallazgos (eficiencia y oportunidad en el uso de los recursos)	P.M. 13 diciembre 2018
Supersalud	14 hallazgos de cumplimiento	P.M. 15 nov 2019

(PM: Plan de Mejoramiento)

Sugerencia respetuosa a la Nueva Administración Departamental 2020-2023

1. Conformar los Comités Departamentales de Gestión y Desempeño y el Comité Departamental de Auditoría, pues éstas serían las instancias donde se haga el seguimiento permanente al desempeño de las entidades del nivel departamental y a su vez consolidaría el fortalecimiento del mismo, puesto que se requiere más conocimiento y apoyo en temas de planeación, Auditoría Interna, Administración del Riesgos, Actividades de Control y Trabajo en Equipo, entre otros.

Elaborado por:



ANA EDILIA CARRERO ACEVEDO
Asesora de Control Interno