

INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER

Informe Pormenorizado del Estado del Sistema de Control Interno Periodo marzo 12 a julio 11 de 2018

Ley 1474 de 2011 - artículo 9

Este Informe Pormenorizado de Control Interno se elabora en cumplimiento de la Ley 1474 de 2011 de Anticorrupción y el Decreto 648 de 2017, con el propósito de aportar al mejoramiento continuo de la entidad en la consecución del cumplimiento de su misión, y se presenta conforme a la estructura del Modelo MECI actualizado en los cinco (5) componentes establecidos en el MIPG: 1. Ambiente de Control; 2. Evaluación del Riesgo; 3. Actividades de Control; 4. Información y Comunicación; 5. Actividades de Monitoreo.

1.EL SISTEMA DE CONTROL INTERNO EN EL MARCO DEL MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN – MIPG

Con la expedición del Decreto 1499 de 2017 se integró el Sistema de Desarrollo Administrativo y el Sistema de Gestión de la Calidad, definiéndose un solo Sistema de Gestión, el cual se articula con el Sistema de Control Interno definido en la Ley 87 de 1993 "Por la cual se establecen normas para el ejercicio del control interno en las entidades y organismos del Estado y se dictan otras disposiciones".

Acorde con lo anterior, se define el Modelo Integrado de Planeación y Gestión –MIPG, el cual permite a todas las entidades del estado, planear, gestionar, evaluar, controlar y mejorar su desempeño, bajo criterios de calidad, cumpliendo su misión y buscando la satisfacción de los ciudadanos, por lo que el Modelo Estándar de Control Interno -MECI continúa siendo la herramienta de operación del Sistema de Control Interno, cuya estructura se actualiza en articulación con el MIPG.

Ahora bien, teniendo en cuenta que el presente Informe Pormenorizado de Control Interno debe ser para consulta de ciudadanos, y también de directivos y servidores públicos de la entidad, se requiere poner en el contexto los conceptos del MIPG y objetivos establecidos en la norma, para lo cual a continuación se describen apartes contemplados en el Manual Operativo del Modelo y otros documentos publicados por la Función Pública que son de uso de las entidades públicas para su divulgación y aplicación.

Definición

El Modelo Integrado de Planeación y Gestión en su segunda versión se define como *un marco de referencia que permite dirigir, evaluar y controlar la gestión institucional de las organizaciones públicas en términos de calidad e integridad del servicio (valores), con el fin de que entreguen*

resultados que atiendan y resuelvan las necesidades y problemas de los colombianos (generación de valor público).

El Modelo se fundamenta en el concepto de *valor público*¹, que se refiere a los resultados que un Estado debe alcanzar (observables y medibles) para dar respuesta a las necesidades o demandas sociales, *resultados* asociados a los cambios sociales producidos por la acción gubernamental y por las actividades y productos entregados por cada institución pública (BID, 2015).

1. Objetivos

El objetivo principal del Modelo es *dinamizar la gestión de las organizaciones públicas para generar bienes y servicios que resuelvan efectivamente las necesidades de la ciudadanía en el marco de la integralidad y la legalidad y la promoción de acciones que contribuyan a la lucha contra la corrupción*. Y los objetivos específicos, son:

- Fortalecer el liderazgo y el talento humano como motor de la generación de resultados de las entidades públicas.
- Desarrollar una cultura organizacional fundamentada en el control, el seguimiento, la evaluación, la gestión del conocimiento, el mejoramiento continuo, la calidad y los principios de integridad y legalidad.
- Agilizar, simplificar y flexibilizar la operación de las entidades para la generación de bienes y servicios que resuelvan efectivamente las necesidades de los ciudadanos.
- Facilitar y promover la efectiva participación ciudadana en la planeación, gestión y evaluación de las entidades públicas.
- Identificar, difundir y replicar las mejores prácticas de gestión pública.
- Promover la coordinación entre entidades públicas para mejorar su gestión y desempeño.
- Proporcionar información para la oportuna toma de decisiones que permitan mejorar la gestión y el desempeño de las entidades.

2. Beneficios

El principal beneficio que traerá la implementación del Modelo será su contribución al fortalecimiento de las capacidades de las organizaciones, ya que se focaliza en las prácticas y procesos clave que ellas adelantan para convertir insumos en resultados, apuntando a *transformar el Estado Colombiano, de un Estado legislativo a un Estado prestador de servicios (Sentencia C 826 de 2008)*. El artículo 209 de la Constitución Política señala que:

“La función administrativa está al servicio de los intereses generales y se desarrolla con fundamento en los principios de igualdad, moralidad, eficacia, economía, celeridad, imparcialidad y publicidad, mediante la descentralización, la delegación y la desconcentración

¹ Entendido como los cambios sociales —observables y susceptibles de medición— que el Estado realiza como respuesta a las necesidades o demandas sociales establecidas mediante un proceso de legitimación democrática y, por tanto, con sentido para la ciudadanía. Esos cambios constituyen los resultados que el sector público busca alcanzar. (BID - CLAD 2007).

de funciones. Las autoridades administrativas deben coordinar sus actuaciones para el adecuado cumplimiento de los fines del Estado. La administración pública, en todos sus órdenes, tendrá un control interno que se ejercerá en los términos que señale la ley.”

Frente al cumplimiento de estos principios, la Corte Constitucional ha señalado que es un imperativo que la Administración Pública cuente con los instrumentos y herramientas necesarias para que se pueda cumplir con las metas que tiene cada organización pública en beneficio de la calidad de la gestión y satisfacción de la comunidad y de los usuarios (Corte Constitucional, 2013).

El nuevo Modelo puede entenderse como una de estas herramientas, que desarrolla dichos principios constitucionales y genera los siguientes **beneficios** para la gestión Pública Colombiana:

- **Mayor productividad organizacional:** el Modelo permitirá que las organizaciones enfoquen toda su actividad en la producción de resultados que resuelvan las necesidades de los grupos de valor; de una parte, cumpliendo lo propuesto en sus planes, y de otro, cumpliéndolo mediante la maximización de la relación entre recursos y resultados². (Principios de **Eficacia y Economía-Eficiencia**). Es decir, dando un mejor uso a los recursos (limitados) con que cuenta la administración pública, se maximiza la producción de bienes y servicios que generen valor público.
- **Organizaciones públicas inteligentes, ágiles y flexibles:** el Modelo permitirá mayor agilidad en el cumplimiento de las funciones de las organizaciones, de manera que generen resultados para satisfacer las necesidades y resolver los problemas de sus grupos de valor³ (Principio de **Celeridad**). Igualmente, las organizaciones podrán reaccionar más rápidamente a los cambios del entorno y adaptarse a nuevas circunstancias que ameriten la revisión de su propósito fundamental y los resultados a alcanzar.
- **Mayor bienestar social:** el Modelo permitirá que las organizaciones públicas se concentren en los resultados a través de los cuales satisfará las necesidades y problemas de la ciudadanía, de manera que se garantice el goce efectivo de sus derechos fundamentales (Principio de **Eficacia**).
- **Entidades transparentes, servidores íntegros y ciudadanos corresponsables:** el Modelo permitirá el desarrollo de una gestión pública transparente, imparcial y equitativa en el marco de lo establecido en la Constitución Política y en las leyes, a través de la promoción de mecanismos que permitan una efectiva participación de los ciudadanos en todos los procesos de la gestión y la evaluación de resultados. (Principio de **Moralidad**).

Para atender los propósitos y cumplir con los principios mencionados, el Modelo en su estructura cuenta con tres componentes fundamentales: en primer lugar, la **Institucionalidad** o conjunto de instancias que trabajan coordinadamente para establecer las reglas, condiciones, políticas,

² Estos principios se orientan hacia la verificación objetiva de la distribución y producción de bienes y servicios destinados a la consecución de los fines del Estado Social de Derecho (Sentencia C-826 de 2013).

³ Grupo meta. Hace referencia a las personas u organismos específicos en cuyo beneficio se enfoca la gestión de la entidad pública. (OCDE 2002:36). No se limita a los usuarios, gremios o proveedores, e incluye necesariamente la identificación de grupos de interés.

metodologías y orientar al Gobierno Nacional y a las organizaciones públicas en el diseño, implementación y evaluación del Modelo.

En segundo lugar se cuenta con un **Componente Operativo del Modelo**, o conjunto de dimensiones (elementos-atributos) mínimas que debe implementar cualquier organización para desarrollar sus procesos de gestión y que puestas en práctica articulada e integradamente, permitirán la operatividad del Modelo. En tercer lugar, se cuenta con un **Esquema de Medición del Modelo** conformado por el conjunto de instrumentos y métodos que permiten, a partir de ejercicios de autodiagnósticos elaborados por las propias organizaciones y de mediciones realizadas por Función Pública y los líderes de política, valorar la gestión y desempeño de las mismas.

El MIPG opera a través de las siguientes Dimensiones:

- Primera Dimensión: Talento Humano**
- Segunda Dimensión: Direccionamiento Estratégico y Planeación**
- Tercera Dimensión: Gestión con Valores para el Resultados**
- Cuarta Dimensión: Evaluación de Resultados**
- Quinta Dimensión: Información y Comunicación**
- Sexta Dimensión: Gestión del Conocimiento y la Innovación**
- Séptima Dimensión: Control Interno**

Adicionalmente cada Dimensión se desarrolla a través de una o varias Políticas de Gestión y Desempeño Institucional las cuales fueron señaladas entre otras, en el Decreto 1499 de 2017:

- 1. Planeación Institucional**
- 2. Gestión presupuestal y eficiencia del gasto público**
- 3. Talento humano**
- 4. Integridad**
- 5. Transparencia, acceso a la información pública y lucha contra la corrupción**
- 6. Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos**
- 7. Servicio al ciudadano**
- 8. Participación ciudadana en la gestión pública**
- 9. Racionalización de trámites Gestión Documental**
- 10. Gobierno Digital, antes Gobierno en Línea**
- 11. Seguridad Digital**
- 12. Defensa Jurídica**
- 13. Gestión del conocimiento y la innovación**
- 14. Control Interno**
- 15. Seguimiento y evaluación del desempeño institucional**

Para desarrollar la estructura del modelo, el Departamento Administrativo de la Función Pública ha emitido normas, guías, manuales operativos, directrices, procesos y otras herramientas, que facilitan el conocimiento y operación del mismo.

En ese sentido, es función de las Oficinas de Control Interno efectuar seguimiento y acompañamiento al proceso de implementación y desarrollo del MIPG.

En esta ocasión, a través del Informe Pormenorizado de Control Interno se estará informando con periodicidad cuatrimestral, el avance del desarrollo del Sistema de Control Interno en su articulación con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG.

2. IMPLEMENTACIÓN DEL MIPG EN EL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER

En el Instituto a través de la Coordinación de Planeación y Sistemas de Información, desde la vigencia anterior, efectuó jornadas de socialización del MIPG como política pública. En el mes de octubre se realizaron mesas de trabajo con personal directivo conformado por los Coordinadores de Grupos y Subgrupos, donde se efectuó autoevaluación y se analizaron las brechas frente a los lineamientos de cada política. Aunque a esa fecha no se había aplicado la herramienta de autodiagnóstico del MIPG en la entidad se logra que estos funcionarios hicieran un autoanálisis y sensibilización para su implementación.

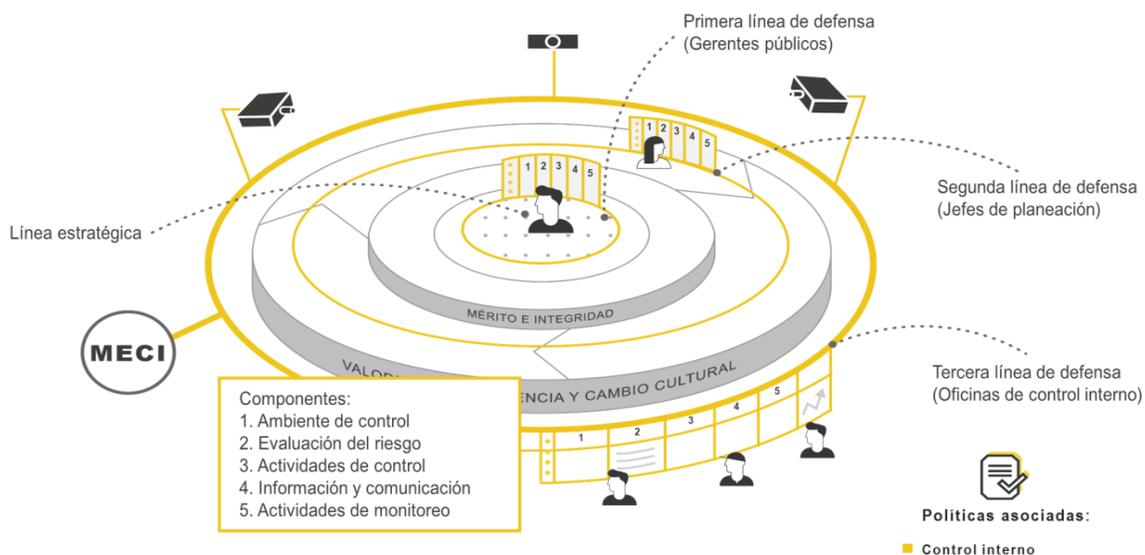
El 22 de noviembre de 2017 la Coordinación de Planeación realizó la II jornada de trabajo, se contó con el acompañamiento y asesoría de una profesional de la Función Pública en el cual se definió un plan de acción inicial para la realización del Autodiagnóstico del MIPG y la Implementación del Código de Integridad del Servidor Público.

En los meses de abril a junio se llevó a cabo el Autodiagnóstico del MIPG con la participación de todas las dependencias de la entidad, del cual la Coordinación de Planeación generó un Informe Técnico Resultado de la Autoevaluación de MIPG - 2018 emitido el 20 de junio de 2018. Se encuentra pendiente la formulación del Plan de Mejoramiento.

De igual manera, se encuentra para la firma del Director del Instituto el Proyecto de Resolución de Implementación de creación del Comité Institucional de Gestión y Desempeño en el Instituto Departamental de Salud, en cumplimiento del Decreto 1499 del 11 de septiembre de 2017.

La Oficina de Control Interno a su vez, comunicó y viene promoviendo a directivos y funcionarios el desarrollo del MIPG, a través de correo electrónico, carteleras, exposiciones en el Comité Directivo, así mismo de manera permanente en los Comités de Control Interno se explican los objetivos, los beneficios y los requerimientos del modelo.

3. SÉPTIMA DIMENSIÓN: CONTROL INTERNO



La estructura del control interno establece cinco componentes: 1. Ambiente de control, 2. Administración del riesgo, 3. Actividades de control, 4. Información y comunicación y 5. Actividades de monitoreo o supervisión continuo.

3.1 Componente de Ambiente de Control.

“Una entidad debe asegurar un ambiente de control que le permita disponer de las condiciones mínimas para el ejercicio del control interno. Esto se logra con el compromiso de la entidad con la integridad, liderazgo y los lineamientos de la alta dirección y del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno” (Manual Operativo MIPG2017).”

➤ **Compromiso con la integridad:**

-Compromiso con la integridad (valores): La Dirección implementó el Código de Integridad del Servidor Público mediante la resolución 002629 del 9 de julio de 2018. Se evidencia de que se está preparando la campaña de socialización a través de videos, carteleras y brochures.

-El Comité Institucional de Control Interno liderado por la Dirección ha estado muy activo trabajando en la coordinación de actividades de control; la primera reunión de la vigencia 2018 se realizó el 8 de marzo, donde se recordó las exigencias y beneficios del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG – Decreto 1499 de septiembre de 2017, igualmente las tareas que se deben realizar de institucionalidad del Sistema de Gestión, haciendo énfasis en el trabajo conjunto para elaborar el autodiagnóstico de las políticas de gestión contempladas en el MIPG que es base para establecer el Plan de Mejoramiento.

De igual manera, se socializaron las funciones del Comité de Control Interno en el marco del Decreto 648 de 2017 y Decreto 1499 de 2017.

La segunda reunión se realizó el 12 de junio, en la cual se efectuó seguimiento a los compromisos y se revisaron los proyectos de Resolución de aprobación del MIPG y actualización del Modelo Estándar de Control Interno.

➤ **Dimensión Estratégica de Talento Humano**

Esta Dimensión orienta el ingreso y desarrollo de los servidores garantizando el principio del mérito en la provisión de los empleos públicos, el desarrollo de competencias, la prestación del servicio, la aplicación de estímulos y el desempeño individual. Para la implementación se requieren los siguientes aspectos mínimos: **Política de Gestión Estratégica de Talento Humano** y Política de Integridad.

En el Instituto Departamental de Salud se ha tenido el siguiente desarrollo:

✓ **Política de Gestión Estratégica de Talento Humano:**

- El Plan Estratégico de Recurso Humano no se encuentra formulado, no obstante se evidencia la voluntad del Coordinador de Recursos Humanos en establecer con base en el Diagnóstico realizado la formulación de este Plan, quien ha solicitado Asesoría de la Función Pública.

-Se tiene la caracterización de los servidores, evidenciado en una matriz en Excel que contiene la relación de los servidores con datos: código grado denominación del cargo, nombre y apellidos, asignación básica, cédula, naturaleza del cargo, fecha de posesión, fecha de nacimiento, correo electrónico, dirección, teléfono, genero profesión, nivel educativo, tipo de vinculación, entre otros.

-Así mismo, se cuenta con caracterización de los empleos: planta de personal, perfiles de los empleos manuales de funciones, vacantes, entre otros.

-Se efectuó el Diagnóstico de la Gestión Estratégica del Talento Humano mediante la Matriz de GETH está pendiente la formulación del Plan de Mejoramiento.

-Se está en el proceso de ajuste del Manual de Funciones.

-No se encuentra unificado el Plan de Capacitaciones, puesto que se gestionan capacitaciones en las diferentes dependencias pero estas no son reportadas a la Coordinación del Grupo de Recursos Humanos; es importante que esta dependencia efectúe el correspondiente control (no se cumplen la primera y segunda línea de defensa), en cumplimiento de su rol estratégico en el desempeño de la organización.

-El Plan de Bienestar Social se adoptó mediante Resolución 000245 de febrero de 2018, el cual se ha venido desarrollando, no se evidencia la evaluación periódica (segunda línea de defensa).

-Evaluación del Desempeño: A través de circulares la Coordinación de Recursos Humanos recordó y requirió a los jefes de dependencias la responsabilidad de la evaluación del desempeño. Se evidenció el informe consolidado de la evaluación del desempeño anual. Se cuenta con una base de datos donde se compila la calificación anual correspondiente a los compromisos laborales, competencias comportamentales y la calificación definitiva y el nivel de desempeño de quien se evalúa y quien lo evalúa, Igualmente si existe recurso de reposición y de apelación.

A continuación se muestra el resultado general de la calificación:

NIVEL PROFESIONAL	No. FUNCIONARIOS	NIVEL	CALIFICACIÓN PROMEDIO
	0	NO SATISFACTORIO	0%
0	SATISFACTORIO	0%	
3	DESTACADO	90%	
20	SOBRESALIENTE	90%	
TOTAL	23		

NIVEL TÉCNICO	No. FUNCIONARIOS	NIVEL	CALIFICACIÓN PROMEDIO
	0	NO SATISFACTORIO	0%
1	SATISFACTORIO	80%	
3	DESTACADO	92%	
9	SOBRESALIENTE	99%	
TOTAL	13		

NIVEL ASISTENCIAL	No. FUNCIONARIOS	NIVEL	CALIFICACIÓN PROMEDIO
	0	NO SATISFACTORIO	0%
4	SATISFACTORIO	80%	
31	DESTACADO	91%	
18	SOBRESALIENTE	97%	
TOTAL	53		

- En el aspecto de Seguridad y Salud en el Trabajo, es de señalar que se han realizado acciones importantes en capacitación al comité y a los funcionarios, socialización de la política, tamizaje visual, cardiovascular, pausas activas, actividad física, taller de alimentación, caminata conoce a Cúcuta, semana de la seguridad y salud en el trabajo, entre otros. No obstante, aunque se cuenta con un plan de trabajo bien estructurado, éste no ha sido divulgado, tampoco se ha efectuado la evaluación del mismo (Decreto 1072 de 2015).

Es de recordar, que tanto la formulación de las políticas como su desarrollo deben ser divulgados entre los servidores.

- La Coordinación de Recursos Humanos cuenta con un plan de acción para la vigencia 2018, pero éste no contempla todas las acciones mínimas exigidas en la política de Talento Humano (Capacitación, Evaluación del Desempeño, Provisión oportuna del Recurso Humano, Seguridad y Salud en el Trabajo, Bienestar Social, Programas de preparación para el retiro del servicio o de readaptación laboral) , por lo cual no se constituye en una herramienta que permita avanzar en la Gestión Estratégica del Talento Humano, que apunte al mejoramiento de la productividad y la satisfacción del servidor público con su trabajo y con la entidad.
 - En este periodo (Del 12 de marzo al 11 de julio de 2018) no se han provisto cargos por meritocracia.
 - No se cuenta con programas para la preparación para el retiro del servicio o de readaptación laboral del talento humano (que garantice también que el conocimiento adquirido por el servidor que se retira permanezca en la entidad).
 - Así mismo, la entidad aún no cuenta con un procedimiento documentado para realizar la desvinculación de los servidores.
 - No se ha evaluado el Clima Organizacional, que también sirva de base para formular el plan de acción estratégico de Talento Humano.
- ✓ Política de Integridad: Se encuentra implementado el Código de Integridad del Servidor Público mediante la resolución 002629 del 9 de julio de 2018. El paso a seguir es la socialización a todos los servidores de la entidad.

La Oficina de Control Interno presentó en el mes de mayo ante el Comité Institucional de Control Interno el Código de Ética del Auditor Interno, que busca orientar sobre el correcto y adecuado comportamiento y forma de actuar de los auditores internos de la OCI y promover una cultura ética en la profesión de auditoría interna; a la fecha el Comité se ha aplazado en dos oportunidades, por lo tanto no se ha dado la aprobación.

➤ **Dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación:**

Con esta Dimensión y la implementación de las políticas que la integran, se logra cumplir el objetivo de MIPG “Agilizar, simplificar y flexibilizar la operación de las entidades para la generación de bienes y servicios que resuelvan efectivamente las necesidades de los ciudadanos”.

✓ Política de Planeación Institucional:

-La Planeación del Instituto Departamental de Salud se encuentra enmarcada en el Plan de Desarrollo Departamental y el Plan Territorial de Salud, los cuales se formularon atendiendo las directrices del Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social.

Anualmente se formula el Plan de Acción Institucional para cada vigencia, el cual es publicado en la web institucional www.ids.gov.co y evaluado trimestralmente. Así mismo se formula el Plan Operativo Anual de Inversiones (POAI), el Componente Operativo Anual de Inversiones (COAI) y Plan de Acción en Salud.

Se cuenta con indicadores de Salud Pública, los cuales se encuentran publicados en la web institucional www.ids.gov.co. se tienen los indicadores de eficacia plasmados en la planeación de la entidad.

-Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano: Se cuenta con esta estrategia de anticorrupción, el cual fue formulado con base en las directrices establecidas en la ley Anticorrupción, cuyo procedimiento fue coordinado por el área de Planeación y Sistemas de Información. Se encuentra publicado en la web institucional y las evaluaciones cuatrimestrales realizadas por parte de la Oficina de Control Interno se realizan oportunamente y se publican en la web.

- Respecto al cumplimiento de la Ley 612 de abril de 2018 sobre la integración de los planes institucionales y estratégicos al Plan de Acción, ésta se ha cumplido parcialmente por cuanto los siguientes planes no se encuentran publicados en la web institucional y algunos no se han evidenciado en su formulación:
 - Plan Anual de Vacantes
 - Plan de Previsión de Recursos Humanos
 - Plan Estratégico de Talento Humano
 - Plan Institucional de Capacitación
 - Plan de Incentivos Institucionales
 - Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones
 - Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información
 - Plan de Seguridad y Privacidad de la Información”

En ese sentido, es importante recordar que la Ley 612 de abril de 2018 establece en su Artículo 1 así: ...

“2.2.22.3.14.Integración de los planes institucionales y estratégicos al plan de Acción. Las entidades del Estado, de acuerdo con el ámbito de aplicación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión al Plan de Acción de que trata el Artículo 74 de la Ley 1474 de 2011, deberán integrar los planes institucionales estratégicos que se relacionan a continuación y publicarlo, en su respectiva página web, a más tardar el 31 de enero de cada año:

1. Plan Institucional de Archivos de la Entidad – PINAR
2. Plan Anual de Adquisiciones
3. Plan Anual de Vacantes
4. Plan de Provisión de Recursos Humanos
5. Plan Estratégico de Talento Humano
6. Plan Institucional de Capacitación
7. Plan de Incentivos Institucionales
8. Plan de Trabajo Anual en Seguridad y Salud en el Trabajo
9. Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano

10. Plan Estratégico de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones
11. Plan de Tratamiento de Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información
12. Plan de Seguridad y Privacidad de la Información”

Así mismo, en el Artículo 2. Transición. Establece: *“Las entidades del Estado de manera progresiva, deberán integrar los planes a que se refiere el presente Decreto al Plan de Acción y publicarlo en la página web a más tardar el 31 de julio de 2018.”*

➤ **Política de Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público.**

El Instituto cuenta con el Plan Financiero, el Plan Operativo Anual de Inversiones y el Presupuesto Anual, los cuales son aprobados por la Junta Directiva y el presupuesto anual también es revisado y aprobado por la Asamblea Departamental.

La programación presupuestal del instituto se basa en las directrices del Ministerio de Salud y Protección Social, en razón que su mayor parte del presupuesto son recursos de Transferencias del Gobierno Nacional, como es el Sistema General de Participaciones y otras transferencias; esta programación es articulada con las metas de la institución.

➤ **Dimensión de Gestión con valores para resultados**

Esta Dimensión agrupa el siguiente conjunto de políticas, que tienen como propósito permitirle a la organización realizar las actividades que la conduzcan a lograr los resultados propuestos y a materializar las decisiones plasmadas en su planeación institucional, en el marco de los valores del servicio público:

De la ventanilla hacia adentro:

*Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos
Gestión Presupuestal y eficiencia del Gasto Público
Gobierno Digital, antes Gobierno en Línea
Seguridad Digital
Defensa Judicial*

*Relación Estado Ciudadano:
Servicio al ciudadano
Racionalización de Trámites
Participación Ciudadana en la Gestión
Gobierno Digital, antes Gobierno en Línea*

En desarrollo de esta Dimensión a continuación se muestran las acciones realizadas durante este cuatrimestre:

✓ **Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos**

-Se continúa trabajando en el mejoramiento de los procesos, actividad que se inició desde la vigencia anterior y que la Dirección promueve en los comités de Control Interno. En ese sentido, se

encuentra el Área de Recursos Humanos trabajando en la actualización del Manual de Funciones y el Grupo de Salud Pública trabaja en la reorganización de su proceso.

-No obstante, se sugiere dentro de la implementación del MIPG, una revisión de la Estructura Funcional o Administrativa de la Entidad, en razón a que no se cuenta con la planta de personal suficiente y que los recursos financieros y técnicos son escasos, que permita analizar las posibilidades de hacer ajustes y cambios a la estructura interna de las diferentes dependencias con las respectivas funciones generales requeridas, como también ajustar los procesos, para optimizar los recursos, fortalecer capacidades y generar los resultados esperados en cumplimiento de las competencias del IDS.

-La Misión y la Visión fueron ajustadas a las nuevas competencias y retos de la salud en el Departamento, sin embargo se encuentra en proceso de aprobación por la Junta Directiva.

-Así mismo se requiere del Análisis de la capacidad organizacional estratégica enfocadas al ciclo de la gestión, donde se debe revisar el sistema de seguimiento y evaluación, si es adecuado para el mejoramiento continuo de la entidad.

-De igual manera, es conveniente revisar las capacidades funcionales (Gestión con Valores para Resultados) se refiere a los recursos que tiene a disposición la entidad para entregar productos y servicios en unas condiciones de calidad predeterminadas, como es la infraestructura física, la tecnología existente, los equipos, la planta de personal (déficit), el talento humano suficientemente capacitado, entre otros.

✓ *Política de Gestión Presupuestal y eficiencia del Gasto Público*

-La ejecución presupuestal ha tenido una calificación del 97% en el autodiagnóstico realizado, evidenciado en la adecuada programación del presupuesto, en su ejecución y en el control y seguimiento del mismo. Tanto el presupuesto formulado como su ejecución se publica en la web institucional.

✓ *Política de Gobierno Digital, antes Gobierno en Línea*

El desarrollo de esta política en el Instituto Departamental de Salud de N. de S. con el liderazgo de la Profesional responsable del Componente de Sistemas de Información, se implementó la Política de Seguridad informática a través de la Resolución 002189 del 1 de junio de 2017, la cual se ha divulgado a través de brochures, mensajes por correos electrónicos, en Comité de Gobierno en Línea, en Comités Directivos y en reuniones institucionales.

✓ *Política de Defensa Jurídica*

El Comité de Conciliación: fue creado mediante resolución N. 001023 del 22 de marzo de 2012 y modificado a través de la Resolución 0104 del 21 de enero de 2013, igualmente se observa que hasta el momento no ha habido ninguna modificación con respecto a la conformación y creación del comité y sus funciones.

La Oficina de Control Interno ha sido invitada a la totalidad de Comités de Conciliación, donde participa solo con voz, de igual manera se hace evaluación anual del cumplimiento de la Acción de Repetición.

- ✓ Política de Prevención del año Antijurídico Se estableció la Política de Prevención del Daño antijurídico para el Instituto, la cual fue aprobada mediante acta de Comité de fecha 18 de junio de 2014.

La Oficina Jurídica efectúa control a los procesos judiciales y arbitrales través de los siguientes mecanismos:

- Base de datos actualizada. Esta base de datos contiene información como: número de radicación del proceso – fecha de la radicación - parte demandante – parte demandada – autoridad judicial – cuantía – estado del proceso – si el proceso está activo o no – entre otros.
- La Oficina Jurídica cuenta con el apoyo de abogados externos para llevar a cabo la defensa judicial.
- El Coordinador Jurídico efectúa seguimiento permanente a los procesos y presenta informes periódicos al Comité de Conciliación.

- ✓ Política de Servicio al Ciudadano:

El instituto cuenta con una dependencia de Servicio de Atención al Ciudadano, ubicada en el primer piso de fácil acceso, se atiende en orden de llegada, se entrega información de interés de los usuarios, sobre trámites y el seguimiento a sus PQR.

Se cuenta con un buzón electrónico, también se cuenta con una base de datos donde se registran en orden cronológico las PQRD y se efectúa el seguimiento a las mismas, se generan informes trimestrales los cuales se dan a conocer a la Dirección y al Subgrupo de Prestación de Servicios de Salud para efectos de Vigilancia y Control con EPS e IPS. La Oficina de Control Interno efectúa seguimiento semestral, emite el correspondiente informe, el cual se da a conocer al Comité de Control Interno, para el redireccionamiento de directrices en el tema.

- ✓ Política de Racionalización de Trámites:

La entidad ha inscrito en el SUIT 20 trámites y 2 servicios, para un total de 22 inscritos. Se proyectó para la vigencia 2018 la racionalización de 5 trámites, los cuales tienen un avance del 70%.

- ✓ *Participación Ciudadana en la Gestión:*

Se efectuó la Autoevaluación con una calificación de sus componentes por encima del 80%. Es de señalar que se cuenta con un plan de acción para desarrollar la política de Participación Ciudadana.

La Dirección a finales de la vigencia 2017 efectuó Rendición de Cuentas en las diferentes regiones del Departamento, de las cuales se cuenta con las respectivas Actas.

Así mismo, se rinde cuentas de la Gestión de manera trimestral ante el Consejo Territorial de Salud, Y de manera permanente se publica información sobre la gestión desarrollada a través de la página web de la entidad www.ids.gov.co. Se publica la ejecución presupuestal, los Estados Financieros, el Plan de Adquisiciones, los Contratos celebrados, entre otros.

Se presenta debilidad en la evaluación, publicación y divulgación de los resultados de los procesos de Rendición de Cuentas.

3.2 Componente de Gestión de Riesgos Institucionales:

— *Asegurar la Gestión del Riesgo en la entidad y Fortalecerla a partir del desarrollo de las otras dimensiones del MIPG*

Este componente hace referencia al ejercicio efectuado bajo el liderazgo del Equipo Directivo y de todos los servidores de la entidad, y permite identificar, evaluar y gestionar eventos potenciales, tanto internos como externos, que puedan afectar el logro de los objetivos institucionales, también lesionar la imagen institucional.

La entidad cuenta con el Mapa de Riesgos, el cual se trabajó en la actualización en la vigencia 2017 con el acompañamiento de la Oficina de Control Interno. Sin embargo es de reconocer que la Gestión del Riesgo aún no se concibe como una acción continua que debe darse al interior de los procesos y dentro del que hacer institucional de manera cotidiana.

Se cuenta con el Plan Anticorrupción vigencia 2018 que contempla en uno de sus componentes el Mapa de Riesgos de Corrupción formulado en el mes de enero, el cual se encuentra en desarrollo.

Se recomienda el liderazgo de la dependencia de Planeación y la participación activa de los Directivos, Coordinadores y responsables de los procesos efectúen un nuevo trabajo de identificación de aquellos riesgos que pueden impedir el logro del propósito fundamental del Instituto y las metas estratégicas; y que éste trabajo de administración del riesgo sea cotidiano.

Para garantizar la adecuada gestión del riesgo, requiere definir y diseñar los controles a los riesgos y asignar las responsabilidades en relación con las líneas de defensa.

3.3 Componente de Actividades de Control

Este es el tercer componente del Sistema de Control Interno y hace referencia a la implementación de controles, esto es, de los mecanismos para dar tratamiento a los riesgos, así:

- Determinar acciones que contribuyan a mitigar los riesgos*
- Definir controlen en materia de TIC*
- Implementar políticas de operación mediante procedimientos u otros mecanismos que den cuenta de su aplicación en materia de control.*

En el Instituto Departamental de Salud de N. de S. se evidencian acciones de control como:

-Control en el seguimiento de Peticiones Quejas y Reclamos, a través de la Matriz de Radicado y Seguimiento y la emisión de informes para tomar acciones de Vigilancia y Control.

-Se efectuó capacitación a los supervisores de contratos a fin de mejorar el control y seguimiento de los mismos.

-Se cuenta con los sistemas de información establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, a través de los diferentes aplicativos como SISPRO, ASIS, SIVIGILA, entre otros, que implican controles permanentes dentro del sistema de salud.

-Se adquirió un software para registrar la trazabilidad desde la radicación de las cuentas de prestación de servicios de salud hasta el pago de las mismas, como una herramienta de control y registro contable.

-Se cuenta con un software de correspondencia, el cual permite el control de la misma.

-Se cuenta con el Mapa de procesos, manuales de funciones, manuales de procedimientos y políticas de operación, los cuales son mecanismos que permiten el control de las operaciones; Sin embargo, en las Auditorías Internas se ha establecido que se requiere más empoderamiento y conciencia de los servidores públicos responsables de cada uno de los procesos, en fortalecer la gestión del riesgo y el establecimiento de controles, que contribuyan a mejorar el desempeño de la entidad.

-Se efectúa Control de la Gestión de manera Trimestral, a través de la autoevaluación de las acciones y los indicadores. No obstante, es de señalar que algunas dependencias no son oportunas en la entrega de información de esta evaluación trimestral al área de planeación, lo cual genera dificultad en la revisión de la información y demora para entregar dicha evaluación de la gestión ante la Secretaría de Planeación del Departamento; y lo más significativo es que al no generar información oportuna se pierde el espacio de realimentar (oportunamente) los resultados ante la Alta Dirección sobre el monitoreo y efectividad de la gestión.

Agregado a lo anterior, el no generar información oportuna y espacio para realimentar los resultados, no permite el análisis de los indicadores de gestión y desempeño, por lo tanto, no da lugar a la formulándose acciones de mejora para los procesos que lo requieren.

En ese sentido, es de reconocer que se hace necesario fortalecer el control en los diferentes procesos, buscando mitigar riesgos, lograr mejor desempeño y diligencia en el cumplimiento de los procesos de Rectoría, Vigilancia y Control, promoción de la salud pública y también en la prestación del servicio.

Es prioritario que se asignen las responsabilidades en cada dependencia y procesos en relación con las líneas de defensa del MECI, conforme lo establece el Manual Operativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG:

✓ **Asignar las responsabilidades en relación con las líneas de defensa del MECI**

Garantizar un adecuado desarrollo de actividades de control requiere, adicionalmente, definir el rol de cada una de las instancias que participan en la definición y ejecución de las acciones, métodos y procedimientos de control y de gestión del riesgo, de la siguiente manera:

Línea Estratégica - Alta dirección y Comité Institucional de Coordinación de Control Interno, a quienes corresponde:

- Establecer las políticas de operación encaminadas a controlar los riesgos que pueden llegar a incidir en el cumplimiento de los objetivos institucionales
- Hacer seguimiento a la adopción, implementación y aplicación de controles

Primera Línea – Gerentes públicos y Líderes de proceso, a quienes corresponde:

- Mantener controles internos efectivos para ejecutar procedimientos de riesgo y control en el día a día
- Diseñar e implementar procedimientos detallados que sirvan como controles, a través de una estructura de responsabilidad en cascada, y supervisar la ejecución de esos procedimientos por parte de los servidores públicos a su cargo
- Establecer responsabilidades por las actividades de control y asegurar que personas competentes, con autoridad suficiente, efectúen dichas actividades con diligencia y de manera oportuna
- Asegurar que el personal responsable investigue y actúe sobre asuntos identificados como resultado de la ejecución de actividades de control
- Diseñar e implementar las respectivas actividades de control. Esto incluye reajustar y comunicar políticas y procedimientos relacionados con la tecnología y asegurar que los controles de TI son adecuados para apoyar el logro de los objetivos

Segunda Línea – Servidores responsables de monitoreo y evaluación de controles y gestión del riesgo, a quienes corresponde:

- Supervisar el cumplimiento de las políticas y procedimientos específicos establecidos por la primera línea de defensa
- Asistir a la gerencia operativa en el desarrollo y comunicación de políticas y procedimientos
- Asegurar que los riesgos son monitoreados en relación con la política de administración de riesgo establecida para la entidad
- Revisar periódicamente las actividades de control para determinar su relevancia y actualizarlas de ser necesario

- Supervisar el cumplimiento de las políticas y procedimientos específicos establecidos por la primera línea
- Realizar monitoreo de los riesgos y controles tecnológicos
- Grupos como los departamentos de seguridad de la información también pueden desempeñar papeles importantes en la selección, desarrollo y mantenimiento de controles sobre la tecnología, según lo designado por la administración
- Establecer procesos para monitorear y evaluar el desarrollo de exposiciones al riesgo relacionadas con tecnología nueva y emergente

Tercera Línea – Oficina de Control Interno, a la cual corresponde:

- Verificar que los controles están diseñados e implementados de manera efectiva y operen como se pretende para controlar los riesgos
- Suministrar recomendaciones para mejorar la eficiencia y eficacia de los controles.
- Proporcionar seguridad razonable con respecto al diseño e implementación de políticas, procedimientos y otros controles
- Evaluar si los procesos de gobierno de TI de la entidad apoyan las estrategias y los objetivos de la entidad
- Proporcionar información sobre la eficiencia, efectividad e integridad de los controles tecnológicos y, según sea apropiado, puede recomendar mejoras a las actividades de control específicas

Fuente: Adaptado de Marco Integrado de Control Interno COSO 2013.

3.4 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).

En el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander se cuenta con un link en la página web denominado Sala Situacional, en el cual se encuentran los análisis de la situación de Salud para conocimiento de los ciudadanos y de las entidades interesadas.

-La formulación, evaluación y seguimiento de políticas para mejorar la gestión en Salud Pública hace necesario contar con información que contribuya al análisis de la situación de salud y a la vigilancia en salud pública. Para satisfacer tal necesidad, el instituto viene desarrollando el conjunto de indicadores Básicos en Salud en el Departamento Norte de Santander.

El principal propósito es difundir la información sobre la situación de salud del departamento y ponerla a disposición de la comunidad en general.

La información está disponible en cifras Departamentales, desagregadas por Municipios, en 11 grupos de Indicadores: Demográficos, Socioeconómicos, Población en Situación de Desplazamiento, Acceso a servicios públicos domiciliarios, Oferta de servicios Públicos de Salud, Natalidad, Mortalidad, Morbilidad, Nutrición, Salud Sexual y Reproductiva, Salud Mental y Violencia. Para mejor comprensión de la información presentada se agregan las definiciones y comentarios de algunos indicadores.

-Así mismo, la página web contiene el link de transparencia donde permanentemente se publica la planeación de la entidad, la evaluación de la gestión, los presupuestos, la contratación, la información financiera, los informes de PQRD, control interno, las normas, el directorio de la entidad, y en general toda la información mínima exigida en la Ley de Transparencia y Acceso a la Información pública, ley 1712 de 2014.

No obstante, es de informar, que desde el 15 de mayo al mes de junio se requirió suspender la página web institucional, por parte del servidor virtual privado, por scripts maliciosos que consumieron más del 90% de la memoria RAM ocasionando la caída, igualmente se evidenció email spoofing y virus en el arranque del administrador, se tomaron las medidas necesarias para la solución del problema, y actualmente se está restaurando la información, según información emitida por la Ingeniera de Sistemas encargada del componente de Sistemas de Información.

También se cuenta con una Red de comunicación Interna que contribuye a mantener la información requerida por las diferentes áreas de la entidad, necesarias en la gestión administrativa.

-Se cuenta con la Política de Gestión Documental, la cual muestra en el Autodiagnóstico la necesidad de fortalecer en aspectos de consecución de espacio físico, y la organización de los Fondos Acumulados.

-Se debe mejorar el funcionamiento de los correos electrónicos institucionales y sensibilizar sobre dar más uso a la red interna, es decir publicar más información al funcionario, como son los planes de capacitación, de bienestar social, entre otros.

3.5 Componente de monitoreo y supervisión continua

✓ *Implementar las actividades de Monitoreo y Supervisión Continua en la entidad*

Este tipo de actividades se pueden dar en el día a día de la gestión institucional o a través de evaluaciones periódicas, y su propósito es valorar: i) La efectividad del control interno de la entidad pública; ii) La eficiencia, eficacia y efectividad de los procesos, iii) el nivel de ejecución de los

planes, iv) Los resultados de la gestión, con el propósito de detectar desviaciones, establecer tendencias, y generar recomendaciones para orientar las acciones de mejoramiento de la entidad pública. Y está bajo la responsabilidad de directivos, coordinadores de grupos y subgrupos, oficina de control interno y todos los funcionarios en las acciones que tienen a su cargo.

-La Dirección a través de reuniones por dependencias y en Comité de Control Interno, en este periodo ha efectuado monitoreo del desempeño de algunas dependencias como, a la Gestión del Subgrupo de Prestación de Servicios de Salud, Gestión Documental, Gestión Jurídica, y a Planeación y Sistemas de Información, donde ha dado lugar al establecimiento de acciones de mejoramiento.

-La evaluación trimestral a las metas establecidas en el Plan de Acción que realizan los responsables de los grupos y subgrupos, monitoreado por la Segunda Línea de Defensa efectuada por la Coordinación de Planeación.

-De igual manera, en los Comités de Control Interno se efectúa seguimiento a la gestión por parte de la Dirección y a los compromisos establecidos como resultado de las Auditorías informadas al Comité, como resultado se formulan compromisos de mejoramiento.

-Así mismo, la auditoria interna formuló el Plan de Auditorías para la vigencia 2018, el cual fue aprobado por el Comité de Control Interno, se ejecutan las auditorías y se informa del resultado al responsable del proceso, a la Dirección de la Entidad y al Comité de Control Interno. Se solicita la formulación de planes de mejoramiento basado en el resultado de la evaluación.

4. Conclusiones y Recomendaciones

Se concluye que el avance en la implementación del MIPG se evidencia solo en el Autodiagnóstico.

Se requiere avanzar con más diligencia en la implementación del Modelo, en la definición de Políticas de operación que garanticen el control de la gestión en las diferentes dependencias y procesos, y el establecimiento del Plan de Mejoramiento que asegure el compromiso y responsabilidades de los directivos, coordinadores y funcionarios en general en la prevención de riesgos administrativos y riesgos de corrupción.

En ese sentido la Oficina de Control Interno recomienda:

-La Dirección debe avanzar en la aprobación y firma del proyecto de implementación del MIPG, la cual fue proyectada por la Coordinación de Planeación basada en las directrices de la Función Pública.

-Avanzar en la construcción de los Planes de Mejoramiento, resultado del ejercicio de autodiagnóstico del MIPG, conforme a lo dispuesto por la Función Pública, con el liderazgo de la

Coordinación de Planeación y Sistemas de Información, y con la responsabilidad de los funcionarios coordinadores de procesos la de formular dichos planes.

- Dar publicación web institucional a los planes institucionales y estratégicos, para realizar su integración, conforme a lo dispuesto en el Decreto 612 del 4 de abril de 2018, que tiene un plazo máximo al 31 de julio de 2018. (ver página 10 del informe).

-Se requiere que en la implementación del MIPG, se establezcan con claridad las acciones de control a desarrollar en la **primera y segunda línea de defensa**, los mecanismos y herramientas, los tiempos y los funcionarios responsables, que faciliten el seguimiento y cumplimiento de los mismos, para lo cual los Coordinadores y responsables de procesos y dependencias son los responsables de su definición.

- La Coordinación de Planeación y los responsables de los procesos deben iniciar una campaña de revisión y actualización de los Mapas de Riesgos y la Política de Administración del Riesgo, para mejorar los controles y proporcionar a la administración un aseguramiento razonable con respecto al logro de los objetivos.

-La Coordinación de Recursos Humanos debe continuar la implementación del Código de Integridad a través de la divulgación y sensibilización a servidores y contratistas de la entidad.

San José de Cúcuta, 12 de julio de 2018

RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN:

ANA EDILIA CARRERO ACEVEDO – ASESORA DE CONTROL INTERNO