

Informe Pormenorizado del Estado del Sistema de Control Interno Periodo julio a octubre de 2018

Ley 1474 de 2011 - artículo 9

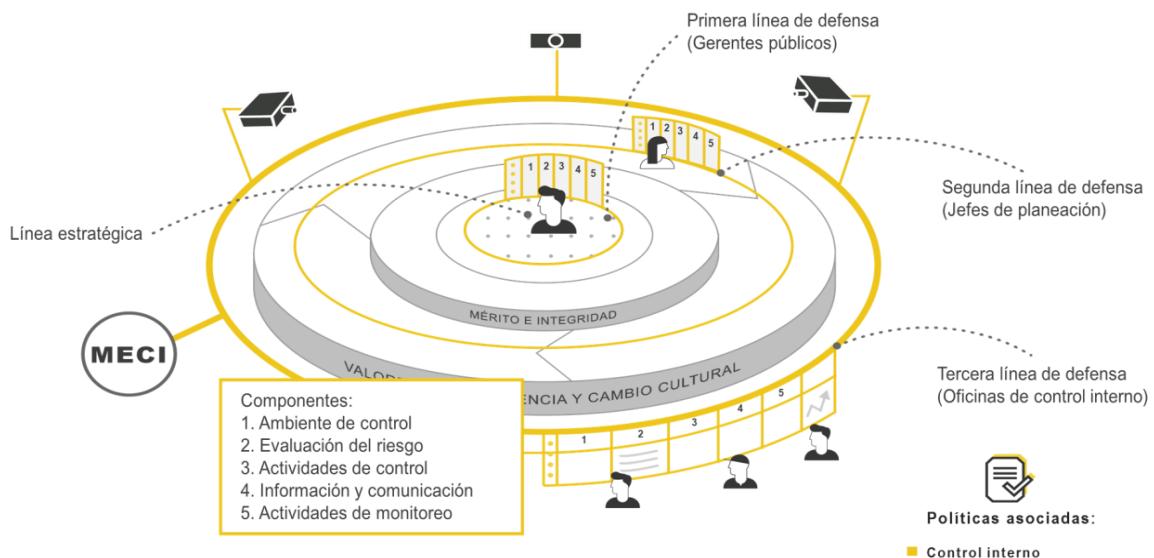
Este Informe Pormenorizado de Control Interno se elabora en cumplimiento de la Ley 1474 de 2011 de Anticorrupción y el Decreto 648 de 2017, con el propósito de aportar al mejoramiento continuo de la entidad en la consecución del cumplimiento de su misión, y se presenta conforme a la estructura del Modelo 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.

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

El Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander, conforme a lo establecido en el Decreto 648 y 1499 de 2017, crea el comité de Gestión y Desempeño mediante Resolución número 002824 de 30 de julio de 2018.

Así mismo, la Dirección instaló el primer comité de Gestión y Desempeño el día 16 DE OCTUBRE DE 2018, en este Comité la Coordinación de Planeación efectuó la presentación de resultados del FURAG III y del Auto diagnóstico de cada dimensión, de igual manera efectuó la presentación del modelo para realizar los planes de mejora de las dimensiones con hallazgos y por dimensión en cuanto a resultados menores de 70puntos.

SÉPTIMA DIMENSIÓN: CONTROL INTERNO



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 y asignó a la Coordinación de Recursos Humanos las acciones de socialización.

-El Comité Institucional de Control Interno liderado por la Dirección ha trabajado en la coordinación de actividades de control; Se han efectuado dos (2) reuniones, 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.

En la segunda reunión, Se actualizó y reglamentó el Comité de Control Interno, en el cual establece con claridad sus funciones.

Es importante señalar que en esta reunión se efectuó la asignación de responsabilidades para desarrollar cada uno de los aspectos y componentes de la estructura de control interno, mostrando con ello, compromiso de la Dirección y de los integrantes del Comité para con el Control Interno del Instituto.

✓ Talento Humano

En el periodo de julio a octubre, se ha tenido el siguiente desarrollo:

Reporte a la Comisión Nacional del Servicio Civil del informe de nombramiento de provisionales, encargos y prorrogas de nombramiento provisionales del 1 de enero al 30 de junio de 2018.

Reporte a la plataforma del SIGEP del personal de planta y contratistas al 31 de julio de 2018.

Realizaron dos (2) cursos de Inducción para profesionales del servicio social obligatorio del sorteo del 18 de julio y 18 de octubre.

Se efectuó estudio de modificación de planta de personal aprobado por la Junta el 19 de septiembre de 2018 y ajuste al manual específico de funciones y competencias laborales.

Se realizó el Acuerdo de Ajuste de Asignación Básica de la entidad, aprobada el 26 de octubre de 2018.

Reporte a la plataforma del RETHUS, registro único de profesionales y ocupaciones de salud actualización de antiguos (18900 registros), y registro actuales al mes de octubre de 2018.

Evaluación del Desempeño Laboral de los funcionarios de carrera del periodo del 1 de febrero al 31 de julio de 2018.

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

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, semana de la seguridad y salud en el trabajo, entre otros. Se cuenta con un plan de trabajo bien estructurado, pero éste no ha sido divulgado, tampoco se ha efectuado la evaluación del mismo (Decreto 1072 de 2015).

La auditoría interna, efectuado el seguimiento concluye que el Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo se encuentra en la fase de 4 de ejecución, sin embargo, presenta algunas observaciones a fortalecer y realizar siempre una mejora continua de acuerdo con lineamientos y normatividad vigente.

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

✓ 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 de igual manera 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.”*

✓ **Procesos y Procedimientos**

-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.

-La Dirección del Instituto y el Comité de Control Interno establecieron el compromiso de revisar el Mapa de Procesos, para proceder a su ajuste y mejoramiento de toda la estructura y funcionalidad del mismo, como también garantizar la implementación de controles basado en riesgos.

✓ *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 pública 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.

Actualmente se encuentra publicado el Informe de Rendición de Cuentas Vigencia 2018, cuya Audiencia Pública se realizará el 12 de diciembre del presente año.

2. Evaluación del Riesgo

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. La Oficina de Control Interno efectuó seguimiento al primero y segundo cuatrimestre, estableciendo un cumplimiento del 70% a agosto 30 de 2018.

Se cuenta con la Política de Administración del Riesgo establecida en enero de 2015, la cual requiere ser ajustada con la nueva guía del riesgo emitida por la Función Pública.

De igual manera, se recomienda el liderazgo de la dependencia de Planeación y la participación activa de los Directivos, Coordinadores y responsables de los procesos para que se efectúe 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.

El avance del periodo está en que la Dirección y el Comité de Control Interno, establecieron el liderazgo de Actualizar la Política de Administración del Riesgo, en la Coordinación de Planeación, y la responsabilidad de la Identificación del Riesgo, y valoración, a los funcionarios coordinadores de Grupos y Subgrupos, con el compromiso de iniciar la capacitación en Riesgos en el mes de enero de 2018.

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.

Como avance en este periodo, es la asignación de las responsabilidades para el liderazgo de cada aspecto y componente de la Dimensión de Control Interno basado en las tres líneas de defensa, con lo cual se espera hacer más organizada la planeación del fortalecimiento del Sistema de Control Interno.

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).

-La página web institucional ids.gov.co 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.

-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.

-Aún no se da cumplimiento a 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”

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, Planeación y Sistemas de Información, y Salud Pública, 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.

Conclusiones y Recomendaciones

Se concluye que el avance en la implementación del MIPG se evidencia solo en el Autodiagnóstico, en la creación del Comité de MIPG y En cuanto a la Dimensión de Control Interno se ha avanzado en el establecimiento de Responsabilidades y se encuentra en la etapa de diseño del Plan de Mejoramiento.

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:

-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.

-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.

9 de Noviembre de 2018.

RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN:

ANA EDILIA CARRERO ACEVEDO – ASESORA DE CONTROL INTERNO