

## Contenido

### 1. MEDICIÓN DEL DESEMPEÑO DE ENTIDADES PÚBLICAS

1.1 RESULTADOS MEDICIÓN DEL DESEMPEÑO DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER - 2018

1.2 CALIFICACIÓN POR COMPONENTES DE CONTROL INTERNO

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

PRIMERA DIMENSIÓN DE TALENTO HUMANO

SEGUNDA DIMENSIÓN DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN

TERCERA DIMENSIÓN: GESTIÓN CON VALORES PARA RESULTADO

CUARTA DIMENSIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS

QUINTA DIMENSIÓN INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

SEXTA DIMENSIÓN. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA INNOVACIÓN

### 3. SEPTIMA DIMENSIÓN. CONTROL INTERNO

3.1. COMPONENTE DE AMBIENTE DE CONTROL

3.2. COMPONENTE DE EVALUACIÓN DEL RIESGO

3.3. COMPONENTE ACTIVIDADES DE CONTROL

3.4. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

3.5. ACTIVIDADES DE MONITOREO

### 4. RECOMENDACIONES

**INFORME PORMENORIZADO DE CONTROL INTERNO**

Asesora de Control Interno:	Ana Edilia Carrero Acevedo
Periodo Evaluado:	Marzo a Junio de 2019
Fecha de Elaboración:	Julio 10 de 2019

La Oficina de Control Interno presenta el Informe Pormenorizado de Control Interno, 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.

**1. MEDICIÓN DEL DESEMPEÑO DE ENTIDADES PÚBLICAS**

*“Dado que la Metodología de Medición del Desempeño de Entidades Públicas tiene como finalidad medir el desempeño institucional en el marco de aplicación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión, se han desarrollado dos instrumentos fundamentales: de una parte, un instrumento de **Autodiagnóstico**, que permite a cada entidad conocer su estado en cada una de las dimensiones en las cuales se estructura el MIPG, a partir de un ejercicio de autovaloración que puede ser desarrollado en el momento en que cada entidad lo considere pertinente, sin que esto implique reporte alguno a Función Pública, a otras instancias del Gobierno o a Organismos de Control (Función Pública).*”

Este Autodiagnóstico fue elaborado en el Instituto Departamental de Salud con la participación de todas las Coordinaciones de Grupos y Subgrupos y los responsables de dependencias, por lo cual se cuenta con este instrumento que da luces sobre los aspectos en que hay que mejorar.

De otra, el Formulario Único de Reporte y Avance de Gestión FURAG que será habilitado por la Función Pública, por lo menos una vez al año y permitirá, a partir de los datos capturados, generar información sobre el desempeño institucional para fortalecer la toma de decisiones en materia de gestión institucional y formulación o ajustes de las políticas de gestión y desempeño; adicionalmente, permitirá evaluar el cumplimiento de los objetivos del MIPG, sus avances y sus mejoras.

Teniendo en cuenta lo anterior, el Formulario Único de Reporte y Avance de Gestión – FURAG, es la herramienta diseñada por Función Pública con el fin de medir la gestión y el desempeño, así como el cumplimiento de las políticas en las entidades que están en el ámbito de aplicación del MIPG.

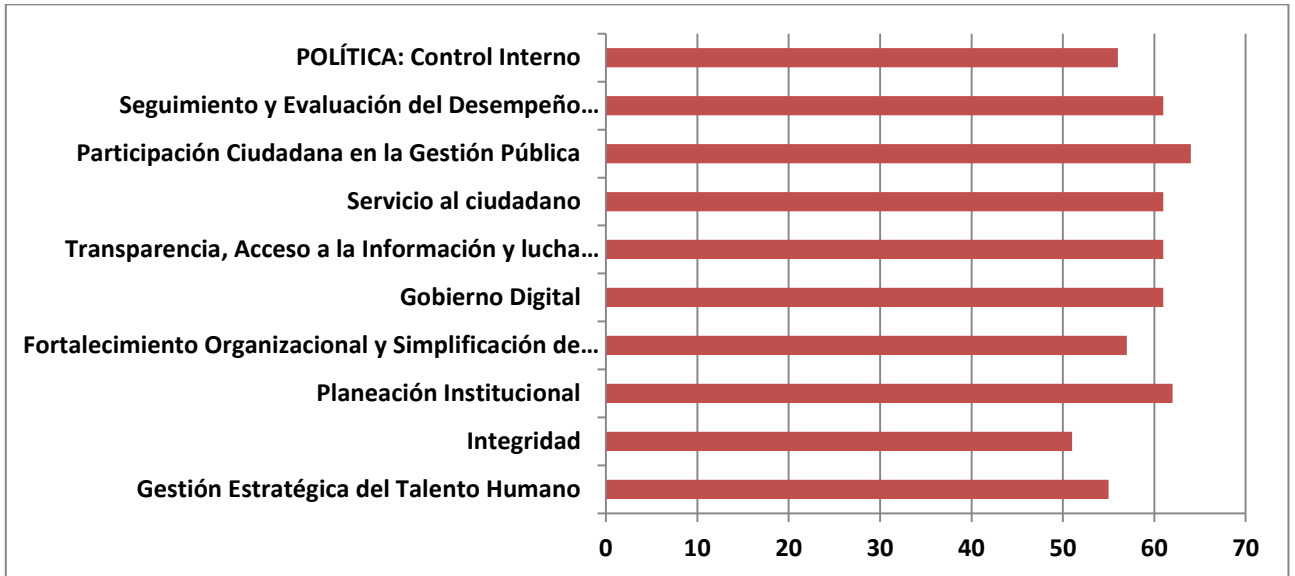
A través de este formulario del FURAG, el cual se diligenció por parte de la Oficina de Control Interno, Recursos Humanos, Planeación y Sistemas de Información del Instituto, entre el 12 de febrero y 22 de marzo de 2019, se generaron los resultados de la medición del desempeño institucional del Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander para la vigencia 2018.

A continuación se muestran los resultados generados. Es de aclarar, que según lo establecido por la Función Pública, *“esta medición constituye la línea base que permitirá visualizar la gestión de cada entidad. Por lo tanto, no es comparable con mediciones anteriores”*.



### 1.1 RESULTADOS MEDICIÓN DEL DESEMPEÑO INSTITUCIONAL - INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER - 2018:

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

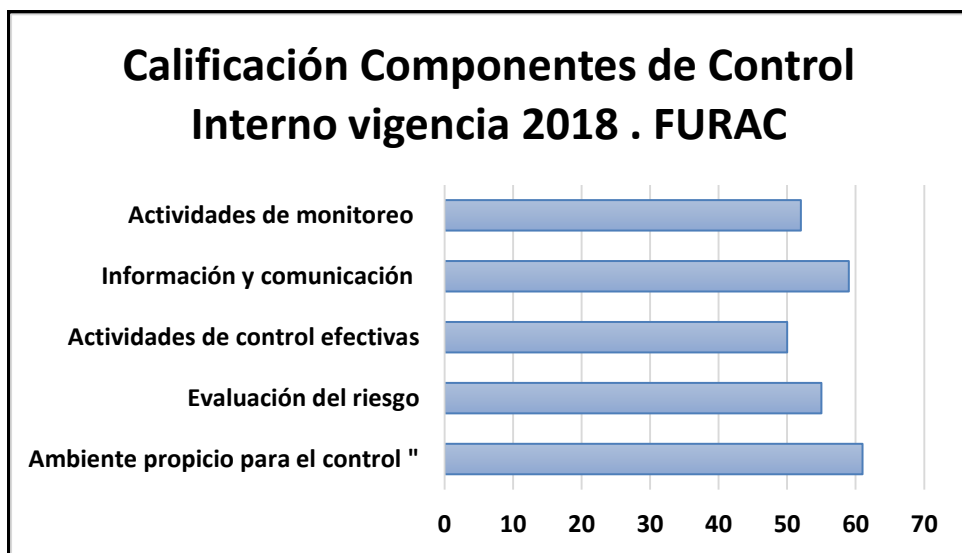
Componente 4. Información y comunicación relevante y oportuna para el control

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

## 1.2 CALIFICACIÓN POR COMPONENTES DE CONTROL INTERNO

La calificación por componentes de Control Interno fue la siguiente:

CONCEPTO	POLÍTICA: 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	<b>56,6</b>	<b>61,8</b>	<b>55,0</b>	<b>50,0</b>	<b>59,3</b>	<b>52,6</b>



**RETOS:**

Como se puede observar, la máxima calificación en las Dimensiones del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG, fue 64.5, lo que nos debe alertar y también motivar en trabajar intensamente en el cumplimiento de los objetivos del MIPG, sus avances y sus mejoras.

Es de señalar que uno de los objetivos de esta medición es “*Conocer el grado de apropiación de las políticas de gestión y desempeño institucional para soportar la toma de decisiones estratégicas y de gestión*”.

Como también, “*Determinar la medida en que el MIPG facilita el logro de resultados en aspectos complementarios del desempeño institucional del país como la política fiscal, de gasto, de reducción de la pobreza, de competitividad, de productividad, y en general, en el logro de los objetivos de las políticas públicas y en el uso eficiente de los recursos en la prestación de los servicios*”.

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

Mediante Resolución 002824 del 30 de julio de 2018 se crea el Comité Institucional de Gestión y desempeño en el Instituto Departamental de Salud de N. de S.

Este comité es el encargado de orientar la implementación y operación del Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPEG.

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 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 70 puntos.

Mediante Resolución 747 del 5 de marzo de 2019 se establecieron los responsables de cada una de las dimensiones del MIPG.

Mediante Resolución 2629 de 2018 se adoptó el Código de Integridad, el cual fue socializado a todos los servidores de la entidad.

Se efectuó el Autodiagnóstico y se respondió la encuesta del aplicativo dispuesto en el FURAG vigencia 2018.

A continuación se hace una breve descripción de los avances logrados en cada Dimensión del Modelo Integrado de Planeación y Gestión:

## PRIMERA DIMENSIÓN DE TALENTO HUMANO

### Gestión Ética – Código de Integridad

De acuerdo a la Resolución No. 002629 del 9 de julio de 2018 se adoptó el Código de Integridad del Servicio Público para el Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander, el Código reúne los valores de Honestidad, Respeto, Compromiso, Diligencia y Justicia; cada uno de estos valores determina una línea de acción cotidiana para los servidores públicos.

Seguido de varias divulgaciones vía e-mail a los servidores públicos del Instituto y de acuerdo a la circular No. 011 emitida de la Oficina de Recursos Humanos se convoca a una capacitación de sensibilización a los funcionarios de planta del Instituto generando los siguientes resultados:

Fecha de capacitación	Horario	Lugar	Conferencista a externo	Total convocados	Total asistentes	Recursos invertidos
13 de junio de 2019	Dividido en dos jornadas: De 8:00 a.m. a 12 y de 2:00 a 6:00 pm	Hotel Casablanca	Dr. Alexander Vélez	207	266	\$0

Demostando una positiva aceptación por parte de los asistentes tanto servidores de planta como contratistas, los Coordinadores de Grupos, Subgrupos y Dependencias, como también los funcionarios del nivel Asesor, apoyarán activamente la implementación del Código de Integridad en sus labores diarias.

## **Política de Gestión estratégica de Talento Humano**

### **Disponer de Información:**

- El Instituto Departamental de Salud en el desarrollo de la implementación de la dimensión de Direccionamiento Estratégico y Planeación, cuenta con el marco normativo, objetivo, misión, entorno, metas estratégicas, proyectos entre otros publicados en la página WEB al alcance de los servidores, funcionarios y ciudadanos.
- La oficina de Recursos Humanos dispone de una base de datos en constante actualización de caracterización de los servidores: antigüedad, nivel educativo, edad, género, tipo de vinculación, entre otros.
- Caracterización de los empleos: Conforme al acuerdo N°020 del 2018 por el cual se fija el plan de empleos y asignaciones civiles del Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander para la vigencia Fiscal del 1 de Enero al 31 de Diciembre de 2019 y el acuerdo N°013 del 2018 por el cual se modifica el manual de funciones y competencias laborales, se describe la caracterización de los empleos provistos y por proveer del Instituto Departamental Salud.

## **Programa de inducción y re inducción**

El Instituto Departamental de Salud de Norte, entre el plan estratégico de Recursos Humanos cuenta con un programa de inducción y re inducción que a la fecha se viene involucrando con los profesionales del Sistema de Gestión y Seguridad en el Trabajo y el cual se aplica a los funcionarios que ingresa a la entidad por primera vez.

Número de Inducciones realizadas en el periodo de marzo a junio: 9

Número de Inducción realizadas a personal que ingreso al servicio social obligatorio mes de octubre: 1

Número de Reinducciones: 1 dirigida a todos los funcionarios del IDS y contratista en el mes de agosto, responsables oficina de planeación y Recursos Humanos

## **Plan De Bienestar Social E Incentivos**

El Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander, adopto el programa de bienestar social para los funcionarios, a través de la Resolución No. 00811 del 11 de Marzo de 2019, el cual con contiene los siguientes programas:

- Proyecto de Calidad de Vida Laboral
- Área de Protección y Servicios Sociales

A la fecha la ejecución del programa es el siguiente: EDUCACIÓN: apoyo educativo a hijos de funcionarios, dirigido a 100 funcionarios de planta, Apoyo de lentes dirigido a 50 funcionarios de planta, Préstamos para adecuación vivienda dirigida a 20 funcionarios de planta.

### **Plan Institucional De Formación Y Capacitación Vigencia 2019**

El Instituto cuenta con recursos económicos muy limitados, lo que requiere de la gestión ante otras instituciones para llevar a cabo su programa de formación y capacitación. En lo que va corrido de la vigencia, se han realizado las siguientes capacitaciones:

#### **EJECUCION:**

<b>Temas</b>	<b>Dirigido</b>	<b>Fecha de la capacitación</b>	<b>RESPONSABLE</b>
Acoso laboral ley 1010 de 2006	Comité de Convivencia Laboral	19 de octubre de 2017	<b>EQUIPO SST, ARL POSITIVA</b>
Estilos de vida saludable	Todos los funcionarios sede Rosetal	23 de agosto de 2017	<b>EQUIPO SST, ARL POSITIVA</b>
Taller Estrategias IEC para la promoción de estilos de vida saludable	Todos los funcionarios sede Rosetal	24 de agosto de 2017	
Formación brigadista	Todo personal	10 julio 2017	<b>Bomberos y positiva</b>
Socialización estándares mínimos del SS-SGST	Coordinadores Grupos y Subgrupo	15 de agosto de 2017	<b>DR. LUIS JESUS GRASS</b>
Clima organización y relación interpersonales	Todos el personal	8 de noviembre de 2017	<b>Funcionario Positiva</b>

### **Clima Organizacional**

De acuerdo a la circular N°005 del 1 de Abril de 2019 emitida por la oficina de Recursos Humanos, se dio aviso a los funcionarios de planta del Instituto Departamental de Salud del proceso que se adelantó para llevar a cabo el diagnóstico del clima laboral de la entidad

La población a la que se le realizo la investigación fue los servidores públicos de planta del



instituto departamental y salud de Norte de Santander, 207 en total, distribuidos en todos los procesos que conforman la organización.

La base fueron las 207 personas para una muestra definida de 110 funcionarios, Se seleccionó la muestra representativa partiendo de los procedimientos ya establecidos para la selección de esta. Se trabajó con una confianza de 94% y un margen de error de 6%.

Se definió la muestra proporcional por secciones, como Dirección (sede), Salud pública RP, Gestión, Red de laboratorio, Modo condiciones y estilo de vida saludable, Vigilancia en salud pública, Salud ambiental, Política farmacéutica nacional, Zoonosis, Lepra, Convivencia social y salud mental, Sexualidad, Derechos sexuales y reproductivos, Enfermedades inmuno prevenibles, Fondo rotatorio y estupefacientes, Desarrollo integral de niñas, niños, y adolescentes, Subgrupo control de vectores. Todo esto para que los resultados hablen del estado de todo el instituto y no solo de algunas secciones.

La recolección de datos se hizo por medio de encuesta, para la cual se utilizó un formulario de encuesta de Google, así pues, se le envió el link del instrumento por correo electrónico a cada uno de los colaboradores. Dado que no todos los colaboradores seleccionados en el tiempo que se dio para responder la encuesta tenían acceso a un computador o medio electrónico para hacerlo, se envió la encuesta al correo de 50 empleados más para cumplir con la muestra establecida, dado a esto se superó la muestra y se llegó a un total de 127 encuestados lo que hace que este estudio tenga un nivel de confianza un poco más elevado de lo que se planteó anteriormente. El instrumento central para la medición fue el IMCOC (Instrumento de Medición del Clima Organizacional de empresas Colombianas) que consta de 45 preguntas, por lo cual junto con la coordinación de Recursos Humanos se decidió añadir dos preguntas más, dado que requieren saber cómo se encuentra la entidad en otros aspectos y 13 dimensiones, instrumento del catedrático de la Universidad del Rosario Carlos Eduardo Méndez Álvarez.

Ya obtenido el resultado, se ha programado para el mes de julio efectuar la socialización en el nivel directivo a fin de tomar las acciones necesarias para emprender el mejoramiento organizacional basado en estos resultados.

## **SEGUNDA DIMENSIÓN DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO Y PLANEACIÓN**

### **Política de Planeación institucional**

El referente principal de la Planeación Estratégica de la Entidad toma como referente principal el Plan de Desarrollo “Un norte Productivo para todos” vigencia 2016-2019. Así mismo, Se cuenta con el Plan Territorial de Salud “Salud para la productividad” y el Plan de Acción Anual, como lo establecen los artículos 26 y 29 de la Ley 152 de 1994.

El Plan de Desarrollo y el Plan de Acción Estratégico se encuentra publicado en la web institucional [www.ids.gov.co](http://www.ids.gov.co), de igual manera las evaluaciones trimestrales.

Así mismo, atendiendo a lo establecido en el Decreto 612 de 2018 se integraron los siguientes planes institucionales, los cuales se pueden consultar en la web institucional.

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

En cuanto a directrices internas de Planeación, es de señalar que se evidencia la Circular 006 del 8 de enero de 2019, en la cual actualiza las fechas para la entrega de informes de programación y ejecución en el marco de la planeación estratégica y planeación integral en salud que consolida la coordinación de planeación. No obstante, se carece aún de directrices 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 – acompañamiento uso de metodología en la formulación de los planes - validación y aprobación de los planes, y aprobación de la modificación de los mismos, entre otros.

Así mismo, se debe adoptar la estrategia trimestral de 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:

*“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”.*

#### **Política de Gestión Presupuestal y Eficiencia del Gasto Público:**

En la presente vigencia se ha mejorado la planeación en relación a que se ha definido en consonancia o alineado con la programación presupuestal de la entidad. El presupuesto anual permite establecer los topes del gasto y desagregado por dimensiones conforme a los programas de salud pública, lo que facilita el control y seguimiento. Los informes de ejecución se emiten oportunamente a las diferentes dependencias para su correspondiente confrontación con lo planeado. Los Informes de ejecución presupuestales se emiten trimestralmente los cuales se pueden consultar en la web institucional [www.ids.gov.co](http://www.ids.gov.co).

#### **ERCERA DIMENSIÓN: GESTIÓN CON VALORES PARA RESULTADO**

##### **Fortalecimiento organizacional y simplificación de procesos:**

Es de señalar que el Instituto ha tenido un desarrollo misional con buenos resultados, evaluados a nivel nacional y territorial, es decir que cuenta con capacidad institucional para entregar bienes y servicios con calidad. De otro lado las capacidades funcionales permiten generar buenos resultados en cumplimiento de las competencias, pues se cuenta con infraestructura, equipos y recurso humano competente. No obstante, se hace necesario continuar con la revisión de los procesos para determinar los requerimientos de toda índole

que permita mejorar la productividad, optimizando los recursos.

#### **Defensa jurídica:**

La entidad cuenta con la Oficina Jurídica con un grupo de profesionales que velan por la Defensa Jurídica de la entidad, así mismo el Comité de Conciliación viene operando conforme lo establece la norma, cuyas sesiones en su totalidad cuentan con las respectivas actas, debidamente firmadas por los integrantes del Comité y por los invitados a cada una de las sesiones. La Oficina de Control Interno es invitada a la totalidad de Comités de Conciliación, donde participa solo con voz. Se cuenta con la Política de Prevención del Daño Antijurídico.

La Auditoría Interna evidencia a través de las asistencias al Comité de Conciliación, y Comité Directivo las continuas sugerencias y exigencias tanto de la Coordinación Jurídica como del Director del IDS para que se tenga especial cuidado en la ejecución de los procesos a fin de prevenir demandas jurídicas en contra de la entidad.

Así mismo, por parte de la Oficina de Control Interno se hace énfasis en la Prevención del Riesgo, incluido el riesgo antijurídico.

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.
- La Coordinadora Jurídica efectúa seguimiento permanente a los procesos y presenta informes periódicos al Comité de Conciliación.

#### **Participación Ciudadana en la Gestión Pública**

El Instituto Departamental de Salud cuenta con un Plan de Acción y Seguimiento a la Política de Participación Social en Salud para la vigencia 2019, el cual contiene cinco Ejes Estratégicos:

Fortalecimiento Institucional  
Empoderamiento de la Ciudadanía y las organizaciones sociales en salud  
Impulso de la cultura de la salud  
Control Social en Salud  
Gestión y garantía en salud con participación en el proceso de decisión.

### **Servicio al Ciudadano**

Se cuenta con una dependencia de Servicio de Atención al Ciudadano, dotada de espacio físico adecuado, equipos y recurso humano capacitado.

La Coordinación del Área de Servicio de Atención al Ciudadano de manera permanente sensibiliza al personal y mantiene informado sobre la normatividad vigente relacionada con el servicio al ciudadano.

La oficina del SAC (Servicio de Atención a la Comunidad) del Instituto, presentó informe de la encuesta de satisfacción al usuario, aplicado a 84 ciudadanos que han solicitado trámite de quejas u otro servicio en el Instituto Departamental de Salud, específicamente en el área de Servicio de Atención a la Comunidad y la Oficina Prestación de Servicios. Las encuestas fueron realizadas en el primer trimestre de 2019. El informe se encuentra publicado en la web institucional [www.ids.gov.co](http://www.ids.gov.co).

Se identifican las necesidades, expectativas e intereses de los ciudadanos, los cuales se encuentran registrados en el informe trimestral, esto permite gestionar la atención adecuada y oportuna.

De igual manera, la Coordinación del SAC informa de manera permanente a la Dirección y al Grupo de Salud Pública, sobre el estado de las peticiones y denuncias de los ciudadanos, para que se tomen medidas ante las EPS e IPS que prestan sus servicios en el Departamento.

A través de la página web se informan los trámites y servicios del Instituto Departamental de Salud. a través de folletos y en la cartelera se informa a la ciudadanía los medios de atención para radicar una PQRS. En la Oficina de atención al Ciudadano se encuentra una cartelera la cual mantiene actualizada con la información de importancia para los ciudadanos así mismo folletos de los derechos y deberes de los ciudadanos.

### **Administración del Riesgo**

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.

Así mismo se encuentra formulado el Mapa de Riesgos por procesos donde se encuentran identificados 33 Riesgos, los cuales establecen las actividades de control. Se tiene programado en la entidad para los meses de agosto y septiembre de la presente vigencia la revisión de la política y la evaluación de los riesgos, a fin de actualizar y ajustar con base en la nueva Guía de Riesgos emitida por la Función Pública.

### **Plan anticorrupción y de atención al ciudadano vigencia 2019:**

La Estrategia Anticorrupción para la vigencia 2019 fue formulada bajo la coordinación del Área de Planeación, donde se concertó con todos los responsables de los procesos el Plan Anticorrupción.

Los responsables de su seguimiento permanente son los Coordinadores de los Procesos. La Oficina de Control Interno en cumplimiento a la Ley 1474 de 2011 de Anticorrupción, efectuó evaluación a la ejecución del Plan correspondiente al periodo de enero a abril de 2019.

Este Plan contempla el Mapa de riesgos de Corrupción, que contiene 23 riesgos identificados, de los cuales se estableció en la evaluación que 2 riesgos no cumplen la tipología de corrupción, por lo que se sugirió trasladarlo a riesgo de gestión, 2 riesgos se encuentran cumplidos en un 100%, 4 riesgos no han tenido avance en su cumplimiento y 14 riesgos se han cumplido en un 33% conforme a su planeación.

Así mismo el Plan Anticorrupción contempla las estrategias de: Racionalización de Trámites, Rendición de Cuentas, Atención del Ciudadano y Transparencia de la Información, observando un cumplimiento adecuado.

#### **CUARTA DIMENSIÓN: EVALUACIÓN DE RESULTADOS**

La Gestión de la entidad basada en las metas del Plan de Desarrollo efectúa evaluación trimestralmente. El Plan de Desarrollo contiene 69 metas correspondientes al sector salud, las cuales durante la vigencia 2018 tuvieron un cumplimiento en promedio del 76%, a marzo 30 de 2019.

Así mismo, el Plan de Acción Anual es evaluado trimestralmente. No obstante, se presenta debilidad en la evaluación de los planes estratégicos de talento humano y los demás contemplados en el Decreto 612 de 2018, cuya evaluación no se presenta oportunamente en los tiempos establecidos para la evaluación trimestral. Sin embargo es de señalar que en Comité de Control Interno y en Comité de MIPG se efectúa seguimiento al cumplimiento de algunas políticas como la de Gestión Documental, Salud y Seguridad en el Trabajo y Financieras, entre otras.

También es de señalar que hay debilidad en el seguimiento a los riesgos identificados de acuerdo con la política de administración de riesgos establecida por la entidad.

#### **QUINTA DIMENSIÓN INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN:**

MIPG define la Información y Comunicación como una dimensión articuladora de las demás, puesto que permite a las entidades vincularse con su entorno y facilitar la ejecución de sus operaciones a través de todo el ciclo de gestión.

##### **Sistemas de Información:**

En la entidad se desarrollan 36 aplicativos y/o software.

**APLICATIVOS Y/O SOFTWARE**

Nombre de la herramienta tecnológica	Dirección web (URL) de acceso a la herramienta tecnológica	Dependencia (s) responsable (s) de la administración	Herramienta administrada por otra entidad	Herramienta o solución propia	Propósito de la herramienta o solución tecnológica
1. Página Web	<a href="http://www.ids.gov.co">www.ids.gov.co</a>	Sistemas de Información		X	Cumplimiento ley 1712 de 2014 y Política Editorial Institucional
2. SANEAMIENTO FISCAL	<a href="http://encuestasff.minhacienda.gov.co/PSFFEncuesta/">http://encuestasff.minhacienda.gov.co/PSFFEncuesta/</a>	ATENCION EN SALUD PRESTACION DE SERVICIOS VIGILANCIA Y CONTROL RECURSOS HUMANOS FINANCIERA	X		Sistema que registra y da seguimiento a las ESE que se encuentran en riesgo medio y alto en el proceso de Saneamiento Fiscal y Financiero del Departamento
3. Sistema Único de Información de Trámites - SUIT	<a href="http://www.suit.gov.co/inicio">http://www.suit.gov.co/inicio</a>	Sistemas de Información	X		Sistema de apoyo para la implementación de la Política de Racionalización de trámites
4. SECOP	<a href="https://www.contratos.gov.co/entidades/entLogin.html">https://www.contratos.gov.co/entidades/entLogin.html</a>	RECURSOS FISICOS RECURSOS HUMANOS	X		Permite a la entidad cumplir con las obligaciones de publicidad de los diferentes actos expedidos en los procesos contractuales y permite a los interesados en participar en los procesos de contratación, proponentes, veedurías y a la ciudadanía en general, consultar el estado de los mismos.
5. SIHO	<a href="http://prestadores.minsalud.gov.co/siho/">http://prestadores.minsalud.gov.co/siho/</a>	FINANCIERA VIGILANCIA Y CONTROL PRESTACION DE SERVICIOS RECURSOS HUMANOS ATENCION EN SALUD	X		Es una solución modular que tiene como objetivo fundamental, dar soporte a la operación y administración de las instituciones hospitalarias. De acuerdo al Decreto 2193 de 2004
6. CUENTA DE ALTO COSTO	<a href="http://cuentadealto costo.org/site/index.php/component/users/?view=login">http://cuentadealto costo.org/site/index.php/component/users/?view=login</a>	PRESTACION DE SERVICIOS	X		Cuenta de Alto Costo (CAC): es un organismo técnico no gubernamental del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia creado mediante el Decreto 2699 de 2007 que obliga a las EPS de ambos regímenes y demás EOC (Entidades Obligadas a Compensar) a asociarse para abordar el Alto Costo y opera como un Fondo autogestionado que contribuye a estabilizar el sistema de salud, garantizando la operación real de la solidaridad y desestimulando la selección y discriminación de la población mediante un ajuste de riesgo de la prima básica en función de los casos de alto costo.
7. Sistema de Recepción y	<a href="http://200.31.219.7/01/Publiclog">http://200.31.219.7/01/Publiclog</a>	PRESUPUESTO	X		Información de acuerdo a la Circular Única con Modificaciones de las Circulares Externas 049,

Nombre de la herramienta tecnológica	Dirección web (URL) de acceso a la herramienta tecnológica	Dependencia (s) responsable (s) de la administración	Herramienta administrada por otra entidad	Herramienta o solución propia	Propósito de la herramienta o solución tecnológica
Validación de Archivos RVCC	<a href="#">in/login.aspx</a>	TESORERIA prestacion de servicios VIGILANCIA Y CONTROL ATENCION EN SALUD			050, 051 y 052 de 2008, 057, 058 de 2009, 059, 060 061 y 062 de 2010
8. SIA	<a href="http://siacontralorias.auditoria.gov.co/nortesantander/">http://siacontralorias.auditoria.gov.co/nortesantander/</a>	RECURSOS FISICOS RECURSOS HUMANOS PRESTACION DE SERVICIOS SALUD PUBLICA	X		Sistema integral de Auditoría de la Contraloría General del Departamento
9. MUISCA	<a href="https://muisca.dian.gov.co/WebArquitectura/DefLogin.faces">https://muisca.dian.gov.co/WebArquitectura/DefLogin.faces</a>	TESORERIA	X		Declaración mensual de retefuente e IVA y presentación de información Exógena
10. PORTALES BANCARIOS	-	TESORERIA	X		Transacciones bancarias
11. SIIF	<a href="http://www.minhacienda.gov.co/Pagos/Login.jsp">http://www.minhacienda.gov.co/Pagos/Login.jsp</a>	TESORERIA	X		Sistema que permite consultar los pagos que alguna de las entidades usuarias de SIIF NACION ha realizado.
12.. CHIP	<a href="http://www.chip.gov.co/schip_rt/">http://www.chip.gov.co/schip_rt/</a>	TESORERIA PRESUPUESTO CONTABILIDAD	X		Sistema de información diseñado para que con la adecuada reglamentación y estructura procedimental, canalice la información financiera, económica, social y ambiental de los entes públicos.
13. FUT	-	TESORERIA PRESUPUESTO PRESTACION DE SERVICIOS SALUD PUBLICA	X		El Formulario Único Territorial (FUT) está diseñado para capturar la información fiscal y financiera de las administraciones departamentales y municipales.
14. PISIS Cliente Neo	<a href="http://web.sispro.gov.co/">http://web.sispro.gov.co/</a>	CONTROL DE MEDICAMENTOS PRESTACION DE SERVICIOS RECURSOS HUMANOS PROMOCION SOCIAL	X		Sistema de información dentro del Sistema SISPRO dispuesto para recibir y procesar los archivos de los anexos técnicos correspondientes reportados por las Entidades.

Nombre de la herramienta tecnológica	Dirección web (URL) de acceso a la herramienta tecnológica	Dependencia (s) responsable (s) de la administración	Herramienta administrada por otra entidad	Herramienta o solución propia	Propósito de la herramienta o solución tecnológica
15. REPS	<a href="http://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/">http://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/</a>	VIGILANCIA Y CONTROL	X		Registro especial de prestadores de servicios de salud (REPS) HABILITACION DE LOS PRESTADORES DE SERVICIO DE SALUD
16. SIVIGILA	<a href="http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Paginas/descarga-el-software.aspx">http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Paginas/descarga-el-software.aspx</a>	VIGILANCIA SALUD PUBLICA	X		Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) se generan archivos planos correspondiente a la notificación de los eventos de interés en salud pública, que se envían semanalmente al INS.
17. ARL Web Positiva	<a href="https://www.positivaelineav.com/">https://www.positivaelineav.com/</a>	Recursos humanos	X		Afiliación de todos los funcionarios de la Institución a Riesgos Profesionales.
18. Aportes en Línea	<a href="https://www.aportesenlinea.com/">https://www.aportesenlinea.com/</a>	Recursos humanos	X		Aportes realizados a Seguridad Social y Parafiscales
19. SOI	<a href="https://www.nuevosoi.com.co/inicio">https://www.nuevosoi.com.co/inicio</a>	Recursos humanos	X		Aportes realizados a Seguridad Social y Parafiscales
20. Fondo en Línea	<a href="https://www.fnav.com.co:8081/FondoEnLinea/login.html">https://www.fnav.com.co:8081/FondoEnLinea/login.html</a>	Recursos humanos	X		Consulta de Aportes a Cesantías de los funcionarios de la Entidad
21. PASIVOCOL 4.0	<a href="https://www.pasivocol.gov.co/webpasivocol/menu_inicial/">https://www.pasivocol.gov.co/webpasivocol/menu_inicial/</a>	Recursos humanos	X		Herramienta tecnológica para el seguimiento y actualización de los cálculos actuariales de las Entidades Territoriales
22. APLICATIVO COP LINEA BASE VERSION 3	-	SALUD ORAL	X		1. Historia COP cariados, obturados, perdidos. odontograma de pacientes de 12-25-35-45-55-65 años que asisten por primera vez en el año. Información que se genera mensual de los 40 municipios del Dpto.
23. WINSISVAN	-	NUTRICION		X	Herramienta que sirve de apoyo para llevar a cabo la vigilancia nutricional tanto de los niños desde su nacimiento hasta los 5 años de edad, y de los 5 a 19 años de edad. Ayuda a recolectar información sobre aspectos nutricionales sobre desnutrición y obesidad en la población en general y realizar un seguimiento individual del niño, adulto y la gestante en las etapas críticas de su desarrollo.
24. Sistema de Información de Seguridad Sanitaria y del Ambiente	<a href="http://200.6.174.246/salud_ambiental/">http://200.6.174.246/salud_ambiental/</a>	SALUD AMBIENTAL		X	Se consolida la información generada por las acciones realizadas en los municipios bajo la jurisdicción de las oficinas sanitarias de salud ambiental en el Departamento - Inspección Vigilancia y control a establecimientos de Interés Sanitario. - Acciones de Promoción y prevención. - Actividades de Gestión - Vigilancia epidemiológica. - Censo de Establecimientos de interés sanitario.



Nombre de la herramienta tecnológica	Dirección web (URL) de acceso a la herramienta tecnológica	Dependencia (s) responsable (s) de la administración	Herramienta administrada por otra entidad	Herramienta o solución propia	Propósito de la herramienta o solución tecnológica
25. CONSULTAS DE ESTABLECIMIENTOS AUTORIZADOS PARA LA DISPENSACION DE MEDICAMENTOS	-	CONTROL DE MEDICAMENTOS		X	BASE DE DATOS PARA INGRESO Y CONSULTAS DE ESTABLECIMIENTOS AUTORIZADOS PARA LA DISPENSACION DE MEDICAMENTOS
26. SYSTB	<a href="http://200.6.174.24/2/SISTBWEB/">http://200.6.174.24/2/SISTBWEB/</a>	TUBERCULOSIS		X	1. RECEPCIÓN Y SEGUIMIENTO A LOS PACIENTES DE TUBERCULOSIS DEL DEPARTAMENTO. 2. GENERACIÓN DE LOS LIBROS DE PACIENTES SENSIBLES, FÁRMACO RESISTENTE, QUI-MIO PROFILAXIS, AUTORIZACIONES, SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS, LABORATORIO, CONTROL DE AUTORIZACIONES DE FARMACIA Y BODEGA DE MEDICAMENTOS EN LAS RESPECTIVAS IPS.
27. Sistema Integrado de Gestión	<a href="http://200.6.174.24/2/Calidad/">http://200.6.174.24/2/Calidad/</a>	Planeación		X	Aplicativo para consultar los procesos y procedimientos de la Entidad
28. TNS Software	-	CONTABILIDAD		X	El Sistema Contable y Administrativo Integrado VISUAL TNS Sector Oficial, incluye los módulos de: Contabilidad, Presupuesto, Tesorería, Nómina, Almacén y Contratación
		PRESUPUESTO			
		TESORERIA			
		NOMINA			
		ALMACEN			
CONTROL DE MEDICAMENTOS					
29. SIEP DOC	<a href="http://200.6.174.24/1/siepdoc/login.php">http://200.6.174.24/1/siepdoc/login.php</a>	TODAS		X	Sistema que permite el control de la correspondencia y aplicabilidad a la Ley General de Archivo
30. Herramientas de Ofimáticas	-	Todas las dependencias y grupos funcionales			Herramientas ofimáticas que facilita el trabajo administrativo elaboradas en procesador de texto, hojas de cálculo, etc.
31. Reporte de Entidades del Estado RUP	<a href="https://ree.rues.org.co/fee.php">https://ree.rues.org.co/fee.php</a>	RECURSOS FISICOS	X		Sistema de información para el registro único de proponentes, que permite registrar los proponentes registrados en las cámaras de comercio con contratos con la Entidad
		PRESTACION DE SERVICIOS			

Nombre de la herramienta tecnológica	Dirección web (URL) de acceso a la herramienta tecnológica	Dependencia (s) responsable (s) de la administración	Herramienta administrada por otra entidad	Herramienta o solución propia	Propósito de la herramienta o solución tecnológica
32. DKD AUDITOR	<a href="http://www.dkdingenierias.com/#/login">http://www.dkdingenierias.com/#/login</a>	PRESTACION DE SERVICIOS		X	Glosas Consolidación RIPS Autorizaciones no poss Consolidación de facturación Validación 4505 Validación Cuenta Alto Costo
33. SIAOBSERVA	<a href="http://siaobserva.auditoria.gov.co/Login.aspx?redirect=Inicio">http://siaobserva.auditoria.gov.co/Login.aspx?redirect=Inicio</a>	RECURSOS HUMANOS	X		Herramienta en donde se registra la gestión contractual
34. PTS	<a href="https://web.sispro.gov.co/Seguridad/Ciente/Web/User/SignIn.aspx?_=1&amp;ReturnUrl=http%253a%252f%252fsm.e-pdsp.minsalud.gov.co%252f&amp;RedirectTop=false">https://web.sispro.gov.co/Seguridad/Ciente/Web/User/SignIn.aspx?_=1&amp;ReturnUrl=http%253a%252f%252fsm.e-pdsp.minsalud.gov.co%252f&amp;RedirectTop=false</a>	Autoridad Sanitaria	X		Portal web de Gestión PDSP para el cargue de los planes territoriales de salud 2016-2019 aprobados.
35. CETIL	<a href="https://www.bonos pensionales.gov.co/LoginCetil/Login.jsp?authn_try_count=0&amp;contextType=external&amp;username=string&amp;contextValue=%2Ffoam&amp;password=sercure_string&amp;challenge_url=https%3A%2F%2Fwww.bonos pensionales.gov.co%2FLoginCetil%2FLogin.jsp&amp;request_id=7008392889890056273&amp;OAM_REQ=&amp;locale=es_ES&amp;resource_url=http%253A%252F%252Fwww.bonos pensionales.gov.co%252FCetil%252F">https://www.bonos pensionales.gov.co/LoginCetil/Login.jsp?authn_try_count=0&amp;contextType=external&amp;username=string&amp;contextValue=%2Ffoam&amp;password=sercure_string&amp;challenge_url=https%3A%2F%2Fwww.bonos pensionales.gov.co%2FLoginCetil%2FLogin.jsp&amp;request_id=7008392889890056273&amp;OAM_REQ=&amp;locale=es_ES&amp;resource_url=http%253A%252F%252Fwww.bonos pensionales.gov.co%252FCetil%252F</a>	RECURSOS HUMANOS	X		Sistema de Certificación Electrónica de Tiempos Laborados
36. RIPSS	<a href="https://prestadores.minsalud.gov.co/RIPSS/Backend/ACCOUNT/Login">https://prestadores.minsalud.gov.co/RIPSS/Backend/ACCOUNT/Login</a>	Atención en Salud	X		Aplicativo para la habilitación de redes integrales de prestadores de servicios de salud de las EPS

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, la Oficina de Control Interno contempló en el Plan de Auditorías la evaluación periódica de los sistemas de información de la entidad; es así, que en los meses de mayo y junio se efectuó la revisión de los mismos, estableciendo que en su gran mayoría se encuentran actualizados y con el debido funcionamiento, mientras que en 4 de ellos, se presentaron observaciones, como:

- Aplicativo SECOP: Se presentan errores de digitación.

- Aplicativo SIA-OBSERVA: Información incompleta
- Plataforma PISIS: Incumplimiento del reporte del informe trimestral de Control de Medicamentos.
- WINSISVAN: Aunque el software se encuentra actualizado y los reportes se efectúan oportunamente, se encuentra pendiente actualizar los parámetros conforme a la Res. 2465 de 2016.

### **Comunicación Interna:**

Conforme al Análisis de comunicación interna del Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander, efectuado por la Oficina de Control Interno se estableció lo siguiente:

-A pesar de que el Instituto cuenta con una filosofía corporativa bien estructurada y pertinente con su labor, el público interno del IDS presenta debilidad en el sentido de pertenencia por la organización debido a factores: la falta de actividades de la institución para dar a conocer los componentes de esta filosofía (misión, visión, valores y principios corporativos), el manejo de la rotación y permanencia de los trabajadores a causa de su método de contratación, las condiciones en las que se encuentra la infraestructura, entre otros, lo cual repercute en la motivación de los empleados.

Aunque la organización maneja una centralización alta, debido a su estructura jerárquica, en algunas dependencias se puede identificar cierto grado de descentralización, ya que existe autonomía por parte de los jefes del área a la hora de tomar decisiones concernientes a la actividad específica de dicha dependencia.

Se encontró que los flujos de comunicación en su mayoría son de naturaleza vertical descendente, en algunas dependencias existen flujos que van en ambas direcciones, tanto ascendente como descendente, en los cuales las opiniones de los trabajadores son tenidas en cuenta; de esta interacción nacen flujos de comunicación horizontal entre las diferentes dimensiones de la organización lo que, en últimas, redundará en la generación de estrategias para el bienestar de la comunidad de acuerdo con la necesidad presentada, a partir de un trabajo en conjunto.

Los canales de comunicación interna que se evidencian en el Instituto son los siguientes:

Orales: Reuniones, conferencias, charlas informativas, capacitaciones.

Escritos: Memorandos, circulares, Oficios, carteleros informativos.

Tecnológicos: Redes sociales virtuales (WhatsApp), Correo electrónico institucional y personal.

Estos canales son utilizados de manera continua en su público interno, los cuales cumplen

con su función de dar a conocer información relevante con respecto a los procesos que se realizan en el instituto.

**Comunicación externa:**

En la evaluación realizada por la Oficina de Control Interno a través de una Profesional Comunicadora Social, generó el siguiente diagnóstico:

*“ Personal capacitado, organización en sus procesos, seguridad, herramientas tecnológicas, confianza y calidad son los atributos básicos identificados como pertenecientes al instituto; sin embargo, los directivos de la organización consideran que los más importantes son colaboración, calidad, compromiso, transparencia en los procesos operativos y administrativos y, por último, responsabilidad. A partir del análisis de los resultados de las encuestas realizadas a los diferentes públicos del IDS se pudo observar que existe una correspondencia entre los atributos que consideran los empleados que tiene la organización y lo que sus stakeholders resaltan del instituto.*

*Desde 2006, la imagen corporativa de la entidad no ha presentado cambios significativos, a pesar de contar con un manual de uso de imagen corporativa, este se encuentra desactualizado; además, hay un desconocimiento sobre su uso por parte de la organización debido a la dificultad para acceder a él, lo que conlleva a un mal manejo de la imagen tanto interna como externamente. Lo anterior se debe, en parte, a la ausencia de una persona que gestione este intangible tan importante para la organización, como consecuencia de la poca relevancia que se le brinda.*

*Se pudo evidenciar que la comunicación institucional del IDS se maneja a través de alianzas que ha establecido con instituciones de educación superior, por ejemplo la Universidad de Pamplona, quien realiza jornadas de esterilización de mascotas con participación del IDS y estudiantes del programa de Medicina Veterinaria; por otro lado, ha aprovechado las relaciones públicas fortaleciendo vínculos con algunos medios de comunicación (La Opinión, Radio San José, medios institucionales de la Gobernación, entre otros) que se encargan de divulgar sus noticias sin costo.*

*Además de estos medios que dan a conocer noticias de interés del IDS, existen vínculos comerciales con otros canales de comunicación para obtener un mayor alcance, los cuales tienen un valor económico, sin crear vínculos institucionales, por ejemplo, ferias de prevención y promoción en salud en las que se paga para poder hacer presencia con un stand informativo, de igual manera, pautas publicitarias en radio.*

*Por otra parte en la comunicación industrial de la organización se cuenta con diversos proveedores, los cuales no tienen un contacto directo sino por medio de canales digitales, lo*

*que tae como consecuencia que no se generen vínculos de fidelidad entre las partes. Esto genera que a la hora de presentarse una eventualidad existan dificultades para encontrar una solución a esta emergencia.*

*El IDS tiene redes sociales que son actualizadas de manera periódica, sin embargo, sus publicaciones no cuentan con diseños llamativos que capten la atención de su público objetivo, esto se refleja en las bajas interacciones y en el número reducido de seguidores con los que posee actualmente.”*

En ese sentido, nos queda el reto de trabajar en la formulación y desarrollo de un plan estratégico de comunicaciones que contribuya a que el Instituto Departamental de Salud logre los objetivos institucionales y el cumplimiento de su misión, con mejor efectividad.

#### **Cumplimiento de la Ley 1712 de 2014, Ley de Transparencia y Acceso a la Información pública:**

-La página web institucional [ids.gov.co](http://ids.gov.co) contiene el link de transparencia donde permanentemente se publica la planeación de la entidad, la evaluación de la gestión, la ejecución presupuestal, la contratación, la información financiera, los informes de PQRD, informes de 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.

#### **Política de Gestión Documental:**

-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. De igual manera, se evidencia debilidad en los archivos de gestión de algunas dependencias, requiriéndose más compromiso por parte de los coordinadores para establecer acciones de mejora, de manera más diligente.

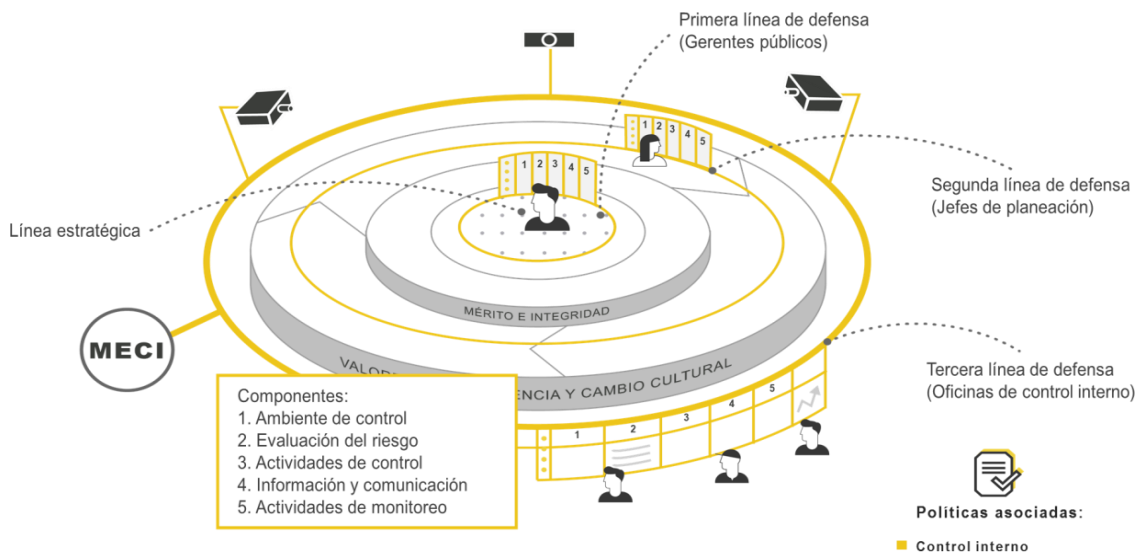
#### **SEXTA DIMENSIÓN. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LA INNOVACIÓN**

La Gestión del Conocimiento y la innovación fortalece de forma transversal a las demás dimensiones, (Direccionamiento Estratégico y Planeación, Gestión para el Resultado con Valores, Evaluación de Resultados, Talento Humano, Control Interno, e Información y Comunicación) en cuanto el conocimiento que se genera o produce en una entidad es clave para su aprendizaje y su evolución.

Esta Dimensión en el Instituto debe ser aún más evidente, por lo que se sugiere establecer las estrategias para desarrollar actividades que promuevan el conocimiento y la innovación.

### 3. SEPTIMA DIMENSIÓN: CONTROL INTERNO

Esta Dimensión de Control Interno tiene 5 componentes como se muestra en la siguiente figura:



#### 1. COMPONENTE DE AMBIENTE DE CONTROL:

**El objetivo de este componente para la entidad es 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, liderazgo y los lineamientos de la alta dirección y del Comité Institucional de Coordinación de Control Interno.**

#### LOGROS Y/O AVANCES

En este periodo se realizaron las siguientes actividades, que fortalecen el ambiente de control:

- El Comité Institucional de Coordinación de Control Interno sesionó el día 5 de abril de 2019, en el cual se efectuó seguimiento al Sistema de Control Interno y se establecieron compromisos de fortalecimiento.
- De igual manera en la misma fecha se llevó a cabo el Comité de MIPG, en el que se efectuó 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.

- En el mes de junio se llevó a cabo por parte de la Coordinación de Recursos Humanos dos talleres de sensibilización del Código de Integridad, donde asistieron más del 90% de los servidores de la entidad.
- El Área de Recursos Humanos efectuó la evaluación del Clima Organizacional. Se requiere que el resultado sea socializado en los Comités de Control Interno y MIPG, a fin de establecer acciones de mejoramiento.

## 2. COMPONENTE DE EVALUACIÓN DEL RIESGO:

*Este segundo 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.*

*Previo a la gestión del riesgo la entidad establece sus objetivos alineados con la planeación estratégica, dirigidos al cumplimiento de la normatividad vigente partiendo del análisis del contexto interno, externo de la entidad y el del proceso, se identifican los riesgos para la consecución de sus objetivos en todos los niveles y los analiza como base para determinar cómo deben gestionarse, para lo cual la entidad debe contar con mecanismos efectivos de evaluación de riesgos, con el fin de establecer el nivel de riesgo inherente y residual.*

*Así mismo, considera la probabilidad de fraude y corrupción (Acción u omisión + uso de poder + desviación de la gestión de lo público + el beneficio privado) que pueda afectar el logro de los objetivos, en cumplimiento al artículo 73 de la Ley 1474 de 2011, relacionado con la prevención de los riesgos de corrupción.*

### FORTALEZAS

- En ese sentido, 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 evaluó el Mapa de Riesgos de Corrupción periodo de enero a abril de 2019, con las demás estrategias de Anticorrupción, cuyo informe se encuentra publicado 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.

### DEBILIDADES

- En la mayoría de los riesgos no se han definido puntualmente los responsables del seguimiento, lo que no garantiza la eficacia de los controles.

### 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.
- 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.

### 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 como: 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.

### 4. 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.

## **5.ACTIVIDADES DE MONITOREO**

- ✓ *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.*

### 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.

### **RECOMENDACIONES**

- Formular los Planes de Mejoramiento para el desarrollo de cada una de las Dimensiones de MIPG.
- Revisar y actualizar el Mapa de Riesgos de Gestión por parte de los Líderes de los procesos de la entidad y establecer las acciones de control.
- 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.

Responsable de la Evaluación:

ANA EDILIA CARRERO ACEVEDO  
Asesora de Control Interno  
(original en físico firmado)