

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO EMPRESA MUNICIPAL PARA LA SALUD – EMSA

**Profesional Control Interno
Lina Maria Serna Jaramillo**

Período evaluado: septiembre – diciembre 2016

Fecha de elaboración: enero 13 de 2017

INTRODUCCIÓN

El informe pormenorizado del estado del Sistema de Control Interno, fue establecido por el artículo 9 de la Ley 1474 del 12 de julio de 2011, “Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública”, establece en su artículo 9º lo siguiente: “El jefe de la Unidad de la Oficina de Control Interno deberá publicar cada cuatro (4) meses en la página web de la Entidad, un informe pormenorizado del estado del control interno de dicha Entidad, so pena de incurrir en falta disciplinaria grave”.

El informe Pormenorizado del Estado de Control Interno, se precisan las fortalezas y debilidades de cada uno de los módulos de: Control de Planeación y Gestión, Control de Evaluación y Seguimiento, y el Eje Transversal Comunicación e Información de Gestión, así como el estado general del Sistema del Control Interno, y el avance en la implementación, desarrollo y mantenimiento del Modelo Estándar de Control Interno – MECI: 2014, dispuesto mediante Decreto 943 de 2014, por el cual se actualiza el Modelo Estándar de Control Interno y se implementa el Manual Técnico del Modelo Estándar de Control Interno. Así como las recomendaciones formuladas en pro de mejorar el alcance en el cumplimiento de los parámetros establecidos en el Modelo Estándar de Control Interno MECI-2014.

Dando cumplimiento a la normativa citada, se presenta el Informe Pormenorizado del Estado del Control Interno de la Empresa Municipal para la Salud – EMSA con corte al 30 de diciembre del año 2016.

INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO 2016

1. MODULO CONTROL DE PLANEACIÓN Y GESTION

1.1 COMPONENTE TALENTO HUMANO:

***Acuerdos, compromisos y protocolos éticos:**

Dentro del Sistema de Gestión de Calidad, se encuentran definidos la misión, visión y políticas institucionales; el código de ética establecido mediante Resolución 056 del 2015 y Resolución 18 del 2016, define como principios corporativos: Finalidad Social Prevalente, Transparencia, Racionalidad Económica en la Operación, vinculación de la Renta a los Servicios de Salud.

Se han definido como valores institucionales: Compromiso, Efectividad y Servicio. Igualmente se establecen como Valores Éticos: Cooperación, Objetividad, Independencia, Responsabilidad, Confidencialidad, Honestidad, Respeto, Confianza, Discreción, Justicia, Sentido de Pertinencia, Fe, Dedicación, Esfuerzo, Profesionalismo, Sensatez, Lealtad, Tolerancia, Autonomía, y Transparencia.

Tanto los documentos del Sistema de Gestión de Calidad como el manual de Ética, se encuentran permanentemente publicados en la red para consulta de todo el personal, se socializan en carteleras y han sido socializados en comité, actualizados conforme a las políticas del SIPLATF- Sistema de Prevención y Control de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

***Desarrollo del Talento Humano:**

La entidad cuenta con manual de funciones adoptado mediante Acuerdo, es de conocimiento del personal y se encuentra publicado en la red interna, el cual debe ser revisado para su actualización.

Se cuenta con plan de capacitación, proyectado para cada periodo, el cual es ejecutado de manera conjunta con la oficina de capacitación y formación del municipio de Manizales, y se le da cumplimiento según lo programado. Se establecieron prioridades en actualización de normas vigentes, el Sistema de Calidad, riesgos, plan anticorrupción y atención al ciudadano, normas internacionales de contabilidad pública; además del programa de fortalecimiento del clima laboral, sensibilización y trabajo en equipo.

El programa de inducción y reinducción se encuentra documentado, como un proceso del área administrativa hace parte de los documentos del Sistema de Gestión de Calidad, es publicado en la red y se aplica de manera regular conforme a las necesidades.

Se cuenta con programa de bienestar e incentivos, aprobado mediante Resolución 040 de 2013, el cual de manera general establece los parámetros de aplicación; así como los establecidos para la evaluación del personal. El programa de bienestar se ejecutó de acuerdo a la disponibilidad de recursos, se proyectaron otras actividades a iniciativa y cuenta propia del personal.

Respecto a la actualización del Programa de Salud Ocupacional, establecido en el Decreto 1072 de 2015, el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SGSST), el profesional en Gestión Administrativa ha venido trabajando con la ARL, se realizó una capacitación al personal y asistencia y capacitación específica para su adopción al área administrativa por la ARL. El Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo para EMSA, se encuentra documentado en un 85%, en desarrollo y revisión la matriz legal y el mapa de riesgos; se tienen programadas capacitaciones con el personal planeadas para la socialización y adopción, donde igualmente se deberán acatar las disposiciones y términos establecidos por el decreto 052 12 de enero de 2017.

Para la evaluación del desempeño, se encuentran establecidos formatos adoptados de la metodología utilizada en la alcaldía de Manizales, los cuales hacen parte del Sistema de Gestión de Calidad, han sido elaborados por cada uno de los funcionarios en coordinación con el área Administrativa y Gerencia, y evaluados de acuerdo a lo programado en su primera fase, deben ser evaluados al finalizar el periodo.

1.2 Componente Direccionamiento Estratégico.

***Planes, programas y proyectos:**

La entidad formula plan estratégico para el periodo 2016, presentado y aprobado por la Junta Directiva, conforme a la estructura dispuesta por la alcaldía, se presentó en Consejo de Gobierno para su conformidad; el plan estratégico fue socializado al personal y evaluado periódicamente con el fin de propender su cabal cumplimiento. De este se desprendieron los planes de acción por proceso y los compromisos comportamentales-acuerdos de gestión, haciendo así más coherente e identificable las acciones esperadas. El plan de estratégico institucional evaluado presento un cumplimiento del 95%, las acciones pendientes fueron programadas para la próxima vigencia, ya que estas dependen de agentes externos y son factibles de continuar su gestión para lograrlos. El cumplimiento del 95% del plan estratégico es considerado dentro de la escala de valoración alta-verde, lo que implica una adecuada gestión de las acciones planeadas.

El plan estratégico fue publicado en la página web, al igual que sus ejecuciones dando cumplimiento a la Ley 1474 de 2011.

La misión, visión y políticas institucionales, hacen parte del Sistema de Gestión de Calidad, son publicadas en carteleras internas y se encuentran permanentemente dispuestas en la red para consulta. Además de todos los documentos y formatos que hacen parte del sistema.

Se formularon acuerdos de gestión o compromisos comportamentales, en los cuales se definen las responsabilidades y metas esperadas, por cada uno de los funcionarios, los cuales son evaluados semestralmente, y son coherentes a las acciones establecidas en el plan estratégico institucional

El plan anticorrupción y de atención al ciudadano 2016 fue formulado, aprobado y socializado al personal, generando compromiso con las acciones acordadas, se publicó en la página WEB de la entidad, en cumplimiento de la Ley 1474 de 2011, al igual que los seguimientos cuatrimestrales.

El presupuesto de ingresos y gastos de la entidad para la vigencia 2016 fue aprobado mediante Acuerdo 06 de 2016 por Junta Directiva y refrendado por el COMFIS, se presentaron informes a entes reguladores y de control correspondientes, y se publicaron en la página web institucional. Se realizó plan de compras, el cual incluyó todos los requerimientos de bienes y servicios de la entidad, teniendo en cuenta su coherencia con el presupuesto aprobado.

1.3 Modelo de Operación por Proceso:

Emsa, estableció un mapa de procesos el cual hace parte de los documentos del Sistema de Gestión de Calidad, el cual clasifica los procesos de acuerdo a su naturaleza en misionales, de apoyo, estratégicos y de evaluación. Se encuentra acorde a las funciones establecidas al manual de funciones, guardando coherencia entre las funciones establecidas y las acciones de los procesos documentados.

El Sistema de Calidad se encuentra documentado y publicado en la red interna para consulta permanente, ha sido revisado en todo su contenido durante el primer semestre de 2016 y actualizado. Su socialización se realiza en reuniones de comités, específicas para el tema, correo electrónico y en carteleras específicamente la parte estratégica.

En el proceso de seguimiento y evaluación, se estableció una revisión interna que abarco todo el Sistema de Calidad, teniendo en cuenta la independencia del auditor interno, se identificaron necesidades de actualización realizadas dentro del mismo

semestre y otras acciones menores; por otro lado, a principios del periodo se programó auditoria externa de seguimiento a la certificación de la cual se desprendió un plan de mejoramiento respecto a los temas contenidos en evaluación por la dirección y la formulación de causas y acciones en los planes de mejoramiento, subsanada en auditoria externa posterior. La actualización del Sistema de Gestión de Calidad, se realizó en los procesos de Gestion Gerencial, Gestión de Calidad, Mercadeo y Comercialización, y la actualización, socialización y publicación del instructivo de Peticiones, Quejas y Recamos, conforme a lo establecido en el Decreto 1166 de 2016, especialmente lo relacionado con quejas verbales.

Se adoptó el nuevo código de ética, mediante la Resolución 018 del 12 de febrero de 2016, el cual incluyo lo relacionado con el Acuerdo 237 de 2015, expedido por el Consejo Nacional de Juegos de Suerte y Azar- Coljuegos, para fijar políticas respecto al cumplimiento de normas sobre lavado de activos y financiación del terrorismo, y funcionamiento del Sistema de Prevención y Control de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo.

Igualmente, se actualizó el manual de contratación, Acuerdo 06 del 1 de enero de 2016, y se creó el comité evaluador para los procesos de contratación que se adelanten en EMSA, mediante Resolución 13 de 20 de enero de 2016.

Dentro de la actualización del mapa de riesgos institucional y por proceso, se actualizó la metodología establecida por el Departamento Administrativo de la Función Pública, ejecutando todas sus etapas dentro de este periodo.

Se programó auditoria externa de Certificación con ICONTEC en el segundo semestre de 2016, la cual fue concedida por el ente certificador sin hallazgos, para un periodo de dos años, en el cual se debe actualizar el Sistema de Calidad a la norma ISO 9001:2015.

1.4 Estructura Organizacional:

La entidad cuenta con una estructura organizacional, básica, aprobada y formulada desde el manual de funciones, y se presenta una estructura por cargos y funciones, proyectada con base al manual de funciones, el cual se ha sugerido ser revisado para actualización, ajustado al modelo de operación por procesos adoptado para la entidad en el Sistema de Gestión de Calidad y acorde a la realidad de la empresa. No se evidencia un documento oficial que describa la representación gráfica sobre la estructura organizacional de la entidad con las diferentes líneas de autoridad y comunicación formal.

1.5 Indicadores de Gestión.

Dentro del Sistema de Calidad, se encuentran documentados los indicadores para cada proceso, se realizan mediciones periódicas y reportes de acuerdo a la caracterización. Se consolida la matriz de indicadores clasificados en indicadores de eficiencia, eficacia y efectividad, con el fin de evaluar el cumplimiento de los objetivos institucionales y de cada uno de los procesos. Dentro de este periodo se dio cobertura a todos los procesos, incluyendo indicadores para el proceso de Gestión Documental.

Se han realizado revisiones parciales, a la fecha la matriz de indicadores para la vigencia continua en proceso de revisión y socialización al interior de la entidad, igual que las mediciones correspondientes por parte de los responsables de procesos.

1.6 Políticas de Operación.

Se cuentan con políticas de operación para algunos procesos como administración de riesgos, gestión documental, información y comunicación, igualmente se identifican en la documentación de algunos procesos, los cuales se recomiendan sean verificadas continuamente ya que es indispensables para el control y el desarrollo eficiente de los procesos; no se evidencian para casos tales como: Política de recursos físicos y tecnológicos, política de medio ambiente, política de defensa judicial y prevención del daño antijurídico, entre otras.

1.7 Componente Administración del Riesgo.

Se adoptó manual de riesgos institucional, conforme a los lineamientos establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública, mediante Resolución 71 de 2015, el cual fija las políticas de administración de riesgos, etapas de identificación, análisis y valoración, políticas, y monitoreo y revisión; se han definido responsables, periodicidad en la divulgación y seguimiento.

Los mapas de riesgos por proceso han sido elaborados por cada líder de proceso, se han identificado riesgos antes y después de controles; así como su tratamiento e indicador de seguimiento. Han sido realizados los informes de seguimiento por parte de responsables de procesos, líder de calidad y control interno, y se encuentran socializados, publicados en la red interna y la página web institucional.

RECOMENDACIONES:

-Revisar y actualizar los documentos: manual de funciones, programa de bienestar e incentivos, conforme a la realidad, el mapa de procesos y la normatividad vigente.

- Velar por la adecuada ejecución de los programas de inducción y fortalecer la reinducción al personal, evidenciando la realización de estos procesos.
- Dar continuidad al proceso de implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo en los términos y condiciones previstos.
- Fortalecer el sistema de evaluación, mediante la formulación de acciones que fortalezcan y proyecten la mejora de los procesos.
- Programar reuniones y temas concisos, especialmente para dar cumplimiento a la conformación de cada uno de los comités.
- Es importante reconocer la importancia que tienen los comités ya que desde esta instancia asesora se preparan, coordinan, evalúan y controlan proyectos, procedimientos, políticas y se toman decisiones importantes respaldan el cumplimiento de la misión y los objetivos estratégicos que persigue la entidad.
- Programar capacitación al personal en la norma de calidad ISO9001:2015, para proyectar la actualización del Sistema de Gestión de Calidad.
- Revisión y formulación de políticas de operación por proceso.
- Revisar y actualizar la estructura organizacional, acorde al manual de funcional y el mapa de procesos institucional.
- Dar continuidad al proceso de administración del riesgo, gestionando de manera oportuna su actualización y seguimiento.
- Fortalecer los planes internos individuales y por proceso en el mejoramiento continuo institucional, como valor agregado.
- Incluir en los programas de inducción y re-inducción actividades inherentes al modelo estándar de control interno.
- Dada la actualización y revisión de comités institucionales, dar cumplimiento a lo dispuesto y documentar las actas de reunión en los periodos definidos.

2. MODULO CONTROL DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

***COMPONENTE AUTO-EVALUACIÓN INSTITUCIONAL.**

La oficina de Control Interno, realizó como parte de la sensibilización sobre cultura de autocontrol circularización y publicación en cartelera alusivos al autocontrol, calidad, medición, mejora continua. Por parte de la Gerencia se realizó sensibilización con asesor externo en motivación, trabajo en equipo y mejoramiento continuo. Se realizó y socializó encuesta de autoevaluación del sistema de Control interno y calidad, mediante los formularios del aplicativo MECI y calidad, del Departamento Administrativo de la Función Pública, generando así y de manera conjunta el plan de sostenibilidad MECI y Calidad para el periodo 2016.

Como base fundamental y herramienta de autogestión a los procesos, se cuenta con indicadores y mapas de riesgos por procesos, herramientas útiles en la formulación de controles y fortalecimiento de procesos para el autocontrol y la autogestión de los mismos.

Igualmente, se cuenta como herramienta de auto-regulación el seguimiento a la ejecución presupuestal y el plan de compras, los planes de acción por procesos, el plan de acción institucional, entre otros.

***COMPONENTE AUDITORIA INTERNA.**

Se cuenta dentro del Sistema de Gestión de Calidad, con un procedimiento que establece el proceso de auditoría interna, y la construcción de planes de mejoramiento, revisado en el primer semestre sin requerir actualización CÓDIGO: GCI-PR-01, versión 8; se estableció el programa de auditorías para el periodo 2016 conforme a los lineamientos establecidos y los instructivos emitidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública, bajo la metodología de priorización de procesos. Fue revisado por la Gerencia y aprobado en Comité de Control Interno mediante acta Nro. 001 del 30 de marzo del 2016.

Se conformó un grupo auditor interno de apoyo con personal interno, certificado como auditores internos para apoyar el proceso auditor, en la que fue incluido el proceso de evaluación y mejora, auditoria interna que no generó sin requerir actualización de documentos o hallazgos.

En 2016 la oficina de control interno ha realizado auditorías al sistema de control interno de la entidad y ha elaborado los informes correspondientes para la gerencia y el comité coordinador de control interno. Igualmente, los informes han sido publicados en la página WEB de la entidad.

Se realizó El Informe Ejecutivo Anual de Control Interno correspondiente al periodo 2015, en el aplicativo destinado para dicho propósito por el Departamento Administrativo de la Función Pública, y la encuesta de autoevaluación MECI y Calidad, la cual sirvió como insumo para priorizar auditorias y proyectar el plan de sostenibilidad MECI y Calidad para la vigencia 2016; igualmente, los informes cuatrimestrales del estado de control interno de la entidad publicados en la pagina web.

***COMPONENTES PLANES DE MEJORAMIENTO.**

El plan de auditorías, tuvo una ejecución del 100%, con ocho planes de mejoramiento al proceso de caja menor, contratación con distribuidores, comité de conciliación, cartera, procedimiento de manejo de bienes, Publicidad en el SECOP, informe de revisión por la dirección y formulación de planes de mejoramiento.

Dentro de las auditorías externas, se contó con auditoria exprés por parte de la Contraloría General del Municipio de Manizales, de la que se cuenta con un plan de mejoramiento vigente y en cumplimiento. Igualmente, se recibió auditoria forense por

parte de la Superintendencia Nacional de Salud, entre octubre y noviembre de 2016, la cual se encuentra en proceso, y no ha sido entregado informe preliminar o definitivo. El plan de mejoramiento 2015-2016, presentado al Consejo Nacional de Juegos de Suerte y Azar- Coljuegos respecto a los indicadores periodo 2015, se tiene vigente y pendiente por evaluar a cierre contable y presupuestal.

Por parte de la Auditoria Externa de Calidad – ICONTEC, en auditoria de seguimiento a la certificación fue realizada en enero de 2016, se requirió plan de mejoramiento con dos acciones correctivas menores, subsanadas y cerradas, posteriormente en auditoria de Certificación de Calidad, realizada en septiembre de 2016, en la cual no se formulan hallazgos y se certifica el Sistema de Calidad por dos años más

El propósito principal de los planes de mejoramiento es propender por el mejoramiento continuo de los procesos internos de la entidad formulando acciones preventivas y correctivas, o de mejora; mecanismo de control y seguimiento a los observaciones, recomendaciones y hallazgos presentados en los informes de auditoría interna y externa.

Los planes de mejoramientos se encuentran definidos mediante en el proceso de auditoría, y mediante formato clasificado dentro de los documentos del Sistema de Gestión de Calidad, la cual identifica el análisis de causas, acciones, fechas y responsables. Los planes son retroalimentados en fechas anterior a su cumplimiento o en las fechas programadas, dicho seguimiento se documenta y se informa tanto al proceso como la gerencia.

Como mecanismo de seguimiento, se cuenta con una matriz de ejecución del plan de auditoria, el cual consolida la realización de auditorías, el requerimiento de un plan de mejoramiento (interno o externo), las recomendaciones formuladas y su adopción de ser el caso, estableciendo así indicadores de medición para cada una de las especificaciones antes anotadas. Esta información es reportada como informe a los indicadores de Calidad y la Gerencia.

RECOMENDACIONES:

- Fortalecer los mecanismos o herramientas definidas para la elaboración de planes de mejoramiento.
- Socializar los planes de mejoramiento externos al personal.
- Propender por el cumplimiento de las auditorias en los periodos programados, gestionar y brindar información completa y oportuna.
- Fomentar la cultura y compromiso con el Sistema de Control Interno, con el autocontrol, autogestión y autorregulación y la responsabilidad de todos los funcionarios con la entidad y los entes de control.

3. EJE TRANSVERSAL DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

La entidad adopto un manual de comunicaciones, manual de Gestión Documental y ha formulado políticas que permiten establecer las directrices para el manejo de la información y las comunicaciones en la entidad.

Se actualizó el procedimiento de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias presentadas por la ciudadanía la entidad adoptándolo a las directrices establecidas por el Decreto 1166 del 2016, relacionado con la presentación, tratamiento y radicación de las peticiones presentadas verbalmente. Fue documentado dentro de los instructivos del Sistema de Calidad, publicado en la página web y socializado al personal para su conocimiento y manejo.

La recepción de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias, es centralizado desde la Secretaria de Gerencia y distribuido a cada responsable según la naturaleza de la queja, desde allí es clasificado y establecido el tiempo de respuesta, para su control, procurando su oportuna respuesta. Mecanismos que ha sido efectivo, dado que los indicadores de oportunidad han sido satisfactorios. Se presentan informes consolidados, publicados en la página web de la entidad.

La entidad adopto dentro del plan de anticorrupción y atención al ciudadano 2016 "mecanismos para la transparencia y acceso a la información" tales como la publicación de informes de gestión, la presentación de informe de gestión ante el concejo municipal, el mejoramiento y actualización del instructivo de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias, la visibilización de la información, la inclusión de adjuntar archivos a las peticiones por la página, entre otras. Estas acciones deben ser implementados para mejorar la accesibilidad de la información al interior como hacia la ciudadanía en general.

Las fuentes de información que se generan al interior de la entidad como manuales, acuerdos, actos administrativos, informes, actas, guías, formatos, protocolos, planes, programas, y que son de gran importancia para el funcionamiento y la gestión de la entidad son de fácil acceso, están disponibles para consulta de los funcionarios de la entidad o clientes internos y socializados a través de la gerencia.

El sistema de información principal que tiene la entidad soporta, procesa y administra los recursos físicos, humanos, financieros y tecnológicos además de generar informes importantes para los diferentes entes de control. Este sistema es débil en la actualización y ajuste que le permita adaptarse oportunamente a los cambios que requieren algunos procesos dentro de la entidad.

Dentro del periodo 2016 se proyectó en el plan estratégico una acción de fortalecimiento al Sistema de Información, importante para mantener la entidad en un margen tecnológico adecuado para responder a los cambios tecnológicos; se realizó actualización de equipos en software y hardware, se debe dar continuidad a dicha proyección para asegurar y mantener en nivel tecnológico acorde a las tendencias del medio.

Las tablas de retención documental se encuentran actualizadas y aplicada por todos los procesos, lo que ha permitido la gestión y el mejoramiento del proceso de gestión documental. Se cuenta con un manual de Gestión Documental, en implementación, el cual permitirá cumplir eficientemente con el desarrollo de los procesos de: producción, recepción, distribución, trámite, organización, consulta, conservación y disposición final de documentos.

Como medios de comunicación, la entidad utiliza los correos institucionales como red de comunicación interna con todos los funcionarios de la entidad, lo que va de la mano a las políticas de cero papel y austeridad del gasto. Además de otros medios como fax, teléfono, y pagina web institucional.

Se realizó diagnostico con base a lo establecido en la ley 1712 de 2014, Ley de Transparencia y acceso a la información y el Decreto reglamentario 103 de 2015; y la Decreto 1078 de 2015 Decreto Único Sectorial - Lineamientos generales de la Estrategia de Gobierno en Línea. De este análisis se realizó plan de implementación, del cual se lograron algunas acciones de publicación de información como: La publicidad en la página web de documentos de gestión y ejecución como presupuesto, directorio completo de personal, actualización y publicación del normograma, informes de ejecución a auditorías internas y externas, la publicación de informes de gestión en la página web, entre otros. La creación del comité de Gobierno en línea, la actualización de datos y claves para el SUIT.

Los resultados de este plan fueron poco significativos. Se debe contar con directrices claras de información y comunicación para que la información pública que se divulgue y el contenido de la página WEB reúna los principios de transparencia y acceso a la información según lo dispuesto y la adopción de la Estrategia de Gobierno en Línea.

RECOMENDACIONES:

- Socializar e interiorizar los manuales y políticas de comunicación y el de Gestion Documental.
- Documentación del cronograma de transferencias documentales.
- Fortalecer el cumplimiento de los parámetros establecidos dentro del plan de anticorrupción y atención al ciudadano 2016.
- Fortalecer el Sistema de Información tanto software y hardware.

- Actualizar la página web para que la información pública que se divulgue reúna los principios de transparencia y acceso a la información (ley 1712 de 2014 y el Decreto nacional 103 de 2015) y Estrategia de Gobierno en Línea.
- Actualización continua de la página web institucional.

ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO

Respecto al periodo 2014-2015, la medición de avance en la implementación MECI se incrementó de un 80% a un 86%, manteniéndose en un punto de valoración satisfactoria. Dada la encuesta proyectada por el DAFP, se estructuró un plan MECI – Calidad, con el fin de establecer la brecha y dar alcance a los elementos faltantes; dicho plan se ejecutó en un 70% (nivel medio), en el que se evidencia no se realizaron algunas acciones sobre publicación en la página web, cronograma de transferencias documentales, la actualización del programa de bienestar e incentivos; se relacionan en su mayoría aspectos que tienen que ver con gobierno en línea, del cual también se cuenta con un diagnóstico y plan de ejecución de bajo impacto.

Sobre el módulo de control de planeación y gestión se encuentra fortalecido en el direccionamiento estratégico, se tiene elementos fundamentales de planeación estratégica y presupuestal, plan de compras otros de carácter administrativo como plan de capacitación, bienestar e incentivos, plan de gestión documental, plan de sostenibilidad MECI -Calidad, gobierno en línea, planes de acción por proceso e individual, entre otros de carácter específico, a los cuales se les hace seguimiento para propender su cumplimiento.

Se dio cumplimiento a los factores establecidos para la formulación y seguimiento del plan anticorrupción y atención al ciudadano, la administración de riesgos por proceso, la generación de indicadores para todos los procesos, la documentación de un plan de gestión documental y una política de gestión documental, la actualización y publicación del normograma institucional, entre otros.

Se actualizaron diferentes documentos y se formularon otros que apuntan a fortalecer el Sistema de Calidad y el Modelo Estándar de Control Interno, los cuales hacen parte de los documentos del Sistema de Gestión de Calidad, publicados en la red interna para consulta permanente. Presentada auditoria externa de Calidad, se Certificó la entidad por dos años más, lo que evidencia la efectividad de los procesos.

Para la formulación del plan de auditoría interna se aplicó la herramienta definida por el DAFP en el manual de auditoría interna, teniendo en cuenta las auditorías que son requeridas por normas vigentes. Con una ejecución del 100%. El plan de auditoría se realizó de manera conjunta a las auditorías programadas para la revisión del sistema de calidad, integrando personal interno de la institución, se encuentra certificado como auditor interno, para apoyar la ejecución del plan de auditorías. Se generaron planes de mejoramiento procedentes de auditoría internas o externas cuando fueron requeridos, se realizaron seguimientos en los cuales se evidencia en general su cumplimiento.

Dadas las anteriores anotaciones el Sistema de Control Interno se sigue fortaleciendo de manera conjunta y coordinada con el Sistema de Calidad, como parte del mejoramiento continuo de los procesos.

ELABORÓ:



**LINA MARIA SERNA JARAMILLO
PROFESIONAL CONTROL INTERNO**