

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

**Profesional Control Interno  
Lina Maria Serna Jaramillo**

**Período evaluado: septiembre – diciembre 2017**

**Fecha de elaboración: diciembre 27 del 2017**

**INTRODUCCIÓN**

Conforme a la Circular Externa nro. 100-009-2017, se presentó en los términos previstos para la encuesta inicial del diagnóstico a la implementación del Modelo Integrado de Gestión y planeación MIPG, el cual será la base para la medición e integra entre otros el sistema de control interno, se proyectó el acuerdo para modificación del comité de control interno y se estatuto de auditoria, en proceso de aprobación. Dentro del diagnóstico del MIPG, se identificaron puntos de mejora relacionados con gobierno en línea o

El Informe Pormenorizado del Estado del Control Interno de la Empresa Municipal para la Salud – EMSA con corte al 29 de diciembre del año 2017.

**INFORME PORMENORIZADO DEL ESTADO DEL CONTROL INTERNO**

**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. Los cuales han sido socializados en carteleras internas.

Tanto los documentos del Sistema de Gestión de Calidad como el manual de Ética, se encuentran publicados en la red para consulta de todo el personal, el código de ética ha sido actualizado conforme a las políticas del SIPLATF- Sistema de Prevención y Control de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo. Igualmente, se realizó la actualización del manual SIPLATF en el segundo semestre de 2017, según recomendaciones realizadas por Coljuegos.

**\*Desarrollo del Talento Humano:**

La entidad cuenta con manual de funciones adoptado mediante Acuerdo, es de conocimiento por el 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 el cuatrienio, ejecutado de manera conjunta con la oficina de capacitación y formación del municipio de Manizales, ejecutado en su totalidad para este periodo. Se establecieron prioridades en actualización de normas vigentes y el Sistema de Calidad; además del programa de fortalecimiento del clima laboral, sensibilización y trabajo en equipo. Realizando medición del impacto de las capacitaciones conforme lo establecido en el Sistema de Gestión de Calidad

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, se debe fortalecer su aplicación 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 de evaluación de desempeño, plan de incentivos, individuales y grupales, reinducción y apoyo para educación formal, promoción y prevención en salud, y mejoramiento del clima laboral. El programa de bienestar se ejecuta de acuerdo a la disponibilidad de recursos; como se ha recomendado se debe actualizar bajo los parámetros actuales mediante las cartillas e instructivos expedidos el DAFP, lo que facilita su adopción y la aplicación de normatividad vigente, propendiendo además su ejecución y cumplimiento.

Respecto a la actualización del Programa de Salud Ocupacional, establecido en el Decreto 1072 de 2015, decreto 052 12 de enero de 2017, Resolución 111 de 2017, demás, el profesional en Gestión Administrativa ha desarrollado acciones con la ARL Positiva, se encuentra documentado y en proceso de aplicación, se realizó de diagnóstico inicial y plan; se deben tener presente las fechas y prorrogas para dar cumplimiento a los términos dispuestos, así como el cumplimiento al anexo técnico de requisitos mínimos; se tienen programadas nuevas capacitaciones con el personal planeadas para la socialización y adopción.

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, y como anteriormente se mencionó se encuentran definidos en la Resolución 040 de 2013, se realizó evaluación del desempeño en enero del 2017, correspondiente al periodo 2016 y se realizó evaluación parcial en agosto del 2017.

## **1.2 Componente Direccionamiento Estratégico.**

### **\*Planes, programas y proyectos:**

La entidad formula plan estratégico para el periodo 2017, presentado y aprobado por la Junta Directiva y Consejo de Gobierno Municipal, conforme a la estructura dispuesta por la alcaldía. El plan estratégico fue socializado al personal y evaluado mensualmente por la gerencia con el fin de propender su cabal cumplimiento. El plan de estratégico institucional evaluado a 27 de diciembre de 2017, presentó un cumplimiento del 84% y del 40% con corte a julio, evidenciándose un avance importante.

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.

El plan anticorrupción y de atención al ciudadano 2017 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 del periodo 2017.

El presupuesto de ingresos y gastos de la entidad para la vigencia 2017 fue aprobado mediante Acuerdo por la 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 y los requerimientos de recursos del plan estratégico, teniendo en cuenta la disponibilidad de recursos del presupuesto aprobado, igualmente publicado en la página web institucional.

## **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, 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 y pagina web para consulta permanente, ha sido revisado en todo su contenido durante el segundo semestre del 2017 y actualizado en algunos aspectos, los cuales se pueden evidenciar en el formato de control de documentos y registros. Su socialización se realiza en reuniones de comités, específicas para el tema, correo electrónico y carteleras.

En el proceso de seguimiento y evaluación del 2016, 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. Para el 2017, se tuvo en cuenta la encuesta de DAFP relacionada con la NTCGP 1000, realizando plan de sostenibilidad MECI y Calidad. Entrada en vigencia el Decreto 648 y 1499 de 2017, deroga la NTCGP 1000, quedando incluida en los ítems del MIGP-Modelo Integral de Gestión y Planeación. El plan de sostenibilidad MECI y Calidad alcanzó un cumplimiento del 64%.

La actualización del Sistema de Gestión de Calidad, se fundamentó 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 realizó auditoria externa de seguimiento a la Certificación con ICONTEC en el segundo semestre de 2017, donde se obtuvo la confirmación de la misma por el ente certificador, con dos observaciones menores, se presentó plan de mejoramiento el cual se encuentra en revisión por ICONTEC a la fecha, para su aceptación.

Se presentó actualización del manual SIPLAFT - Sistema de Prevención y Control de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo, el cual incluyo normatividad expedida por el Consejo Nacional de Juegos de Suerte y Azar- Coljuegos, y recomendaciones que dicho ente de control hiciera. La nueva versión del manual fue presentado a Coljuegos y aprobado por la Junta Directiva.

#### **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, se ha sugerido ser revisado para actualización. Se encuentra 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. Los indicadores son presentados periódicamente al líder de calidad, el cual los consolida y realiza seguimiento. Igualmente, se cuenta con evaluaciones programadas desde el plan de auditoría. Los indicadores como mecanismo de mejora deben ser fuente de consulta y apoyo para el logro de los resultados, debe ser objeto de revisión y actualización, aun cuando estos se encuentren dentro de los parámetros definidos.

#### **1.6 Políticas de Operación.**

Se cuentan con políticas de operación definidas en la documentación de procesos, así como para el proceso de administración de riesgos, gestión documental, información y comunicación; 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, medio ambiente, de defensa judicial y prevención del daño antijurídico.

#### **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 monitorio 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. Para el periodo 2017, se realizó una revisión y actualización de mapa de riesgos por cada proceso, iniciando así un nuevo ciclo. 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 de: manual de funciones y estructura organizacional, resolución programa de bienestar e incentivos, conforme a la normatividad vigente, manuales e instructivos del DAFP.

-Revisar y actualizar la estructura organizacional, el manual de funciones y el mapa de procesos institucional, de manera simultánea y coordinada, dado que estos se originan desde la misma base y deben ser coherente en su contenido.

-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 y desarrollo del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo en los términos y condiciones previstos por la normatividad vigente; integrarlo al Sistema de Gestión de Calidad con que cuenta la entidad.

-Fortalecer la evaluación del desempeño, y la documentación de planes de acción por proceso, mediante la formulación de acciones que fortalezcan y proyecten la mejora de los procesos y el cumplimiento del plan estratégico de la entidad, con base en el S.G.C., el MECI y en cumplimiento a los parámetros dispuestos en la Resolución 040 del 2013, respecto al plan de bienestar e incentivos de la entidad.

-Programar reuniones y temas concisos, especialmente para dar cumplimiento a la conformación de cada uno de los comités, documentar oportunamente mediante acta.

- 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 relevantes que respaldan el cumplimiento de la misión y los objetivos estratégicos que la entidad se propone; evidenciar mediante la documentación de actas y sus anexos.

-Programar capacitación al personal en la norma de calidad ISO9001:2015, para la preparación a la actualización del Sistema de Gestión de Calidad. Dado que la NTCGP 1000, específica para empresas del sector público quedó derogada por el Decreto 1499 de 2017

-Dar continuidad al proceso de administración del riesgo, gestionando de manera oportuna su actualización y seguimiento.

-Incluir en los programas de inducción y re-inducción actividades inherentes al nuevo modelo MIGP-Modelo Integrado de Gestión y Planeación.

## **2. MODULO CONTROL DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO**

### **2.1 COMPONENTE AUTO-EVALUACIÓN INSTITUCIONAL.**

#### **\*Autoevaluación del control y gestión:**

La oficina de Control Interno, realiza como parte de la sensibilización sobre cultura de autocontrol circularización mediante correo electrónico y publicación en cartelera alusivos a normatividad vigente, autocontrol, calidad, medición, mejora continua. Por parte de la Gerencia se proyectó talleres o capacitaciones 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 para diagnóstico 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 2017, el cual fue aprobado por el comité de Control Interno. Igualmente, se integraron acciones respecto al diagnóstico y preguntas relacionadas con la etapa preparatoria al Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG, para el nivel territorial. Por otro lado, se analizaron e incorporaron aspectos del Decreto 648 del 19 de abril de 2017, por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, reglamentario único del sector de la Función Pública, específicamente lo relacionado con el proceso auditor y control interno.

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

Se cuenta como herramienta de auto-regulación el seguimiento a la ejecución presupuestal y el plan de compras, plan estratégico o 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 del 2016 sin requerir actualización CÓDIGO: GCI-PR-01, versión 8.

Se elaboró y presento el programa de auditorías para el periodo 2017 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. 002 del 21 de marzo del 2017. Se conformó un grupo auditor interno de apoyo con personal interno, certificado como auditores internos para apoyar este proceso.

Con corte a diciembre 29 del 2017 la oficina de control interno ha realizado auditorías programadas en un 100% y ha elaborado los informes correspondientes para la gerencia y el comité coordinador de control interno. Igualmente, los informes publicados en la página WEB de la entidad como seguimiento a PQRs semestral, plan anticorrupción y atención al ciudadano y cuatrimestral del sistema de control interno.

Se realizó El Informe Ejecutivo Anual de Control Interno correspondiente al periodo 2016, 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 2017. Igualmente, bajo los nuevos parámetros establecidos por el MIPG, se realizó encuesta de FURAG II línea base, en la que si bien es cierto no se obtuvo calificación, se observaron aspectos que se deben desarrollar para el mejoramiento institucional y el cumplimiento con los estándares propuestos. Se dejan encuestas de autoevaluación para ser diligenciadas y gestionadas por los lideres de proceso.

En cumplimiento al Decreto 1499 DE 2017, Por medio del cual se modifica el Decreto 1083 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Función Pública, en lo relacionado con el Sistema de Gestión establecido en el artículo 133 de la Ley 1753 de 2015 y Decreto 648 abril del 2017, Por el cual se modifica y adiciona el Decreto 1083 de 2015, Reglamentario Único del Sector de la Función Pública. Se proyectó para aprobación del comité el Estatuto de Auditoría Interna y Código de Ética que define el propósito, la autoridad y la responsabilidad de la actividad de Auditoría Interna y se actualiza el Comité de Control



Interno. Proyecto presentado para la entrega del cargo; queda pendiente la realización del autodiagnóstico por cada líder de proceso y el plan de trabajo. Igualmente, la implementación y registro en los documentos del proceso de calidad la carta de presentación.

**\*Componentes planes de mejoramiento.**

El plan de auditorías 2016, tuvo una ejecución del 100%, con ocho planes de mejoramiento 2 externos y 4 internos. Del producto de auditorías internas, se requirieron planes de mejora para publicación en el SECOP, realización del sorteo, proceso abonados y plan de sostenibilidad MECI-Calidad; queda cerrado el plan de mejoramiento del proceso realización del sorteo y el plan MECI y calidad, el cual debe ser actualizado según el diagnóstico del MIGP. De las auditorías realizadas en diciembre, quedan pendiente de formulación de plan de mejoramiento el proceso de abonados y el plan de implementación MIPG para el 2018.

De las auditorías externas, suscritas con la Contraloría General de Manizales y Coljuegos, las cuales se encuentran en ejecución, se presentó un avance de 60 y 67% respectivamente, se da continuidad según fechas programadas para su cumplimiento.

Dentro de las auditorías externas, se contó con auditoría exprés por parte de la Contraloría General del Municipio de Manizales, de la que se contó con dos planes de mejoramiento, el primero con cumplimiento parcial sobre la publicación en el Secop y la contratación con distribuidores que genera a junio del 2017 un avance del 91%. Para el segundo semestre se instauró visita de auditoría de dicho ente de control del cual se expidió la auditoría regular 2.02-2017 y plan de mejoramiento para subsanar los hallazgos encontrados, el cual se encuentra en ejecución y cuenta con un plazo general a enero del 2018.

Por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, entre octubre y enero del 2017, se realizó auditoría forense, del que no se obtuvo informe de retroalimentación oficial por la Supersalud. Sin embargo, en auditoría de la Contraloría Municipal se adicionaron apartes de dicho informe al que la contraloría tuvo acceso. Verificando las observaciones se pudo constatar que la información aportada de dicho informe por la Contraloría es debatible dado que los hallazgos carecen de validez. Por parte de Emsa, no hubo a la fecha manifestación oficial al respecto, ni a la Contraloría ni con la Supersalud. Por otra parte, dicho ente de control no ha realizado llamamiento, no genero espacios de retroalimentación que garanticen el derecho a la defensa a la entidad.

Se generó plan de mejoramiento suscrito con Consejo Nacional de Juegos de Suerte y Azar, por incumplimiento a indicadores del periodo 2015, el cual se venía ejecutando con seguimiento a junio de 2017 presentó un avance del 67%; mediante Acuerdo 335 del 2017, se expide por el CNJSA la calificación correspondiente a la vigencia del 2016, por lo cual se solicita modificación

del plan de desempeño que se está ejecutando para superar los indicadores insatisfactorios del año 2016. Dicho plan se encuentra documentado y para presentación a la Junta Directiva para su aprobación y envió al ente de control.

Por parte de la Auditoria Externa de seguimiento a la certificación de Calidad con el ICONTEC, en diciembre de 2017, se formulan dos observaciones menores y se certifica el Sistema de Calidad por un nuevo periodo, con auditoria de seguimiento anuales, los hallazgos encontrados en esta auditoría se refieren a la no evidencia de auditorías específicas frente a los numerales de la norma ISO y la redacción en el alcance de las acciones para atacar las causas y prevenir su reincidencia. Se realizó plan de mejoramiento, en los formatos establecidos por el ente certificador, en espera de su aprobación.

Se deben considerar, los planes de mejoramiento como una herramienta de mejora que permite evidenciar y propender por el mejoramiento continuo de los procesos internos de la entidad, mediante la documentación de acciones y controles; igualmente las recomendaciones presentadas en los informes de auditoría interna y externa.

Los planes de mejoramientos se encuentran documentados en el proceso de auditoría, formato clasificado dentro de los documentos del Sistema de Gestión de Calidad, se identifica el análisis de causas, acciones, fechas y responsables. Los planes son retroalimentados 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) y su estado, las recomendaciones formuladas y su adopción de ser el caso, estableciendo así indicadores de medición para cada una de las etapas. Esta información es reportada como informe a los indicadores de Calidad y la Gerencia.

**Recomendaciones:**

- Fortalecer la aplicación de 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.
- Formular los planes de mejoramiento pendiente y procurar la ejecución y cumplimiento de los formulados.
- Fomentar la cultura y compromiso con el Sistema de Control Interno y Calidad.
- Exponer ante el comité de control interno los documentos proyectados: estatuto de auditoria interna, cogido de ética del auditor, actualización al comité de control interno, el cual debe ser motivado por acuerdo de junta directiva para modificar el anterior.

### **3. EJE TRASVERSAL 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.

Cuenta con un procedimiento documentado para la atención de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias presentadas por la ciudadanía a la entidad, actualizada 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. Mecanismo 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 2017 "mecanismos para la transparencia y acceso a la información" tales como la publicación de informes de gestión, la presentación de informe de gestión, la visibilización de la información, entre otras como la política definidas por la ley de transparencia y acceso a la información, y gobierno en línea, conforme a la disponibilidad de recursos. Estas acciones deben ser implementados para mejorar gestión de la información tanto interior, como hacia la ciudadanía.

Las fuentes de información que se generan al interior de la entidad como manuales, acuerdos, actos administrativos, informes, actas, guías, formatos, protocolos, planes, programas, 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 mediante la red interna, algunos de estos también se encuentran publicados en la página web institucional.

El sistema de información con que cuenta la entidad, consolida la información administra los recursos físicos, nomina, financieros, presupuestales y contables, del cual se derivan informes relevantes 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, por lo que se ha recomendado su actualización o migración a un aplicativo que dé respuesta a los requerimientos para el manejo óptimo de la información.

Dentro del periodo 2016 y 2017 se proyectó en el plan estratégico una acción de fortalecimiento al Sistema de Información,

importante para mantener la entidad en un margen tecnológico adecuado y 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 y las necesidades de la entidad.

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, este permitirá cumplir eficientemente con el desarrollo de los procesos de: producción, recepción, distribución, trámite, organización, consulta, conservación y disposición final de documentos, en la medida que los avances en la implementación sean constantes y se dé cumplimiento a los planes de gestión documental proyectados.

Es relevante, elaborar, clasificar la documentación, archivar y mantener actualizado las historias laborales archivar del personal activo e inactivo, con el fin de dar respuesta los diferentes requerimientos jurídicos, solicitudes de certificaciones de tiempo de servicio solicitadas de manera frecuente, demandas por bonos pensionales o compartibilidad, ya que son la base para identificar que personal formo parte de la Institución y cuáles son las obligaciones reales de la entidad.

Como medios de comunicación, la entidad cuenta con 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 la red interna; como medios de comunicación externos de los que dispone se cuenta con fax, teléfono, y página web institucional.

Se realizó auditoria 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. Aspectos que se deben fortalecer con el fin de desarrollar e implementar efectivamente los parámetros dispuestos. De acuerdo a los parámetros MIGP, tienen un impacto importante para dar cumplimiento a dicho modelos

**Recomendaciones:**

- Gestionar y dar cumplimiento a los parámetros establecidos en el manual de gestión documental y Tablas de Retención documental; el plan de gestión documental, debe propender al cumplimiento y avance en la implementación de estos aspectos.
- Clasificar y mantener las historias laborales del personal activo e inactivo, como base para la gestión interna y jurídica de la entidad.

- Fortalecer el cumplimiento de los parámetros establecidos dentro del plan de anticorrupción y atención al ciudadano propendiendo por la disponibilidad de recursos y personal requerido.
- Fortalecer el Sistema de Información tanto software y hardware.
- Evaluar el costo – beneficio de emigrar a un programa que mejore el respaldo de las operaciones.
- 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, garantizando su continuidad.
- Actualización continua de la página web institucional, verificación de su correcto funcionamiento, atendiendo los parámetros de gobierno en línea y evidenciándolo mediante un plan de implementación.

### **ESTADO GENERAL DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO**

Se realiza comparativo entre los años 2014, 2015 y 2016, del cual se evidencia la medición en implementación MECI se así: 2014:79%, 2015: 86,35% y 2016: 75,42%, manteniéndose en un punto de valoración satisfactoria (verde). Cabe resaltar que los aspectos relacionados con gobierno en línea, ley de transparencia y acceso a la información y el nuevo marco para los entes territoriales respecto al Modelo Integrado de Planeación y Gestión (MIPG), tiene un peso relevante y deben ser fortalecidos.

Se presentó el FURAG preparatorio y FURAG II. Evidenciándose así que se requiere un proceso de capacitación al personal y líder de planeación o representante de la dirección en este nuevo modelo y el enfoque de la normatividad vigente. Estos aspectos hacen necesario la implementación de acciones y estrategias que permitan dar cumplimiento los requerimientos relacionados con estos temas. Como avance se proyectaron algunos de los documentos relacionados con el estatuto de auditoria, código de ética del auditor y actualización del comité de control interno, que han quedado para revisión y aprobación; dando claridad que el proceso apenas se inicia y se deben seguir los parámetros establecidos por el Departamento Administrativo de la Función Pública para dar continuidad al proceso.

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; para el seguimiento correspondiente al mes de agosto del 2017, se evidenció un avance del plan del 64%, se recomienda actualizar dicho plan con el enfoque del MIGP y dar continuidad a este proceso.

Respecto al Sistema de Calidad, se realizó auditoria externa de Calidad en diciembre del 2017, donde se confirma la certificación

y se formulan dos hallazgos menores con plan de mejoramiento. Se debe dar prioridad al cumplimiento de los planes de mejoramiento suscritos con Coljuegos y la Contraloría Municipal.

Dadas las anteriores anotaciones el Sistema de Control Interno, debe ser reevaluado mediante el enfoque del MIGP para seguir fortaleciendo el desarrollo de estándares de manera conjunta y coordinada, como parte del mejoramiento continuo de los procesos. Con base al diagnóstico preparatorio y demás herramientas dispuestas por el Departamento Administrativo de la Función Pública, se deben establecer planes que permitan y evidencien su desarrollo.

**ELABORÓ:**



**LINA MARIA SERNA JARAMILLO**  
**PROFESIONAL CONTROL INTERNO**